



**HAL**  
open science

# ”Petite enfance et santé en Afrique”. Une anthropologie des maladies infantiles locales face aux savoirs et pratiques endogènes de soin à Sangmélima (Cameroun)

Louis Stéphane Nlate Nten

## ► To cite this version:

Louis Stéphane Nlate Nten. ”Petite enfance et santé en Afrique”. Une anthropologie des maladies infantiles locales face aux savoirs et pratiques endogènes de soin à Sangmélima (Cameroun). Anthropologie sociale et ethnologie. Université de Bordeaux, 2023. Français. NNT : 2023BORD0412 . tel-04498369

**HAL Id: tel-04498369**

**<https://theses.hal.science/tel-04498369>**

Submitted on 11 Mar 2024

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THÈSE PRÉSENTÉE  
POUR OBTENIR LE GRADE DE  
**DOCTEUR DE**  
**L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX**

ÉCOLE DOCTORALE  
Sociétés, politique, santé publique  
SPÉCIALITÉ  
Ethnologie – option Anthropologie sociale et culturelle

Par **Louis Stéphane NLATE NTEN**

« **PETITE ENFANCE ET SANTÉ EN AFRIQUE** ».  
**UNE ANTHROPOLOGIE DES MALADIES INFANTILES LOCALES FACE AUX  
SAVOIRS ET PRATIQUES ENDOGÈNES DE SOIN À SANGMÉLIMA  
(CAMEROUN).**

Sous la direction de : **Laurence KOTOBI**

Soutenue le **11/12/2023**

Membres du Jury :

**Mme Laurence KOTOBI**, Professeure — Université de Bordeaux, *Directrice de thèse.*

**Mme Élodie RAZY**, Professeure — Université de Liège, *Examinatrice.*

**Mme Nathalie BONINI**, Maitresse de conférences — Université de Tours, *Examinatrice.*

**M. Abel KOUVOUAMA**, Professeur émérite — Université de Pau, *Président du Jury.*

**M. Patrice YENGO**, Anthropologue — HDR- IMAF/EHESS, *Rapporteur.*

**M. Charles-Édouard de SUREMAIN**, Directeur de recherche — HDR-IRD/MNHN,  
*Rapporteur.*

Membres invités :

**Mme Isabelle GOBATTO**, Professeure — Université de Bordeaux.



**BORDEAUX  
POPULATION  
HEALTH** | Research  
Center - U1219

**Unités de recherche**

UMR 1219 INSERM, Bordeaux Population Health Research Center (BPH)

Equipe PHARes (Population Health trAnslational Research)

Université de Bordeaux - ISPED

146 Rue Léo Saignat - CS61292

33076 Bordeaux cedex - FRANCE

\*\*\*\*\*

Cette thèse n'a pas bénéficié d'un soutien financier. Son aboutissement est le fruit d'un travail  
à temps partiel.

## SOMMAIRE

<b>RÉSUMÉ.....</b>	<b>5</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>6</b>
<b>DÉDICACES.....</b>	<b>7</b>
<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>8</b>
<b>SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....</b>	<b>10</b>
<b>LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX.....</b>	<b>12</b>
<b>GLOSSAIRE DES TERMINOLOGIES EN LANGUE BULU ET LEURS DÉFINITIONS EN FRANÇAIS.....</b>	<b>13</b>
<b>INTRODUCTION GÉNÉRALE.....</b>	<b>20</b>
<b>A. UNE THÈSE EN ANTHROPOLOGIE SUR LA SANTÉ DE LA PETITE ENFANCE AU CAMEROUN.....</b>	<b>20</b>
A.1. Une réflexion ayant mûri avec le temps et la consultation de travaux de recherches scientifiques.....	20
A.2. La portée de la trajectoire de mon parcours pluridisciplinaire dans cette thèse...30	
<b>B. PROBLÉMATISATION DE LA RECHERCHE.....</b>	<b>34</b>
B.1. Présentation du Cameroun, de Sangmélina et des Fang-Beti.....	34
B.2. Problématique et hypothèses de la recherche.....	74
<b>C. INTÉRÊT DE L'ÉTUDE ET DIFFICULTÉS RENCONTRÉES.....</b>	<b>85</b>
C.1. Une ethnographie inédite.....	85
C.2. Difficultés rencontrées d'un étudiant camerounais.....	88
<b>D. DE L'ORGANISATION DE LA STRUCTURE DE LA THÈSE.....</b>	<b>93</b>
<b><u>PREMIÈRE PARTIE</u> : DONNÉES DE CONTEXTE, MÉTHODOLOGIE ET CADRE CONCEPTUEL DE L'ÉTUDE.....</b>	<b>95</b>
<b><u>CHAPITRE 1</u> : La présentation des aspects socio-sanitaires du Cameroun et de Sangmélina, zone d'enquête.....</b>	<b>96</b>
1. Le Cameroun du point de vue sanitaire : aspects et fonctionnement.....	96
2. Le cadre socio-sanitaire de Sangmélina : entre biomédecine et médecines alternatives.....	121
<b><u>CHAPITRE 2</u> : Construction de l'objet d'étude, stratégie d'enquête de terrain et choix théoriques.....</b>	<b>137</b>
1. De la construction de l'objet d'étude.....	137
2. De la stratégie d'enquête de terrain : démarche et méthodes.....	142
3. Les choix théoriques.....	167
<b><u>CHAPITRE 3</u> : La petite enfance et la santé infantile : une anthropologie croisée.....</b>	<b>175</b>
1. La santé infantile dans le monde et en Afrique.....	175
2. La petite enfance dans les sciences humaines et sociales : une réflexion évolutive timide, mais progressive.....	181
<b><u>CHAPITRE 4</u> : Explication et analyse des concepts opératoires de l'étude.....</b>	<b>210</b>
1. L'enfance en pays bulu.....	210

2. La « santé » et la « maladie » chez les Bulu.....	214
3. Les savoirs et les pratiques endogènes de soin.....	224
4. Le concept de « local » : le regard de l'anthropologie et des Bulu.....	238
5. La Nosologie et la nosographie.....	243
<b><u>DEUXIÈME PARTIE : ANALYSE ETHNO-ANTHROPOLOGIQUE DE LA MÉDECINE ENDOGÈNE ET DE LA PHARMACOPÉE BULU.....</u></b>	<b>255</b>
<b><u>CHAPITRE 1 : La médecine endogène bulu : un cadre rattaché à la forêt.....</u></b>	<b>256</b>
1. La notion de médecine chez les Bulu.....	256
2. La place de la forêt dans la médecine endogène bulu.....	276
<b><u>CHAPITRE 2 : La médecine infantile endogène ou l'ethno pédiatrie bulu : acteurs, savoirs, pratiques et outils.....</u></b>	<b>287</b>
1. Les acteurs de la médecine infantile bulu.....	287
2. Les savoirs et les pratiques.....	327
3. Les outils.....	333
<b><u>CHAPITRE 3 : La vision du monde des Bulu et les soins.....</u></b>	<b>338</b>
1. La structure sociale de la « vision du monde » des Bulu.....	339
2. Analyse du lien entre la vision du monde des Bulu et les soins.....	359
<b><u>CHAPITRE 4 : Nomination et classification des maladies chez les Bulu.....</u></b>	<b>367</b>
1. Maladies naturelles.....	367
2. Maladies socio-culturelles.....	396
<b><u>CHAPITRE 5 : Prévention et thérapeutique des huit maladies infantiles locales.....</u></b>	<b>407</b>
1. Modèles d'identification des huit maladies infantiles locales.....	407
2. Classification, perceptions et soins préventifs et thérapeutiques des huit maladies infantiles locales.....	410
<b>CONCLUSION GENERALE.....</b>	<b>433</b>
1. Présentation du cheminement scientifique.....	433
2. Réponse apportée à la question de recherche.....	440
3. Pistes de recherche et de réflexion pour une petite enfance à l'abri des maux et des maladies au Cameroun et en Afrique.....	445
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>448</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>494</b>
<b>TABLE DES MATIÈRES.....</b>	<b>527</b>

## Résumé

Comment peut se comprendre la nécessité d'utiliser les savoirs et les pratiques endogènes de soins pour prévenir et traiter les maladies infantiles locales chez les Bulu de Sangmélina (sud-Cameroun) ? Telle a été la question charnière qui m'a conduit vers ce terrain bulu dans cette thèse qui s'inscrit dans l'anthropologie de la santé et celle de l'enfance. En vue d'explorer les maladies infantiles locales et les savoirs et pratiques endogènes de soins dédiés à leur prévention comme à leur traitement (auprès des jeunes enfants de zéro à cinq ans) la stratégie d'enquête qualitative a privilégié une ethnographie du détail, une approche mosaïque, des observations, entretiens, récits de vie et focus group pour collecter les données. Cette étude de terrain menée aussi bien en langue vernaculaire (langue locale) que véhiculaire (français) s'est concentrée sur la zone rurale, principal foyer d'observation des interactions et rôles des différents acteurs concernés par cette médecine infantile endogène, et des mécanismes préventifs et thérapeutiques de ces maladies infantiles locales. Tout autant que les maladies infantiles connues de la biomédecine, ces maladies infantiles locales menacent régulièrement la santé des enfants dans cette zone. Cependant, elles ne sont pas intégrées aux statistiques officielles des mortalités infantiles et infanto-juvéniles, car très peu connues et peu considérées par les programmes et les politiques de santé publique de la région. En se focalisant sur leur étude, cette thèse vise à les mettre en lumière ; démontre la nécessité de la plus-value de les connaître à partir des connaissances et des pratiques endogènes de soins « situés » dédiés à leur guérison ; interpelle et éclaire les politiques publiques et sociales de santé infantile qui semblent encore les ignorer. Ce travail montre que deux éléments fondamentaux donnent un sens à la prévention, au traitement ou à la guérison de ces maladies infantiles locales uniquement par les savoirs et pratiques endogènes. Premièrement, le fait qu'elles soient inscrites dans les référents et conceptions endogènes de cette population faisant d'elles des constructions sociales et culturelles partagées; deuxièmement, du fait d'être des constructions sociales et culturelles partagées induit que les savoirs appliqués endogènes — jugés ancestraux, plus pratiques, plus proches et efficaces par les Bulu — soient habilités à les diagnostiquer et à les prendre en charge, face au système de soin biomédical camerounais, ici perçu comme inadapté et trop peu accessible au quotidien dans ce contexte.

**Mots clés** : Petite enfance, Santé, Prévention, Maladies infantiles locales, Savoirs et pratiques endogènes de soin, Anthropologie de la santé, Anthropologie de l'enfance, Médecine infantile endogène, Cameroun.

## **Abstract**

How can we understand the need to use endogenous knowledge and care practices to prevent and treat local childhood illnesses among the Bulu of Sangmélina (southern Cameroon) ? This was the pivotal question that led me to this Bulu field in this thesis, which is part of the anthropology of health and childhood. With a view to exploring local childhood illnesses and the endogenous knowledge and practices of care dedicated to their prevention and treatment (among young children aged zero to five), the qualitative research strategy favoured an ethnography of detail, a mosaic approach, observations, interviews, life stories and focus groups to collect the data. This field study, conducted in both the vernacular (local language) and the vehicular language (French), focused on the rural area, the main focus for observing the interactions and roles of the various players involved in this endogenous childhood medicine, and the preventive and therapeutic mechanisms of these local childhood illnesses. Just as much as the childhood diseases known to biomedicine, these local childhood illnesses regularly threaten the health of children in this area. However, they are not included in the official statistics on infant and child mortality, because they are little known, and little considered by the region's public health programmes and policies. By focusing on their study, this thesis aims to highlight them; demonstrate the need for the added value of knowing about them on the basis of endogenous knowledge and practices of 'situated' care dedicated to their cure; calls out and enlightened public and social child health policies that still seem to ignore them. This work shows that two fundamental elements give meaning to the prevention, treatment or cure of these local childhood illnesses only through endogenous knowledge and practices. Firstly, the fact that they are part of the endogenous referents and conceptions of this population, making them shared social and cultural constructs; secondly, the fact that they are shared social and cultural constructs means that endogenous applied knowledge — considered by the Bulu as ancestral, more practical, closer to home and effective — should be able to diagnose and treat them, in the face of the Cameroonian biomedical care system, which is perceived here as inadequate and too little inaccessible on a daily basis in this context.

**Key words** : Early childhood, Health, Prevention, Local childhood illnesses, Endogenous knowledge and care practices, Health anthropology, Childhood anthropology, Endogenous childhood medicine, Cameroon.

## Dédicaces

**En tenant compte de l'ordre généalogique, je dédie cette thèse de doctorat :**

À mes grands-parents :

*NLATE EKOTTO Moïse et MELONO EBA'A, ELA NTEN et BILO'O Marie, MBOUTOU  
BELA Joseph et MBE ELOUNG Thérèse.*

À mes parents :

*NTEN NLATE Samuel (tate) et AZO'O MBOUTOU Marie-Thérèse (nane).*

À mes frères et sœurs germains :

*NTEN Claire Elyse, MELONO NTEN Alice Carelle et EVINA Henri.*

## Remerciements

Je remercie tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de cette belle aventure scientifique et intellectuelle, qui met à l'épreuve plusieurs qualités telles que la volonté, l'engouement, la passion et la persévérance.

Comme tout travail de recherche, celui-ci n'aurait pas pu arriver à son terme si ma directrice de thèse, la Professeure Laurence Kotobi, n'avait pas manifesté son intérêt constant pour les questions relatives aux soins auprès de catégories sociales diverses (hommes, femmes, enfants) en France, en Iran et, désormais, en Afrique subsaharienne, notamment au Cameroun. Durant la préparation de cette thèse auprès d'elle, elle m'a appris les trois valeurs essentielles à la démarche scientifique : l'esprit de recherche et d'observation, l'esprit d'analyse des faits et l'esprit de rigueur dans l'écriture scientifique. Je lui dois beaucoup et je souhaite qu'elle retrouve, à travers cette thèse, l'expression de ma reconnaissance infinie envers elle.

Je dois beaucoup à mon ex-directeur de l'université de Yaoundé 1 au Cameroun, le Professeur Luc Mebenga Tamba. Il m'a aidé à comprendre les idées et à effectuer des recherches sur la nature et la culture. Ses expériences et publications sur des questions de santé de la petite enfance en anthropologie dans la région du Grand Nord Cameroun m'ont permis d'avoir une orientation littéraire, méthodologique, analytique et interprétative.

Par ailleurs, je tiens également à exprimer ma gratitude envers le Professeur Abel Kouvouama qui a travaillé dans le comité de suivi de cette thèse. Ses suggestions et orientations sur le sujet, ainsi que sa rigueur scientifique ont été importantes pour construire cette thèse. Je lui exprime ici ma reconnaissance infinie. Je n'oublie pas la Professeure Isabelle Gobatto qui, dans un esprit de solidarité à l'égard de sa collègue Laurence Kotobi, s'est volontairement chargée de suivre mes travaux en son absence pour maladie. Je lui exprime ici, également, mes remerciements infinis et toute ma gratitude.

Merci aux tradipraticiens de la zone de Sangmélima (mamans âgées, matrones et blindeurs) qui m'ont accueilli chaleureusement et avec passion en me communiquant des informations sur les connaissances et les pratiques endogènes de soins en faveur de la prévention et du traitement des maladies infantiles locales. En outre, les autres acteurs, tels que les enfants directement touchés par ces maladies, leurs mères, les autorités traditionnelles (chefs et notables), les chefs COSA (comité de santé), m'ont aidé à établir des liens importants, notamment lors de l'organisation des focus group.

Sans le soutien constant de mes frères et sœurs (cousins) des familles paternelles et maternelles ; de l'ainé académique Péguy Ndonko ; de mesdames Irene Launay Monique, Léocadie Mbo Mba, Diaka Sacko, Baldé Thierno Mariama, Aissatou Niama, Mariam Conté, Nyangono Louise Rita, je n'aurais probablement pas réussi à concrétiser cette grande aventure au cheminement éprouvant.

Je ne pourrais pas terminer ces remerciements sans mentionner quelques institutions académiques qui ont contribué à améliorer ma formation à travers les séminaires, les conférences, les journées d'étude et les colloques enrichissants. Il y a des institutions comme l'École doctorale SP2, la faculté d'anthropologie sociale-ethnologie, le laboratoire BPH (Bordeaux Population Health) et l'équipe PHARes.

## SIGLES ET ABRÉVIATIONS

**ACDI** : Agence Canadienne de Développement International  
**AFA** : Association Française d'Anthropologie  
**AFEA** : Association Française d'Ethnologie et d'Anthropologie  
**AFS** : Association Française de Sociologie  
**AS** : Aire de Santé  
**ASC** : Agent de Santé Communautaire  
**BM** : Banque Mondiale  
**CAED** : Centre d'Accueil pour les Enfants en Détresse  
**CEMAC** : Communauté Économique et Monétaire de l'Afrique centrale  
**CERAC** : Cercle des amis du Cameroun  
**CIDE** : Convention Internationale pour les Droits des Enfants  
**CMA** : Centres Médicaux d'Arrondissement  
**CNRS** : Centre National de Recherche Scientifique  
**COGE** : Comité de Gestion  
**COGEDI** : Comité de Gestion de District  
**COGEPRO** : Comité de Gestion Provincial  
**COSA** : Comité de Santé  
**COSADI** : Comité de Santé de District  
**CNT** : Conseil national des tradipraticiens du Cameroun  
**CPS** : Cultures, Politiques et Sociétés  
**CSI** : Centre(s) de Santé Intégré(s)  
**DDDMT** : Déclaration de la décennie de développement de la médecine traditionnelle  
**DIJE** : Développement intégral du jeune enfant  
**DPSP** : Délégations Provinciales de la Santé Publique  
**DSCE** : document de stratégie pour la croissance et l'emploi  
**DSSS** : Document de Stratégie Sectorielle de Santé  
**DU** : Diplôme Universitaire  
**DTSDMPR** : Directives techniques de surveillance des décès maternels, périnataux et riposte  
**EDS-MICS** : Enquêtes Démographiques et de Santé à indicateurs multiples  
**FSPS** : Fond Spécial de solidarité Pour la Santé de la province  
**IDHI** : Indice de Développement Humain ajusté aux Inégalités  
**INS** : Institut National de la Statistique  
**INSERM** : Institut National de la Santé, d'Étude et de Recherche Médicale  
**MAPE** : Maladies à Potentiel Épidémique  
**MET** : Maladies Évitable par les Tradipraticiens  
**MEV** : Maladies Évitable par le Vaccin  
**MIEPME** : Maladies Infantiles Évitable par les Pratiques Médicales Endogènes  
**MIEPME** : Maladies Infantiles Évitable par les Pratiques Médicales Endogènes  
**MIEV** : Maladies Infantiles Évitable par le Vaccin  
**MINEPAT** : Ministère de l'Économie de la Planification et de l'Aménagement du Territoire  
**MNIEV** : Maladies Non Infantiles Évitable par le Vaccin  
**MNT** : Maladies Non-Transmissibles  
**MT** : Maladies Transmissibles

**MTN** : Maladies Tropicales Négligées  
**ODD** : Objectifs de Développement Durable  
**OMD** : Objectifs du Millénaire pour le Développement  
**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé  
**ONG** : Organisation Non Gouvernementale  
**ORSTOM** : Office de Recherche Scientifique de Territoire Outre-mer  
**OUA** : Organisation de l'Unité Africaine  
**PCD** : Programme Communal de Développement  
**PCDS** : plan communal de développement de Sangmélima  
**PCIME** : Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant  
**PEV** : Programme Élargi de Vaccination  
**PMI** : Protection Maternelle et Infantile  
**PND** : Plan National de Développement Sanitaire  
**PNUD** : Programme des Nations Unies pour le Développement  
**POPF** : Plan Opérationnel de Planification Familiale  
**PPSPMA** : Programmes de protection de la santé de la petite enfance, de la mère et de l'adolescent  
**PSIC** : Plan Stratégique Intégré de Communication  
**PSLMMNIJ** : Plan Stratégique de Lutte contre la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infanto-Juvenile  
**PSNPLCa** : Plan stratégique national de prévention et de lutte contre le cancer  
**PSNSP** : Plan stratégique national santé publique  
**PSNSRMNI** : Plan Stratégique National de Santé de la Reproduction Maternelle, Néonatale et Infantile  
**PSRCAPPS** : Plan stratégique pour le renforcement de la chaîne d'approvisionnement public des produits de santé  
**PSSPC** : Plan Stratégique de Sécurisation des Produits Contraceptifs  
**PTME** : Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant  
**PTV** : Pathologies à Transmission Verticale  
**RGPE** : Réseau Girondin Petite Enfance  
**SDN** : Société des Nations  
**SNIS** : Système National d'Informations Sanitaires  
**SRMNEA** : Santé de la Reproduction, Maternelle, Néonatale, de l'Enfant et de l'Adolescent  
**SSI** : Soins de Santé Informels  
**SSP** : Soins de Santé Primaires  
**SSS** : Stratégie Sectorielle de la Santé  
**SSSS** : Soins et Services de Santé Spécialisés  
**UNESCO**: United Nations for Education, Science and Culture Organization  
**UNFPA** : Organisation des Nations Unies pour la Population  
**UNICEF**: United Nations for Children Fund.

## LISTE DES FIGURES

<b>Figure 1</b> : situation géographique du Cameroun en Afrique, et ses pays limitrophes.....	35
<b>Figure 2</b> : situation de la zone forestière humide et dense du sud Cameroun.....	36
<b>Figure 3</b> : carte du Cameroun et ses principales villes, spécifiquement Sangmélima et ses villes limitrophes.....	42
<b>Figure 4</b> : carte de localisation de la commune de Sangmélima et de ses villages.....	44
<b>Figure 5</b> : représentation schématique du système de parenté et d'alliance chez les Bulu.....	49
<b>Figure 6</b> : localisation des Beti en Afrique.....	66
<b>Figure 7</b> : organisation de la carte sanitaire du district de santé de Sangmélima.....	127
<b>Figure 8</b> : une maison communautaire toute proche d'une plantation cacaoyère à Mbom (village du canton Ndou Libi), source : mes enquêtes de terrain.....	283
<b>Figure 9</b> : aperçu d'une plantation cacaoyère avec deux grands arbres mystiques, notamment l'Ayos (extrême gauche) et l'Abang (au centre). Source : mes enquêtes de terrain.....	284

## LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau 1</b> : présentation des cantons, des villages, des groupements et quelques quartiers ruro-urbains.....	44
<b>Tableau 2</b> : organisation structurelle du système de santé camerounais.....	102
<b>Tableau 3</b> : types et noms des maladies identifiées du système de santé camerounais.....	106
<b>Tableau 4</b> : type d'institutions sanitaires biomédicales opérationnelles en milieu urbain....	124
<b>Tableau 5</b> : catégorie d'informateurs de cette étude et leur quantité.....	155
<b>Tableau 6</b> : Configuration des deux types de médecines existantes complémentaires (ou recours aux soins) et itinéraires thérapeutiques.....	250
<b>Tableau 7</b> : pas de trois ou relation triangulaire dans la relation thérapeutique entre la tradipraticienne, les mères et les enfants.....	317
<b>Tableau 8</b> : Système de communication sanitaire entre les différents acteurs de la médecine infantile endogène bulu.....	326
<b>Tableau 9</b> : Schéma représentant la vision du monde selon les Bulu.....	343
<b>Tableau 10</b> : maladies naturelles infantiles et maladies naturelles mixtes reconnues par le District de santé de Sangmélima.....	369
<b>Tableau 11</b> : maladies naturelles infantiles et maladies naturelles mixtes reconnues comme pérennes et endémiques.....	369
<b>Tableau 12</b> : noms et traduction en langue bulu des maladies infantiles naturelles et des maladies naturelles mixtes.....	369
<b>Tableau 13</b> : représentation des trois premières sous catégories de maladies socio-culturelles et leurs différentes maladies.....	400
<b>Tableau 14</b> : présentation de la nosologie et de la nosographie des huit maladies infantiles locales identifiées.....	410
<b>Tableau 15</b> : présentation des huit maladies infantiles locales et les éléments de leur pharmacopée traditionnelle.....	430

**Nota bene :** La nécessité de situer ce glossaire en tout début de cette thèse a pour objectif d'amener d'emblée le lecteur à découvrir et à s'appropriier les terminologies en langue bulu utilisées dans le texte ainsi que leurs définitions en français. Certaines terminologies ne s'y retrouvent pas parce qu'elles ont été représentées dans d'autres cas de figure aussi illustratifs (tableau) dans le texte. Cependant, je précise que leurs définitions sont tout aussi encyclopédiques (issues du Dictionnaire beti-bulu) que contextuelles (fournies par les informateurs et pas très différentes de l'encyclopédique).

## GLOSSAIRE DES TERMINOLOGIES EN LANGUE BULU ET LEURS DÉFINITIONS EN FRANÇAIS.

### Partie 1 : hommes, culture et société bulu

*Ngotoo* (le canton) — *ayong* (le groupement ou la tribu) — *nlam ou djal* (le village, le local) — *nda bot* (la famille, le clan) — *mame ya djal ou mame ma ngan* (les choses du village, de chez nous, de notre environnement, de notre espace de vie) — *nkukuma ou njo bot* (le chef de village) — *avoumane* (la parenté) — *mvamba* (l'ancêtre, l'aïeul) — *emvam* (grand-père ou grand-mère) — *esa ou tate* (le père) — *gnia ou nane* (la mère) — *esongo* (l'oncle paternel) — *esanga* (l'oncle et la tante maternel) — *mognang* (le frère) — *kal* (la sœur) — *ndaye* (le neveu) — *indil* (le petit fils) — *e ba mvoé* (homonyme) — *mbou* (l'année) — *Nti* (seigneur, noble et/ou homme libre, indépendant) — *nnom* (l'époux) — *akoum* (l'abondance, la richesse) — *aboui akoum* (richesse immense) — *nkoukoum* (un riche, un fortuné) — *ntchamane avouman* (pratique de l'inceste) — *minga* (la femme, la fille, sexe féminin) — *fame* (l'homme, sexe masculin) — *ntyen mone ou etoum mone* (le nourrisson de 0 à 3 ans) — *mone mongo* (la petite enfance de 3 à 6 ans) — *mone ndoman* (l'adolescent de 12 à 18 ans) — *mone ngon* (l'adolescente de 12 à 18 ans) — *Nyamoto ou Mot* (l'adulte ou le majeur de 21 ans jusqu'à la vieillesse) — *minga a too biae* (femme en âge de procréer) — *Megnon aboum* (femme nouvellement enceinte) — *ndou aboum* (moment de la grossesse proche de la délivrance) — *nkokom* (femme inféconde ou infertile) — *eyel* (homme infécond et infertile ou impuissant sexuellement) — *e vos aba* (aller demander une femme en mariage) — *e vek* (la dot ou les fiançailles) — *Ngan Medza* (serpent mythique qui a transporté les beti sur son dos afin qu'ils traversent le Nil pour se retrouver dans les milieux qui sont les leurs aujourd'hui) — *si ndone, si bewou* (le commun des mortels)

### Partie 2 : corps, santé, spiritualité et société bulu

*Gnoul* (le corps humain) — *okon* (la maladie) — *mvoe* (la santé, la paix) — *okon bone ou okon bongo* (maladie infantile) — *okon bone ya djal* (maladie infantile locale) — *abé* (le mal) — *mintae* (la douleur) — *mgbwel* (la sorcellerie) — *nsisim* (l'esprit) — *e djouk* (la souffrance) — *biyo'o* (la malédiction) — *e banane* (le blocage) — *medime gnoul* (l'eau dans le corps) — *mvit gnoul* (corps souillé ou sale) — *e yebe* (la religion) — *ngoul melan* (la spiritualité) — *Zambe, Mbonde, Tate* (Dieu tout puissant créateur de toute chose) — *Zambe nkombot* (créateur de l'Homme) — *Zambe elo fek* (Dieu siège de la sagesse) — *Zambe esa ngul mese* (Dieu le père tout puissant) — *ogougoua* (l'honneur) — *nguegang, nsa bot, mboo mebiang, mvivi'i* (guérisseur ou tradipraticien) — *alou* (la nuit) — *moss* (le jour) — *etchi* (l'interdit) — *nsem* (le péché) — *ngbwebwe ou mvuvu* (le sorcier, le malfaiteur) — *e van'ane, e banane* (prévenir) — *e sabane, e sa'ane, e sae* (soigner) — *e yet* (guérir) — *mbone megnengue* (l'huile à base des noix de palmiste) — *fata e yebe bevamba* (initié du culte des ancêtres) — *e yebe bevamba ou elik bevamba* (le culte des ancêtres) ; *mbone keka'a* (l'huile à base de cacao) — *mbone mewou* (l'huile à base de palme) — *mbone mvom* (l'huile du serpent boa) — *bibab bilé* (les écorces) — *bilok bi biang* (les herbes médicinales) — *bibé béé* (les plantes) — *metum* (les rites, la culture) — *bifouss bi tite* (parties d'animaux) — *e gnong ngap* (prendre en charge) — *mfasbane* (diagnostic) — *medem m'okon* (les symptômes et manifestations de la maladie) — *metouna'a* (le sacrifice) — *fofoo* (le papayer, papaye) — *odjoé* (la bananier, banane) — *melen* (palmier à huile).

*ngombang* (citronnier, citron) — *ngon* (le concombre) — *mikok mi nlam* (canne à sucre) — *mbab mboui* (médecine des cassures) — *afane* (la forêt, la brousse) — *e sae bone ou dokita bone* (tradipraticienne spécialiste des enfants) — *e sae binga, e sae mibouboum* (matrone) — *dokita a kom gnoul* (blindeur) — *dokita bivesse* (tradipraticien spécialiste des os) — *mboo mebiang* (tradipraticiens spécialistes des maladies et des maux ordinaires) — *essok* (le placenta) — *eduk* (fosses à aïssance) — *afup keka* (la cacaoyère) — *atchine ekone* (pied de bananier) — *e pwélé ou e bane* (blinder) — *e pwelane ou e banane* (l'art de blinder) — *e lemban* (l'observation) — *biom bisae* (les outils) — *assoup* (la cendre) — *ndja'a* (le bois) — *tya* (la terre fraîche) — *djouane* (le feu) — *medim* (l'eau) — *mvouane* (la poire) — *ndek ty*a (pot en terre cuite) — *mikol* (les ficelles) — *mevieuk* (les marmites) — *nkol mbonda ou akok bulu* (pierre traditionnelle) — *ntchop* (le mortier) — *ayong fa* (machette chauffante) — *mikouk* (les totems, fétiches, génies) — *bekon* (les fantômes) — *betsit, biyem* (les animaux, la faune) — *yop, mikout* (le ciel, les nuages) — *mekong* (les flèches, les lances) — *ngal mveng* (la foudre) — *afola si* (l'espace) — *awolo ou eyong* (le temps) — *akon ya me nda me biang* (maladies des hôpitaux, des CSI) — *akon mintan'ane* (maladies des blancs) — *akon ya messi messe, akon da soo oyap* (les pandémies) — *akon ya gnoul esse* (les maladies du corps tout entier) — *akon ya nlo* (maladies liées à la tête) — *akon bidzi* (maladies liées à l'alimentation) — *akon ekoe* (maladies liées à la toux) — *akon ya*

*aboum* (maladies liées au ventre) — *akon ya ekop* (maladies liées à la peau) — *akon bives a bibok* (maladies liées aux os et aux articulations) — *akon metsi* (maladies liées au sang) — *akon ya essek* (maladies liées au foie) — *akon ya biyong* (les épidémies) — *akon ya biyong bisse* (les endémies) — *akon melo'o* (maladies liées aux oreilles) — *mebwim* (les oreillons) — *essongo* (entonnoir traditionnel) — *metsi ma kouï djoé* (l'hémorragie) — *mvit metsi* (sang souillé ou sale) — *mvila'a* (le charbon) — *djonok* (le panaris) — *djot* (l'abcès) — *mefulu* (les comportements, les habitudes, les ressemblances) — *fulu so* (habitude de l'antilope) — *fulu koe* (habitude du singe) — *fulu osen* (habitude de l'écureuil) — *fulu ndji* (habitude du chimpanzé) — *fulu woo* (habitude du gorille) — *fulu nyoo* (habitude du serpent) — *fulu koss* (habitude du poisson) — *misobane* (les bains) — *mibabane* (les massages) — *medim meyong* (l'eau chaud) — *medim mevoe* (l'eau froide) — *metsi* (du sang).

### **Partie 3 : philosophie sociale bulu à travers la santé et la maladie**

« *Mone a ne mone bot besse* » ( l'enfant est l'enfant de toute la communauté ) — « *mone a se ki mbiaé, mone a ne ve ntong* » (l'enfant n'est pas toujours celui du géniteur, mais de celui qui s'en occupe) — « *asou ya na mone a yaye, nlam ose woo yane nye lembe* » (pour qu'un enfant grandisse, il faut tout un village) — « *djom esse woo boo si ñou lembe e vous* » (pour tout ce qu'on fait sur terre, il faut toujours porter un regard en arrière) — *mot (bongo, bone) gne ane akoum ya si ndone* (l'homme est la véritable richesse sur terre ) — « *oyo one ane awou* » (le sommeil est comme la mort ) — « *mi tabe mvoe* » (restez et demeurez dans la paix, soyez en paix) — « *mot ane e lam* (l'homme c'est son village) — « *mot ane mot a bot bevok* » (l'homme n'a de sens qu'avec les autres) — « *okon woo teela'ane* » (la maladie génère la fatigue) — « *okon one mintae gnoul* » (la maladie procure la douleur au corps) — « *okon one abé* » (la maladie est mauvaise, dangereuse) — « *okon one awou* » (la maladie, c'est la mort) — « *okon one mesis* » (la maladie effraie, fait peur) — « *okon woo tchoulane* » (la maladie déstabilise) — « *okon one bidim* » (la maladie est ambiguë) — « *okon abum oyemek e jom wok e di* » (tu dois connaître ou maîtriser la source de tes problèmes) — « *okon monegnui, kelek ku osoe o yet* » (quand l'orphelin est malade, on lui indique la rivière comme source de guérison ou personne ne s'occupe des soucis de l'orphelin, il n'a que la débrouillardise) — « *okon ya eza gnul te tae é njoé* » (la maladie d'autrui ne te fait pas souffrir ou on n'est jamais mieux servi que par soi-même) — « *okon woo yak wo woo ke nda mbiang* » (qui se sent morveux se mouche ou qui se sent capable d'agir qu'il le fasse) — « *zambe a nga kak mimbe ebu : nge mot adan djia ya été, a sem* » (Dieu a lié neuf fardeaux sur le dos des hommes, si quelqu'un en viole un seul, il commet le péché) — « *seki mos madji ossene woo fe makon* » (ce n'est pas le jour où je mange un écureuil que je tombe malade) — « *ngok zambe dja kok otetek* » (la pierre de Dieu écrase doucement) — « *mot a wou ki biang, ve étchi* » (l'homme ne meurt pas à cause du remède, mais de l'interdit qui accompagne ce remède) — « *esob gnoul* » (se laver le corps pour le purifier) — « *nseng mgbwel* » (le terrain de sorcellerie) — « *a sende a ne nyoo* » (il glisse comme le serpent ou encore il est difficile à voir, à attraper, à piéger) — « *woo woua woo tchindi ki djom* » (une seule main ne peut attacher un paquet) — « *sangoulou mot a woulou a mognang* » (l'union fait la force) — « *djom dja ve enying dje dja kaman enying te* » (ce n'est que ce qui donne la vie qui peut mieux protéger cette vie ou la détruire) — « *e kom mone, e yanle mone* » (faire éclore toutes les étoiles qui sommeillent en un enfant) — « *minga a kom ki mone ve da a ba'ale nye* » (la femme ne construit, ne bâtit et ne prépare pas un enfant, mais le protège tout de même) — « *ntout* » (qui doit avoir un cœur tendre et fort, qui endure des peines, qui relativise les événements de la vie) — « *mone ane ve gnia* » (l'enfant est d'abord celui de la femme avant d'être celui de l'homme) — « *gnia a wou a bouta'ane mone* » (la mère est capable de donner sa propre vie pour son enfant) — « *ba bi ki nyoo e kouk zang* » (on n'attrape pas le serpent par le milieu ou on commence une

chose par le début et non par la fin) — « *gnoul ene tya* » (le corps est une motte de terre) — « *ngue osoane Zambe osoane fe satan* » (celui qui croit en l'existence du bien doit aussi croire en celle du mal, tout comme celui qui croit en l'existence de Dieu (représentant du bien) devrait aussi croire en celle du diable (représentant du mal) — « *e bi meboum mebai* » (avoir deux ventres ou être un sorcier) — « *e koui alou* » (sortir la nuit ou aller en sorcellerie) — « *enying ene etoun* » (la vie est un cours moment) — « *nying mvoe a bot deben woé jambe mvoe* » (vis en harmonie avec tout le monde pour espérer quitter ce monde dans la paix et dans la dignité) — « *mot a yem avale akiti é boo* » (nul ne sait ce que le lendemain lui réserve) — « *gue obili na woo boo djom den, boo dje* » (ce qui doit être fait aujourd'hui ne doit pas attendre demain) — « *eyong dja lot* » (le temps passe, il avance) — « *mot a bili ki emien melou menying* » (nul ne détient le monopole de sa vie et de sa durée) — « *Mot a yem ki mot* » (nul ne connaît véritablement l'autre) — « *mot ane abé* » (l'humain est foncièrement méchant) — « *mot ane bikoo* » (l'humain est compact) — « *miss ma yen ki fe mvoe me wo ke soulan dim* » (les yeux qui ne voient plus bien finissent par ne plus rien voir en fin de compte) — « *ndim ene awou* » (la cécité, c'est la mort) — « *me diba wou a na me tabe dim* » (plutôt mourir que d'être malvoyant ou aveugle) — « *e woua dim miss* » (lancer la malvoyance ou la cécité aux yeux) — « *te wa tchak ma essek* » (ne me dérange pas, ne me gêne pas, tu m'agaces) — « *nlem o dji boo ane essek* » (le cœur n'est pas comme le foie ou le cœur a ses raisons, ses aspirations, ses envies, ses désirs, ses choix que le foie ignore) — « *Nseng a déété bene djom djia* » (l'extérieur (le social) et l'intérieur (la culture) sont identiques) — « *djom mongo a djo nseng a wok dje déété* » (ce que l'enfant répète à l'extérieur, il l'entend à la maison) — « *oloun mbiae one messis* » (la colère d'un géniteur est dangereuse).

### « Le sens de l'anthropologie dans le monde d'aujourd'hui »

Cette volonté de repréciser l'importance de l'anthropologie dans le monde d'aujourd'hui m'habite depuis ma première inscription à la faculté des arts, lettres et sciences humaines de l'université de Yaoundé 1 (Cameroun). Mes camarades de la faculté des sciences juridiques et politiques ne cessaient de me demander : à quoi sert l'anthropologie dans ce monde ? Mais, je ne parvenais pas encore à ce moment-là, étant néophyte, à leur répondre. En effet — bien qu'en quelques mots ou par une formule l'anthropologie est la science de l'« autre » ou des cultures avec pour terrains d'exercice et de pensée l'ailleurs, le lointain et l'exotique (Vidal, 2010) — la question évoquée pose le problème de la raison d'être de l'anthropologie dans ce monde en pleine mutations morales, psychologiques, sociales, culturelles, politiques,

économiques, spirituelles et religieuses. Nombre de sociétés connaissent des transitions, y compris celles dites « traditionnelles ». On note que, même dans les sociétés actuelles dites « modernes », le « traditionnel » reste d'actualité au point d'en être préservé, parfois promu, utilisé à des fins mercantilistes ou encore servant de repère essentiel. Comme toutes les sciences humaines et sociales, l'anthropologie aussi évolue du point de vue analytique tout en gardant son objet d'étude. Elle s'adapte au temps, tout comme elle s'adapte aux multiples terrains de recherche qui s'ouvrent à elle.

À partir de sa méthode ethnographique fondée sur de longues observations sur le terrain, qui nécessitent une préparation minutieuse au niveau méthodologique, théorique et conceptuel, doit-on encore rappeler que l'anthropologie est « l'étude de l'homme tout entier ou encore l'étude de l'homme dans toutes les sociétés, sous toutes les latitudes, dans tous ses états et à toutes les époques » (Laplantine, 1987, p.12) ? Doit-on aussi exposer son projet fondamental qui est de « réfléchir sur le fonctionnement général du social et du culturel et de dégager des catégories analytiques universelles capables d'expliquer à la fois la diversité des sociétés humaines et l'unité du genre humain » (Kilani, 2010, p.10) ? En dépit du fait qu'elle se passionnait plus aux sociétés dites « primitives » ou « traditionnelles » hier, sociétés à travers lesquelles elle a connu ses lettres de noblesse et son essor, l'anthropologie a, de nos jours, élaboré un projet plus élargi et généralisé qui consiste à réfléchir sur l'ensemble des sociétés. Cela explique qu'elle soit pratiquée de plus en plus dans les sociétés industrielles et postindustrielles (Kilani, 2010).

Au sujet de cette évolution empirique et scientifique de la pensée anthropologique, Balandier (1967) précise que :

---

*« L'anthropologie désormais ne s'occupe plus seulement des problèmes d'ordre culturel. Elle s'occupe aussi des problèmes d'ordre structurel. On la retrouve, grâce à sa méthode, dans la réflexion de problèmes de développement économique et social et surtout de la reconstruction des nations, de la modernisation des cultures et même des sociétés. [...] Le temps n'est plus où les Eskimos, les Arunta, les Toda, etc. constituaient son terrain de prédilection et sa chasse réservée. Dispersés aujourd'hui dans de vastes régions du monde où se posent les problèmes de développement économique et social, de la reconstruction des Nations et de la modernisation des cultures, les anthropologues n'ont plus de monopole. [...] Il ne suffit pas non plus, ainsi que l'a suggéré Evans-Pritchard, de considérer les anthropologues en tant que "spécialistes" des régions déterminées du monde sous l'étiquette de l'africanisme, de l'indianisme, etc., ce serait s'attarder à une histoire désuète [...], les anthropologues s'efforcent d'un autre côté d'appliquer leurs techniques à l'étude des sociétés modernes. C'est pour eux le meilleur moyen de faire reconnaître l'originalité de leur discipline ». (pp. 110-111)*

---

Pour l'anthropologie, les relations que les humains entretiennent avec chaque composante de leur société et de leur culture méritent d'être connues. C'est dans cette optique que la santé, considérée comme composante sociale et culturelle, l'intéresse. Car, elle (la santé) met en relation, d'une part, les patients et les soignants relevant des systèmes modernes et traditionnels. Et, d'autre part, ces mêmes patients avec les cadres de soins endogènes en liaison avec leur entourage social, culturel et spirituel (ancêtres, génies, fétiches, génies, totems, etc.). Concernant la santé des enfants, notamment les jeunes enfants de zéro à cinq ans, l'anthropologie s'intéresse aux maladies et maux qui portent atteinte à leur bien-être et à leur développement, à leurs expériences de la maladie à travers ou non de leurs mères, ainsi qu'aux mécanismes préventifs ou thérapeutiques (modernes ou traditionnels) dédiés à les soigner, les protéger et les guérir quand survient une maladie. Elle développe des réflexions sur les politiques et les programmes de santé, les pratiques de soins (relevant de systèmes endogène ou biomédical) qui leur sont dédiées, leurs conditions d'accès aux soins. L'anthropologie n'oublie pas de montrer que — quelle que soit la société, quelle que soit la catégorie ou classe d'âge d'enfants soumise à notre étude — les enfants sont aussi des personnages sociaux à travers lesquels l'on peut comprendre les dynamiques fonctionnelles et structurelles de leur espace de vie, y compris du système sanitaire ou de soins de celui-ci (espace de vie). Autrement dit, qu'ils s'agissent des enfants de la rue en rupture de lien social en Bolivie (De Suremain, 2013), ou qu'on se retrouve dans une situation de réelle ignorance des savoirs que les enfants maîtrisent chez les Massai en Tanzanie (Bonini, 2022), l'anthropologie montre que travailler sur un axe de recherche spécifique (la santé infantile chez les Bulu pour mon cas) où les enfants (actifs ou passifs) sont au cœur de la construction des idées, donne également à mieux comprendre une société. Ce qui a été mon cas sur ce terrain bulu, bien que complexe. À travers les jeunes enfants de zéro à cinq ans étudiés dans cette thèse, j'ai pu comprendre le fonctionnement d'autres contextes extra sanitaires de cette zone.

# INTRODUCTION GÉNÉRALE

## **A. UNE THÈSE EN ANTHROPOLOGIE SUR LA SANTÉ DE LA PETITE ENFANCE AU CAMEROUN.**

### **A.1. Une réflexion ayant mûri avec le temps et la consultation de travaux de recherches scientifiques spécifiques**

Lorsque je me suis engagé sur la voie de cette aventure humaine, académique et scientifique qu'est la thèse, je ne pouvais pas mesurer les tenants, encore moins les aboutissants, notamment jusqu'où elle pouvait me conduire. Mais, j'étais persuadé que je voulais effectivement concrétiser ce travail, car il représentait pour moi un rêve, une volonté. J'ai pris conscience des réalités au fur et à mesure que j'avancais. Il fallait toujours trouver les ressources requises pour persévérer. Ce d'autant que : « une thèse, quand tu l'as commencée, il faut la terminer », ne cessait de me rappeler ma directrice de thèse. Les ressources étaient principalement spirituelles : penser à mon village, à ma famille ou lire Saint-Exupéry et Ela me confortait dans l'idée que je parachèverai ce travail. Car, non seulement ce que d'autres ont réussi, on peut toujours le réussir (Saint-Exupéry, 1943), mais aussi les progrès sont impossibles sans volonté de progrès (Ela, 1982).

L'idée de préparer cette thèse en anthropologie, tout en conjuguant le thème de la santé avec celui de la petite enfance, s'est construite au fil du temps. Elle s'est ainsi façonnée grâce à des observations de faits, des expériences vécues et lues, des participations à des formations et des séminaires académiques, de multiples rencontres avec les spécialistes de la santé de la petite enfance, à la réalisation d'enquêtes individuelles et collectives variées, ou encore à des rencontres avec les acteurs de la médecine infantile endogène de cette zone. Certes, cette thèse s'est véritablement enclenchée lorsque sa problématique a été établie<sup>1</sup>. Mais, l'origine de ma réflexion a commencé bien avant, notamment quand je me suis dirigé vers ce qui allait devenir mon terrain de recherche (Sangmélima), principalement son milieu rural, où j'ai mené mes premières investigations en master<sup>2</sup> en anthropologie Cultures, Politiques et Sociétés

---

<sup>1</sup> Problématique élaborée et exposée dans la suite du travail, notamment au niveau de l'ancrage de la problématique.

<sup>2</sup> La préparation de ce master, dont la synthèse est faite dans la suite, s'est faite pendant l'année académique 2012-2013 au sein de la Faculté d'anthropologie sociale et d'ethnologie. Son objet d'étude a porté sur l'étude des représentations sociales du paludisme dans la localité d'Assok-Yemveng (canton Nlobo-Lobo, dans le

(CPS) à l'université Bordeaux 2 Segalen (devenu composante de l'université de Bordeaux avec la réforme de la fusion des universités de la Gironde du 1<sup>er</sup> janvier 2014).

Les terrains de recherche relatifs aux études sur la petite enfance sont passionnants et singuliers (Razy & Campigotto, 2014). Aller à la rencontre d'un petit enfant à travers sa mère constitue une belle expérience ; observer ses mimiques, ses gestes, quand un étranger s'approche, est un moment fort (*Ibid.*). C'est pourquoi mener une enquête sur la santé des enfants est l'une des plus belles expériences jamais vécues dans ma carrière de jeune chercheur en Anthropologie.

En effet, il est inédit d'observer, à travers les tradipraticiennes<sup>3</sup>, les moyens endogènes de prévention et de traitement des maladies locales dont souffrent majoritairement ces enfants, et de les voir s'exprimer par des gestes, des pleurs, des cris lors des situations de soins. Razy & Campigotto (2014) démontrent, en effet, que non seulement les terrains de recherche sur des thématiques relatives à la petite enfance devraient être encouragés, mais également que l'anthropologie de l'enfance semble être une bonne école de la patience et de l'humilité, notamment sur le plan méthodologique.

En découvrant ces deux auteures (Razy et Campigotto), j'ai éprouvé l'envie d'intégrer cette école et de la découvrir. J'ai surtout voulu, en m'appuyant sur les enseignements de celle-ci (cette école), conduire mes propres expériences en pays Bulu, comme nombre de mes prédécesseurs en terrain burkinabé (Bonnet, 1985, 1988, 1990), iranien (Kotobi, 1995), nord-camerounais (Mebenga Tamba, 1998, 2001), congolais et sud-américain (De Suremain, 2007, 2010, 2013), français (Delalande, 2001, 2002, 2007, 2009 ; Sirota, 2006, 2010 ; Razy & De Suremain, 2022, etc.), malien (Razy, 2004, 2007), italien (Fucci, 2020) et tanzanien (Bonini, 2022). En intégrant cette école, j'ai également pour objectif de contribuer à son

---

groupement Yemveng (voir le tableau de représentation des composantes de la zone d'étude dans la suite) auprès des jeunes enfants de zéro à cinq ans. Ce mémoire s'intitule : « *Le recours aux soins en milieu rural sud-camerounais. Contribution à une étude anthropologique du paludisme à Assok-Yemveng.* Je rappelle qu'Assok-Yemveng fait partie des localités dans lesquelles j'ai également mené mes recherches pour cette thèse.

<sup>3</sup> Je précise que le lecteur remarquera que, dans la suite du travail, j'utilise conjointement les vocables de « tradipraticiennes » et « tradipraticiens ». En effet, au-delà des places respectives que ces tradipraticiens (nécessairement des mères, matrones et blindeurs) occupent dans le cadre des soins au sein de cette zone géographique, l'usage de chacun de ces vocables s'explique selon que j'évoque, spécifiquement ou globalement, les maladies infantiles locales, les maux des enfants, leur protection ou blindage, les maladies et maux des femmes, etc. Ainsi, j'utilise « tradipraticiennes » pour faire référence, d'une part, à des acteurs de sexe féminin (nécessairement des mères et des matrones) qui œuvrent dans les soins au sein de cette zone géographique et, d'autre part, aux aspects relatifs aux maladies infantiles locales ainsi qu'aux maladies et maux des femmes qui sont, de fait, l'apanage des mères et des matrones. Tandis que j'utilise le vocable de « tradipraticiens » pour englober ce grand groupe d'acteurs locaux (mères, matrones, blindeurs) qui œuvrent à l'amélioration de la santé des enfants et des populations de cette zone.

développement dans ma zone de recherche. Les concepts d'« enfance » et de « petite enfance » doivent être abordés sous plusieurs angles d'analyse pour être pleinement compris. Cette thèse est aussi un fruit de ce principe cathédral des *Childhood studies*. La revue de tous ces terrains spécifiques et variés n'a fait que davantage suscité en moi l'idée de contribuer à l'élargissement du champ d'intervention des *Childhood studies* en Afrique à travers le groupe culturel bulu de Sangmélima au Sud-Cameroun. Du point de vue de la santé des jeunes enfants, des maladies infantiles locales, des méthodes de soins endogènes mises en œuvre pour les soigner et les guérir, la démarche a consisté à donner la parole aux Bulu, notamment les acteurs impliqués, afin qu'ils deviennent, comme les terrains précédemment cités, un terrain reconnu et conquis par et pour les *Childhood studies*.

Mon intérêt pour les sciences humaines et sociales, notamment l'anthropologie, ainsi que l'intérêt pour les études sur la santé de la petite enfance camerounaise, me viennent des exercices de recherche et d'observation en anthropologie de la santé et de l'enfance réalisés à l'université de Yaoundé 1 au Cameroun. Tout a donc commencé au Département d'anthropologie de ladite université dans laquelle je me suis formé à cette discipline. J'ai ainsi découvert son histoire, ses pères fondateurs, son évolution, son savoir, ses méthodes, ses pratiques, ses branches. Parmi ces dernières figurent l'anthropologie politique, l'anthropologie sociale et culturelle, l'anthropologie des connaissances, l'anthropologie du monde d'aujourd'hui, l'ethnologie, et surtout, l'anthropologie de la santé et l'anthropologie de l'enfance.

Je me rappelle que, avec d'autres étudiants, nous étions souvent sollicités par nos enseignants, après des cours sur l'anthropologie de la santé, pour réaliser des séances d'observation dans des hôpitaux et dans d'autres institutions médico-sociales publiques et privées. Il nous était également recommandé de participer à des cercles éthiques de santé durant lesquels nous nous entretenions avec des responsables au sujet de leurs représentations sur le fonctionnement du système de santé camerounais et des stratégies qui pouvaient être mises en œuvre pour l'améliorer. Les maisons cadres d'accueil de la petite enfance où nous pratiquions des séances d'observation dans le domaine de l'anthropologie de l'enfance n'étaient pas négligées. J'ai aussi mené des enquêtes au sein d'espaces de santé (hôpitaux publics et privés, dispensaires, centres de santé urbains et périphériques). Ce qui m'a permis de me concentrer davantage sur les rapports entre soignants et soignés (Jaffré & Olivier de Sardan, 2003), la prise en charge des patients, l'offre de soins et la santé maternelle et infantile. Tous ces exercices d'initiation à la recherche au sein de ces terrains de santé en lien avec la petite enfance ne m'ont pas laissé

indifférent : ils ont suscité en moi le goût de la recherche et l'envie d'approfondir une problématique originale qui contribuerait à enrichir les deux anthropologies (anthropologie de la santé et anthropologie de l'enfance).

Ainsi, tout au long de ce cursus au Cameroun, mon ex-directeur n'a cessé de m'intégrer dans les programmes de recherche et d'enquêtes en santé publique : qu'il s'agisse d'un projet portant sur les filarioses (onchocercose) ou de consultations dans des centres d'accueil d'enfants à mobilité réduite ou d'enfants de la rue, etc. L'un des plus grands projets de santé publique auxquels j'ai participé en tant qu'enquêteur concernait les phases 1, 2, 3 et 4 de la cartographie des zones TIDC<sup>4</sup>. Ce directeur me préparait à la venir, me disait-il. En effet, il avait estimé que s'il y avait bien un avenir certain en anthropologie – sans pour autant négliger ses autres branches bien entendu – c'est bien dans les domaines de la petite enfance. Ces mots ont résonné en moi comme le son d'une cloche. L'intérêt pour la santé des enfants a commencé à grandir considérablement, sans ambition aucune, c'est-à-dire que j'étais au contact avec les enfants, en tant qu'anthropologue, mais je ne pensais pas à y mener une quelconque étude approfondie, notamment une thèse. J'apprenais tout simplement comment aborder les enfants sur le terrain, comment élaborer un protocole de recherche les concernant.

En 2011, j'ai quitté le Cameroun pour la France. J'ai manqué à ce moment-là une occasion qui aurait pu davantage m'édifier sur les terrains des enfants. En effet, des anthropologues japonais arrivaient au Cameroun en portant un projet de recherche sur « la transmission des savoirs chez les enfants pygmées Baka<sup>5</sup> de l'Est camerounais ». Toutefois, mon ex-directeur m'a rassuré en me disant que mon arrivée en France me le ferait oublier. Il avait raison, car j'y ai découvert un environnement studieux. Alors, j'ai ainsi décidé de poursuivre mon initiation au savoir anthropologique à l'université de Bordeaux. Par conséquent, je me suis davantage

---

<sup>4</sup> Dans ce projet de santé publique de lutte contre l'onchocercose sur tout le territoire national camerounais, il était question de localiser, avec des GPS, les zones TIDC (Traitement à l'ivermectine sous directives communautaires) – qui sont des zones où sévit fortement l'onchocercose – et de s'entretenir avec les populations. Ce projet, financé par l'APOC (Conseil africain de lutte contre l'onchocercose) et dirigé par le CRFILMT (Centre de recherche sur les filarioses et les autres maladies tropicales) à l'échelle du Cameroun, s'est déroulé de 2009 à 2011. J'ai participé à ses quatre phases dans les régions du Centre, de l'Est, du Littoral et du Nord.

<sup>5</sup> Selon Robillard et Bahuchet (2012) dans leur article intitulé « Les Pygmées et les autres : terminologie, catégorisation et politique », *Journal des africanistes* « 82-1/2 », 2012, p. 15-51, les Baka, connus au Congo sous le nom de Bayaka (Bebayaka, Bebayaga, Bibaya), sont un groupe ethnique habitant les forêts tropicales du sud-est du Cameroun, du nord de la République du Congo, du nord du Gabon et du sud-ouest de la République centrafricaine. Les Baka ont été appelés historiquement pygmées, ce terme est considéré comme péjoratif par certaines organisation et gouvernements.

initié à la santé, à la culture, à la politique, aux migrations et médiations à la Faculté d'anthropologie sociale-ethnologie, et surtout à la petite enfance à la Faculté de psychologie.

En 2012-2013, lors de la préparation du master en anthropologie Cultures, Politiques, Sociétés (CPS) précédemment évoqué, des perspectives de recherche prometteuses ont réellement commencé à se dessiner. Cela dit, j'ai réalisé une première étude sur la santé des enfants de leur naissance à cinq ans à Sangmélina, mon terrain de recherche actuel. C'était ma première véritable expérience de terrain sur la santé de la petite enfance. Simultanément, pendant cette recherche, j'ai remarqué que les mères venaient rencontrer la tradipraticienne avec leurs enfants pour d'autres maladies autre que le paludisme. La tradipraticienne les a appelées « *akon bone ya djal* », c'est-à-dire « les maladies infantiles de chez elles », « de leur culture », « de leur environnement » et dont la prise en charge et les traitements étaient particuliers. Ne sachant pas véritablement de quoi il était question, j'ai trouvé tous ces faits et gestes assez « mystérieux ». Ce « mystère » a attiré mon attention et m'a incité à m'y rapprocher afin de découvrir les conduites qui l'entoure. À ce « mystère », est venu s'ajouter (de mes enquêtes de thèse) la menace que ces maladies infantiles locales, tout autant que la rougeole, la varicelle, la rubéole, représentent pour la santé des plus petits, car sur 10 enfants rencontrés chez les tradipraticiennes avec leurs mères, 07 souffrent de l'une ou l'autre de ces « maladies infantiles locales ».

Des anthropologues africanistes ont montré que chaque société a ses maladies ainsi que les manières propres de les interpréter, de les soigner ou les guérir dans des socio-cultures autres que celle des Bulu. J'ai voulu contribuer à la mise à jour de ce principe à partir d'une expérience « inédite » fondée sur les maladies infantiles locales auprès de ce peuple. L'étude de ces maladies m'a rapproché des jeunes enfants de 0 à 5 ans, car ce n'est qu'à travers eux, du fait qu'ils soient plus vulnérables et plus menacés par celles-ci, que je pouvais mieux saisir leur ancrage. C'est ainsi qu'un jour, afin de mieux comprendre ce « mystère », je me suis rapproché d'une tradipraticienne (entretien du 12 mars 2012 à Assok-yemveng, canton Nlolo-Lobo). Cette dernière n'a pas attendu pour m'avouer ceci :

---

*« Mon fils, ces choses ne se comprennent pas de cette façon-là. C'est beaucoup trop complexe. Je vois que ton esprit est plongé dans un travail bien précis. Si tu cherches à comprendre maintenant alors que tu es concentré sur un autre travail, tu ne comprendras rien du tout. Je te conseille de revenir une autre fois et de te focaliser uniquement dessus... ».*

---

Cette tradipraticienne évoque le temps, la patience et une préparation minutieuse avant de s'engager dans une étude de cette envergure. Car, ce milieu dans lequel j'avais l'ambition de m'engager n'est pas comme les autres milieux ordinaires. Sa spécificité est qu'il est d'abord culturel (propre à ce groupe et qui renferme plusieurs éléments qui ne s'expliquent et n'ont de sens que dans ce cadre culturel là), puis mystique (constitué des éléments sacrés dont le fonctionnement, la compréhension ne sont perceptibles qu'à travers les initiés, c'est-à-dire les tradipraticiens). Cela dit, le culturel et le mystique ne peuvent se comprendre tout d'un coup. Voilà pourquoi la tradipraticienne, en parlant du temps, de la patience et une préparation minutieuse, fait allusion au rapprochement de longue durée avec le milieu, avec les initiés et les populations dont doit faire preuve le chercheur. Ce dernier doit être un élève auprès des initiés et des populations qui lui donneront les outils nécessaires pour démarrer sa recherche. Cette voie reste et demeure primordial. J'ai suivi cette voie auprès des tradipraticiens et des populations dans cette socio culture. À partir de cet instant, l'idée de réaliser une thèse sur la santé de l'enfance ne m'a plus quitté. Je dois dire que si la réaction de cette tradipraticienne m'a quelque peu désarçonné, force est de reconnaître que je l'ai trouvée naturelle, spontanée et surtout motivante. Dans cette localité du Cameroun, la plupart des tradipraticiennes sont en même temps guérisseuses et devineresses : elles possèdent le don de lire dans les pensées des personnes et peuvent même prédire l'avenir. J'ai eu le sentiment qu'elle m'avait donné cette réponse parce qu'elle a lu dans mes pensées et qu'elle y a vu l'immensité de mon ambition.

Néanmoins, plus le temps passait, plus je me rapprochais de cette expérience intellectuelle qu'est la thèse de doctorat, plus je faisais des découvertes extraordinaires. Par exemple, dans certaines lectures de préenquêtes, j'ai découvert des auteurs dont les analyses sur l'enfance et sa santé allaient contribuer à l'élaboration de mes cadres théoriques, conceptuels et méthodologiques et les enrichir<sup>6</sup>. Ces auteurs : Razy (l'ethnographie du détail de la petite enfance chez les Soninké), Bonnet (l'enfance, une construction sociale chez les Mossi), Kotobi (la vaccination infantile en Iran d'aujourd'hui), Ezémbé (l'enfant africain et ses univers), Fucci, Clark et Moss (l'écoute des enfants et les approches mosaïques) ou encore Ariès (l'enfance et la vie familiale sous l'Ancien Régime).

En même temps, je ne perdais pas de vue tous les prérequis sur l'anthropologie de la santé que je devais associer à l'anthropologie de l'enfance. Je ne devais pas oublier que l'anthropologie est la discipline qui, à partir des données de l'ethnographie, vise à établir les lois générales de

---

<sup>6</sup> Tous ces cadres sont développés dans la suite de la thèse, notamment dans les premières et deuxièmes parties.

la vie en société, aussi bien dans les sociétés occidentales qu'au sein des populations rurales (Gessler *et al.* 1995), et que l'anthropologie de la santé est une branche de l'anthropologie sociale est née en même temps de l'étude des croyances et des rituels relatifs à la santé et de la description de la variation biologique chez l'homme (Hudelson, 2002). Notamment, l'anthropologie de la santé porte une attention spécifique aux modalités de penser la maladie et de la soigner, c'est-à-dire aux conceptions populaires et professionnelles ; aux causes des problèmes de santé ; à la nature des traitements, aux thérapeutes qui appliquent ces traitements ; aux processus par lesquels les individus recherchent de l'aide ; et aux institutions qui régissent l'espace socioculturel de la santé (Massé, 1995). Sans oublier qu'elle étudie les systèmes de représentation de la maladie et les pratiques de santé dans diverses cultures (Reveyrand, 1983). Il était nécessaire de garder à l'esprit toutes ces définitions. Ainsi, c'est sur la voie des maladies infantiles locales ainsi que des manières de les prévenir et de les soigner que j'allais orienter ma thèse.

Dans cette lignée des travaux en anthropologie de la santé, je ne saurais pas oublier ceux de Texeira (2001) qui a travaillé chez les Manjak de Guinée-Bissau et du Sénégal dans la perspective des rituels divinatoires et thérapeutiques. Les travaux de Texeira mettent en lumière la cosmogonie manjak (le bien, le mal, le féminin, le masculin, la mort), dresse l'inventaire des différentes forces domestiquées et sauvages présentes dans ce monde (dieu, les ancêtres, les sorciers, etc.), qu'elle nomme les « puissances invisibles ». Cette première partie se clôt sur une synthèse des relations qu'entretiennent ces acteurs du monde invisible. Ensuite, l'auteure examine le statut des femmes chez les Mandjak (concernant le sang, les alliances, les parentés, etc.), ainsi que les prêtresses, les devineresses, guérisseuses et possédées, qui opèrent dans les cultes *Bepene* et *Kasar*. Enfin, la troisième partie, qui aborde les « Rituels de soins », décrit de nombreuses séances thérapeutiques autour du *Kasala*, tout en transcrivant quelques dialogues entre officiants (prêtresses, devineresses, guérisseuses) et sollicitants (patients). Cette troisième partie montre que chez les Manjak, la femme est au cœur de tout acte de soin. Ainsi, si « les officiantes ne se placent pas en destructrices de l'ordre social, mais en accompagnatrices des bouleversements sociaux et en créatrices de repères » (p.139), « les devineresses sont les points d'équilibre entre reproduction sociale et mutation » (p.218), cela montre que « les femmes se sont glissées dans cet interstice du pouvoir social laissé vacant par les hommes » (p. 228). Dans le cadre des soins, notamment de lutte contre la « sorcellerie croissante et plus diffuse », l'auteure montre que les femmes

constituent donc chez les Manjak un groupe autonome doté d'initiative par l'intermédiaire de ces rites de soins.

En effet, ces travaux de Texeira ont également été un véritable appui, un repère essentiel supplémentaire pour cette thèse du point de vue de sa partie anthropologie de la santé. Leur particularité est qu'ils m'ont permis, dans une logique comparative et transversale, d'appréhender la manière avec laquelle les Manjak et non plus les Wolofs, les Soninké, les Lobi, les Lebou, etc., mettent, eux aussi, en œuvre des savoirs et savoir-faire (rituels divinatoires et thérapeutiques) endogènes pour répondre à tous les maux et à toutes les maladies dont les causes peuvent être multiples, notamment de l'infortune et de la sorcellerie. J'ai aussi pu découvrir les aspects méthodologiques et analytiques des faits, gestes et postures lors des situations de soins chez les prêtresses, devineresses et guérisseuses. Des similitudes, du point de vue conceptuel (cosmogonie : le bien, le mal, le féminin, le masculin, la mort ; puissances invisibles : dieu, les ancêtres, les sorciers, etc.), concernant du rôle des femmes dans le sillage des soins font surface ici. Les Bulu, comme les Manjak, utilisent également des rituels divinatoires et thérapeutiques, qui se trouvent dans les savoirs et les pratiques endogènes de soins pour prévenir et soigner les maladies en général et les maladies infantiles locales en particulier. Par ailleurs, chez les Bulu comme chez les Manjak, les femmes, spécifiquement âgées, se positionnent comme « incontournables » dans les soins en général et infantiles particulièrement.

À mon arrivée en France, je me suis rendu compte que je devais encore approfondir ce domaine de la petite enfance. Je savais déjà que l'enfance est une construction sociale, qu'elle varie selon les normes et les contextes (Bonnet, 1988) et que, par son analyse, il est possible de comprendre l'organisation et la structure sociale d'un groupe (Razy, 2007). Il me fallait maintenant comprendre le rapport affectif qui lie l'enfant à ses ascendants, surtout sa mère, puisque cette thèse traite de l'enjeu affectif dans la relation thérapeutique entre les enfants et leurs mères lors de situations de soins chez des tradipraticiennes. Je me suis rapproché du RGPE<sup>7</sup> en vue de présenter mon projet de thèse et de récolter des informations au sujet des inscriptions. Comme mon profil correspondait aux conditions d'inscription, je me suis inscrit

---

<sup>7</sup> Créé officiellement en 2001 au sein de l'université de Bordeaux mais acteur depuis 1990, le RGPE (Réseau Girondin Petite Enfance – Famille – Santé) est : est : — Un outil œuvrant pour le développement culturel et l'accès à la culture pour tous et ce dès le plus jeune âge, la prévention des inégalités et le maintien du lien social.

—Un lieu ressources, de fédération, de réflexion et d'échanges pratiques et scientifiques pour les étudiants, les professionnels de la petite enfance, du secteur social et de la culture et les représentations institutionnels et des collectivités territoriales autour de l'éveil culturel de la petite enfance. <https://www.rgpe.fr/>

au DU enfance et sociétés où j'ai pu étudier l'enfant dans ses rapports avec son environnement, avec ses ascendants, en relation avec les soins et la santé, de même que l'éducation à la santé, le rapport au corps, etc. J'ai également participé à plusieurs séminaires de formation et de méthodologie sur des thèmes variés, notamment « Accueil d'un enfant en situation de handicap, comment y faire face ? », « La bientraitance : ses enjeux au quotidien », « Accompagner la séparation », etc.

Ces deux formations (master et DU) ont été complétés par d'autres formations, notamment par un master professionnel en anthropologie, Santé, migrations, médiations (S2M), pour approfondir mes connaissances sur un concept découvert avant le DU, celui de « médiations », par la compréhension de son étendue, ses principes et fondements. Hormis les médiations, j'ai également affiné mes connaissances sur l'interprétariat, mon sujet de recherche de ce master portant sur les questions de langue en milieu de soin. Dans le contexte de cette thèse, l'enjeu affectif est présent dans la relation thérapeutique entre les enfants et leurs mères lors des situations de consultations, y compris dans les rôles de médiateur et d'interprète, de la part des mères, dans cette même relation thérapeutique.

Plusieurs opportunités scientifiques et professionnelles se sont offertes à moi grâce à ce master. Par exemple, il m'a permis d'effectuer un stage de fin de formation au sein de l'association Ethnotopies (autrefois appelée MANA)<sup>8</sup> qui mène des activités de médecine transculturelle. J'ai été recruté en qualité de chercheur associé et de co-thérapeute après ce stage. Je voulais découvrir le sens, le dispositif et les enjeux d'une relation thérapeutique (patients-thérapeute-interprète), ce qui m'a été très utile sur le terrain dans la compréhension de la relation thérapeutique entre enfant-mère-tradipraticiennes. Cela m'a permis d'approfondir mes connaissances sur les terrains des enfants, en particulier sur la façon de les aborder et de comprendre leur langage à travers leurs mères, en participant à des consultations de groupes ou individuels, de famille ou de femmes seules avec des enfants de cinq à sept ans dans cette association. J'ai cherché à comprendre le langage de l'enfant afin de mieux comprendre la situation globale lorsque les mères tentaient de dissimuler une information précieuse. Les psychothérapeutes ont conscience que les vérités se cachent dans les faits, gestes et paroles des petits enfants. C'est pourquoi, lors des consultations psychothérapeutiques auxquelles j'ai participé dans cette association, j'avais remarqué que la

---

<sup>8</sup> Il s'agit d'une association de médecine transculturelle, située à l'hôpital Saint André de Bordeaux, qui organise des thérapies individuelles et de groupes auprès de migrants, demandeurs d'asile, réfugiés, personnes en situation irrégulière, de mineurs isolés et non accompagnés, de femmes victimes de tortures et de viols dans des pays en guerre, etc. <https://refugies.info/fr/dispositif/5f929c08fc486c0047ef5d80>

psychothérapeute principale se tournait subtilement vers l'enfant ou les enfants qui accompagnaient leurs parents à travers une approche basée sur des sourires, des questions et paroles bienveillantes, l'offre des jouets pour découvrir autrement les choses cachées par le ou les parents. Car, l'attitude d'un enfant face à celle bienveillante d'un psychothérapeute peut entrevoir une situation de mal être comme de bien être au sein de son cadre de vie.

Afin de ne pas me limiter aux formations universitaires mentionnées précédemment, j'ai ressenti l'envie de découvrir la petite enfance en participant à des rencontres scientifiques sur ce sujet. Je voulais discuter avec les spécialistes de l'enfance et de la petite enfance, discuter de mon projet de thèse, découvrir de nouveaux concepts, théories, enjeux et perspectives. C'est ainsi que j'ai proposé une communication à la journée d'études « Soins et santé des enfants en milieu rural » organisée par la Maison des Sciences de l'Homme de Lorraine (MSHL). Celle-ci s'intitulait : « *Paludisme et pluralité thérapeutique en milieu rural sud-camerounais : cas des enfants âgés de 0 à 5 ans* ». C'est une rencontre scientifique qui m'a permis de confirmer mon désir de mener une thèse sur la santé de la petite enfance africaine.

La thèse n'est pas seulement le fruit de plusieurs années de recherche et d'expérience. Elle est également un document qui fait appel à des idées provenant des travaux scientifiques ici et là. En effet, mes propres recherches antérieures ont aussi contribué à la construction de cette thèse, en nourrissant et en enrichissant les aspects ethnographiques, méthodologiques, théoriques et conceptuels. En réalité, j'ai suivi ces formations dans une volonté d'acquérir des connaissances et des compétences scientifiques plurielles (en anthropologie, en psychologie, en sciences des religions, etc.) relatives à l'enfance ou la petite enfance. Car, il fallait surtout se préparer à l'idée que les terrains de l'enfance ou de la petite enfance font nécessairement appel au dialogue pluridisciplinaire, essentiel pour cerner les problèmes sociaux et en saisir leurs particularités (Razy et Campigotto, 2014). Dans cette socio-culture bulu, à travers les jeunes enfants, j'ai pu globalement saisir un certain nombre de problèmes sociaux (pauvreté, exode rural, conflits de génération, inceste, etc.) et surtout l'existence des maladies infantiles en général et celles infantiles locales en particulier. La saisie des particularités des maladies infantiles locales étudiées dans cette thèse s'explique, dans un premier temps, du fait de leurs voies de transmission respectives (grossesse ; hérédité ou génétique ; rapports sexuels), dans un deuxième temps, du fait qu'elles soient des maladies ancrées dans les mœurs et l'espace de vie de ce groupe culturel, dans un troisième temps enfin, du fait qu'elles n'affectent principalement que les enfants de la tranche d'âge entre zéro et cinq ans (naissance, nourrisson, petite enfance).

## **A.2. La portée de la trajectoire de mon parcours pluridisciplinaire dans cette thèse**

- *Anthropologie des regroupements ethniques des étudiants de l'université de Yaoundé 1 : le cas du regroupement des jeunes Babadjou<sup>9</sup>*

Ce mémoire de maîtrise en anthropologie du développement montre que les hommes sont des êtres de culture, faits de culture et qu'ils s'identifient à travers celle-ci (Mbonji, 1988). Les référents culturels communs des Bulu révèlent des capacités collectives d'affirmations, des conduites de « conscience culturelle collective » (Nzhié Engono, 2004), ainsi que de gestion des problèmes de santé infantile qui se rencontrent localement et dont les supports essentiels sont les savoirs et les pratiques endogènes de sa médecine. Laquelle médecine Ces savoirs et pratiques se caractérise par l'usage de la pharmacopée traditionnelle et de la manipulation de certaines forces spirituelles ou religieuses, esprits, ondes ou énergies (Schmitz, 2006).

Ce mémoire de recherche, en étudiant le rapport entre l'homme et la culture qu'il met en évidence, a permis de comprendre l'attitude « résiliente » des Bulu quant à la santé de leurs enfants. Selon Manciaux (2001), le concept de « résilience » est étymologiquement associé à la « résistance » et au « ressaut » des êtres humains confrontés aux dures réalités de l'existence, ou encore au « ressaut » des êtres humains qui peinent à se développer et à se projeter dans l'avenir, et ce, malgré des événements déstabilisants. En d'autres termes, la résilience est une vertu qui consiste à résister à la destruction et à construire une existence valant d'être vécue (Werner & Smith, 1992), à la dynamique existentielle (Vanistandael & Lecomte, 2000), et ensuite à l'adaptation aux situations, à valoriser l'estime de soi, des qualités permettant de surmonter les épreuves (Cyrułnik, 1999 ; Bowlby, 1992). Assurément, si les Bulu adoptent un esprit résilient à l'égard du domaine médical et qu'ils développent des capacités et des attitudes fondées sur des ressorts culturels internes pour faire face aux différents problèmes de santé infantile globaux et locaux, c'est en raison des difficultés sanitaires quotidiennes sans cesse croissantes auxquelles ils sont confrontés ainsi que des effets contre-productifs de la médecine biomédicale qui était censée résoudre leurs problèmes de santé. Il est donc important de mettre en avant leur propre résilience et de valoriser leurs propres façons de faire à l'intérieur, ce qui leur permet de se développer et de promouvoir des stratégies médicales endogènes face aux maladies infantiles locales qui menacent constamment la santé de leurs enfants.

---

<sup>9</sup>Les Babadjou sont une communauté que l'on retrouve dans le département de Bamoutos dans la région de l'Ouest-Cameroun. Ils occupent la zone de Santa qui se situe entre la région de l'Ouest et celle du Nord-Ouest.

- *Élites, pauvreté et développement en milieu rural au Cameroun : étude anthropologique dans les localités de Ngoulmekong et d'Assok, région du sud*

Ce mémoire de master 2 en anthropologie du développement a pour objet de mettre en lumière le rôle des élites dans les processus de lutte contre la pauvreté et de développement en milieu rural camerounais, notamment dans les localités de Ngoulmekong et d'Assok-Yemveng. Dans ce mémoire, la « culture » est considérée comme le moyen sur lequel les élites, forces vives disposant des moyens financiers, maillons essentiels du développement, s'appuient pour amorcer le développement. L'une des conclusions de cette étude est que cette conscientisation des élites repose sur deux éléments principaux : le constat de l'échec de l'État dans ses devoirs régaliens en milieu rural ; la prise de conscience que « Nul ne réalisera le destin du continent adulte, de l'Afrique, à la place des Africains eux-mêmes » (Dia, 2002). Pour une population donnée, l'une des façons de faire face aux problèmes qui minent son cadre de vie est de s'initier elle-même, avec les moyens culturels, sociaux et environnementaux à sa disposition, aux activités qui lui permettront de trouver des solutions à ses problèmes. Dans le cadre de cette thèse, les Bulu, notamment les mères et les tradipraticiennes, n'ont pas attendu un quelconque secours de la part des programmes de santé publique infantile afin de protéger leurs enfants face à ces maladies infantiles locales. Elles se sont tournées vers les savoirs et les pratiques de leur médecine infantile endogène.

- *Le recours aux soins en milieu rural sud camerounais. Contribution à une étude anthropologique du paludisme à Assok-Yemveng*

L'étude des itinéraires thérapeutiques existants pour faire face au paludisme chez les enfants de zéro à cinq ans dans la localité d'Assok a été au cœur de ce mémoire de master recherche en anthropologie, Cultures, Politiques et Sociétés soutenu à l'université de Bordeaux. En particulier, le paludisme, qui est la première cause de morbidité et de mortalité infantile dans cette localité — de même que dans la plupart d'autres localités de cette région du sud — a une prévention et un traitement ambivalents qui associent biomédecine et médecine endogène. Mes enquêtes ont permis de déterminer que les représentations sociales du paludisme (*tite*), composées de quatre formes distinctes, sont au centre des choix des itinéraires thérapeutiques. En d'autres termes, la forme de paludisme diagnostiquée détermine l'itinéraire thérapeutique à suivre. J'ai utilisé ce mémoire pour son cadre théorique, méthodologique et conceptuel relatif à l'anthropologie de la santé et à l'anthropologie de l'enfance ; pour les populations cibles de l'enquête (les enfants de zéro à cinq ans) ; pour la quasi-totalité des données collectées dans son contexte ; pour repérer les noms et les lieux de rencontre des tradipraticiennes, des mères

et des chefs COSA qui, à leur tour, m'ont permis de rencontrer de nouveaux acteurs de cette médecine infantile endogène bulu.

- *Transmettre la parole pour faciliter le diagnostic : l'interprète, ses pratiques et ses difficultés en milieu médical*

Ce mémoire de master professionnel en anthropologie, Santé, Migrations, Médiations (S2M), soutenu à l'université de Bordeaux, a démontré que l'interprète occupe un double rôle dans toute consultation médicale : celui d'interprète et de médiateur interculturel. Dans le cadre de cette thèse qui porte, entre autres, sur les interactions langagières, notamment sur l'interprétariat et sur la médiation des « maux » et « mots » de l'enfant par leurs mères lors de situations de consultations, ce travail préliminaire a facilité mon appréhension du rôle des mères. Les enfants de zéro à cinq ans, n'ayant pas encore une expression orale suffisamment développée et étant soumis aux règles culturelles d'expression de cette zone, ne sont pas encore en mesure de dire ou d'interpréter vraiment leurs ressentis, d'où l'importance des mères. Cette thèse explore finement la relation mère-enfant-tradipraticiennes et met en évidence les enjeux et le jeu des rôles d'interprètes et de médiatrices interculturelles joué par les mères.

- *La participation des centres de loisirs à l'éveil et au développement de l'enfant* »

Le DU Enfance et Sociétés suivi à l'université de Bordeaux a offert à cette thèse de solides acquis théoriques concernant la petite enfance du point de vue psychologique et psychanalytique ainsi que sa protection en lien avec la famille, les cultures et les milieux sociaux. L'enfance nécessite, en effet, beaucoup d'égards parce que cette période de la vie est fragile et vulnérable. Nombre d'auteurs issus de diverses disciplines qui constituent les *Childhood Studies* (anthropologie de l'enfance, sociologie de l'enfance, histoire de l'enfance, psychologie de l'enfant, etc.) ont souligné sa fragilité (Bonnet, 1988, 1994, 1999 ; Bonnet & Jaffré, 2003 ; Delalande, 2001, 2002, 2009, 2007 ; De Suremain, 2007 ; Erny, 1972, 1988 ; Ezémbé, 2009 ; Gottlieb, 2000 ; Guidetti *et al.*, 1997 ; Hirschfeld, 2002 ; Jaffré *et al.*, 2009 ; Lallemand & Le Moal, 1981 ; Loux, 1978 ; Razy, 2004, 2007 ; Walentowitz, 2003, 2004, etc.).

Simultanément, l'enfance n'est pas qu'un temps de la vie perçue comme fragile et vulnérable. Les enfants sont également dotés d'*agency*, c'est-à-dire de capacités et de compétences, de droits et de devoirs qu'il convient de reconnaître, de faire valoir et de protéger (Graham *et al.*, 2014). Cette thèse réunit ces deux tendances : la nécessité de protéger l'enfance bulu de Sangmélina et la reconnaissance, fondée sur la volonté de la protéger, par les acteurs de la

médecine infantile endogène de cette zone (tradipraticiennes, mères, chefs, COSA, autorités traditionnelles) de son *agency*. Certains concepts analysés liés à la petite enfance ainsi que leurs auteurs y ont été exploités.

- « *Religions et Communication en Afrique* ». *Communiquer avec ses ancêtres défunts à travers un espace culturel. Ethnographie de la cacaoyère dans le culte des ancêtres au Sud-Cameroun*

Ce mémoire de master recherche en sciences humaines et sociales (option Religions et sociétés) soutenu à l'université de Bordeaux Montaigne a permis d'explorer le système de communication mis en place entre les ancêtres défunts et les communautés dans un espace culturel. Dans ce cadre, le terrain d'étude de la cacaoyère a été choisi. En effet, dans la socio-culture bulu, celle-ci est considérée comme la nourriture des dieux (Etoga, 1971), c'est-à-dire comme un espace dans lequel vivent la plupart des entités spirituelles de cette communauté (génies, totems, fétiches, ancêtres défunts, etc.).

Cette étude a montré que ce système de communication est fondé sur la médiation et la scénarisation, avec pour support principal les cases de campement, la célébration de rites, les grands arbres, certaines plantes et certains espaces sacrés qui se trouvent dans la cacaoyère. Ce système de communication entre les ancêtres défunts et la communauté est également convoqué dans cette thèse. En effet, il repose, en partie, sur des rites de protection et de purification infantiles, présentés ultérieurement dans cette thèse. De plus, pour les soins de santé endogènes de cette zone, il existe des pratiques préventives et thérapeutiques, spirituelles et religieuses qui consistent à protéger l'enfant contre les maladies qui relèvent du surnaturel, du mysticisme ou de la sorcellerie.

Je rappelle que, concernant les aspects spirituels et religieux de cette zone, les Bulu partagent l'idée selon laquelle ceux qui sont morts ne sont jamais partis (Diop, 1961 ; Thomas, 1969 ; Hampaté Bâ, 1972 ; Luneau, 1976 ; Thomas & Luneau, 1995 ; Mbonji, 2005 ; Bonhomme, 2008, Kabasele Lumbala, 2011, etc.). Dans les conceptions traditionnelles du sud-Cameroun, les pratiques spirituelles et religieuses contribuent à renforcer la vie, d'assurer sa pérennité en mettant en œuvre des forces naturelles. Ce mémoire apporte à cette thèse des outils pour analyser autant les représentations des pratiques spirituelles que religieuses avant et après la naissance des enfants et la façon dont ces pratiques influencent leur vie, à travers leur mère. Le questionnement anthropologique développé dans ce mémoire – et qui se prolonge dans cette thèse – souligne l'attention des anthropologues sur ces aspects spirituels et religieux en rapport avec les enfants et l'environnement dans lequel ils vivent. Ainsi, on peut lire des questions telles que : « *Infants have religion ?* » (Gotlieb, 1998) ; Comment la religion vient-

elle aux enfants ? Comment les enfants s'inscrivent-ils dans les dispositifs religieux institués ? Présentent-ils des croyances et des pratiques religieuses propres ? Quel rôle joue le religieux dans leur quotidien ? (Ridgely, 2012) ; ou encore quelle place pour « Les enfants dans l'anthropologie du religieux versus le religieux dans l'anthropologie de l'enfance ? » (Campigotto et al., 2013).

Toutes ces formations suivies montrent qu'il n'était certainement pas encore temps de faire une thèse. Il fallait se préparer, murir et affiner mes réflexions, faire grandir cette idée, collecter des données empiriques et théoriques nécessaires au démarrage effectif en 2017-2018. Ainsi, une fois que tous ces ingrédients empiriques, méthodologiques et théoriques précédents ont été réunis, tout en me focalisant sur la santé de la petite enfance à travers les maladies infantiles locales ainsi que les façons particulières de les prévenir, les traiter ou les guérir, il ne manquait plus que de libeller mon sujet et de m'engager irrévocablement sur la voie de cette thèse de doctorat.

L'exposition de la problématique qui va suivre est une étape qui constitue les bases de la construction de l'objet d'étude de cette recherche.

## **B. PROBLÉMATISATION DE LA RECHERCHE**

### **B.1. Présentation du Cameroun, de Sangmélima et des Fang-Beti (Bulu)**

#### **- Du point de vue du Cameroun**

#### **Situation géographique, milieu naturel et démographie du Cameroun**

Le Cameroun est un pays d'Afrique centrale situé au fond du Golfe de Guinée, entre les 2<sup>e</sup> et 13<sup>e</sup> degrés de latitude Nord et les 9<sup>e</sup> et 16<sup>e</sup> degrés de longitude Est (INS)<sup>10</sup>. Il est limité à l'ouest par le Nigéria, au sud par le Congo, le Gabon et la Guinée équatoriale, à l'Est par la République centrafricaine, et au nord-est par le Tchad. Le Cameroun compte dix régions<sup>11</sup> et s'étale sur une superficie de 475 650 km<sup>2</sup>. Il regroupe une population de près de 25,22 millions d'habitants, compte environ 250 ethnies, 230 langues, 58 départements et 268 arrondissements (INS, 2016). Ce pays qui regorge de traditions et de cultures multiples est composé de dix principaux grands groupes ethniques ou culturels<sup>12</sup> (INS, *ibid.*), chacun d'entre eux appartenant spécifiquement à une région culturelle bien déterminée. C'est ainsi

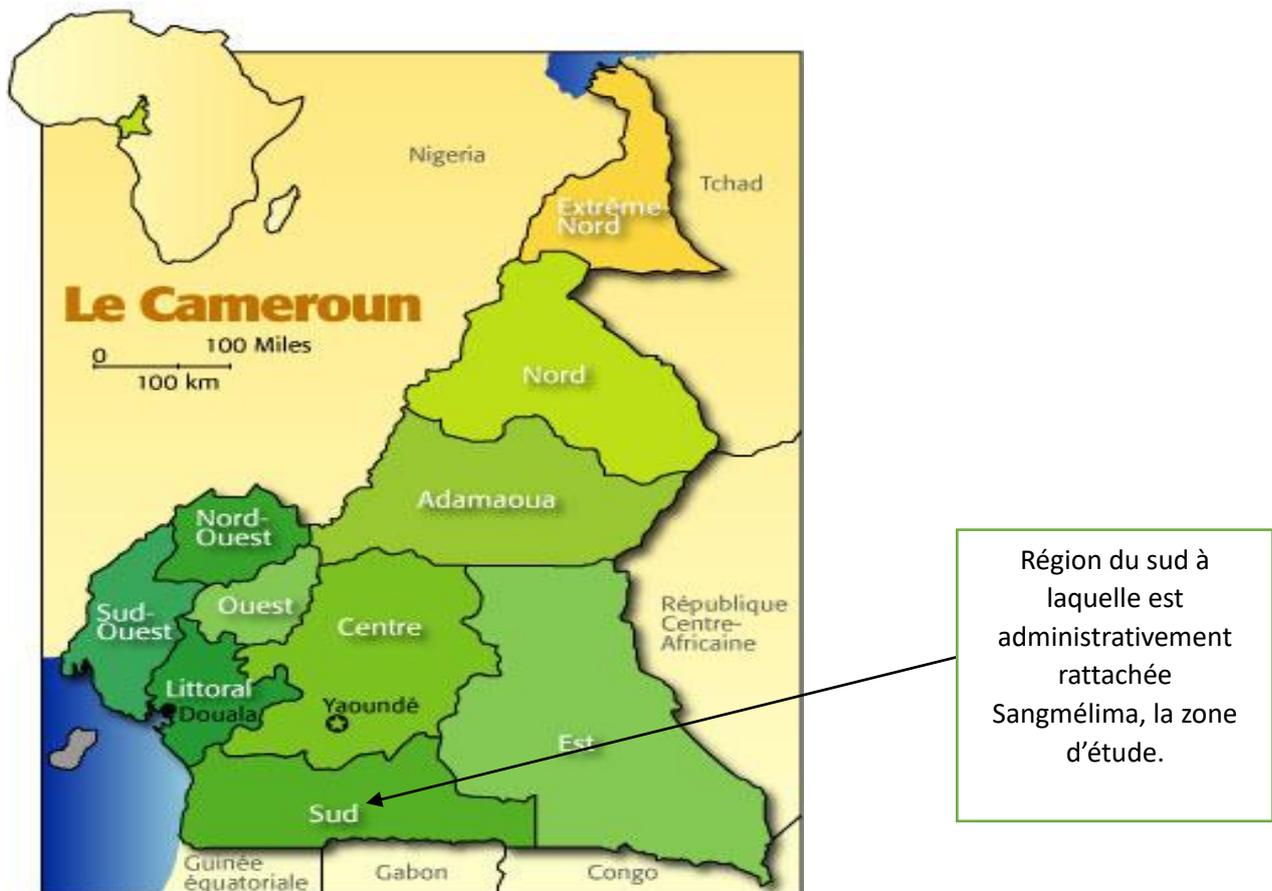
---

<sup>10</sup>L'Institut national de la statistique du Cameroun est un établissement public administratif en charge des statistiques du Cameroun dont le siège est à Yaoundé (la Capitale politique du Cameroun), qui a été créé par décret présidentiel n°2001/100 du 20 avril 2001 et placé sous la tutelle du ministère en charge de la statistique, son siège est Yaoundé, capitale politique du Cameroun.

<sup>11</sup>Centre, Sud, Est, Ouest, Nord-ouest, Sud-ouest, Nord, Extrême nord, Adamaoua, Littoral.

<sup>12</sup>Les Beti-Fang (groupe culturel des communautés de mon terrain d'étude), les Bamiléks-Bamouns, les Douala-Loumdou-Bassa, les Peuls, les Tikar, les Mandara, les Maka, les Chamba, les Mboum et les Haoussa.

que les Peuls, les Mandara, les Mboum et les Haoussa habitent le Grand-Nord (Nord, Adamaoua, Extrême Nord) ; les Douala-Loumdou-Bassa habitent le Littoral (Douala) ; les Beti-Fang et les Maka, habitent le Centre (Yaoundé) et le Sud ; les Bamoun-Bamilékés, les Tikar et les Chamba, l'Ouest, le Nord-ouest et le Sud-ouest. Hormis, ces dix principaux grands groupes ethniques, il existe des groupes ethniques moins peuplés tels que les Pygmées, les Baka, les Kaka et les Bikele qui habitent les régions forestières du Sud et de l'Est.

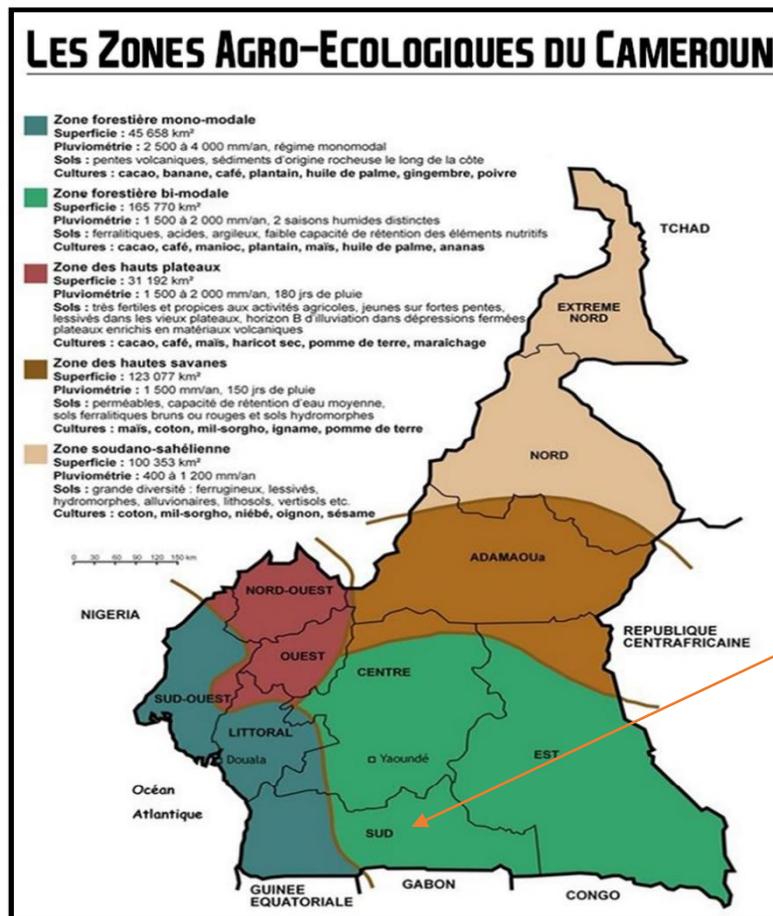


**Figure 1** : situation géographique du Cameroun en Afrique, et ses pays limitrophes  
 Source : INC (institut national de la cartographie). 2010

Le Cameroun bénéficie d'un milieu naturel et physique très diversifié, d'où son appellation « d'Afrique en miniature », car il dispose de toutes les richesses à la fois naturelles et minières que l'on retrouve sur tout le continent.

Trois types de régions contribuent à cette riche diversité géographique. Le Sud forestier (régions du Centre, de l'Est, du Littoral, du Sud et du Sud-Ouest), où je mène mes recherches, se situe dans les zones maritime et équatoriale, qui se caractérisent par une végétation dense, un vaste réseau hydrographique, un climat chaud et humide et des précipitations abondantes. Ces régions sont également propices à la culture du cacao, du palmier à huile, de la banane, de l'hévéa et du tabac. Elles abritent les deux plus grandes villes du pays : Douala (capitale

économique, principal port avec ses activités commerciales et industrielles) et Yaoundé (capitale politique et siège des institutions politiques et administratives).



Je me suis servi de cette carte, bien qu'elle expose les zones agro-écologiques du Cameroun, pour montrer où se situe exactement la zone forestière humide et dense du sud, région à laquelle est administrativement rattachée Sangmélina, ma zone d'étude. Sur ce tableau et sur la légende on voit que, par rapport aux autres zones, le sud, et donc Sangmélina, se situe bien dans la zone verte, qui caractérise la forêt dense.

Figure 2 : situation de la zone forestière humide et dense du sud Cameroun, source : <https://www.limko.cm/gis-geomatics/2021/06/les-zones-agro-ecologiques-du-cameroun>

La région des hauts plateaux de l'Ouest (régions de l'Ouest et du Nord-Ouest) est riche en terres volcaniques, qui sont favorables à l'agriculture du café et des maraichers, et sa végétation est moins dense que dans le Sud forestier. D'autre part, cette région est une des premières zones d'émigration en raison de sa forte densité de peuplement par rapport à la moyenne nationale. Le Nord soudano-sahélien (régions de l'Adamaoua, du Nord et de l'Extrême-Nord) correspond à une zone de savanes et de steppes. Le climat est plutôt tempéré dans le plateau de l'Adamaoua, tandis qu'il est tropical, chaud et sec avec des précipitations de plus en plus faibles à mesure que l'on se rapproche du lac Tchad. Cette région est propice à l'élevage des bovins, à la culture du coton, de l'oignon, du mil, de la pomme de terre, de l'igname blanche et des arachides.

## Organisation politique et administrative du Cameroun

Découvert par les Portugais en 1472, colonisé par les Allemands (1884-1916), puis par les Anglais (1916-1945) et les Français (1945-1961), le Cameroun a pour langues officielles parlées le français et l'anglais. L'auteur de cette découverte est l'explorateur Fernando Po qui, à son arrivée à l'embouchure du Wouri – site de l'actuel port de Douala –, l'a alors appelée « Rio dos Camaroes » (Rivière des crevettes). C'est de ce « Camaroes » qu'est issu le mot « Cameroun » qui sera définitivement maintenu par les Allemands en 1884 et qui s'écrivait « Kamerun<sup>13</sup> ». Les villes de Yaoundé et Douala en sont respectivement les capitales politique et économique. Son drapeau a trois bandes verticales aux couleurs panafricaines vert-rouge-jaune avec une étoile d'or de l'unité et de la liberté ; son hymne national est « *O Cameroun berceau de nos ancêtres* » et sa devise « *Paix-Travail-Patrie* ». Ses principales religions sont le christianisme, l'islam et les religions traditionnelles. À côté il y a également les libres penseurs qui semblent ne pas appartenir à aucune des religions révélées.

### - *Quelques mots sur l'espace religieux camerounais*

Du point de vue de la religion, les rapports de recherche de l'INS montrent que le Cameroun est un État laïque, c'est-à-dire un état qui ne se contente pas exclusivement d'une reconnaissance de cette laïcité. Mais qui affirme également son rôle actif qui est celui de respecter lui-même la liberté de conscience qu'il se doit d'assurer mettant en œuvre des principes pour en prévenir les violations (Momo, 1999). Aussi, la laïcité suppose la séparation du spirituel et du temporel (Ibid. p.825). Cela dit, en tant qu'État laïque, le Cameroun n'est donc ni un État chrétien, ni un État athée, mais un État démocratique, constitutionnel qui respecte un certain pluralisme qui vise à garantir les principes démocratiques et d'équilibre politique (Ibidem.). Par conséquent plusieurs religions y sont pratiquées. Celles-ci contribuent à la conciliation et au partage des subjectivités. Le pourcentage d'adhérents pour chaque religion est le suivant :

- 60% de chrétiens répartis comme suit : 36% de catholiques ; 24% de protestants ; 0,5% d'orthodoxes.
- 35% de musulmans ; 4% d'animistes ; et 1% de libres penseurs.

L'histoire enseigne, à travers les recherches de l'INS, que bien avant la colonisation, et comme la plupart des peuples africains, les peuples camerounais partageaient (et continuent de partager) des croyances animistes et traditionnelles caractérisées par des mythes (génies,

---

<sup>13</sup> Ces informations sont issues des rapports de recherche de l'INS (Institut national de la statistique du Cameroun).

fétiches, totems) et des rites divers et variés, y compris le culte des ancêtres. Mais à partir du XIXe siècle il y a eu un choc religieux issu de la confrontation entre les missionnaires occidentaux (catholiques et protestants) et ces peuples, car ils vont être évangéliser au détriment de leurs propres religions. Cette évangélisation, véritable phénomène d'acculturation, a pratiquement créée deux camps. D'un côté ceux qui ont complètement abandonnés les religions traditionnelles, et de l'autre ceux qui pratiquaient les deux en même temps. De ma propre expérience sur mon terrain de recherche, il est certes vrai que beaucoup de personnes aujourd'hui associent leur foi chrétienne à celle d'anciennes croyances traditionnelles. Mais, mes observations montrent que, la plupart des Bulu rentrent complètement dans leurs anciennes religions. Le traitement des maladies en général et celles infantiles locales en particulier exclusivement à travers leur médecine endogène est une preuve suffisante pour le comprendre, car cette médecine endogène est une religion ancestrale à laquelle ils y croient fermement et qui intègre leurs manières à eux de soigner et de guérir les maladies.

Le Cameroun n'a connu que deux chefs d'État jusqu'ici : Ahmadou Ahidjo (1960-1982), tout premier président de la jeune République du Cameroun ; puis, depuis le 6 novembre 1982, Paul Biya, qui est encore en exercice. Le Cameroun, dont la monnaie est le franc CFA, a une économie en pleine croissance, diversifiée et florissante parmi toute l'Afrique centrale et la CEMAC<sup>14</sup>, grâce à de nombreuses implantations étrangères et à de nombreux groupes nationaux<sup>15</sup>. Au terme du Traité de Versailles (le 28 juin 1919), le Cameroun est placé par la Société des Nations (SDN) sous mandat des administrations française (pour le Cameroun oriental ayant pour capitale Yaoundé au centre) et anglaise (pour le Cameroun occidental ayant pour capitale Buea au Nord-ouest). Le 1<sup>er</sup> janvier 1960, le Cameroun sous tutelle française accède à l'indépendance, tandis que le Cameroun sous tutelle anglaise l'obtient le 1<sup>er</sup> octobre 1961 et devient alors un État fédéral. Le 20 mai 1972, à la suite d'un référendum, la Fédération cède la place à l'État unitaire. Par la suite, en 1983, la République unie du

---

<sup>14</sup> La CEMAC (Communauté économique et monétaire de l'Afrique centrale), créée le 16 mars 1994 à N'Djamena au Tchad, est née d'un traité entré en vigueur en juin 1999. Composée de six États (à savoir le Cameroun, le Congo, la Centrafrique, le Gabon, la Guinée équatoriale et le Tchad), elle est constituée, selon l'article 2 du traité qui l'a instituée, de deux unions : l'UEAC (Union économique de l'Afrique centrale) et l'UMAC (Union monétaire de l'Afrique centrale). Sa vision s'articule sur le programme économique régional (PER) dont l'objectif est de faire d'elle, d'ici à 2025, un espace économique intégré et émergent où règnent la sécurité, la solidarité et la bonne gouvernance. Depuis le 17 juin 2017, Idriss Déby Itno, président du Tchad, en est le président en exercice. [www.cemac.int/histoire](http://www.cemac.int/histoire)

<sup>15</sup> [www.banquemondiale.org](http://www.banquemondiale.org), 2017.

Cameroun devient la République du Cameroun et, en vertu de la loi n° 90/053 du 19 décembre 1990, le multipartisme est introduit dans sa vie politique.

Du protectorat allemand à l'indépendance, le Cameroun a été formé au cours d'une période très courte de soixante-quinze ans. Cela dit, du 14 juillet 1884, jour où Gustav Nachtigal hisse le drapeau allemand à Douala, à 1918, année où les Allemands abandonnent le Cameroun, ce territoire est sous protectorat allemand. La France renonce à tous ses droits sur le Cameroun en ratifiant le traité de Versailles. Ce traité stipule dans son article 119 que « l'Allemagne renonce en faveur des principales puissances alliées et associées à tous ses droits et titres sur ses possessions d'outre-mer ». Sous mandat de la SDN, la France et l'Angleterre se partagent le Cameroun le 10 juillet 1919 et vont donc l'administrer au nom de la SDN. On parle alors du « régime de mandat ». De 1939 à 1946, le Cameroun, sous mandat français, va répondre à l'appel du général de Gaulle demandant de participer à la Deuxième Guerre mondiale aux côtés de la France.

Le Cameroun a aussi été sous tutelle des Nations Unies vers son processus de République du Cameroun. Cela dit, avec la création des Nations Unies en 1945, les deux territoires sous mandat (Cameroun oriental et occidental) passent sous contrôle du Conseil de tutelle qui doit assurer leur marche vers l'indépendance. En vertu de la loi-cadre Gaston Defferre du 23 juin 1956, un décret français du 16 avril 1957 accorde l'autonomie au Cameroun sous tutelle française, qui passe alors du statut de territoire sous tutelle à celui d'État sous tutelle. La citoyenneté camerounaise est désormais reconnue.

Concernant la séparation des pouvoirs, le pouvoir exécutif est exercé par un Président de la République élu au suffrage universel pour un mandat de sept ans renouvelables une fois ; le pouvoir législatif, par l'Assemblée nationale qui est composée de 180 députés ; et le pouvoir judiciaire, par la Cour suprême. Il existe aussi un Conseil économique et social et une Chambre/Cour des comptes. La Constitution de janvier 1996 a prévu un Sénat et un Conseil constitutionnel, qui n'ont été mis en place qu'en 2018.

### **Situations humanitaires et sécuritaires du Cameroun**

Selon l'enquête démographique et de santé du Cameroun (EDSC-V, 2018), bien que ce pays ait toujours été réputé pour la paix et la stabilité qui y régnaient, depuis 2016, des tensions sociopolitiques sont survenues. D'après le document de plan stratégique pour le renforcement

de la chaîne d'approvisionnement public des produits de santé au Cameroun (2022-2026)<sup>16</sup>, la situation de conflits et de terrorisme qui sévit dans le nord du Nigéria et en République centrafricaine (RCA) entraîne des répercussions sur la sécurité des personnes et des biens dans les régions de l'Extrême-Nord, de l'Adamaoua (avec la secte Boko Haram) et de l'Est, entravant ainsi l'offre de services sociaux de base (services et soins de santé). Le nombre de réfugiés en provenance de ces deux pays était estimé à 246 000 en 2019. Par ailleurs, ces conflits ont provoqué le déplacement de 665 000 personnes à l'intérieur du Cameroun. Le pays fait également face à une crise interne depuis 2016 dans les régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest. Au 31 mars 2021, plus de 711 0567 ont fui ces deux régions. En conséquence, le climat d'insécurité augmente le niveau de vulnérabilité des populations et des animaux, ce qui engendre des besoins supplémentaires en services et soins de santé ainsi qu'un encadrement sanitaire plus accentué.

Des situations d'insécurité ont récemment refait surface dans la ville de Sangmélina, y compris dans les villages depuis les dernières qui datent des années 1990. En effet, en 1990 je me souviens des affrontements inter communautaires qui ont survenu entre les Bulu, et les communautés Bamiléké et Haoussa. Dans ces situations d'insécurité des années 1990, la communauté autochtone (les Bulu) accusait les autres communautés d'envahissement et qu'elles devraient rentrer dans leur région d'origine, c'est-à-dire à l'ouest pour les Bamilékés et le grand Nord pour les Haoussa. Il y a eu des émeutes qui ont entraîné des blessés voire des morts, ce qui a engendré l'intervention des forces de l'ordre. Des années 1990 jusqu'à récemment il n'y avait plus eu ce genre de situation. Récemment donc, l'affrontement c'était entre les Bulu et la communauté Bamoun (une autre communauté venue de l'ouest Cameroun). Les causes de cet affrontement étaient celles d'un jeune Bamoun qui aurait tué une fille bulu. Au lieu de saisir la justice, les jeunes bulu ont choisi la voie de la justice populaire estimant qu'elle ne fait plus confiance à la justice de leur pays, car elle est corrompue. Actuellement, Sangmélina est devenue une ville d'insécurité où il n'est plus conseillé de sortir dans la nuit. J'ai eu la chance de mener mes enquêtes dans la journée. Je n'ai donc pas été confronté à des situations d'agression ou de kidnapping.

---

<sup>16</sup> Document de plan stratégique pour le renforcement de la chaîne d'approvisionnement public des produits de santé au Cameroun (2022-2026). Pour une disponibilité ininterrompue des produits de santé de bonne qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, MINSANTE-Cameroun, 2022, p. 8.

- **Du point de vue de Sangmélina, la zone d'étude.**

**Situation géographique et démographique de Sangmélina**

Un adage bulu dit ceci : « *ba long ki vom te ke yem mame a vom te* » (on ne saurait construire une case sur un espace sans chercher à comprendre, de fond en comble, le fonctionnement de cet espace). En effet, plusieurs auteurs ont manifesté le bien-fondé de cet exercice de description de l'environnement avant toute étude. Par exemple, les auteurs Baba Kake et M'bokolo (1978), dans le volume 1 de *L'histoire générale de l'Afrique*, écrivent que :

---

*« L'étude d'une civilisation doit tenir compte de plusieurs facteurs parmi lesquels le peuple et le milieu géographique ne sauraient être négligés. Il serait vain d'aborder un processus historique sans tenir compte des données naturelles et physiques qui, dans tous les cas, interviennent dans le développement d'une région, d'un pays et d'un continent. » (p. 9).*

---

De même, selon Ela (1982), il permet :

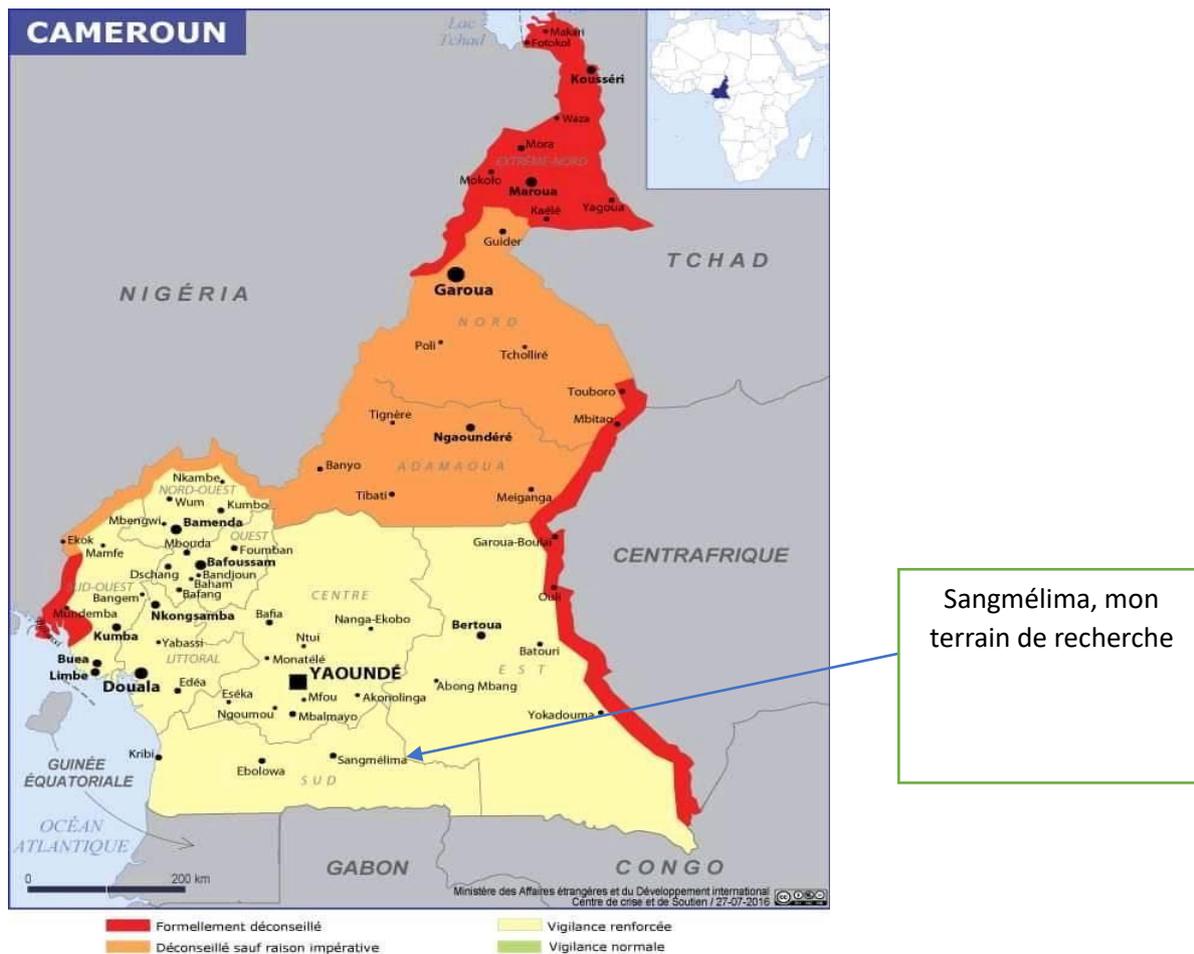
---

*« La maîtrise des données complexes, concernant les croyances et la vision de l'homme et du monde, propre à un milieu culturel, les systèmes agraires, l'organisation sociale, les comportements et l'attitude des populations ; leurs besoins spécifiques » (pp. 134-137).*

---

Aussi, l'appropriation des spécificités d'une zone d'étude permet de découvrir notamment l'histoire de la zone (son origine) et de son peuple (l'histoire de ses migrations) ; ses secrets culturels, et ancestraux de santé ainsi que les dépositaires de son savoir et de ses pratiques endogènes ; ses différents rites et leur importance ; le fondement de ses rapports humains ; et les interactions culturelles entre le dedans (*in group*) et l'extérieur (*out group*). Mbonji (2005) indique à ce propos que « l'acquisition du savoir du dedans [...] requiert une longue et patiente fréquentation de ses détenteurs que sont les vieillards, les patriarches, les prêtres de tel ou tel rite, les initiés ou connaisseurs. » (p. 97).

Sangmélina, située dans la région du Sud Cameroun, est limitrophe au Nord de Mbalmayo (Centre) ; à l'Ouest, d'Ebolowa (Sud) ; à l'Est, d'Yokadouma (Est) ; et au Sud, du Congo et du Gabon (deux pays de la zone CEMAC).



**Figure 3 :** Carte du Cameroun et de ses principales villes, notamment Sangmélima et ses villes limitrophes. Source : INC, 2010.

Sangmélima, d'une superficie d'environ 2 931 km<sup>2</sup>, a une population estimée à 144 918 habitants (PDCS, 2018 : 14). Il y a 101 villages regroupés en quatre cantons – Nlobo-Lobo, Mepho, Ndou-libi, Afamba-libi – ainsi que 16 groupements (voir tableau dans la suite). La principale langue parlée est le bulu. Le christianisme, l'islam et les religions traditionnelles (animisme et culte des ancêtres) sont les trois religions importantes. Les Bulus, tribu majoritaire, cohabitent avec les Fang, les Pygmées Baka, les Bamiléké, les Haoussa, les Bamouns, les Éton et des populations d'expression anglophone.

### **Histoire, organisation politique et administrative de Sangmélima**

Le plan communal de développement de la ville de Sangmélima (PCDS, 2018) communique des informations utiles sur la ville. Sangmélima a été créée en 1907 par l'administration coloniale allemande, notamment par l'officier allemand Von Hagen (Bomo, 1984). Elle (la ville de Sangmélima) a été érigée en district par arrêté n° 434 du 1<sup>er</sup> septembre 1954, puis en arrondissement par décret n° 62/DF/346 du 17 septembre 1962 (PCDS, *ibid.*).

L'historien camerounais Ebale (2019) dresse un tableau intéressant de l'histoire de cette ville. Il assimile son histoire non pas seulement à son seul peuple bulu, mais également à l'Allemagne et à la France. Les Allemands fondent le poste, puis la ville en y implantant la première administration coloniale de 1907 à 1960. Les Français leur succéderont de 1916 à 1960. De fait, bien que les vestiges des Allemands soient encore visibles dans la ville, l'historien révèle que ce sont les Français qui lui donneront l'empreinte qu'elle gardera jusqu'à nos jours. Avant les Allemands et les Français, les Bulu avaient déjà eu des contacts avec des Blancs, les premiers missionnaires presbytériens américains.

La carte de localisation de la commune de Sangmélina (cf. ci-dessous) met en évidence son aspect rural, ses villages ainsi que les autres arrondissements limitrophes du département de Dja et Lobo<sup>17</sup>. Administrativement, tous ces arrondissements ont à leur tête un sous-préfet sous les commandements du préfet qui réside à Sangmélina, capitale du département de Dja et Lobo. Cependant, cette carte n'est pas suffisamment détaillée, car elle ne précise pas les noms des cantons et des groupements, à l'intérieur desquels se répartissent respectivement les villages et les quartiers du centre urbain.

---

<sup>17</sup> Notamment Zoétéélé et Meyomessala au Nord ; Meyomessi au Sud-est ; Mvangan au Sud ; Biwong-Bulu au Sud-ouest ; et Mengong à l'Ouest.

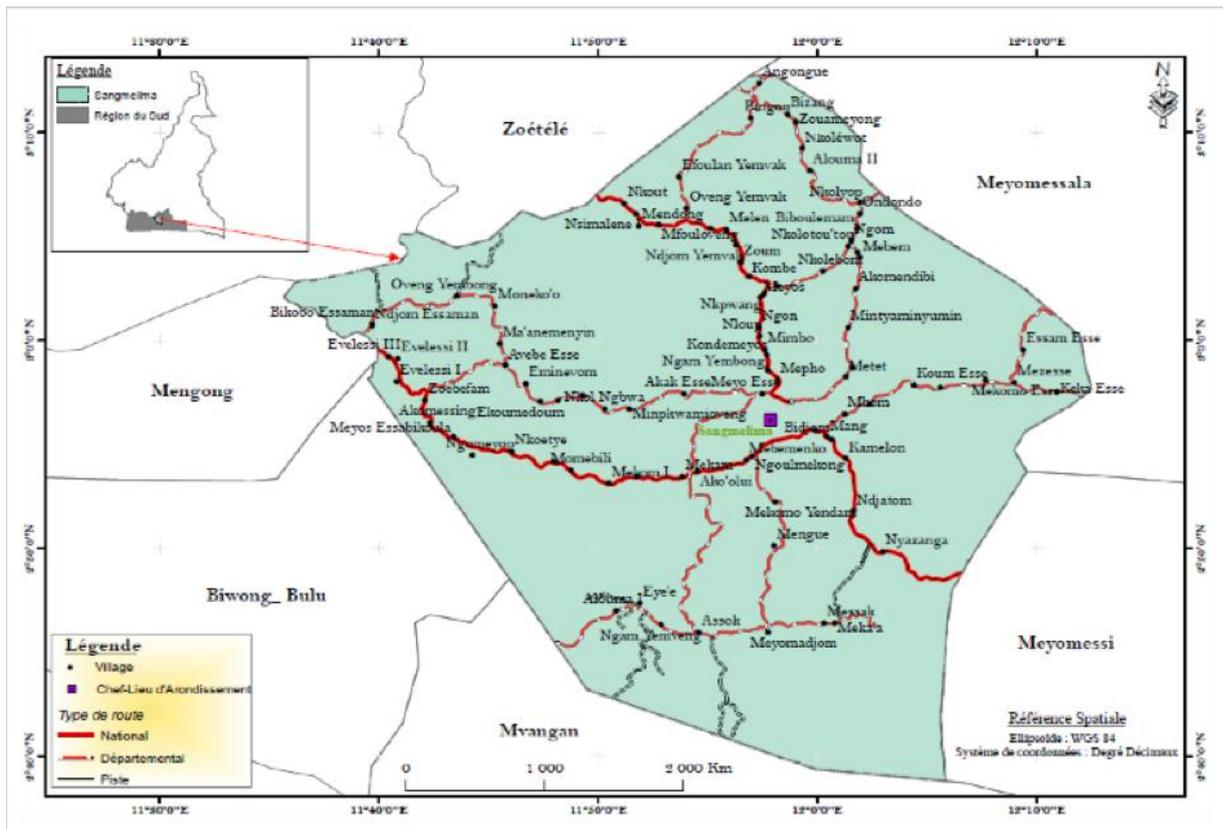


Figure 4 : carte de localisation de la commune de Sangmélima et de ses villages, source : cellules des archives de la mairie de Sangmélima.

La lecture de cette carte montre bien qu’au-delà de la disposition géographique des villages, Sangmélima est limitrophe au Nord de Zoétéle et Meyomessala ; à l’Est, de Mengong et de Biwong-Bulu ; au Sud, de Mvangan ; et au Sud-ouest, de Meyomessi.

Du fait du manque de granularité de cette carte de localisation de Sangmélima, j’ai jugé nécessaire de dresser un tableau plus complet et exhaustif mettant en évidence les 4 cantons (Nlobo Lobo, Mepho, Afamba Libi et Ndou Libi), les 16 groupements et les 101 villages incluant les 8 quartiers du centre urbain. Certains cantons, notamment Nlobo Lobo et Mepho, du fait de leur proximité avec le centre urbain, font partie des quartiers du centre-ville, bien qu’il s’agisse de villages par essence. Ce tableau se présente comme suit :

CANTONS	GROUPEMENTS	VILLAGES
	Groupement Yemevong (Oveng)	Oveng-yemevong, Ma’anmenyin, Nkolngbwa, Minkpowaemiovang, Nselang.
	Groupement Ntye-eko (Ako’olui)	Mekom II, Mekom I, Ako’olui, Mebemenko, Benyoungou.

NLOBO LOBO	Groupement Mvam-eko (Ngoulmekong)	Mekam, Akomessing, Mekomoyedam, Ngoulmekong, Eye'e, Nkoetyé, Zoebefam, Mengue, Ngomeyop, Alouma-yetok
	Groupement Esse (Emminemvom)	Meyo-esse, Avebe-esse, Meyo-essabikoula, Ekoumdoum, Momebili, Eminemvom, Akak-esse
	Groupement Yemveng (Assok)	Assok-yemveng, Ngam-yemveng, Meka'a, Messak, Meyomadjom
	Groupement Yemisse (Evelessi)	Evelessi I, Evelessi II, Evelessi III
	Groupement Yembong (Moneko'o)	Oveng-yembong, Moneko'o
	Groupement Essaman (Ndjom)	Bikobo-essaman, Ndjom-essaman
MEPHO	Groupement Yembong (Nkpwang)	Mendong, Evindissi I, Mimbo, Meyos, Ngam-yembong, Kombé, Kondemeyos, Nkpwang, Ngon, Nloup, Nkout
	Groupement Esse (Mepho)	Mfouloveng, Mepho, Metet,
	Groupement Yekombo (Nkolotou'outou)	Akomendibi, Ngon, Nkolotou'outou, Mfouladja, Nkolebom, Konde yebae, Biboulemam, Mintyaeminyumin, Mebem, Nkolewot, Ondondo, Alouma-yekombo, Angongue, Zouameyong, Bingou, Nkoleyop, Bizang
	Groupement Yemvak (Zoum)	Nsimalene I, Oveng-yemvak, Evindissi II, Nsimalene II et III, Efulan-yemvak, Ndjom-yemvak, Zoum, Melen-yemvak
	Groupement Ville (Centre-ville)	Sangmelima ville I et II, Mbeli'i, centre commercial de sangmelima ville, Lobo-si, 3e rue Akon, Akon II, Monavebe
	Groupement Esse (Mezesse)	Keka-esse, Essam-esse, Mezesse, Mekomo-esse, Atong, Koum-esse, Ako'o-esse

NDOU LIBI	Groupe Yekombo (Mbom)	Mbom, Avebe-yekombo, Mang, Bidjom
AFAMBA LIBI	Groupe Ngoe (Kamelon)	Kamelon, Ndjantom et Nyaza ga.

**Tableau 1** : Présentation des cantons, des villages, des groupements et de quelques quartiers ruro-urbains. Source : mes enquêtes.

À travers ce tableau, on constate qu'un canton (*ngotoo*) est constitué d'un ou de plusieurs groupements (*meyong*) et que ces derniers sont constitués d'un ou de plusieurs villages (*milam, djal*) ou quartiers (*etoun djal*). Chaque groupement a un village de référence (*nlam*) – ou village siège – qui en est la capitale politique et administrative et qui occupe une fonction de centre rural de référence en matière de rassemblements, de renseignements, d'orientations et d'informations multiples. Le nombre de chefs est proportionnel au nombre de circonscriptions administratives (canton, groupements, villages). Certains cantons (Nlobo Lobo et Mepho), plus grands, ont plus de villages par rapport à d'autres (Afamba Libi, Ndou Libi). On compte donc trente-neuf villages et huit groupements pour le canton Nlobo-Lobo ; quarante-huit villages et cinq groupements pour le canton Mepho ; trois villages et un groupement pour le canton Afamba-Libi ; enfin, onze villages et deux groupements pour le canton Ndou-Libi.

### Éléments de l'organisation socioculturelle

Les aspects socioculturels d'un groupe culturel concernent plusieurs domaines interdépendants qui sont sa culture, son organisation sociale, sa langue et son système de parenté. Dans le groupe culturel bulu, les savoirs liés à la culture sont centraux pour appréhender les dynamiques qui s'opèrent dans son cadre de vie. À ce propos, Cuhe (2010) rappelle que l'homme est essentiellement un être de culture et que « la division sexuelle des rôles et des tâches dans les sociétés humaines résulte fondamentalement de la culture » (pp. 5-6).

Dans ce groupe culturel, l'organisation sociale par âge est de rigueur : les jeunes restent avec les jeunes et les personnes âgées, avec les personnes âgées ; les premiers ne pouvant se mêler aux seconds que s'ils ont été appelés. En somme, les rassemblements, les conversations et les échanges sont générationnels. Pendant les cérémonies traditionnelles, les personnes âgées ont le monopole de la parole. Un jeune voulant prendre la parole doit la demander, ce n'est pas un droit, mais une faveur. Le partage et la convivialité renforcent les relations sociales, qui sont notamment fondées sur des rapports de parenté (parenté à plaisanterie, parenté intercommunautaire, parenté inter-clanique, parenté inter-contrée, etc.). Aussi, l'on remarque

une division sexuée assez importante dans cette socio-culture. Les femmes restent entre elles. Pareil pour les hommes. On voit les femmes et les hommes ensemble quand il s'agit des réunions ou des assemblées communautaires (tontines, champs communautaires, etc.). Bien que les activités puissent être communément exercées entre les hommes et les femmes, c'est-à-dire qu'on peut trouver, en fonction du statut matrimonial (femmes et hommes célibataires, femmes et hommes mariés) des femmes qui exercent des activités exclusivement réservées aux hommes et inversement, chez les Bulu la société reste stricte dans ce sens. C'est pourquoi, il n'est pas conseillé de voir un homme (sexe masculin) de semer les arachides, de s'occuper de l'enfant, de laver la vaisselle, etc. tout comme il n'est pas conseillé de voir une femme (sexe féminin) de débroussailler un champ, d'abattre les arbres de celui-ci, d'aller à la chasse, etc. Quand bien même les deux sexes se retrouvent dans ces réunions, on observe, aussi bien, une répartition des tâches et des dispositions établies de prise de parole. Les femmes s'occupent d'embellir la salle, de faire des bilans des activités financières (pour ce qui est des réunions et tontines), car ce sont elles qui s'occupent de l'administratif, tandis que les hommes y sont pour les accompagner, les orienter, leur suggérer des idées et les protéger. Le maître de séance, celui qui distribue la parole et s'assure de la bienséance, est toujours un homme.

Concernant les relations de parenté, elles sont régies par l'exogamie et la prohibition de l'inceste ainsi que par des valeurs telles que le respect et la familiarité. Lévi-Strauss (1949 ; 1962) montre que les relations de parenté sont non seulement une « systématisation de la familiarité, mais qu'elles ont pour fonction de rappeler et de manifester la communion » (p. 73). Cependant, il existe un conflit de générations « millénaire » par lequel les jeunes accusent les personnes âgées ou les patriarches d'être « [...] maîtres de la parole et témoins de l'Afrique millénaire » (Ela, 1982, p.9), d'être exigeants vis-à-vis de l'expression et de la valorisation de la tradition. Il en résulte que certains éléments de la tradition sont ignorés, voire bafoués par les jeunes, qui pratiquent et respectent de moins en moins ses règles au profit des supposées vertus de la « modernité et du modernisme » venues d'ailleurs, ce qui peut, avec le temps, créer une césure dans la transmission générationnelle des valeurs traditionnelles. Or, pour qu'une tradition et ses valeurs perdurent, il est nécessaire de veiller au bon fonctionnement du système de transmission qui lui donne continuellement sens et vie.

Au sujet des questions sur les conflits de génération, qui sont des conflits entre les aînés et les cadets, et des structures de parenté dans la région du bassin du Congo<sup>18</sup>, Yengo (2008) éclaire suffisamment. Il montre qu'au fondement de ces conflits de génération se trouve l'apparition des enfants-sorciers autour des années 1980 qui a favorisé des mutations de l'entreprise sorcière, traduisant une inversion de l'imputation qui s'est orientée dans le sens des vieux contre les jeunes fragilisant désormais ainsi les structures de parenté qui sombrent dans une crise profonde.

Les systèmes de parenté des cultures ont été au cœur de multiples études en sciences humaines et sociales, notamment celles de Morgan (1871), Murdock (1949) et Godelier (2017). Ces études ont élaboré des terminologies et des nomenclatures en termes d'adresse (papa, maman) et de référence (père, mère), lesquelles sont relatives à un individu de référence (Ego). À partir de celles-ci (terminologies et nomenclatures) sont désignés ses ascendants (géniteurs, oncles et tantes paternels et maternels), ses égaux, ses frères et sœurs germains, ses cousins croisés ou parallèles (enfants de ses oncles et tantes), etc. Bien que ces études (celles de Morgan, 1871 ; Murdock, 1949 ; Godelier, 2017) soient des références, le constat est que les terminologies et les nomenclatures varient et s'établissent selon les contextes, c'est-à-dire que chaque groupe culturel possède ses propres particularités en fonction de son système de parenté. Mes enquêtes montrent que chez les Bulu, la parenté est beaucoup plus sociale et culturelle que biologique. Autrement dit, le frère ou la sœur n'est pas seulement celui ou celle avec qui on a partagé le même placenta. Un frère ou une sœur peut aussi être cette personne à qui on s'attache et qui devient plus importante que celle ou celui avec qui on est issu d'un même ventre. Le système matrimonial étant patriarcal et lignager, l'enfant se définit et s'identifie à son père, si bien que la masculinité ou encore la patri-centralité est dominante dans l'identification sociale ou culturelle d'un enfant.

Bien que les systèmes de parenté dans cette zone appartenant au bassin du Congo soient de nos jours de plus en plus affectés par « [...] les mutations de l'entreprise sorcière et de sa montée virulente [...] » (Yengo, 2008, p. 298), il faut noter que l'enfant occupe une place particulière, puisqu'il n'appartient pas seulement à ses géniteurs, il est l'enfant de tout le monde, de toute la communauté, chacun apportant sa contribution à sa socialisation. Ses

---

<sup>18</sup> Je précise que le bassin du Congo est le grand bassin forestier qui concerne six pays (RDC, République du Congo, République centrafricaine, Cameroun, Guinée équatoriale et le Gabon). C'est l'un des plus importants massifs de forêt équatoriale continue qui demeure sur la planète. En tant que grande région au centre de l'Afrique, elle se hisse au rang de deuxième plus grande forêt pluviale de la planète terre après l'Amazonie. <https://www.wwf.fr/espaces-prioritaires/bassin-du-congo>

ascendants, c'est-à-dire tous ceux ayant l'âge de ses parents et étant ses aînés, ont, à des degrés divers, des droits et des devoirs envers lui. Autrement dit, ses actes peuvent être réprimandés ou félicités autant par ses géniteurs que par des ascendants de la communauté. Les Bulu estiment que cette approche de la socialisation de l'enfant qui complète celle de l'intérieur (par ses géniteurs) constitue une forme d'initiation qui le prépare à devenir un véritable Homme et à acquérir l'esprit de solidarité, de convivialité et de partage qui caractérise cette société. Un certain nombre d'adages bulu justifie cette représentation, notamment : « *mone a ne mone bot besse* » (l'enfant est l'enfant de toute la communauté), « *mone a se ki mbiae, mone a ne ve ntong* » (l'enfant n'est pas toujours celui du géniteur, mais de celui qui s'en occupe), « *asou ya na mone a yaye, nlam ose woo yane nye lembe* » (pour qu'un enfant grandisse, il faut tout un village), etc.

Dans la suite je présente le système de parenté et d'alliance d'une famille, d'un clan ou d'une lignée (*nda bot*) en mettant en évidence les termes d'adresse et de référence par rapport à « Ego », en l'occurrence l'enfant :

- *Ego (l'enfant, mone), ses grands-parents (bivam), ses parents (tate et nane, esa et ñia), ses oncles et tantes (esongo, esanga, esa, ñia), frères et sœurs germains, cousins croisés et parallèles (bobeñang), les enfants de ses frères et sœurs (be daye), les enfants des enfants de ses frères et sœurs (indil).*

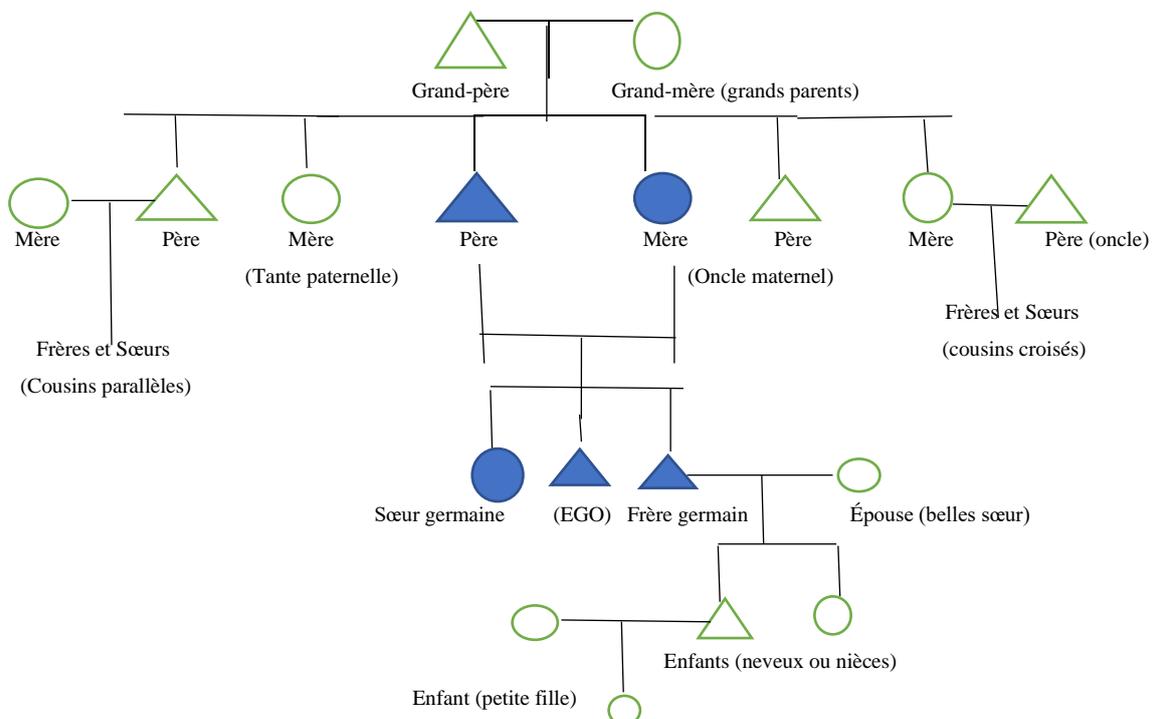


Figure 5 : Représentation schématique du système de parenté et d'alliance chez les Bulu.

*Nda* (la maison, la demeure, l'intérieur, l'espace ou le cadre de vie) et *Bot* (les humains, les hommes, les enfants). Pour désigner la famille d'un tel, les Bulu disent : *nda bot* d'un tel, pour indiquer que le père de famille, le fondateur, l'ancêtre éponyme de cette famille, de tous ceux qui la constituent est un tel. *Nda bot* d'un tel correspond également à sa lignée ou à sa descendance.

Dans ce schéma, outre la famille restreinte ou nucléaire d'Ego qui apparaît en couleur bleue, quatre générations de cette famille (ou clan) y sont représentées : celle des grands-parents (*bivam*) ; celle des parents ou ascendants (*be tate, be nane, be sa, be ñia, esongo, esanga*), celle d'Ego, de ses frères et sœurs germains et de ses cousins ; celle des enfants du frère d'Ego (ses enfants, ses fils et filles) ; et celle des enfants des enfants du frère d'Ego (enfants, petits-fils).

En effet, bien que je n'aie pas élargi ce schéma, j'ai juste voulu montrer une image de ce à quoi ressemble un arbre de parenté. Concernant la terminologie des liens de parenté, Ego s'adresse à ses grands-parents – ses *bevamba* (ancêtres, aïeuls) – par *bivam*. Ego désigne ses géniteurs par *papa* et *maman* et leurs frères et sœurs – ses oncles et tantes – par *tate* et *nane*. Il existe une distinction terminologique entre les oncles et tantes paternels d'Ego (*esongo*) et ses oncles et tantes maternels (*esanga*). En ce qui concerne ses frères et sœurs germains (*bobeñang ya aboum da*) ainsi que ses cousins et cousines, Ego désignent ceux de sexe masculin par *bobeñang* et ceux de sexe féminin par *bekal*. Ego appelle *e gal* l'épouse de son frère – soit sa belle-sœur (*minga mog nang*). Ce procédé est valable pour les sœurs d'Ego qui, face à l'épouse de leur frère se comporte en époux en termes d'adresse, et en belle-sœur en termes de référence. Les enfants des frères et sœurs d'Ego – soit ses neveux ou nièces (*be daye*) – sont ses enfants en termes d'adresse. Enfin, les enfants des enfants du frère ou de la sœur d'Ego – ses petits-fils ou petites filles (*indil*) en termes de référence.

Par ailleurs, concernant le système des alliances, c'est-à-dire ces liens sociaux ou culturels qui se nouent soit à l'intérieur d'un même clan ou d'une même famille, soit à l'extérieur en dehors du clan, l'homonymie et les unions matrimoniales constituent des facteurs importants. L'homonymie, comme facteur d'alliances, est très répandue dans cette socio-culture. Chez ce groupe culturel, la symbolique de l'homonymie s'explique de deux façons fondamentales : soit par consentement, soit par contrainte. On voit des enfants qui, bien que s'identifiant naturellement par leur père, peuvent porter les noms de leurs oncles et tantes paternels ou maternels, ou encore des amis.es de la famille des villages ou zones environnantes. Dans ce

cas, ces oncles, tantes ou amis.es, avec l'accord des géniteurs de l'enfant, viennent souvent affectueusement solliciter la garde totale de cet enfant (homonymie par consentement). L'enfant peut alors quitter la maison familiale pour rejoindre son homonyme (*mvoé djé ou e ba mvoé*). Il n'est pas question ici de changer de parentalité, encore moins de s'autoproclamer géniteurs de l'enfant qu'on prend ou qu'on accueille. Certains enfants sont remis à leurs homonymes dès le bas âge (5-6 ans...), d'autres dans l'adolescence (13-16 ans...) et d'autres encore quand ils sont déjà adultes (18 ans et plus). En tant qu'originaire de cette zone, son histoire sociale et culturelle montre bien que la plupart des enfants ne grandissent pas sous le même toit que leurs géniteurs, mais bien chez leurs homonymes où ils sont soumis à la socialisation. Ou alors, les géniteurs peuvent volontairement, souvent pour des raisons de pauvreté ou toute autre raison obligeante, décider de confier leur enfant à son homonyme socialement bien placé qui en prendra bien soin (homonymie par contrainte). L'homonymie crée des alliances dans la mesure où elle dépasse habituellement le cadre clanique ou familial pour aller au-delà. Le but ici est d'élargir les relations sociales ou culturelles entre des personnes de clans différents. Car, un enfant remis à son homonyme n'appartenant pas au clan de cet enfant, un tel acte crée une alliance en renforçant les liens entre le clan de l'enfant et celui de son homonyme. C'est dans cette optique qu'on estime dans cette socio-culture que l'enfant favorise les alliances entre les clans.

En outre, les unions matrimoniales sont également un facteur des alliances dans cette socio-culture. Les Bulu estiment même qu'elles sont au cœur de la formation des alliances dans cette socio-culture. En effet, il existe globalement deux types d'unions matrimoniales chez les Bulu : les unions coutumières et les unions civiles. Les unions coutumières sont caractérisées par le toquer porte (*e vos aba*) et la dot (*mevek*). Le toquer porte consiste à aller, accompagné de quelques membres de la famille, rencontrer la famille de la future épouse afin de se présenter et de leur faire part de ses ambitions à prendre leur fille pour épouse. En retour, la famille de la fille se charge de donner une liste des biens à apporter pour l'étape suivante, c'est-à-dire la dot. Je précise que les listes dépendent des familles. Il y a certaines familles où chaque génération (géniteurs, oncles et tantes, sœurs et cousins, etc.) soumet sa liste. Et, le prétendant, par amour pour sa future épouse, a le devoir de céder à toutes ces caprices qui, par-dessus tout, reste et demeure très symbolique. Ensuite arrive la dot où le prétendant vient donc réaliser son rêve en apportant tous les biens demandés par sa belle-famille. Je précise que l'objectif du toquer porte et de la dot est que chaque membre de la famille de la future épouse garde un souvenir de la part de leur fille et sœur qui va les quitter pour s'allier à un autre clan, à une autre famille. Car, en principe, quand une femme va en mariage, la culture

exige que la famille de son époux devienne sa famille ; le village de son époux devient le sien et celui où elle terminera ses jours. Par conséquent, sa belle-mère devient sa mère, son beau-père son père et tous ses investissements doivent désormais être faits que dans ce village. Concernant les unions civiles, ce sont celles légalement reconnues par le législateur camerounais et connues de tous, notamment les fiançailles, mariage à la mairie ou à l'église. Chez les Bulu, il est impossible de faire une union civile sans franchir l'union coutumière. Car, dans cette socio-culture une union qui ignore les ancêtres, les besoins de la communauté, y compris ses bénédictions, c'est un sacrilège et l'union sera purement et simplement voué à l'échec. On considère que l'union de deux personnes est une fête communautaire à laquelle le commun des mortels (la communauté) et les ancêtres défunts doivent contribuer et participer. Tout le monde doit être content et satisfait pour la bonne marche de cette union.

En réalité, cela s'explique du fait que toute union est une alliance de deux clans et non de deux personnes uniquement. Et, c'est dans cette optique que, plus que l'homonymie, les unions sont au cœur des alliances. À travers ces unions matrimoniales, il faut dire que la femme joue un rôle important dans la création des alliances. Elle rassemble, elle favorise l'élargissement du clan ou de la famille, voire de son pouvoir. Autrement dit, si Ki-Zerbo montrait que celui qui a plusieurs enfants a beaucoup de mains, force est de constater que dans cette socio-culture celui qui donne ses filles en mariage à un clan augmente sa notoriété et son estime aux yeux des personnes de ce clan et par conséquent élargi son espace de pouvoir. Car, dans cette socio-culture la valeur d'un géniteur, outre une plantation cacaoyère, une épouse et une descendance, se mesure aussi à travers le nombre de filles qu'il donne en mariage. Cela dit, l'élargissement du pouvoir s'explique ici puisqu'en offrant sa fille en mariage, on partage spirituellement une autre partie de soi qui se matérialise d'abord par la présence de sa fille, ensuite à travers, enfin à travers ses petits-fils. Une femme qui a fait des enfants dans un clan est socialement vénérée, écoutée et augmente ainsi indirectement la notoriété et l'autorité de son géniteur, car elle a assuré la descendance de son époux. Elle devient la fierté de son époux, de sa belle-famille et de son géniteur qui, à son tour, adopte inconsciemment une sorte d'ascendance psychologique à l'égard de la belle famille de sa fille.

### **Éléments de l'organisation sociopolitique**

Par éléments sociopolitiques, j'entends ici l'organisation des relations de pouvoir dans cette communauté. En l'occurrence, il s'agit de considérer comment fonctionnent et se structurent les cadres d'échanges interpersonnels et intergénérationnels ; le cadre de vie matérielle ; ainsi que les cadres de contrôle, de garantie et de promotion des normes, des valeurs et de la

morale. Dans cette communauté, les éléments sociopolitiques réfèrent également au lien entre le sacré, d'une part, et le pouvoir, l'ordre social, le contrôle social et la cohésion sociale, d'autre part. Ici, la religion « traditionnelle » est représentée par les génies, les ancêtres défunts, qui constituent ce que Laburthe-Tolra & Warnier (1993) appellent : « instance suprême garantissant l'ordre social et moral » (p. 118).

L'organisation sociopolitique est à tribu avec à leur tête des chefferies. Les cantons ont à leur tête des chefs de cantons (*nkukuma*) ; les groupements, des chefs de groupement de 2<sup>e</sup> degré (*njo bot*) ; et les villages, des chefs de 3<sup>e</sup> degré (*njo bot*), ces deux derniers étant sous le commandement des chefs de cantons. À l'intérieur de ces villages sont répartis des clans ou des familles (*nda bot*). Représentants de l'État dans leur espace de commandement où ils doivent faire appliquer les lois, les chefs sont légalement les autorités traditionnelles et les gardiens des traditions, les auxiliaires d'administration et les fondés du pouvoir traditionnel. Ils incarnent le pouvoir traditionnel. Le chef représente « celui qui dispose du plus grand nombre possible de personnes à son service et à ses ordres » (Laburthe-Tolra & Warnier, p. 120) et les notables se rapportant à ses conseillers, proches collaborateurs et accompagnateurs dans l'accomplissement de ses tâches quotidiennes.

Les autorités traditionnelles (*njo bot, nkukuma*) incarnent le pouvoir traditionnel acquis donc de façon héréditaire (de père en fils) ou, en l'absence d'un successeur naturel, par décret (Coginec, 2017). L'auteur (Coginec), montre qu'elles (les autorités traditionnelles) regroupent des individus qui détiennent et exercent le pouvoir politique avant la conquête coloniale. Le décret n° 77/245 du 25 juillet 1977 sur lequel ce pouvoir est juridiquement fondé, est porteur de dispositions qui régularisent et garantissent le fonctionnement de la chefferie, le cadre de travail et le statut des chefs. Ainsi, selon ce décret, le chef de canton (1<sup>er</sup> degré) est installé dans ses fonctions par le Premier ministre chef du gouvernement ; le chef de groupement (2<sup>e</sup> degré), par le ministre de l'Administration territoriale et de la décentralisation ; et le chef de village (3<sup>e</sup> degré), par le préfet, chef de département. Parmi ses dispositions juridiques et administratives, ce décret statue également que, pour être chef de canton et chef de groupement, il faut respectivement avoir au moins deux chefs de 2<sup>e</sup> degré dans sa circonscription administrative et deux chefs de 3<sup>e</sup> degré ; et que, pour être chef de 3<sup>e</sup> degré, il faut au moins être représenté par un village ou un quartier.

Si le pouvoir traditionnel, en tant qu'institution politique et administrative traditionnelle, est régi par des lois, culturellement il est régi par les membres de la communauté, notamment les chefs. Il n'y a pas que les communautés et les chefs (monde visible, commun des mortels) qui lui donnent de la valeur et du sens. On trouve également les constituants du monde invisible,

notamment les entités spirituelles (ancêtres, génies, totems, fétiches). La chefferie traditionnelle est tout cela en même temps. Pour devenir chef traditionnel, il est nécessaire de respecter un ensemble de procédures (succession, nomination), de même que de faire l'unanimité aussi bien auprès des membres de la communauté qu'auprès des entités spirituelles. C'est de cette confiance que naît leur légitimité à protéger les biens, richesses, patrimoines culturels et naturels communautaires, et à veiller à la justice et aux aspirations sociales et communautaires. Les autorités traditionnelles sont aussi les garants du maintien de la communauté dans une atmosphère de convivialité, de fraternité, de solidarité, d'entente et d'attachement mutuel (Mfoulou, 1978).

Des études fondées sur des chefferies traditionnelles au Cameroun ont montré un autre visage de cette institution « précoloniale » qui s'est adaptée, au fil du temps, aux dynamiques culturelles et politiques contemporaines. Loumpet-Galitzine (2006) indique que les chefferies jouent un rôle fondamental dans la vie culturelle et politique du Cameroun, et aussi que l'État camerounais s'appuie sur l'autorité morale des chefs (de 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> degré). Selon l'auteure (Loumpet-Galitzine), les chefferies – entendues comme des entités anciennement indépendantes, de taille et d'importance variables, qui épousent les contours des micros-États précoloniaux et qui jouent un rôle fondamental dans la vie culturelle et politique – sont des points de référence dont chaque Camerounais tire une fierté. Cette fierté s'explique du fait qu'elles sont des lieux privilégiés d'identification et de recours naturel durant des périodes de repli et de reconnaissances sociales et politiques. La chefferie s'organise autour du chef, figure emblématique, qui exerce des fonctions à la fois politiques et spirituelles, en tant qu'intermédiaire entre les entités spirituelles (ancêtres, génies et totems) et la communauté. Cependant, même si le chef est doté d'une autorité reconnue, il ne gouverne pas sans partage. Dans les cours de chaque chefferie traditionnelle se trouve une hiérarchie constituée de notables, de serviteurs multiples, voire de sociétés secrètes qui contribuent, comme le précise Loumpet-Galitzine (2006), à l'exercice du pouvoir et à l'équilibre des corps qui entourent quotidiennement le monarque. Ndougsa (2018) montre que le pouvoir traditionnel est considéré comme le gardien de l'âme d'un peuple.

De manière comparable, Etonde (2017) montre que les chefferies traditionnelles peuvent être appréhendées en tant qu'instance de transmission entre le pouvoir central et les populations locales. Car, elles ont dû faire face à la modernité et ont développé des stratégies de survivance dès la période de la colonisation jusqu'à nos jours, en passant, depuis 1990, par la période de la démocratisation en Afrique. L'un des plus grands défis auxquels les chefferies

traditionnelles africaines font face aujourd'hui, selon l'auteure, est celui de faire perdurer les traditions et coutumes tout en s'adaptant aux aléas de la modernité. L'auteure rappelle deux choses. La première est que les chefferies traditionnelles africaines s'identifient à leur structure de base qui est la « communauté villageoise » constituée d'ethnies. La seconde est qu'on ne saurait parler de « chefferies traditionnelles africaines » sans admettre que cette expression recouvre des réalités sociopolitiques extrêmement diversifiées et que les formes de pouvoir politique qu'elles incarnent sont rarement figées, puisqu'elles subissent des contraintes historiques, démographiques ou simplement écologiques qui font d'elles un centre privilégié du dynamisme social.

D'autres auteurs ont également apporté des contributions relatives aux dynamiques permanentes entre la tradition et la modernité auxquelles font face les chefferies traditionnelles. Pour Fopoussi Fotso (1991), bien que les chefferies traditionnelles soient juridiquement des courroies de transmission entre les autorités administratives et leur communauté, il faut reconnaître qu'elles sont affaiblies et dépassées par les évolutions de la société, qu'elles sont stériles face à la nécessité de bâtir un État moderne, démocratique et qu'elles n'offrent plus à la jeunesse de rêves d'avenir. D'après Mback (2000), deux tendances font surface. La première est qu'il est difficile de saisir le sens des chefferies traditionnelles à l'ère de la modernité, car elles ne se sont pas toujours remises du traumatisme des premiers colonisateurs européens, puisque l'État postcolonial a reconduit sans solution de continuité le régime d'émasculatation de l'autorité traditionnelle mis en place par la colonisation. La seconde est que la chefferie elle-même en tant que collectivité humaine ne connaît pas véritablement son statut juridique : elle est tantôt diluée dans les collectivités locales, tantôt assimilée aux circonscriptions administratives existantes, d'où le flou autour de son statut juridique et de sa position sur l'échiquier politique national. Perrot & Fauvelle-Aymar (2003) tentent de relativiser les positions des précédents auteurs. Ils voient en la chefferie traditionnelle un cadre dynamique ancré dans la modernité, mais qui ne renie pas ses valeurs ancestrales. En fait, ces auteurs posent ici les rapports entre deux modèles de régulation politique et sociale : le modèle endogène (traditionnel) et le modèle exogène (moderne).

Par ailleurs, il existe dans cette communauté un rapport étroit entre les éléments d'ordre sociopolitique et ceux d'ordre socioreligieux. Balandier (1950) souligne ce fait en montrant que ces deux domaines impliquent une séparation, une coupure, distance entre le profane et le sacré ainsi qu'entre le chef (politique) et les sujets (société civile), et renvoient aussi à des interdits préservant l'ordonnance du sacré et l'ordre social (p. 127). Dans le même ordre

d'idées, Thomas & Luneau (1995) expliquent que les domaines sociopolitique et socioreligieux sont marqués du sceau de l'ambiguïté, mettant en présence des forces antithétiques, mais complémentaires (pur/impur, ordre/désordre, violence/paix, licite/illicite, respect/crainte, attraction/répulsion, etc.) (p. 62).

La religion joue un rôle primordial dans l'organisation sociopolitique de cette communauté, puisque le chef en Afrique Noire commande toute la communauté parce qu'il dispose de pouvoirs d'origine divine. Par analogie avec ses voisins Kuba du Zaïre, c'est sur la puissance de Dieu que repose la puissance royale, et la royauté est sacrée parce qu'elle vient de Dieu, comme le précise Vansina (1965), de sorte que le roi est seulement l'exécutant humain des projets divins. Dans cette communauté, le chef, souvent initié au culte des ancêtres, est le médiateur entre les ancêtres défunts et la communauté à sa charge : il est celui qui soumet aux ancêtres défunts, par l'intermédiaire des initiés du culte des ancêtres, les problèmes de la communauté et qui, en retour, présente à cette dernière les solutions suggérées par les ancêtres défunts.

Ce rôle joué par le chef est primordial, car il permet à la communauté de maintenir son unité, sa cohésion, sa force et « le contact entre les vivants visibles et les vivants invisibles » (Thomas & Luneau, 1995 : 58). Ce lien étroit entre religion et politique dans cette communauté se justifie également du fait « qu'il s'établit [...] des liens hautement privilégiés entre les ancêtres éminents, donc nommés, investis d'un pouvoir surnaturel, objets d'un culte précis, et ceux qui détiennent ici-bas un pouvoir (le chef) » (*ibid.* : 63). C'est pourquoi « le chef devient le dépositaire direct de l'ancêtre, en conséquence l'héritier de sa charge, de ses biens, de ses prérogatives... » (*ibid.*). Toutefois, les Bulu constituent une société dont « l'organisation sociale repose essentiellement sur les lignages » (Laburthe-Tolra & Warnier, 1993 : 117). L'*ayong* (clan ou lignage) est même un critère de reconnaissance et d'identification des individus à l'intérieur comme à l'extérieur d'une tribu. Mebenga Tamba, cité par Balla (1991), définira l'*ayong* à son tour comme « cette unité qui représente l'ensemble des descendants patrilineaires d'un ancêtre commun, les enfants naturels des filles qui en font partie et les adoptés » (p.9). Hormis ce caractère lignager qui la caractérise, cette société de la grande forêt équatoriale fonctionne sur un système de filiation patrilineaire, dont l'une des caractéristiques est que l'enfant descend du clan de son père, même si celui-ci entretient des rapports étroits avec le clan de sa mère. Ombolo (2000) définit l'*ayong* comme « un groupe d'individus issus unilinéairement d'un ancêtre commun plus ou moins mythique [...] se prétendant consanguin et de ce fait animé d'un esprit de corps bien marqué et d'une solidarité active entre eux » (p. 50).

En dépit du fait que, par le passé, cette communauté a été considérée comme une société sans véritable charismatique chief (Mair, 1962), de nos jours, elle (cette communauté) a des chefferies traditionnelles (de premier, deuxième et troisième degré) qui régulent, garantissent et veillent au bon fonctionnement de la société sur plusieurs plans (culturel, social, politique, économique, religieux, mystique, cosmique) En tant qu'institution politique traditionnelle, la chefferie traditionnelle est héréditaire, elle se transmet de père en fils sur une durée indéterminée. Comme telle, la source de son pouvoir n'est donc pas communautaire, mais ancestrale, voire divine. En outre, le chef n'est pas remplaçable pendant l'exercice de son règne, hormis dans des circonstances bien particulières, notamment un désistement inattendu ou une disparition subite. Dans ce cas, la direction de la chefferie revient naturellement à un membre de sa descendance, souvent à son fils aîné. Si le chef disparu manquait de descendants, bien que ce soit assez rare, un autre membre de sa famille (neveu, frère, cousin, oncle, etc.) peut le remplacer.

Dans ce contexte relatif aux éléments sociopolitiques, chaque village possède une configuration particulière. Certains villages abritent conjointement des chefferies de premier, deuxième et troisième degré, tandis que d'autres abritent uniquement ceux de deuxième et troisième degré. La cohabitation de plusieurs chefferies dans un même village n'empêche en rien le bon fonctionnement du territoire. Bien au contraire, celles-ci travaillent en étroite collaboration. Par exemple, dans les villages qui abritent des chefs de deuxième et troisième degré, le premier tient ses pouvoirs des ancêtres défunts, tandis que l'autre, de la communauté, car c'est cette dernière qui le désigne. Cependant, la chefferie de troisième degré doit saisir celle de second degré lorsque tel litige qu'elle est censée résoudre va au-delà de ses compétences. Comme déjà évoqué, chaque chefferie dispose de ses notables pour assister les chefs. Chaque notable, qui représente une famille auprès du chef, endosse, en conséquence, le rôle de médiateur entre les chefs et les familles du village – en relayant les décisions des premiers auprès des secondes, voire des populations environnantes. Comme proches collaborateurs des chefs, les notables jouent également le rôle de conseillers auprès de la cour.

La cohésion politique traditionnelle se situe, entre autres, dans un lieu bien spécifique qui est la case à palabres, un espace ancestral où un observateur étranger à la communauté peut aisément en appréhender son organisation sociale. C'est le lieu par excellence où chacun reconnaît sa place. En dehors du chef qui tient le rôle de régulateur et maître de séance lors de

litiges, la parole s'y prend en fonction du droit d'ainesse, du degré de représentativité au sein de la communauté aussi lorsqu'elle est donnée. Ainsi, comme aux temps anciens, dans la case à palabres, on discute librement, on se concerte, on échange idées et pensées. Toutefois, il importe d'éviter de dire ce qui peut heurter, au profit de ce qui va reconforter, apaiser et fédérer, car, dans cette socio-culture, la parole est sacrée parce qu'elle peut maudire ou bénir selon son contenu. C'est pourquoi ceux qui sont considérés comme des sages (les personnes âgées) recommandent impérativement la prudence dans l'expression en public. En somme, la case à palabres est un espace « démocratique », un cadre d'initiation et d'apprentissage, de restitution et de valorisation des mœurs linguistiques et de la morale traditionnelles.

Pour rencontrer le chef, quel que soit son degré, quand un problème se pose, les membres de la communauté saisissent d'abord le conseil des notables propre à chaque chefferie. Le problème est ensuite soumis au chef et évalué par une assise du conseil des notables. Le chef (surtout celui de premier et de second degré), garant du pouvoir ancestral, est le guide et le défenseur des intérêts de toute la communauté : il y est dévoué et la représente dans la vie quotidiennement, notamment en veillant à son équité sociale et en sensibilisant les populations à vivre en harmonie, dans la paix et la propreté. Comme me l'a confié un chef de second degré, « *Aujourd'hui, le chef n'attend plus tout de sa communauté, il est lui-même garant de sa propre vie. Je montre le bon exemple à ma communauté. Je suis moi-même planteur, j'ai ma cacaoyère et ma palmeraie...* ». Enfin, la parole du chef est sacrée et ne doit souffrir d'aucune contestation. C'est le symbole de la force, de l'autorité, de l'harmonie, de la régulation sociale suprême, du contrôle de l'ordre, de la souveraineté et de l'ordonnance des choses.

De tout ce qui précède, il apparaît que l'importance de ce rapprochement entre éléments sociopolitiques et socioreligieux s'explique, selon Thomas & Luneau (1995), par le souhait de faire « triompher la vie heureuse » dans cette socio-culture. Ainsi, envisagée ici dans sa dimension sociale, les deux auteurs indiquent à cet effet que :

---

*« La religion se définit comme une quête de l'ordre, donc de la sécurité et de la paix. L'ordre, en effet, c'est pour chaque individu et chaque collectivité le fait d'être à sa place, l'homme dans son groupe, le groupe dans l'ethnie, l'ethnie dans le monde [...]. Respecter l'ordre, c'est donc se soumettre à la loi des ancêtres » (p. 65).*

---

## Éléments de l'organisation socioreligieuse

Laburthe-Tolra & Warnier (1993), au sujet du cadre religieux beti commun à toutes ses composantes parmi lesquelles les Bulu, en prenant l'exemple des Ewondo, avait montré comment ces peuples ont pu élaborer leur spiritualité à partir de leur cosmogonie. Ainsi, les auteurs précise que, tout d'abord :

---

*« Les Ewondo avaient élaboré une vision du monde tangible, une cosmographie assez précise qui représentait la terre comme un vaste plan légèrement incliné vers le sud-ouest (direction d'eau), entouré du gouffre ou fleuve mystérieux de l'océan (dont on parlait sans l'avoir vu), surmonté d'une immense marmite oualebasse renversée qui forme la voûte du ciel. » (p.190).*

---

Ensuite, poursuivent-ils :

---

*« L'un des noms de Dieu, Ntondobe, est "Soutien de la Marmite ; l'un de ses symboles est le poteau central qui soutient le toit d'une case, mais (qui) peut être aussi le soleil que l'on appelle Nlo Dzob, la "Tete du Ciel", tandis que la lune est Ngon Zamba, la "Fille du Démiurge. Sous terre se situe un enfer au sens étymologique du mot, monde inférieur dont on ne sait pas grand- chose, sinon qu'il renferme l'immense village des morts, négatif de celui des vivants qui s'y prolongent, peu éclairé la nuit par le soleil qui rentre en terre d'un côté pour en sortir par le coté diamétralement opposé » (p.190).*

---

Aborder les éléments socioreligieux des bulu revient à développer les rapports traditionnels que ceux-ci entretiennent avec Dieu (l'être suprême), les génies, les fétiches, les totems et les ancêtres défunts (entités culturelles). Mes enquêtes montrent que les bulu sont pour la plupart des chrétiens (catholiques, protestants), en dépit de la faible présence des musulmans et du fait que les religions traditionnelles (culte des ancêtres et l'animisme) occupent une place de choix. Cependant, les Bulu sont comme tous les africains, c'est-à-dire qu'ils sont des croyants nés, et ont toujours eu la conviction de l'existence d'une Force, Puissance-Source des existences et motrice des actions et mouvements des êtres (Hampaté Bâ,1972). Mais seulement, d'où le fait qu'ils (les Bulu) ne peuvent pas totalement abandonner leur esprit religieux (mieux adapté à leur quotidien) pour un autre esprit venu d'ailleurs, car pour eux, cette Force (Dieu) n'est pas seulement dans la chrétienté. Et on ne saurait non plus l'envisager en dehors des créatures, car elle est en chaque être, lui donne la vie, veille à son développement et, éventuellement, à sa reproduction (Ibid.).

C'est pourquoi les membres de cette communauté célèbrent cette Force, la louent, l'honorent, l'implorent, à travers des cérémonies religieuses accompagnées des pratiques rituelles (habitudes d'un groupe fixant le déroulement d'un cérémonial et visant à capter et à orienter une force occulte) et spirituels (qui ont un rapport religieux avec la survie de l'âme). Ceux qui sont initiés s'adressent aux ancêtres défunts par un ensemble de parole, de gestes, d'actes ou de postures afin que ces derniers intercèdent auprès du Dieu suprême. Les initiés, avec le concours des membres de la communauté, accompagnent alors cette volonté par des sacrifices, notamment du sang de coq ou de mouton. S'il s'agit, par exemple, de la purification d'un membre de la communauté qui aurait transgressé un interdit culturel ou social, ce sang va être aspergé autour des tombes des ancêtres et sur la personne concernée<sup>19</sup>. La cérémonie commence toujours par des chants traditionnels, une danse traditionnelle l'*abok bekon* (danse des fantômes). Elle se déroule dans la journée, aux environs de midi, quand le soleil est à son zénith, car, comme me le précise l'initié : « à cette heure, les esprits de nos ancêtres se baladent dans la cacaoyère, ils sont éveillés ». Il s'agit donc d'un moment propice à la purification d'un enfant de la communauté. Un jour, me raconte-t-il (rencontre du 15 avril 2019 à Mfoulovang (canton Mepho) :

---

*« Un digne fils du village avait des soucis dans son service, il est venu nous voir au village. Nous lui avons demandé d'acheter de petites choses en ville qui nous accompagneront dans notre cérémonie de demande de purification en implorant les grâces des ancêtres. Nous l'avons emmené dans la cacaoyère, nous nous sommes mis à genoux et nous avons commencé à chanter avec des incantations tout en présentant ce fils et sa situation aux ancêtres... Nous avons fait ce qu'il y avait à faire et nous lui avons demandé de partir. Quelques jours après, il nous a annoncé que les résultats étaient positifs... »*

---

De ces rapports entre, d'une part, les membres de la communauté et, d'autre part, Dieu, les génies, les fétiches, les totems et les ancêtres défunts se crée une interdépendance au point où le fonctionnement de l'un (communauté-société) est marqué par les empreintes de l'autre (la religion), en même temps que cet autre (la religion) n'a de sens que parce que la communauté-société existe. Dans leur ouvrage intitulé *La terre africaine et ses religions*, Thomas & Luneau (1995) apportent des précisions au sujet de cette interdépendance :

---

<sup>19</sup> Enquête réalisée dans le cadre de mon mémoire de master 2 Recherche religions et sociétés intitulé : Religions et Communication en Afrique, Communiquer avec ses ancêtres défunts à travers un espace culturel. Ethnographie de la cacaoyère dans le culte des ancêtres au Sud-Cameroun (2017).

---

*« Les rapports entre la religion et la vie sociale s'entendent en plusieurs sens. Tout d'abord, la religion dépend directement des cadres sociaux qu'elle exprime. Ensuite, la religion, en tant qu'institution, modèle la structure sociale : elle imprime au groupe sa hiérarchie (degrés d'initiation), elle organise une multitude de sous-groupes à fonctions bien définies (sociétés secrètes à caractère initiatique, sociétés ouvertes), elle codifie certaines activités (celles du prêtre, du magicien, sans doute, mais aussi celle du travailleur, du paysan, du forgeron, du cordonnier, du tisserand, du pêcheur, du chasseur, du père ou de la mère de famille). » (p. 57).*

---

Ces rapports entre les Bulu, Dieu et leurs entités culturelles vont bien au-delà du cadre religieux et spirituel pour intégrer le cadre socioéconomique, c'est-à-dire que même dans le domaine agricole ou pastoral l'aspect religieux et spirituel y est imprégné au quotidien. Mes enquêtes montrent que l'abondance des récoltes ou encore la bonne marche des activités agricoles dépendent des rapports qu'on entretient avec les entités culturelles. Autrement dit, plus les entités se sentent plus honorées, plus les récoltes seront abondantes et inversement.

### **Éléments de l'organisation socio-économique**

Les éléments socioéconomiques de cette communauté réfèrent, d'une part, à l'agriculture, considérée comme le moyen de survie essentiel au quotidien, et, d'autre part, aux tontines villageoises, cadres de Sécurité sociale mis en œuvre par des femmes. Cette communauté pratique deux types d'agricultures : l'agriculture itinérante sur brûlis et celle extensive ou de rente. La première sert à développer et à s'exercer sur la seconde qui commercialise sa production, dans le but de subvenir aux besoins de première nécessité de la communauté. Dans cette agriculture extensive, le cacao surtout, de même que d'autres légumes (tomate, oignon, piments, banane, plantain, concombre, aubergine), certains légumes (carotte), certains tubercules (macabo, pomme de terre, manioc, igname), le palmier à huile et les arachides restent les principales cultures de rente et une source économique majeure. Franqueville (1987), à propos de Zalengang, un village du sud-Cameroun, écrit que :

---

*« La récolte est effectuée en fonction des besoins et non en fonction de la production de la plantation [...] la cacaoyère [...] apparait moins comme une production que comme une épargne sur pieds, de laquelle on extrait chaque année, la somme nécessaire aux besoins prévus » (p. 127).*

---

Franqueville ajoute que, pour ce qui est du cacaoculteur, pendant les périodes d'inflation du prix du cacao, grâce à sa vente dans les grands marchés urbains, celui-ci se procure des matériaux de construction, renouvelle son équipement agricole, de chasse ou de pêche, s'offre

un nouvel équipement mobilier (salon ou salle à manger, radio ou écran téléviseur). C'est aussi souvent l'occasion pour lui de rembourser ses dettes ou de concrétiser l'acquisition d'une nouvelle épouse (*Ibid.*). Dans le même ordre d'idées, Etoga (1971) indique que la culture du cacao introduite par les colonisateurs avait pour vocation de révolutionner l'économie du Cameroun. L'auteur notait déjà l'apport économique primordial de cette activité dans la vie de ses communautés, dans la mesure où ces dernières planifient indirectement l'usage des revenus issus de la production cacaoyère. Mebenga Tamba (2002) qui avait mené des enquêtes auprès d'un autre peuple Beti (les Ewondo du Centre de l'Afrique) révèle que, non seulement ce peuple pratique la culture du cacao, mais également que ce fruit est considéré comme un investissement pour les projets familiaux importants. En effet, les propriétaires de cacaoyères, en cas d'augmentation du prix du cacao au kilogramme, misent sur les revenus de leurs récoltes afin d'organiser certaines cérémonies religieuses, culturelles et funéraires, notamment les funérailles et les conciliabules<sup>20</sup> ou encore de préparer d'autres événements importants comme les rentrées scolaires de leurs enfants.

Considérée comme un espace agroéconomique et comme une source de grands projets familiaux, la cacaoyère ne représente pas qu'une source économique majeure pour le groupe culturel qui nous intéresse. Elle est aussi une extension de l'espace vital familial, un espace sur lequel s'appuyer pour renforcer ses liens sociaux et familiaux, pour inscrire et fonder sa substance vitale (Mebenga Tamba, 2002). En effet, de mes enquêtes antérieures, il ressort qu'il existe un lien étroit, qui n'est pas le fait du hasard, entre la cacaoyère et l'habitat de cette communauté. Ainsi, si l'habitat a toujours été perçu par cette communauté comme le lieu où l'homme fondateur réalise l'histoire de son existence, pose des actes vitaux (comme installer son lieu de couchage, cacher son trésor, parquer ses équipements de production économique, cacher des restes humains tels que les corps des morts, le placenta ou le prépuce de l'homme vierge, etc.), Mebenga Tamba (2002) montre que ces plantations favorisent l'extension de cet espace vital familial en même temps qu'elles confortent leur statut d'univers important avec lequel ces communautés conduisent leur existence.

En outre, en tant qu'exploitation agricole particulière et primordiale, la cacaoyère est aussi un bien que le propriétaire doit léguer à sa descendance, puisqu'elle est, eu égard à sa capacité de longévité, un signe et une marque d'appartenance foncière : dans cette localité, la valeur ou le

---

<sup>20</sup> Selon mes propres observations dans le cadre du mémoire de master 2 Religions et sociétés, intitulé : *Religions et Communication en Afrique. Communiquer avec ses ancêtres défunts à travers un espace culturel. Ethnographie de la cacaoyère dans le culte des ancêtres au Sud-Cameroun* (2017).

pouvoir socioéconomique du chef de famille se mesure au nombre de plantations cacaoyères cultivées et à la surface du territoire qu'il a réussi à acquérir durant son existence, et ainsi à léguer.

D'autre part, dans cette localité, la localisation des fosses d'aisance donne une autre perception de la cacaoyère. La famille constitue chez les Beti une unité, que le fondateur a la responsabilité de sécuriser contre toutes les forces destructrices, notamment maléfiques. Pour atteindre les membres de cette famille et leur causer un tort, les acteurs aux pouvoirs sorciers en saisissent les restes ou les déchets humains. Or, pour protéger convenablement ces derniers, il convient de les cacher dans les toilettes traditionnelles installées dans les cacaoyères. En plus des matières fécales, les placentas, les tissus usés, les restes de plantes, de rites purificateurs y sont conservés.

En somme, la cacaoyère est, dans le contexte de l'organisation socioéconomique de cette communauté, une preuve matérielle de la capacité de fondation et d'encadrement d'une unité sociale, la famille, par le sexe masculin, car il ne suffit pas d'épouser une femme et de procréer. Il faut aussi pourvoir cette unité sociale en moyens de subsistance sûrs et durables. La création et la gestion de la cacaoyère, le défi de tout véritable chef de famille en milieu rural, constituent une entreprise d'endurance et de persévérance.

À côté de l'agriculture de subsistance<sup>21</sup> et de rente<sup>22</sup>, cette communauté s'organise également économiquement autour des tontines, des coopératives villageoises (*bikone, bisouane, sangoulou*) et des groupements d'initiative communautaire (GIC) créés soit par des élites, soit par des femmes. Ces tontines et GIC sont considérés comme des sources alternatives de revenus et de survie, en ce qu'elles constituent un type d'économie populaire, qui ne se réduit pas à la seule épargne, là où les processus d'accumulation s'inscrivent dans le tissu social (Ela, 1994). D'après Ela (1994) :

---

*« À travers l'obligation de cotiser, se mettent en place en même temps un système de crédit, un lieu d'échanges d'idées sur un club de rencontres et d'influence sociale, un réseau d'appartenance, un espace de négociation et de communication, un lieu de partage de joies familiales, un groupe de soutien et d'entraide pour les moments difficiles comme le deuil. La tontine est tout cela à la fois, c'est-à-dire, un véritable "phénomène social total". » (pp. 147-148).*

---

<sup>21</sup> Qui consiste à cultiver uniquement pour consommer. Cependant, en cas d'abondance, les produits issus de l'agriculture de subsistance peuvent aussi être vendus.

<sup>22</sup> Qui consiste à cultiver pour vendre (cacao, palmier à huile, etc.).

Dans la continuité de la pensée d'Ela, j'ai étudié ces moyens alternatifs de survie en milieu rural<sup>23</sup>, notamment à Sangmélina. Il en ressort que ceux-ci sont des espaces d'épargne et de prêts mutuels d'argent entre les membres. Dirigées en majorité par des femmes, bien que leurs époux puissent y contribuer, ces tontines villageoises constituent de véritables espaces de soutien financier en milieu rural. Lors d'évènements heureux ou malheureux ou à l'occasion de la réalisation d'un projet, les membres ont ainsi le droit d'emprunter de l'argent tel que le prévoient les textes qui régissent ces tontines. Mais, il ne suffit pas d'être membre pour prétendre bénéficier de leurs avantages : il importe de contribuer à leurs activités à travers les diverses cotisations payées par leurs membres (annuelles, trimestrielles, mensuelles, hebdomadaires, quotidiennes), l'un des principes de ces tontines étant de cotiser et d'épargner suffisamment en vue d'obtenir une facilité d'autorisation de prêt.

Ces tontines villageoises sont variées. Il existe des tontines de biens (savons, marmites, assiettes) où les membres se réunissent les dimanches pour mettre en commun ces biens qui en instituent la création ; des tontines d'assistance entre membres, par exemple, lors de la réalisation d'un grand champ ; et des tontines financières, les plus nombreuses. En conséquence, la tontine ne se réduit pas à ses aspects purement économiques (Ela, 1994) : « on y échange de l'argent ou du travail, mais également des repas, des rites, notamment des deuils, des obligations d'amitié et des conseils. Le contrat qui lie les adhérents dépasse aussi l'ordre juridique ; il est aussi de nature religieuse et mythologique. Enfin, par ses fonctions pédagogiques, la tontine touche à la morphologie sociale en permettant le dépassement des obstacles de la méfiance. » (p. 148) Au-delà des épargnes et des cotisations, ces tontines fonctionnent avec une caisse de secours ou d'assistance qui aide leurs membres en cas d'évènement heureux ou malheureux.

Un autre aspect important de cette communauté concerne le rapport étroit qu'elle instaure entre l'économie agraire et la religion, en l'occurrence, sa réussite économique étant dépendante de sa relation avec les génies, les fétiches, les totems et les ancêtres défunts. Plus ces derniers sont honorés, plus la production est florissante et abondante. Les semences comme les récoltes dans les champs et les plantations doivent bénéficier des faveurs des génies et des ancêtres et être mises sous leur protection contre les esprits sorciers ou maléfiques. Des principes rituels et spirituels doivent alors être respectés. En cas de bon

---

<sup>23</sup> Travaux menés en 2011-2012 au Cameroun dans le cadre de mon master en anthropologie du développement intitulé : *Élites, pauvreté et développement en milieu rural au Cameroun : étude anthropologique dans les localités d'Assok et Ngoulmekong (villages du canton Nlolo Lobo, respectivement des groupements Yemveng et Mvan Eko).*

déroulement d'une action économique, les ancêtres sont remerciés ; quand une action n'a pas été satisfaisante, leurs grâces sont implorées davantage afin que la prochaine soit meilleure. Par exemple, pour l'agriculture itinérante sur brûlis, type d'agriculture ancestral, les populations débroussaillent les parcelles de terre, brûlent les arbustes et les herbes coupées, les nettoient puis les cultivent. Cette méthode sur brûlis se pratique pendant les saisons sèches, tandis que l'ensemencement et les récoltes ont lieu durant les saisons de pluie. Le système de jachère, principe ancestral indispensable dans ce cadre agricole consistant à laisser reposer une parcelle de terre cultivable pendant une durée déterminée pour qu'elle retrouve ses capacités de production, est constamment pratiqué ici. Parce que les terres sont naturellement fertiles, cette communauté n'utilise pas d'engrais chimiques pour en augmenter davantage la fertilité et la production. S'il y a un constat que j'ai pu faire pendant mes enquêtes dans ce cadre agricole, c'est que cette communauté utilise l'agriculture comme référence de décompte des années. Tandis qu'ailleurs les années sont comptées à partir d'un calendrier établi et structuré, dans ces localités, même si le calendrier ordinaire est connu, l'année, appelée *mbou*, correspond non pas aux douze mois pleins écoulés, mais à la fin d'une session de récolte. Il s'agit d'un principe ancestral très cher à cette communauté. Ainsi, le début d'une année coïncide avec le début des défrichages, des semences dans les espaces cultivables.

Dans la suite je vais aborder les questions telles que : où trouve-t-on les Fang-Beti en Afrique ? Qui sont-ils et d'où viennent-ils ? Comment s'est faite la migration Fang-Beti ? Quels sont les groupes Fang-Beti au Cameroun et où les trouve-t-on ? L'objectif ici est de chercher à saisir l'origine de ce peuple (les Bulu), l'origine du groupe culturel auquel il appartient, afin de mieux comprendre l'origine et le sens de certains rituels et certaines croyances observées dans mes enquêtes de terrain. Il s'agit en effet d'un « détour » obligé pour moi. Ce d'autant qu'avec Balandier (1985), la démonstration est faite que, pour l'intelligence de l'actuel et de ce que nous sommes, le « détour », bien qu'éprouvant parce que long et laborieux, est la ligne la plus droite.

#### - **Du point de vue des Fang-Beti**

#### **Où trouve-t-on les Fang-Beti ou Pahouin en Afrique ?**

Ombolo (1990) affirme que les Fang-Beti sont une mosaïque de tribus localisées dans une aire culturelle particulière à cause du choc culturel de l'acculturation : celle de l'Afrique centrale. Je dois préciser que la géographie du pays Fang-Beti (ou Beti) n'a pas changé depuis le XIXe

siècle, comme en témoigne la carte ci-dessous établie par Tessmann (1934) au début du XXe siècle.

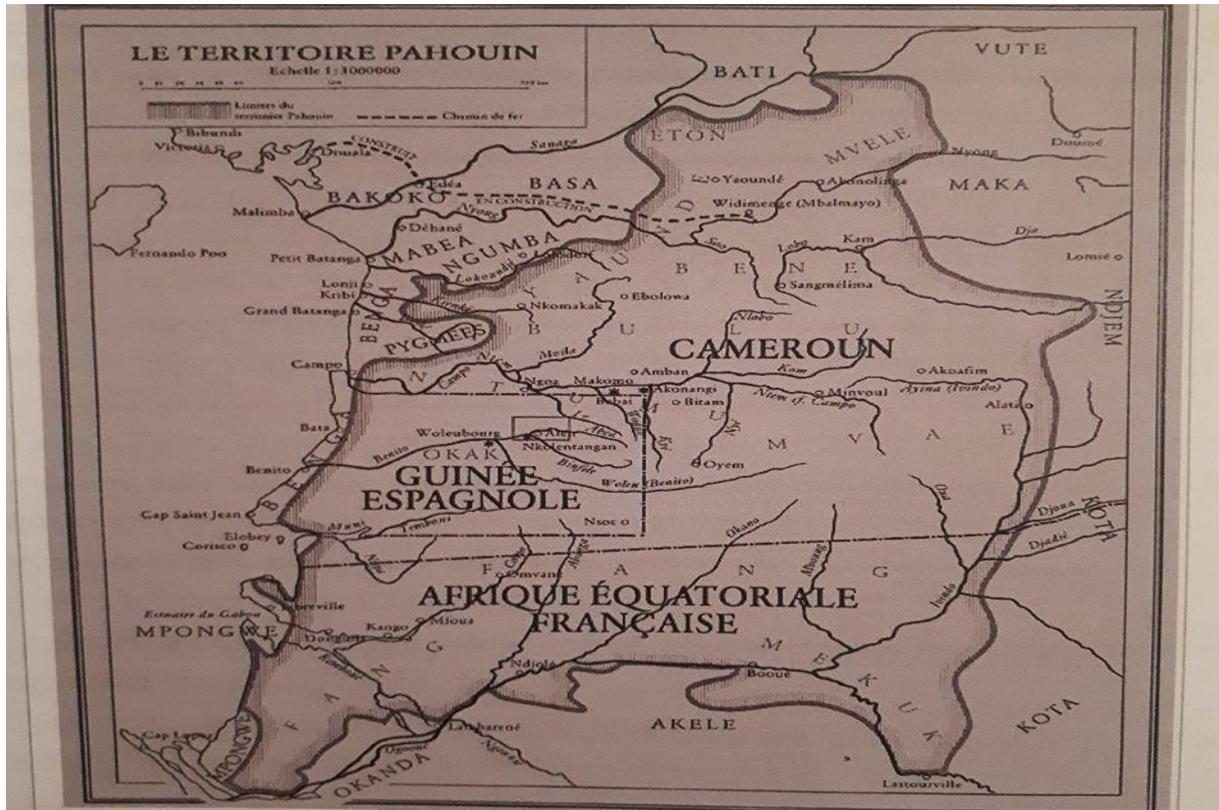


Figure 6 : Localisation des Beti en Afrique. Source : carte conçue par Günther Tessmann au début du XXe siècle.

Les Beti-Bulu-Fang, répartis sur quatre pays d'Afrique, se situent sur la côte occidentale de l'Afrique, de la Sanaga (Cameroun) à l'Ogooué (Gabon) et de l'Ivindo (Guinée équatoriale espagnole) à la côte atlantique (Congo) – soit un espace couvrant près de 180 000 km<sup>2</sup>, le tiers de l'empire allemand (Mba Abessole, 2006). Ils sont présents au Gabon dans cinq régions. Au Congo dans la région de Zwanki, en Guinée dans les zones frontalières aux autres pays, au Cameroun le groupe Beti le plus important est situé dans les régions du Centre, du sud et même de l'Est, régions qui représentent une superficie de près de 94 000 km<sup>2</sup> (Ndjalla, 2015).

### Qui sont les Fang-Beti et d'où viennent-ils ?

Le fait de décrire et d'analyser l'identité, les origines géographiques et sociologiques ainsi que les migrations d'un groupe, d'une ethnie ou d'une communauté n'est pas un exercice facile. Car, lors de ses recherches approfondies, le chercheur est souvent confronté à des ambiguïtés et à des contradictions par la multitude des sources et des témoignages. D'ailleurs, plus les données recueillies sont abondantes, plus il devient difficile de distinguer les plus à même de se rapprocher de la réalité. Il est important de noter que le chercheur ne dispose pas de certaines données en raison du manque de documents écrits ou de dépositaires de la tradition

orale, ce qui est exactement le cas concernant ces peuples Beti. En effet, lors de ses contacts avec les « M’Fans », peuple Beti du Congo, en 1876, l’explorateur de Brazza<sup>24</sup> a rencontré des difficultés pour retracer leur origine : « ces peuples peuvent s’accumuler, prospérer et disparaître sans laisser d’autres traces de leur passage qu’une vague tradition affaiblie par le temps<sup>25</sup> ».

De toutes les populations d’Afrique noire, notamment du bassin du Congo, les Bulu ou les Fangs sont parmi les plus célèbres et les plus fascinants. Mve Ondo (2002) dans la préface de l’ouvrage de Aubame (2002) le démontre, car pour lui être fang, c’est quatre choses. D’abord, être-dans, être-avec, provenir de quelque part, être engagé vers. C’est aussi, être soi-même à la fois différent et semblable aux autres, certainement africains, mais avec des traces orientales et européennes, être d’une tribu et d’une ethnie tout en affirmant sa nouvelle nationalité, voilà le défi de notre société.

Mve Ondo exprime ici toute la grandeur qui singularise les Fang-Beti des autres peuples d’Afrique Noire. Pour lui, les Fang-Beti sont un peuple en même temps entièrement à part et à part entière de l’Afrique Noire. Et, cela se comprend à partir de leur origine, de leur histoire sociale, culturelle et migratoire. Plusieurs hypothèses mettent en lumière l’identité, les origines et les migrations des Fang-Beti. Tout d’abord, que signifie le mot « Beti », qui est le pluriel de « Nti » ? D’après Laburthe-Tolra (1981), le mot « Nti » signifie « seigneur, noble et/ou homme libre, indépendant » (p. 47). Ngoa (1968), que cite l’auteur, définit les Beti comme « [...] des hommes libres et capables de se défendre par leurs propres moyens » (*ibid.*). Autrement dit, « un groupe est dit “Nti” s’il est nombreux et à même de se passer de la protection ou du concours d’autres groupes en cas de guerres. » (*Ibid.*).

Les premières hypothèses sur l’identité, les origines et les migrations des Fang-Beti ont été émises par les explorateurs Schweinfurth, Dr Poutrin, Avelot, Trilles et Deniker. Ils sont unanimes sur le fait que le point de départ de l’invasion des Beti commence à l’Est chez les Azendés, au sud de Bahr-el-Gazha au Soudan. Les Beti viendraient donc plus exactement des Régions du Haut-Nil et de la Nubie antique, le territoire qui englobe aujourd’hui l’Égypte, le Soudan, l’Éthiopie et l’Ouganda, et y auraient séjourné pendant des millénaires.

---

<sup>24</sup> Officier de marine et explorateur français d’origine italienne (1857-1905) qui a participé à plusieurs explorations en Afrique, notamment au Congo, et qui a été commissaire général du Congo français. La capitale de ce pays, Brazzaville, est d’ailleurs dérivée de son nom.

<sup>25</sup> Exposé présenté par M. Savorgnan de Brazza au retour de ses explorations aux pays des M’Fans du Congo Brazzaville lors de la séance générale extraordinaire de la société de géographie tenue au Cirque d’hiver le 21 janvier 1886. Découverte et exploration française, société de géographie, Paris, Bibliothèque nationale de France, département centre technique du livre, 4-03n-91 (disponible sur : [www.gallica.bnf.fr/ork](http://www.gallica.bnf.fr/ork)).

D'autres auteurs ont validé ces hypothèses, mais précisent que d'autres éléments devraient être considérés pour saisir tous les contours de cette origine historique. Notamment, d'après Cadet (2005), pour qu'elle soit efficace, la lecture des documents anciens nécessite au préalable d'approcher le contexte scientifique qui a présidé à leur production, en saisissant au plus près les renseignements dont disposaient les premiers auteurs. Des auteurs tels Trilles (1912), Balandier (1950), Alexandre (1965) et Ombolo (1986) vont davantage spécifier l'origine historique des Beti.

Trilles (1912) a été le premier à élaborer l'hypothèse qui a déterminé la place des Bédi au sein du monde négro-africain. D'après lui, si les Beti sont des Bantous<sup>26</sup>, ils ne sont toutefois pas des Bantous à part entière. L'auteur mentionne que :

---

*« [...] Ils font partie de la grande famille bantoue, mais en constituent un des chaînons externes, ou, si l'on préfère, ils sont placés sur la limite qui sépare les Bantous des populations et des langues du nord-est, Libye, Soudan, etc. Ce sont les moins bantous de tous les Bantous. » (p. 19).*

---

Dans le même ordre d'idées, Trilles écrit :

---

*« Le Beti est le moins bantou de tous les Bantous. Jetés en vedette à une de leurs extrémités, véritables guerriers des marches opposant au progrès de l'islamisme leur bloc impénétrable, les Fangs sont un des chaînons intermédiaires qui relient les races du Nil et de la Libye aux races chamitiques proprement dites. Aussi, leurs mœurs, et leurs coutumes participent-elles des uns et des autres. » (p. 19).*

---

L'auteur indique également que les Beti sont plutôt un peuple qui assure la transition entre les Bantous et les Soudanais. Trilles se fonde sur des éléments linguistiques et culturels, notamment l'arbalète de guerre et la forme du sabre, pour confirmer les hypothèses des origines des Beti en Haute-Égypte. Fort de l'hypothèse de Trilles, Mba Abessole (2006) rassemble quelques mots de la langue égyptienne et de la langue beti afin de mettre en exergue leur similitude lexicale. De ce constat, Galley (1964) va donner une autre vision du Beti : il n'est pas réellement Bantou, malgré la parenté certaine de sa langue avec les langues

---

<sup>26</sup> Les Bantous sont ainsi nommés parce que toutes les tribus qui en font partie sont issues d'une même souche. Ils désignent « un homme » par le terme *tou ou N-tou/muntu*, au pluriel : *ba-ntou*, « des hommes ». Ce mot varie suivant les langues des diverses tribus, mais se rattache à la même racine. Les Beti appellent l'« homme » *mot*, au pluriel *bot*. Ce qui, pour Trilles, correspond à la même racine et constitue une preuve que les Beti sont des Bantous. Il faut aussi noter que, selon lui, le bantou est « une race » très puissante qui s'étend sur près de la moitié du continent africain, du Soudan au Cap.

bantoues. Par exemple, « éléphant » se dit *Nzokh* en fang et *Nzogu* en bantou – dans les langues bantoues, une syllabe se terminant toujours par une voyelle, contrairement au fang.

L'hypothèse de Trilles va continuer d'être exploitée sous d'autres angles par tous ceux qui, comme lui, se sont penchés sur cette question. Certains vont considérer que ce peuple possède une culture savante très avancée concernant la connaissance des généalogies claniques et familiales à travers les récitations bien établies. En dépit de son statut de migrant, le peuple beti va rester ancré dans son système parental stable. En 1922, le pasteur évangélique Grébert, missionnaire français au Congo et au Gabon, observe que, chez les Beti comme chez les Juifs, on apprend aux enfants la généalogie de leur père et de la tribu.

D'après Balandier (1950), les Fang-Beti ne vont pas se contenter de leurs modestes origines non loin de la Haute-Sanaga. Ainsi, dit-il, « certains des Fangs tirent orgueil, actuellement, des origines apportées par les traditions : mettant l'accent sur la parenté linguistique existant entre les dialectes fang et zandé, se raccrochant par conséquent aux civilisations du Haut-Nil (et par là, peut-être, à l'Égypte) » (pp. 49-64).

Alexandre (1965) estime que les thèses de Trilles constituent un élan romantique rapportant tous les faits culturels du XX<sup>e</sup> siècle à l'ancienne Égypte. Ainsi, il dit :

---

*« [...] notre groupe est venu d'une région montagneuse située au nord-est de son habitat actuel, probablement l'est de l'Adamaoua. Il est possible que ses ancêtres, ou certains d'entre eux y aient été conduits par une migration venue du sud-est, suivant l'axe général de la vallée de la Sanaga jusqu'à ses sources, peut être en provenance de la vallée du Congo : c'est l'extrême limite des hypothèses admissibles, en l'état actuel de nos connaissances. » (p. 536).*

---

Quant à Ombolo (1986), bien que le point de départ de l'invasion des Beti ait été les hauts plateaux de l'Est africain (sud du Bahr-el-Gazal, sud du Sahara), ceux-ci se seraient lancés vers l'Ouest en contournant par le Nord la forêt équatoriale pour atteindre l'Oubangui-Chari, puis auraient été refoulés vers le Sud par les invasions soudanaises.

### **Comment s'est faite la migration Fang-Beti ?**

Concernant les mobilités des peuples africains, notamment les migrations, tant à l'intérieur de l'Afrique qu'au-delà, Leservoisier (2018, 2020) apporte quelques réponses à travers les migrants d'origine servile de la société haalpular de la Mauritanie et du Sénégal. Ainsi, tout en cherchant à comprendre comment la mobilité constitue ou non un vecteur de transformations sociales ou encore comment elle peut s'inscrire dans les rapports de pouvoir (2018), Leservoisier (2020) montre que, non seulement les déplacements des personnes

s'effectuent rarement au hasard et qu'ils s'inscrivent, en règle générale, dans des réseaux sociaux censés faciliter l'insertion résidentielle et professionnelle des migrants dans leur nouvel espace d'accueil, mais également et surtout que la mobilité spatiale est synonyme d'émancipation. Ces propos de Leservoisière concernent-ils réellement les Fang-Beti dans leurs migrations de l'Égypte vers le sud de l'Afrique ?

En effet, partis du Haut-Nil, les Fang-Beti ont progressé vers la partie Sud de l'Afrique (Ombolo, 1986). Ce mouvement migratoire s'est fait de façon progressive en raison de la décadence de l'Égypte et de l'assèchement total du Sahara. Dans sa thèse de doctorat en Anthropologie de la santé des enfants chez les Ewondo<sup>27</sup>, Ndjalla (2015-2016) détermine que leur première escale serait l'Adamaoua (partie du Grand-Nord du Cameroun). Cette escale va se heurter à des difficultés, car, sur place, les Fang-Beti, en quête perpétuelle d'un lieu propice pour se sédentariser, seront repoussés par la pression des Foulbés islamistes conduits par Ousman Dan Fodio<sup>28</sup> ainsi que par d'autres groupes qui s'y trouvaient.

Tous ces mouvements qui les empêchent de s'installer convenablement les conduisent à reculer davantage dans la partie Sud du Cameroun. En chemin, ils rencontrent un autre obstacle majeur, le grand fleuve Sanaga<sup>29</sup>, difficile à franchir compte tenu de son lit assez large. C'est finalement vers les années 1790 que sa traversée sera possible. D'après Ndjalla (2015-2016), la tradition orale enseigne que ses traversées se feront tour à tour sur le dos d'un serpent mythique appelé le *Ngan Medza*, si bien que celles-ci sont devenues un fait historique remarquable pour ces peuples. La Sanaga étant le plus grand fleuve du Cameroun, tirant sa source dans l'Adamaoua et s'étendant sur plusieurs autres régions du Cameroun, chacun de ces peuples a pu montrer et dire avec certitude l'endroit où il a pu la traverser. C'est ainsi que le pont d'Ebebda (au Centre du Cameroun) est la partie de la Sanaga où les Éton, les Ewondo et les Manguissa ont traversé ; et que les chutes de Nachtigal, le sillage de Mbadjock et Nanga Eboko, tous au Centre du Cameroun, seraient respectivement les lieux de traversée des Bene, des Emveng et, enfin, des Bulu et des Yebekolo.

---

<sup>27</sup> Les Ewondo sont une des composantes tribales fang-beti.

<sup>28</sup> Ousman Dan Fodio était un réformateur religieux, écrivain et homme d'État peul. Né vers 1752, il meurt en 1816. Disciple de l'école Sunna, il a beaucoup écrit sur cette Sunna. Description prise dans le texte d'Alfred Fierro, *Ousman Dan Fodio (1752 env.- 1816)*, Encyclopaedia Universalis (en ligne), consulté le 4 mars 2020. <http://www.universalis.fr/encyclopedie/ousman-dan-fodio>.

<sup>29</sup> Le plus grand fleuve du Cameroun (918 km, 140 000 km<sup>2</sup>) encore appelé « le Djerem », dont la source se trouve dans la région de l'Adamaoua vers le Grand-Nord, village Garga, arrondissement de Meiganga, département du Mbéré.

Laburthe-Tolra (1981), en s'appuyant sur les travaux de l'archéologue Mauny, situe le foyer d'expansion des Fang-Beti dans la région de la Bénoué entre le V<sup>e</sup> et le VI<sup>e</sup> siècle apr. J.-C. Avec la découverte du fer dans cette région, ces peuples qui occupaient la Bénoué sont devenus des agriculteurs. L'auteur précise que les Fang-Beti se mettront à fabriquer des haches pour abattre des arbres. De là viendra leur envie de trouver des forêts, des terres fertiles. Et, c'est ainsi qu'ils vont descendre vers le Sud, où la forêt existait encore, en laissant derrière eux la savane.

D'autres indices confirment cette provenance septentrionale des Beti, comme la présence dans les langues beti de termes spécifiques faisant référence à l'écologie de la savane (Ndjalla, 2015). Ou encore leur possession en même temps d'un important matériel artisanal, comme le soufflet, un instrument propre au septentrion qui sert à l'art et à la forge, et d'armes traditionnelles utilisées par les peuples du septentrion tels que les Baya et les Foulbés, comme l'arbalète, le carquois, les flèches, la lance (Laburthe-Tolra, 1981). Du point de vue sociologique, cette hypothèse de l'origine septentrionale de leur migration sera rejetée par Baumann et Westermann (1948, 2012) qui estiment que les Beti viennent uniquement de la haute Sanaga et que, par une série de migrations successives, ils sont partis vers l'Ouest, en évitant la grande forêt équatoriale qu'ils ont contournée par le Nord pour se retrouver sur l'Ouest de l'Afrique équatoriale par la vallée du Lom et de l'Adamaoua.

De nombreux chercheurs s'accordent aujourd'hui pour distinguer deux obstacles majeurs qui ont affecté un grand groupe linguistique et culturel dit « Sanaga-Ntem » correspondant à la région où ces habitants vivaient autrefois. Il est probable que ces communautés, au XV-XVI<sup>e</sup> siècle, aient progressé rapidement vers le Sud, jusqu'aux cours d'eau du Ntem (Cameroun) et du Woleu (actuel Gabon). Ainsi, si certains auteurs ont justifié cette migration par leur fuite sous la pression d'incursions incessantes de peuples islamistes (Foulbés, Haoussas et d'autres), d'autres l'expliquent par les migrations lentes, mais progressives des sociétés dites « agraires », décentralisées à partir du modèle de la fragmentation lignagère.

Selon Ombolo (1986), les traversées de la Sanaga auraient ouvert aux Fang-Beti d'autres destinations de migration. Cependant, l'auteur, ne trouvant pas d'explications plausibles pour mieux comprendre l'envie des Fang-Beti de progresser dans leurs migrations et rejetant l'idée d'une pression d'incursions des peuples islamistes, va émettre l'hypothèse de leur recherche d'échanges commerciaux avec la côte pour justifier cette avancée migratoire. Ainsi, il conjecture : « si c'est la peur d'être massacrés par un ennemi plus fort qui avait décidé les

Pahouins à abandonner leur premier habitat, ce sont en revanche les seules motivations économiques qui les avaient guidées durant toute la marche migratoire » (p. 45).

D'autres mouvements migratoires vont voir le jour à partir des centres de traites européens sur la côte du Golfe de Guinée. À partir du XIX<sup>e</sup> siècle, les Beti occupent déjà toute la région de Yaoundé au Cameroun jusqu'au Bas-Ogooué au Gabon en traversant la Guinée équatoriale. C'est à travers cette seconde migration vers la côte que les Beti entreront en contact avec les Occidentaux (Alexandre & Binet, 1958 et 2005).

En raison des migrations, certains groupes Fang-Beti, bien que non majoritaires, se retrouvent dans différentes régions de l'Afrique et du Cameroun. Par conséquent, tous ces peuples sont issus des Fang-Beti dans leur avancée migratoire en provenance du Nord de l'Afrique. Mais, du fait de certains événements tels que la colonisation occidentale, ces peuples se sont dispersés de part et d'autre de l'Afrique et du Cameroun, perdant le lien culturel étroit qui les reliait les uns aux autres. Cette perte engendrera des divergences linguistiques entre eux, malgré leur intercompréhension. En outre, au-delà de leur unité originelle, historique et migratoire, et au regard des informations recueillies auprès des peuples bulu de Sangmélima, d'autres aspects spécifiques les différencient. On peut citer la notion de « clan » qui reste consanguine chez les Bulu, la notion de « tribu » qui se rattache à une entité linguistique et socioculturelle, les appellations ethniques telles que Bulu, Ewondo, etc., ou encore des titres d'honorabilité qui désignent des aires culturelles bien spécifiques.

### **Quels sont les groupes Fang-Beti au Cameroun et où les trouve-t-on ?**

Sans entrer dans une analyse approfondie de la localisation des Beti sur le territoire camerounais, je présenterai globalement leur localisation, leurs dynamiques sociales et culturelles. Cette localisation géographique est largement tributaire des travaux d'Ombolo (1990) et de Mveng (1963 ; 1985) dont les résultats coïncident avec les positions géospaciales actuelles de ces peuples. Il faut mentionner d'emblée que Cabot et Diziain (1955) montrent que les Beti du Cameroun seraient venus du Nord-Cameroun et que leur premier lieu d'habitation serait le site de Yaoundé<sup>30</sup>. Puis, leurs migrations évolueront en direction du Nyong selon trois itinéraires divergents : Yaoundé-Nkong-Abok-Nlong, Yaoundé-Oveng-Ngomou-Akono-Olama, Nkong-Ndoumou-Akono-Zoalouma-Nagali.

En effet, les travaux d'Ombolo (1990) indiquent que la sédentarisation des Beti – et d'autres peuples – sur les territoires qu'ils occupent aujourd'hui – le grand Sud-Cameroun (Centre,

---

<sup>30</sup> Actuelle capitale politique du Cameroun, autrefois appelée « Ongola » (mot emprunté à la langue Ewondo). Cette appellation « Ongola » est toujours en usage dans les discours quotidiens des Camerounais.

Sud, Est), la région du Centre – a été motivée et encouragée par les Allemands lors de la colonisation débutée en 1884. Dans cette partie du Cameroun (celle du centre), ils se situent dans le grand Mbam (Ossananga ou Bati et les Tsinga, les Ngoro, les Kombé, etc.), dans le département de la Lékié (les Éton et les Manguissa). Toujours dans cette même région du Centre, notamment dans les départements du Mfoundi, de la grande Mefou<sup>31</sup>, du Nyong et So'o, du Nyong et Mfoumou et de la haute Sanaga, se côtoient les Bene, les Mvele, les Ewondo, les Mbida-Mbani, les Yebekolo, les Yezoum, etc. La localisation du peuple Beti est assez complexe du fait que certains groupes se retrouvent en même temps dans deux régions, tandis que d'autres, dans plusieurs départements. De surcroît, certains groupes se sont mélangés à d'autres groupes Beti.

Mveng (1963 ; 1985) a pu identifier, grâce à ses observations ethnographiques, les principaux groupes Beti ainsi que leurs sous-groupes. D'après lui, il existe : les Éton Beti, les Betsenga et d'autres sous-groupes qui occupent principalement le département de la Lékié dans la région du Centre ; les Menguissa ou Manguissa, proches des Éton par leur langue, occupent la rive gauche de la Sanaga ; les Yezum ou Ezum Beti qui occupent le département de la Haute Sanaga et qui présentent des affinités avec les Bulu – l'auteur reliant d'ailleurs les Yezum et les Bulu à un même contexte migratoire ; les Yebekanga qui se sont installés au Sud de la localité de Nanga-Eboko ; les Bamvele ou Bele voisins des Maka de la région de l'Est, des Babouté ou Vouté et des Yekaba ; et les Kolo Beti, le groupe Beti le plus nombreux qui se trouve dans les régions du Centre et du Sud et qui regroupe les Bene ou Bane – dans les régions du centre et du sud également, notamment à Mfou, Mbalmayo (Nyong et So'o) et Ebolowa (Mvila) –, les Kombe – dans le département du Mbam, notamment Bafia, perdus dans un flot de peuple parfois non Beti –, les Tsinga, les Yanda, les Mvele Beti – dans le département de la Mefou et Afamba et une partie dans le Nyong Mfoumou –, les Ntumu Beti – dans la région du sud, notamment dans la région de Ambam (vallée du Ntem) –, les Ewondo, les Etenga, etc.

On note par ailleurs quelques apparitions dans le Nyong et So'o, région du Centre. Les Fangs du Cameroun se rencontrent dans la grande forêt équatoriale du bassin du Ntem et ses affluents ; dans les localités telles que Djoum, Oveng, département de Dja et Lobo, région du Sud ; et dans le département de l'océan (Kribi) chez les Ngoumba vers Bipindi et aux environs de Campo. Les Mvae, le premier groupe, sont situés dans l'embouchure du Ntem, le second groupe chez les Bulu, les Fangs et les Ntumu ; les Omvang Beti et autres (Omvang,

---

<sup>31</sup> Il s'agit de la Mefou et Afamba, et de la Mefou et Akono.

Mbida-mbani, Yebekolo, Yelinda, Yengono, etc.) se situent dans le département du Nyong et Mfoumou et dans des localités du Haut Nyong, région de l'Est ; les Bulu se retrouvent majoritairement dans la région du Sud, notamment Ebolowa, Mengong, Mvanagane dans le département de la Mvila, à Sangmélina, Meyomessala, Mvomeka'a dans le département de Dja et Lobo et à Akom II et ses environs, dans le département de l'océan.

Selon la généalogie Ewondo, Mveng (1963 ; 1985) montre qu'Ewondo be nanga a engendré Kolo Beti, Ntone ou Éton Beti, Mvele beti, Mvélé beti (les Bassa), Mvan Beti, Meka Beti (les Maka), Bulu, la seule fille, et Ntumu, le dernier-né. Les Fong se trouvent dans le Dja et Lobo, dans l'arrondissement de Zoétélé, dans la Mvila. Mbonji Edjenguèlè<sup>32</sup> apporte à propos de ces derniers une indication intéressante : les Fong ne seraient pas des Beti, mais des Douala, plus précisément des Pongo partis de la côte, attirés par le commerce du sel. Cela dit, on les trouverait également dans la localité d'Edea sous le patronyme de Pongo-Songo. Concernant cette description de la localisation des peuples Beti, Mveng révèle également l'existence d'autres peuples Beti moins connus que les premiers, notamment les Bunju localisés dans le Mbam (région du Centre) ; les Ngoro qui sont les descendants des Manguissa ; les Bafok et les Yangakuk qui se revendiquent être les Beti de pure souche, et donc les anciens Beti.

Après avoir précédemment esquissé les expériences qui m'ont conduit vers la réalisation de ce travail, il importe maintenant d'exposer la problématique, l'hypothèse et l'intérêt de cette étude.

## **B.2. Problématique et hypothèse de la recherche**

Quivy & Van Campenhoudt (1995) montrent que la problématique est une manière d'interroger les phénomènes étudiés, une étape charnière de la recherche qui se situe entre la rupture et la construction. Pour y parvenir, il est important de s'appuyer sur les lectures et de faire le point sur les différents aspects du problème mis en évidence, afin de méditer comme personne n'a encore médité sur ce que tout le monde a devant les yeux (Quivy et Van Campenhoudt, 1995).

Elle (la problématique) permet d'exposer le cheminement intellectuel d'un travail de recherche et de combler un manque dans le domaine de la connaissance (Chevrier, 2003). Elle aide à constater l'écart qui existe entre une situation de départ insatisfaisante (rupture) et une situation d'arrivée désirable (construction) (Mace & Petry, 2000 ; Quivy & Van

---

<sup>32</sup> Cette précision, qui apparaît dans l'ouvrage *Le pouvoir de l'ethnie. Introduction à l'ethnocratie d'Aboua Paul* (2012), a pour objectif de mettre en relief et en rapport l'unicité culturelle des peuples africains, amorcée par Cheik Anta Diop, et camerounais en particulier, peuples qui, à partir des diverses migrations, ont noué des alliances d'un point vers un autre du continent, donnant naissance à de nouveaux groupes et clans métissés.

Campenhoudt, 1995). Pour Etonde (2017), la problématique est simultanément un questionnement aboutissant à soulever un ensemble de problèmes liés entre eux et la question à laquelle le chercheur tentera de répondre de telle sorte que, à la fin de sa démarche, elle synthétise et présente le cadre et les orientations de son travail.

Si la santé occupe une place essentielle dans nos vies, la maladie, quant à elle, est considérée comme son « pendant négatif » (Halpern, 2010). La santé n'est cependant pas qu'une question médicale ou technique : elle interroge les sociétés, les cultures, le politique, les principes éthiques (*ibid.*). En cela, elle est certes un fait universel, mais qui se définit et se perçoit également de façon culturelle, chaque société, en fonction de son contexte social, disposant de ses propres manières d'interpréter la santé. Herzlich & Pierret (1984) ont montré que, non seulement les maladies et les malades sont définis et pris en charge de manière originale par chaque société, mais aussi que la maladie est une réalité construite et que le malade est un personnage social. Cette thèse a pour objet d'incorporer cette logique d'appréhension de la santé et des maladies sous l'angle socioculturel de ces deux auteures. En dépit des divergences entre nos terrains d'étude et époques d'observation respectifs, les maladies infantiles locales étudiées ici sont socio-culturellement construites et prises en charge localement, de manière originale. Les enfants sont des personnages sociaux, c'est-à-dire des éléments à partir desquels l'on comprend les dynamiques et les contours des rôles et des jeux de rôles dans le sillage des traitements de ces maladies.

Je suis donc parti d'une quantité définie de normes universelles, puis culturelles relatives à la petite enfance et à sa santé, afin de dégager ma problématique. À travers ses résultats, elle (cette thèse) contribue à la protection autant de la santé des enfants à Sangmélima que de leurs droits fondamentaux encadrés par les institutions internationales de la petite enfance – dont l'UNICEF – et de santé internationale (OMS). Comme le soutient la Convention internationale des Droits de l'Enfant (CIDE), la priorité est l'amélioration des conditions sanitaires et de vie des enfants dans le monde.

Cette volonté de protection des enfants contre les souffrances et les maltraitances, mais également de développement de leur éducation et de leur droit à la santé s'explique de deux manières. D'abord, par les conventions juridiques établies par les cadres spécialisés chargés de la santé maternelle et infantile (maternité, PMI, service obstétrique), puis par la santé infantile préventive (PEV, pédiatrie). Ces conventions visent à rendre harmonieuse la vie de ces « petits sujets de l'anthropologie » (Lallemand & le Moal, 1981). Parmi les principes

fondamentaux des droits des enfants de 1959, les articles 2, 4, 6 et 9 couvrent leurs besoins nécessaires et utiles. L'article 2 insiste sur l'attention particulière à porter à leur développement physique, mental et social ; le 4, à leur alimentation, logement et aux soins médicaux qui leur sont prodigués ; le 6, à la compréhension et à l'amour de leurs parents et de la société ; et le 9, à leur protection contre toute forme de cruauté, de négligence et d'exploitation. Il ressort de ces articles que l'enfant doit être une priorité tant pour les familles, pour l'environnement dans lequel il grandit, que pour les gouvernements et les institutions internationales, nationales, régionales et locales. Nous devons toujours tendre vers un monde dans lequel règne un nouveau sentiment : le sentiment de l'enfance (Ariès, 1973), que cet historien définit comme la conscience de la spécificité de l'âge enfantin.

L'histoire de la santé des peuples du Cameroun, notamment de Sangmélina et de leur médecine endogène méritent d'être mis en exergue ici. La médecine endogène bulu existe depuis la nuit des temps, c'est-à-dire depuis le moment où ce groupe culturel a ressenti le besoin de se doter des moyens propres pour soigner et guérir les maladies et les maux qui sévissent dans leur environnement. Cependant, certains auteurs anthropologues, notamment Mbonji (2009), situent la reconnaissance ou l'ouverture de cette médecine endogène au monde à l'époque de la colonisation, plus précisément de la période de 1924 à 1940. Pendant cette période, la population a assisté à une sorte de « colonisation médicale » caractérisée par la dépréciation de ses savoirs et pratiques endogènes, au profit d'une médecine venue d'ailleurs (biomédicale, savante), et orchestrée par les puissances coloniales occidentales. Le début de cette acculturation planifiée, décrite en Afrique par Dozon et Fassin (2001), s'articule spécifiquement sur l'émergence de modèles de santé publique.

Dans cette zone de Sangmélina, comme plus largement au Cameroun, la médecine endogène a toujours représenté un aspect culturel important afin de répondre aux problèmes anthropo-socio-cosmo-biologiques (Mbonji, 2009) auxquels font face les populations. Un détour anthropologique par le passé et l'histoire des populations du Cameroun avant l'arrivée des colons (Mallart-Guimera, 1977 a ; Monteillet, 2006, etc.) montrent deux aspects de cette médecine endogène. Le premier aspect est qu'elle est faite de traitements thérapeutiques et préventifs à base de plantes médicinales et de parties d'animaux spécifiques. Tandis que le second aspect est qu'elle est contrôlée par les tradipraticiens (guérisseurs, médiums, devins, matrones, contre-sorciers, etc.) et par les sociétés secrètes. Tout cet ensemble a ainsi forgé leurs manières de résoudre les problèmes de santé.

Par la suite, le savoir biomédical apporté par les Français (1916-1960) en diminuera l'usage sans pour autant la faire disparaître (Monteillet, 2006). Car, aussitôt arrivés, les Occidentaux la discréditeront. Ils estimeront que ses mécanismes de guérison et de prévention sont assimilables aux pratiques de sorcellerie, à la magie et au charlatanisme. Le but de cette cabale était de favoriser l'épanouissement de la médecine savante érigée comme celle capable d'apporter des solutions adéquates aux problèmes de santé (Mbonji, 2009). Mbonji rappelle que :

---

*« La colonisation fut une période de forte déculturation qui n'a pas épargné les systèmes thérapeutiques africains. Et à l'image des institutions sociales et pratiques culturelles ayant fait l'objet d'études des sciences humaines et sur lesquelles se sont inscrits l'eurocentrisme et le transfert interculturel des concepts, les expériences indigènes d'offres de soins ont subi des assauts théoriques dont les séquelles transparaissent dans la manière dont elles furent nommées et analysées » (p. 56).*

---

En conséquence, ce groupe culturel bulu, impuissant face à cette force coloniale, devra délaisser ses valeurs thérapeutiques et préventives endogènes au profit des nouvelles, imposées par le modèle pastorien et biomédical. Dès lors, les systèmes de prise en charge endogènes, notamment ceux de la communauté bulu, après avoir été dénigrés, seront réformés juridiquement, par l'introduction d'arrêtés et de lois interdisant leur pratique (Mbonji, 2009). Mbonji (2009) explique que, au Cameroun, la médecine traditionnelle était pourchassée. Car, elle était perçue comme un assemblage de superstitions et de sorcellerie. L'arrêté du 4 octobre 1924, signé par Marchand et publié le 15 octobre de la même année dans ses alinéas 13 et 34, en est une preuve palpable. Cet auteur présente également d'autres points juridiques qui confirment le dénigrement des médecines traditionnelles camerounaises, particulièrement bulu. D'une part, en 1936, Marchand ordonne aux chefs de régions de punir les tradithérapeutes de santé qui s'évertueraient à exercer ; d'autre part, en 1947, un décret associera la médecine endogène à la pratique de la sorcellerie, de la magie et du charlatanisme. Le Code pénal camerounais, dans son article 251, renforce encore aujourd'hui cet état de fait. Ces considérations éthiques, juridiques et sociales amalgamant les médecines endogènes avec des pratiques nocives pour la santé ont eu un impact considérable sur les sociétés camerounaises, notamment bulu, en bousculant leurs cadres de référence comme leurs pratiques de soins. La communauté bulu se détournera en partie de sa médecine

endogène – par la contrainte –, afin d'intégrer les valeurs de la biomédecine qui lui ont été présentées.

Si la biomédecine a dès lors apporté son lot de bénéfices, elle n'a pas, pour autant, réglé tous les problèmes de santé infantile, et a même parfois déstructuré les équilibres locaux en matière de santé. Les données de terrain révèlent que la mortalité des enfants recule, mais que la mort d'un enfant ne représente pas encore un événement rare et accidentel (Pison, 2019), et ce malgré les progrès de la biomédecine et l'accès aux vaccins. En effet, il ressort du document EDS-MICS (2018) que la biomédecine n'a pas jusqu'ici amélioré la santé de cette communauté, notamment des enfants. On y découvre une mortalité infanto-juvénile très élevée en milieu rural sud-camerounais et une faible couverture vaccinale (35 %). De surcroît, à partir du ratio entre les maladies locales et biomédicales de cette zone, les premières apparaissent comme plus récurrentes et plus pérennes.

Par conséquent, en imposant à cette communauté leur médecine savante, les colons occidentaux (français) n'avaient pas envisagé qu'elle ne saurait apporter de solutions adéquates à tous ses maux, à toutes ses maladies, particulièrement celles locales. Ces colons ont également omis le fait que, dans cette zone où se trouvent des maux et des maladies de toute nature (biomédicale, socioculturelle, mystique, etc.), la biomédecine ne serait pas la seule solution possible. Les anthropologues Janzen (en Afrique centrale, Bakongos du Zaïre) et Monteillet (les Yezum, région du Centre Cameroun) ont montré que les systèmes médicaux d'aujourd'hui sont pluriels en raison de maux et de maladies aux multiples dimensions. En conséquence des effets contre-productifs de la biomédecine, pour protéger leurs enfants, les populations bulu se sont retournées vers leurs méthodes ancestrales de soins considérées comme des alternatives concurrentielles, des sursauts d'éveil et des détachements par rapport à la biomédecine.

Cette médecine endogène est fondée sur un savoir médical qui recourt aux richesses naturelles (pharmacopée traditionnelle) et à la manipulation de forces spirituelles ou religieuses, esprits, ondes ou énergies (Schmitz, 2006). Dans cette thèse, la circonscription locale est centrale. Elle l'est par sa dimension d'espace de vie auquel sont attachées des conceptions du monde ; en tant qu'espace environnemental, culturel et social où s'expriment, se construisent et se transmettent les savoirs et les pratiques endogènes de soins dédiés à prévenir et à soigner les maladies infantiles locales ; elle l'est par sa modalité méthodologique, c'est-à-dire qu'elle est

un appui à partir duquel la collecte des données s'est faite, ainsi que la stratégie mise en œuvre pour collecter ces données.

À travers ces savoirs et pratiques, cette étude met en lumière le caractère culturel des initiatives liées à la protection de la santé des enfants de cette zone. Certains actes reposent essentiellement sur des représentations locales et font appel à des acteurs locaux et variés (tradipraticiens, mères, enfants, autorités traditionnelles, chefs COSA) ; à des associations locales de santé, notamment les comités de santé (COSA) et les associations de santé communautaire (ASC) ; à des savoirs et pratiques endogènes de soin ainsi qu'aux outils qui les accompagnent. Adam & Herzlich (2004) ont établi des « conceptions indépendantes du savoir médical ». Celles-ci permettent de saisir « [...] comment, à travers telles notions et telles valeurs, les membres de notre société donnent forme et sens à leurs expériences organiques individuelles et de comprendre comment, sur cette base, s'élabore une réalité sociale collectivement partagée » (p. 64). Ce cadre de protection des enfants de cette zone fait aussi appel aux expériences individuelles, communautaires et collectives face à ces maladies infantiles locales. Janzen (1995), par exemple, avait déjà révélé cet aspect dans le cas du Bas-Zaïre au moyen du concept de « *Therapy Managing Group* » correspondant à cette mobilisation communautaire qui aide à surmonter l'angoisse. Dans le même sens, j'ai recueilli des témoignages de mères dont les enfants ont souffert de maladies infantiles locales et biomédicales. Ainsi, grâce au soutien et expériences multiples d'autres mères et membres de la communauté, elles ont pu trouver des solutions adéquates.

Ce travail de recherche s'est construit sur une triple démarche dont les deux premières sont fondamentales et la troisième pratique.

— *La première démarche* a consisté à explorer les maladies infantiles locales identifiées (*Ebem, Koé ebem, medime, mindip, mefulu, awo'o mbime, abobone avous, agnos*) ainsi que les savoirs et les pratiques de soins « situés », c'est-à-dire propres à ce peuple, liés à sa médecine. Concernant ces maladies infantiles locales, étant donné qu'elles n'avaient pas jusqu'ici fait l'objet de recherche scientifique, cette étude les a mises en lumière. L'analyse a consisté à montrer leurs savoirs locaux de transmission, les mécanismes de diagnostic, de prise en charge et de guérison. Mes enquêtes montrent qu'il existe une variété de maladies infantiles locales dans cette zone bulu. Cependant, pour des raisons de pérennité et de morbidité par rapport aux autres maladies de même type, les huit maladies infantiles locales citées ci-dessus ont été mises en lumière. Autrement dit, elles (ces huit maladies infantiles locales) menacent le plus et constamment la santé des plus petits dans cette socio-culture. Du

point de vue des savoirs et des pratiques dédiées à leur prévention et à leur traitement, l'analyse a porté sur les manières de leur usage respectif ; sur les mesures de leur complémentarité ; sur la transposition de ces savoirs rares et spécifiques dans les pratiques, c'est-à-dire sur les mécanismes locaux mis en œuvre afin que les savoirs (connaissances, enseignements) et les pratiques (les mises en œuvre de ces connaissances et enseignements) forment un ensemble homogène dans les soins.

— *La seconde démarche* vise à combler le « vide ethnographique et bibliographique » (Razy, 2007) constaté concernant l'anthropologie de la santé et l'anthropologie de l'enfance, concernant la santé de la petite enfance et les maladies infantiles locales. « Vide ethnographique et bibliographique » suppose respectivement, d'une part comme dans l'autre, qu'une étude sur les aspects sus évoqués n'avait pas été menée jusqu'ici et par conséquent aucune information, aucune donnée scientifique à leur sujet n'étaient disponibles. L'objectif de combler ce vide ethnographique et bibliographique est d'enrichir, à travers les données inédites recueillies, ces deux anthropologies, de produire des données fiables et objectives sur la médecine infantile endogène, sur les maladies infantiles locales ainsi que sur les manières traditionnelles de les prévenir, les soigner ou les guérir.

— *La troisième démarche enfin (pratique)* s'est focalisée sur la résolution concrète du problème : celui des maladies infantiles locales qui mettent en péril la santé des plus petits. Dans sa démarche de résolution de ce problème, ce travail milite pour la reconnaissance de ces maladies infantiles locales en interpellant et en éclairant les politiques publiques et sociales de santé infantile qui semblent encore les ignorer. De ce fait, il (ce travail) montre la nécessité de les considérer, de les intégrer dans les statistiques sanitaires infantiles, les programmes de santé publique infantile, car cela permettrait un contrôle et un suivi de proximité comme cela est le cas avec les maladies infantiles biomédicales, notamment la rougeole, la varicelle, la rubéole, la poliomyélite, etc.

Au regard de ce qui précède, l'on voit bien que cette thèse s'intéresse à la santé des enfants (leur préservation en tant que descendance) d'un groupe (les Bulu) à travers les maladies infantiles locales ainsi que les savoirs et les pratiques endogènes de soin. Elle n'est donc pas une thèse qui interroge un problème de santé publique, bien qu'on retrouve quelques éléments ou problèmes y afférents dans sa structure et ses analyses théoriques, notamment les professionnels de santé publique (infirmiers, pédiatres, responsables du PEV, etc.) qui font partie de l'échantillonnage, les questions de vaccin et de vaccination infantile.

En effet, de nombreux travaux se sont spécifiquement intéressés à la prévention des maladies en général et infantiles en particulier à travers la vaccination dont l'unique objectif est d'éradiquer les maladies infectieuses dans le monde. Moulin (2007 ; 1996) est souvent citée en référence dans ce contexte. Dans son article *Programmes de vaccins en milieu tropical, l'apport d'une recherche en sciences sociales*, Moulin a montré deux choses. D'abord, bien que la vaccination ait connu, en milieu tropical, un grand essor grâce au lancement du PEV par l'OMS (congrès d'Alma-Ata en 1978 aux soins de santé primaires), elle interpelle les sciences sociales à avoir un regard assez réservé et prudent au sujet des pratiques dans l'organisation et la conduite des opérations vaccinales impulsées d'en haut et de l'extérieur qui se heurtent de plus en plus aux exigences individuelles et collectives, à la crise de confiance vis-à-vis des programmes de vaccination des populations. Ensuite, elle montre également qu'en dehors des défis à relever par la biomédecine dans le contexte de la prévention, il reste aussi un aspect à ne pas négliger qui est celui de la prise en considération de l'attente et de la vision des populations concernées (p. 335). Par ailleurs, dans son ouvrage *l'Aventure de la vaccination* (1996), elle (Moulin) met en évidence une sorte de sociologie historique de sa nature, ses conceptions, son évolution ou encore de sa philosophie. Elle établit quelques facteurs qui, dans le Tiers Monde, rendent la vaccination moins attrayante et fragilisent l'action préventive, ouvrant le flan à l'expansion des maladies évitables par les vaccins (tétanos, méningite, poliomyélite, etc.). Ces facteurs sont : la négligence, la pauvreté ambiante, la résistance des populations ou des fractions.

La crise de confiance face à la vaccination évoquée par Moulin ainsi que les autres auteurs de cet ouvrage collectif pourrait, dans une certaine mesure, mettre en évidence, concernant l'Afrique, les rapports conflictuels entre les politiques de santé publique, la santé des populations et les médecines locales. Autrement dit, les politiques de santé publique élaborées au niveau central (ministère) tiennent-elles compte des réalités locales et de leurs composantes ? Sous quelles bases sont élaborées celles-ci (ces politiques de santé publique) ? Est-ce que ce ne sont pas ces élaborations sans véritable connaissance des enjeux locaux qui sont à l'origine de ces crises de confiance, voire d'échecs des politiques de santé publique ? Pour le comprendre, les travaux de thèse de doctorat de Tantchou (2006) éclairent par leur apport. Car, en s'appuyant sur la lutte de la trypanosomiase et la tuberculose au Cameroun, elle réinterroge le passé et le présent pour montrer comment naissent les politiques verticales de santé en Afrique. Comme Moulin sur la crise de confiance liée à la vaccination dans les pays pauvres, Tantchou examine spécifiquement les échecs répétitifs des politiques de santé

menées en Afrique ainsi que les efforts déployés pour améliorer la santé des pays pauvres. Ainsi, Tantchou montre que les politiques de santé ne naissent pas toujours du constat d'une situation épidémiologique critique, encore moins d'une quelconque raison humanitaire. Mais, souvent, soit de « l'acharnement » à coopérer ou à améliorer la santé (ce que l'auteur réfute d'ailleurs), soit de l'initiative d'acteurs insérés dans des réseaux de pouvoirs capables de mobiliser l'attention et les ressources financières. Tout en réfutant donc l'argument humanitaire, Tantchou montre que l'approche foucauldienne du racisme d'État explique cet « acharnement ». En lisant la thèse de Tantchou, l'idée qui ressort en filigrane est que ce ne sont pas réellement les populations et leur santé qui sont au cœur de ces politiques de santé publique en Afrique. Nous sommes là dans un cadre de « biopouvoir » foucauldien caractérisé par des positionnements, des réseaux et des recherches d'affirmation personnelle de soi. Ce qui, inéluctablement, conduit aux multiples échecs répétitifs de ces politiques de santé publique en Afrique ayant pour facteurs : une carence, une absence et un éclatement de ce biopouvoir au bénéfice d'une minorité.

Mes observations montrent qu'à Sangmélina les populations, surtout celles en milieu rural, manifestent des réticences contre l'acte vaccinal, sous-tendues par diverses réalités locales. La plupart des Bulu émettent des réserves sur ce moyen de protéger leurs enfants : les mères et les tradipraticiennes interrogées considèrent non seulement le vaccin comme un poison pour leurs enfants, capable de les rendre stériles, mais constatent surtout que ceux qui ont été vaccinés à la naissance contre certaines maladies infantiles, telles que la rougeole ou la varicelle, présentent encore des symptômes quelques mois ou années plus tard, ce qui n'est certes pas un nouveau fait. À ce propos, la thèse de doctorat de Kotobi (1994-1995), dont le terrain de recherche est l'Iran d'aujourd'hui, est éclairante. L'auteure indique que de jeunes enfants iraniens présentaient, quelques mois plus tard, les symptômes de certaines maladies infantiles pour lesquelles ils avaient été vaccinés à la naissance. Alors que les mères iraniennes se tournent dans l'ensemble depuis la révolution islamique vers les structures de santé urbaines et rurales pour effectuer de nouvelles vaccinations, les mères de la communauté bulu préfèrent les conduire chez une tradipraticienne. Celle-ci les prend en charge jusqu'à leur guérison définitive en répondant aux interprétations magico-religieuses attachées aux différents vaccins.

Dans l'histoire de Sangmélina, ces maladies infantiles locales (*Ebem*, *Koé ebem*, *Mefulu*, *Medime*, *Mindip*, *Abobone avous*, *Awo'o mbime*, *Agnos*) existent depuis toujours et leurs perceptions, leurs étiologies, symptômes ainsi que leur prise en charge locale demeurent les

mêmes, comme les manières de faire (savoirs et pratiques) liées à leur traitement et les acteurs majeurs, les tradipraticiennes, chargées de ces traitements. Le changement les concernant a trait à la transmission des savoirs et pratiques dédiés à leurs soins et guérison. Autrement dit, les tradipraticiennes sont initiées différemment aux traitements de ces maladies infantiles locales, les cadres de transmission des savoirs et pratiques endogènes de soins étant diverses, pour que chaque tradipraticienne ait ses secrets. Parmi ces secrets de guérison, figure l'usage de certaines plantes qui peuvent donner un résultat immédiat par rapport à d'autres qui produisent le même effet, mais dans la durée. Et, cela s'observe bien dans les séances préventives et thérapeutiques, à travers l'expression : « L'art de traiter et de guérir » chacune de ces maladies.

« L'art de traiter et de guérir » correspond ici à l'ensemble des faits et des gestes – par exemple, un secret préventif ou thérapeutique rapide et efficace – dédié à la guérison et propre à chaque tradipraticienne. La prise en charge de ces maladies infantiles locales est traditionnelle, c'est-à-dire endogène, du diagnostic à la prescription du traitement, de la procédure préventive à thérapeutique. Je ne manquerai pas de souligner que, grâce aux rencontres avec les tradipraticiennes et à mes observations lors des séances de soin, j'ai pu découvrir de bout en bout le déroulement de leurs prises en charge respectives, développées dans la suite du travail.

Concernant la santé des enfants au Cameroun en général et dans ma zone d'étude en particulier, il existe des programmes et des structures spécifiques dédiés à garantir leur bien-être. Cependant, mes observations et mes entretiens montrent que ceux-ci sont mis en œuvre pour protéger les enfants des maladies biomédicales et qu'ils ne tiennent pas toujours compte des réalités sanitaires locales, encore moins des maladies infantiles locales. Dans ce sens, une tradipraticienne (entretien du 16 mars 2019 à Metet, canton Mepho) indique que :

---

*« Nous avons comme l'impression que ces programmes de santé dédiés aux enfants ne concernent que les enfants de la ville. Nous, ici, dans les villages, on ne tient pas compte de nos enfants. Et ça se voit, car, même quand il s'agit des campagnes de vaccination par exemple, la sensibilisation n'est pas vraiment intensifiée ici, dans nos villages. Nous sommes abandonnés à nous-mêmes... et pourtant Dieu seul sait combien nos enfants souffrent de maladies de toute sorte, surtout ces maladies infantiles d'ici, de chez nous. »*

---

Le récit de cette tradipraticienne montre bien les insuffisances de la biomédecine en matière de santé infantile dans sa zone. Pendant que les maladies infantiles biomédicales sont connues

de tous, celles de chez elle sont moins connues du sens commun médical, alors même que ces dernières menacent tout autant les enfants que les précédentes. Plus généralement, ce récit est également conforme à la tendance dominante dans les recherches en anthropologie de la santé. Celle-ci (cette tendance) présuppose que la maladie a une réalité indépendante de sa définition biomédicale et qu'elle fait l'objet de représentations et de traitements spécifiques à chaque culture. Autrement dit, chaque société a ses propres maladies qui n'ont rien à voir avec le cadre biomédical ainsi que ses manières particulières de les interpréter, de les prévenir, de les guérir (Adler & Zempléni, 1972 ; Bibeau, 1978 ; De Rosny, 1981 ; Mallart-Guimera, 1981 ; Reveyrand, 1983 ; Herzlich, 1984, 1996 ; Fainzang, 1986 ; Bonnet, 1990 ; Loux, 1990 ; Fassin, 1992 ; Laplantine, 1992 ; Janzen, 1995 ; Benoist, 1996 ; Jaffré & de Sardan, 1999 ; Monteillet, 1999, 1998, 2005, 2006 ; Rossi, 1997, etc.). Des recherches anglo-saxonnes (Rivers, 1924 ; Evans-Pritchard, 1972) ont également montré que les représentations associées à la maladie étaient en étroite cohérence avec l'organisation sociale et avec le système de pensée de telle société. Sans oublier le fait que le phénomène que la maladie désigne ne peut être confondu avec celui qui est identifié par la biomédecine (Fainzang, 1989).

C'est dans la lignée de ces travaux en anthropologie de la santé que s'inscrit fondamentalement cette thèse dont les recherches ont été effectuées dans la zone rurale de Sangmélima (sud-Cameroun), auprès des jeunes enfants bulu de zéro à cinq ans. Toutefois, cette étude construit sa propre problématique autour du questionnement suivant : *Quelle a été la stratégie méthodologique utilisée pour explorer et identifier ces maladies infantiles locales ? Quels sont les mécanismes endogènes de soins mis en œuvre pour prévenir, soigner ou guérir ces maladies infantiles locales ? Que représentent les tradipraticiens dans la médecine infantile endogène ou l'ethno-pédiatrie bulu ? Quels liens entre religion, spiritualité et les soins infantiles chez les Bulu ? Comment les Bulu perçoivent-ils l'enfance, la maladie et la santé, les soins, le local ? Existe-t-il une vision du monde bulu en rapport avec les soins ? Comment, en pays bulu, on nomme et classe les maladies ? Quels peuvent être les acteurs impliqués dans cette ethno-pédiatrie bulu ? Quels sont respectivement leurs rôles, leur place dans cette ethno-pédiatrie ? Collaborent-ils avec ceux de la pédiatrie ? Dans le contexte des soins, comment les tradipraticiennes mettent-elles en œuvre les savoirs et les pratiques de soin ? Quels sont les rapports qu'elles entretiennent avec les enfants, les mères et « l'institution divinatoire » pendant les situations de soins ? Quelles peuvent être les sources des pouvoirs de guérison des tradipraticiens dans cette zone ? Quels types de rapports les mères entretiennent-elles avec leurs enfants dans les situations de soins ?*

Ce questionnement, qui soulève un ensemble de préoccupations jusqu'ici encore peu étudiées dans cette zone et qui ont été abordées dans cette thèse, a donné lieu à la question à laquelle j'ai tenté d'apporter des éléments de réponses dans cette étude et qui a orienté ma démarche empirique, méthodologique, théorique et conceptuelle. Cette question porte sur : *Comment peut se comprendre la nécessité d'utiliser les savoirs et les pratiques endogènes de soins dans la prévention et le traitement des maladies infantiles locales chez les Bulu de Sangmélima ?* De cette question découle une hypothèse générale de recherche.

- **Hypothèse générale de recherche**

*La nécessité d'utiliser les savoirs et les pratiques endogènes de soins dans la prévention et le traitement des maladies infantiles locales chez ce peuple s'explique fondamentalement de deux manières. Premièrement, le fait qu'elles soient inscrites dans les référents et conceptions endogènes de cette population faisant d'elles des constructions sociales et culturelles partagées ; deuxièmement, du fait d'être des constructions sociales et culturelles partagées induit que les savoirs appliqués endogènes — jugés ancestraux, plus pratiques, plus proches et efficaces par les Bulu — soient habilités à les diagnostiquer et à les prendre en charge, face au système de soin biomédical camerounais, ici perçu comme inadapté et trop peu accessible au quotidien dans ce contexte.*

**C. Intérêt de l'étude et difficultés rencontrées**

**C.1. Une ethnographie inédite**

Comme tout travail scientifique, cette thèse présente un cadre d'intérêts. Celui-ci (ce cadre d'intérêts) est dédié : au système de santé biomédical (pouvoirs publics, politiques publiques de santé, programmes et stratégies de santé publique infantiles, etc.) de cette zone et par ricochet du Cameroun ; aux organismes nationaux et internationaux œuvrant pour la santé et la protection de l'enfance ou de la petite enfance au Cameroun et dans cette zone ; aux domaines (anthropologie de la santé et anthropologie de l'enfance) qui la fondent ; et aux travaux de recherche anthropologiques dans lesquels elle s'inscrit<sup>33</sup>.

- *Du point de vue du système de santé biomédical (pouvoirs publics, politiques publiques et sociales de santé, programmes et stratégies de santé publique infantiles, etc.) de cette zone et par ricochet du Cameroun*

---

<sup>33</sup> Je précise que je l'ai déjà mentionné plus haut. En effet, la tendance dominante dans les recherches en anthropologie de la santé postule que chaque société a ses propres maladies et manières de les interpréter, de les prévenir et de les guérir. C'est pourquoi elle présuppose que la maladie a une réalité indépendante de sa définition biomédicale et qu'elle fait l'objet de représentations et de traitements spécifiques à chaque culture.

Étant donné son questionnement et son objet de recherche, cette thèse apporte une contribution à la connaissance plus spécifique de la santé des jeunes enfants de zéro à cinq ans chez les Bulu de Sangmélima ainsi que des autres maladies infantiles autres que celles connues de la biomédecine. Dans cet environnement culturel bulu, face à ces maladies infantiles locales, la réalité est que les populations font davantage confiance aux savoirs et pratiques endogènes qu'à la biomédecine. Ce faisant, cette thèse met en évidence les stratégies que ce peuple élabore pour protéger la santé de ces jeunes enfants et éradiquer ces maladies.

Cela est d'autant important que les pouvoirs publics, pourvoyeurs des politiques, programmes et stratégies publiques de santé infantile, soient informés des situations de ce genre, eux qui n'ont pas toujours des données sanitaires infantiles issues du milieu rural, afin de prendre des mesures nécessaires. Ainsi, en procurant des données fiables sur la santé et la survie des enfants de cette zone, cette recherche pourrait aider les décideurs et les responsables de programmes de santé infantile à identifier les principaux problèmes qui affectent la santé des enfants ; à évaluer l'efficacité des stratégies actuelles ; à élaborer des interventions appropriées pour prévenir les décès causés par les maladies infantiles en général et par celles locales étudiées dans cette thèse en particulier, afin d'améliorer la santé des enfants.

À travers cette thèse, l'enjeu majeur ici consiste à mettre en lumière ces maladies infantiles locales étudiées pour deux principales raisons. Premièrement, montrer la nécessité de considérer ce type de maladies infantiles peu connues et peu considérées de la biomédecine qui affectent tout autant la santé des jeunes enfants comme toutes les autres, afin d'interpeller et d'éclairer les politiques publiques et sociales de santé infantile de cette zone ; deuxièmement, exposer l'usage des pratiques à travers lesquelles les connaissances sont matérialisées tout en montrant leur importance dans leur prévention, leur soin ou guérison. Le but visé ici pouvant être d'amener les pouvoirs publics — étant donné que les pratiques que la biomédecine déploie semblent insuffisantes et inefficaces à la prévention, aux soins ou à la guérison de ces maladies — à donner des moyens nécessaires aux tradipraticiennes de mener à bien leur tâche dans ce contexte.

En ce qui concerne les questions autres (le vaccin et la vaccination infantile dans cette zone) que les maladies infantiles ou les savoirs et les pratiques endogènes de soins qu'elle aborde, cette thèse pourrait servir d'appui au ministère de la santé publique camerounais et au programme élargi de vaccination (PEV) en leur fournissant des informations qui leur permettraient d'appréhender l'intensité des réticences contre la vaccination et le vaccin de la

part des populations rurales et urbaines de cette zone. Ces informations leur permettraient de réajuster leurs programmes en les adaptant au contexte social et culturel. Elle (cette étude) pourrait également être un plaidoyer pour l'insertion et la prise en compte des ethno-pédiatres et des matrones dans les programmes de santé publique consacrés à l'amélioration des conditions sanitaires maternelles et infantiles de cette zone. En effet, cette étude montre que les tradipraticiennes (mamans âgées et matrones), du statut desquelles la reconnaissance est « toujours » en projet, ont déjà montré leurs compétences en matière de soins de santé maternels et infantiles en général et ceux endogènes en particulier.

- *Concernant les organismes nationaux et internationaux œuvrant pour la santé et la protection de l'enfance ou de la petite enfance au Cameroun et dans cette zone*

Les organismes nationaux et internationaux œuvrant pour le bien-être de l'enfance ou la petite enfance au Cameroun ou à Sangmélima pourraient également faire usage des données collectées dans cette recherche. En effet, ces organismes n'ont pas toujours des données fiables sur la situation sanitaire des enfants, sur la nature et la nomination des différentes maladies infantiles ou non infantiles ainsi que leur taux de morbidité, de mortalité ou de prévalence dans ces milieux ruraux défavorisés et où l'accès aux soins restent et demeurent complexe. Dans ce cas, cette thèse pourrait servir de documentation ou de source de connaissances afin d'améliorer leurs programmes de santé dédiés à la petite enfance au Cameroun et dans cette zone particulièrement. Car, cette étude met en évidence la nature et la nomination des maladies infantiles ou non infantiles qui y sévissent ; les mécanismes de prévention, de soin ou de guérison de chacune d'elle afin de diminuer les risques de morbidité, de mortalité et de prévalence élevée.

- *Pour ce qui est des domaines (anthropologie de la santé et anthropologie de l'enfance) fondent cette étude, et les travaux de recherche anthropologiques dans lesquels elle s'inscrit*

Parce qu'elle se situe à la croisée de l'anthropologie de la santé et de l'anthropologie de l'enfance, cette thèse contribue à vulgariser ces deux branches tant au Cameroun que dans cette zone de recherche. Même s'il existe des travaux sur l'enfance ou la petite enfance au Cameroun, force est de constater qu'on en trouve très peu dans la zone de Sangmélima. Conséquence, en m'appuyant sur mon terrain et sur les lectures faites, l'impact des *Childhood studies* reste encore relativement faible au Cameroun comparativement à d'autres régions d'Afrique (Afrique de l'Ouest, de l'Est, etc.). Cela étant, cette thèse souhaiterait trois choses essentielles. Premièrement, à faire rayonner davantage les *Childhood studies*, à enrichir leur faible impact tant pour le Cameroun que pour Sangmélima ; deuxièmement, contribuer à

enrichir le faible intérêt des sciences sociales, notamment l'anthropologie, pour les pratiques des professionnels de santé du secteur privé (Mebtoul, 2004), secteur dans lequel appartient la médecine infantile endogène bulu, au Cameroun et à Sangmélina ; enfin troisièmement, participer à combler le « vide ethnographique et bibliographique » sur les questions de l'enfance ou de la petite enfance en lien avec son milieu de vie, notamment sur sa santé et les maladies qui la menacent.

Concernant les travaux de recherche dans lesquels cette thèse s'inscrit, celle-ci y ajoute un terrain de recherche et un groupe culturel nouveaux parmi les précédents existants déjà. Puisqu'elle pourrait être la première à appliquer la problématique abordée au cas des Bulu et de leurs jeunes enfants de zéro à cinq ans. Dans ce sens, Sangmélina, terrain de recherche de cette thèse, devient un « lieu d'observation nouveau » (Vidal, 2004) qui s'insère dans la panoplie d'autres lieux de recherches fréquentés par des chercheurs anthropologues en santé et sur la petite enfance africaine d'horizons divers.

Dans la suite, il est important de mettre en lumière les difficultés que j'ai pu rencontrer tout au long de cette recherche. Comme tout travail de recherche, cette thèse a fait face à des écueils de plusieurs ordres, qui ont largement été un souffle qui m'a propulsé vers l'avant, car plus c'était difficile et plus l'engouement est toujours resté vivant.

## **C.2. Des difficultés rencontrées d'un étudiant camerounais**

Chaque étude ou chaque terrain a ses spécificités et ses complexités. Comme toute entreprise scientifique, cette recherche a fait face à de nombreuses difficultés de plusieurs ordres pendant ces six années (2017-2023). Il est important de les mettre en lumière ici.

### **- Financement de la thèse**

J'évoquerai dans un premier temps les conditions difficiles dans lesquelles j'ai pu obtenir auprès de mon employeur des congés prolongés d'un mois supplémentaire (en plus des 30 jours des congés de droit). J'ai dû adresser, chaque mois, une demande aux responsables des ressources humaines, afin de leur expliquer les raisons de cette demande de congés prolongés : réussir mon étude de terrain. Ainsi, dans l'optique d'éviter des moments de stress en bénéficiant seulement d'un unique mois de congés pour mener mon étude, j'ai demandé auprès de mon employeur un mois supplémentaire sans solde, au risque de perdre mon travail. Cette dérogation « exceptionnelle » m'a été accordée chaque année. Mon travail en parallèle de cette thèse s'explique également par la non-sélection de ma candidature à certaines bourses de recherche. Avec le soutien de ma directrice de thèse, j'ai postulé, par exemple, en 2017-

2018 à la bourse de la Fondation Martine Aublet et, l'année suivante, à la bourse Mustela sur les recherches de l'enfance.

- **Eloignement de la famille**

Des conditions particulières (éloignement, circonstances personnelles, etc.) ont bien évidemment exercé une influence considérable sur le déroulement de cette thèse, y compris sur mon parcours de formation doctorale.

En tant qu'étudiant africain parti de sa terre natale, je dois évoquer ici l'éloignement de ma famille et de mes proches. Face au travail de thèse qui nécessite beaucoup de détermination et de persévérance, être entouré de ses proches est souvent l'idéal souhaité. Simultanément, l'éloignement a fait que je pensais à ma famille, à mes proches, ce qui me rattachait davantage à cette thèse afin de la réussir dans des délais raisonnables.

Certaines circonstances personnelles ont rendu difficile l'avancée de cette thèse. En effet, le fait de mettre un texte de côté pour partir travailler en soirée (moyens de survie et de financement de ma thèse) implique que, au retour, la fatigue aidant, je perds les repères de l'écriture. En outre, je n'oublie pas les lectures sous pression dans le cadre temporel imposé par la bibliothèque ; le suivi des séminaires doctoraux ; l'activité de veille doctorale concernant les manifestations organisées tant par le laboratoire et l'école doctorale que par des réseaux de recherche et de doctorants en France et au-delà ; les activités au laboratoire de recherche ; et mon activité professionnelle. Dans ce contexte, je me suis organisé de telle sorte que, sur une semaine (en dehors du dimanche), chaque jour était réservé à la lecture d'un ouvrage, jusqu'au jour de sa restitution en bibliothèque. Je privilégiais les plus intéressants en leur accordant plus de temps que les autres.

- **Difficultés de terrain**

Concernant les difficultés rencontrées sur le terrain, ma citoyenneté camerounaise ainsi que mon appartenance à cette socio-culture ont été les premières d'entre elles. Cette difficulté est spécifiquement intervenue lors de la phase de construction de données – au moment des observations, des entretiens individuels, des récits de vie, des focus groups et des prises d'images. Des expériences semblables à la mienne – qui est celle de jeune chercheur en anthropologie originaire de la zone – ont fait l'objet de nombreuses réflexions, dont celles de Sardan (2008) et de Peneff (1992). Ainsi, mener une étude dans une zone dont je suis originaire ne va pas de soi, car cela m'amène forcément à m'extraire de ma « subjectivité » dans ma démarche empirique ainsi qu'à faire le départ entre « la subjectivation objective de la subjectivité » et « l'objectivation subjective de l'objectivité » (François-Marie, 2017). Pour

reprendre Weber (2009), il s'agit d'aborder le terrain dans une double dimension de proximité personnelle et de distance scientifique. Or, vous devez rendre le terrain familier étranger afin de ne pas tomber dans les pièges de l'appartenance culturelle.

Tout au long de mes études de terrain, j'ai expérimenté, auprès des Bulu, ce que De Sardan (2008) appelle « l'encliquage », qui est un des biais de terrain importants pour le chercheur consistant à s'assimiler à une clique ou une faction sociale en se conformant aux normes communautaires pour diminuer les risques de soupçons malveillants de la part des populations. Je me suis ainsi assimilé à des clans autres que les miens (Yemveng et Yevam) afin de collecter des données complexes, difficiles d'accès et relatives à la médecine endogène et, en particulier, à sa médecine infantile. Même si mon appartenance culturelle à la communauté étudiée a influencé mes principes de travail, je me suis toujours référé aux enseignements reçus en matière de rapport au terrain selon lesquels il faut « rendre familier ce qui est étranger et étranger ce qui est familier ». Bien avant la phase d'enquête, par mon appartenance culturelle, je pensais maîtriser les réalités culturelles, sociales, environnementales, humaines et sanitaires de cette socio-culture. Or, le terrain en lui-même a apporté ses réalités que j'ignorais. La mise à distance de mes certitudes et connaissances quant aux situations observées m'a permis de dépasser ce biais lié à cette familiarité avec le terrain de recherche. De plus, je me suis obligé à questionner le sens engagé des actes des personnes que j'observais, alors même que, en première approximation, j'en possédais une analyse, étant donné le partage de références avec les personnes enquêtées.

J'ai également été nourri des enseignements de Peneff, lorsque ce dernier exerçait comme brancardier bénévole dans le service des urgences d'un hôpital de l'ouest de la France. Alors qu'il étudiait les interactions entre patients et professionnels de santé afin de mettre en lumière les réalités complexes liées, d'une part, à la tâche des infirmiers et, d'autre part, aux mécanismes qui sous-tendent les interactions entre les patients et les professionnels de santé, Peneff, étant simultanément personnel de santé et chercheur dans le service, a expérimenté la difficulté de collecter des données in situ, expérience que nous avons en commun. De ma familiarité avec ma zone d'étude, j'ai été amené à me poser des questions méthodologiques et éthiques, notamment : comment construire des données et les restituer tout en étant soi-même issu de la société étudiée ? Je devais analyser et interpréter objectivement les faits observés tout en rendant compte de leur dimension émique.

Par ailleurs, mon objet d'étude<sup>34</sup> m'imposait d'être au cœur de la culture bulu, particulièrement de sa médecine infantile endogène, ses savoirs et pratiques, afin de saisir les rapports entre les populations et les entités spirituelles, religieuses et culturelles : ancêtres, génies, totems, etc. Or, il est normal que les populations développent des réticences contre tout chercheur, que ce dernier soit ou non originaire de la zone, puisque, parfois, des personnes étrangères et proches du « savoir occidental » les approchent en vue d'exploiter leurs richesses matérielles et immatérielles, sans contreparties. Plusieurs fois, en effet, bien que je sois parvenu à obtenir l'information voulue, je me suis heurté à des réticences de la part de membres de certaines localités.

Ces réticences étaient d'ailleurs encore plus manifestes quand je demandais à enregistrer les entretiens ou à prendre des photographies pendant les consultations chez les tradipraticiennes. Le discours au sujet des photographies était presque toujours semblable : « *Vous vendrez ma photo, partager ma voix, notre entretien, partager mes photos sur internet, etc.* ». Les convaincre que ces photographies seraient strictement réservées à cette étude n'était pas aisé. Parfois, la tradipraticienne<sup>35</sup> intervenait elle-même en ma faveur auprès des mères :

---

*« Nous devons aider cet enfant pour ce travail, car il pourra faire parler de notre médecine traditionnelle chez les Blancs, là où il est. Les gens savent peu comment on soigne les maladies des enfants avec nos écorces et ignorent aussi qu'il y a des maladies ici comme les Ebem, Koe ébem, Mefulu, Medime, Mindip, Awo'o mbime, Abobone avous et Agnos. Par conséquent, à travers lui, ces maladies seront connues dans le monde... ».*

---

Comme je voulais comprendre les démarches de recherche de traitements de certaines mères lors d'un épisode de maladie de leur enfant et que celles-ci ne pouvaient pas me répondre pendant les consultations chez la tradipraticienne, je proposais une rencontre dans un endroit autre. Pour autant, bien que je comprenne et parle la langue locale, le dialogue était difficile. Ce dialogue était par ailleurs encore plus compliqué à instaurer avec des participants inconnus, et ce même quand j'étais présenté par un intermédiaire, puisque toute personne étrangère à leur communauté ou qui ne partage pas leur vie au quotidien éveille la suspicion, dès lors qu'il s'agit de parler de leurs us et coutumes.

---

<sup>34</sup> L'objet d'étude de cette thèse est : explorer les maladies infantiles locales, ainsi que les savoirs et les pratiques endogènes de soins auprès des jeunes enfants de zéro à cinq ans chez les Bulu de Sangmélisma (région du Sud- Cameroun). Je précise que le cheminement de sa construction sera présenté dans la suite du travail.

<sup>35</sup> Intervention communément partagée suivie auprès des tradipraticiennes à chaque fois que je me rendais aux consultations et qu'il y avait des réticences, ou des regards inquiétants à mon égard.

En outre, lors des prises de rendez-vous avec les acteurs majeurs de cette médecine infantile endogène ainsi qu'avec les autorités administratives, communales et politiques de la ville, j'ai essuyé de multiples refus.

Pour ce qui est des acteurs majeurs de la médecine infantile endogène, s'agissant tous de paysans, donc attachés à leurs travaux champêtres qui est leur première source de survie, les retours de leur part étaient souvent tardifs. Il fallait cultiver la patience et attendre un autre rendez-vous, notamment le dimanche. Quant aux tradipraticiennes, leur emploi du temps étant toujours chargé par les mères et les enfants, les visiteurs, patients adultes, etc., rares étaient les occasions où elles pouvaient me recevoir en privé.

Concernant les autorités administratives, communales et politiques, les rencontrer n'a pas non plus été facile, et ce, d'autant que, dans cette zone, des manifestations politiques se tiennent constamment et que toutes ces autorités cumulent plusieurs responsabilités. Là encore, il m'a été difficile d'obtenir certaines données (de nature géographique, politique, économique, communale, préfectorale, etc.) qui pourtant sont censées être à la disposition des populations, des visiteurs. Pour acquérir chaque donnée dont j'avais besoin, une somme était requise – « Tant que tu ne payes pas, on ne peut pas te dire ce que tu veux vraiment, tu penses qu'on vit comment ici mon fils ? ». Je rappelle ici que ma zone de recherche se caractérise aussi par la précarité et la pauvreté des populations, qui trouvent toujours un moyen de gagner de l'argent selon leur niveau de pouvoir. Dans la mesure où mes moyens financiers ne me permettaient pas de payer chaque donnée voulue, leur obtention a été difficile.

Quant aux réalités environnementales de cette zone, comme les habitats sont géographiquement très dispersés et que les distances entre les cantons, les villages et les groupements sont immenses, mes déplacements ont également été compliqués. Rencontrer une autorité traditionnelle ou une tradipraticienne, puis repartir pour rencontrer les mêmes catégories d'acteurs à des centaines de kilomètres était très éprouvant. En outre, l'enclavement des routes et les pluies diluviennes – car je travaillais à moto pour me rendre dans chaque lieu – ont davantage complexifié mes déplacements.

Enfin, je ne saurais pas conclure sur ces difficultés sans mentionner la Covid-19, pandémie qui a considérablement affecté le déroulement de ma thèse, puisqu'elle a été à l'origine de la fermeture des aéroports, qui me permettaient de me rendre au Cameroun, ainsi que des bibliothèques, des librairies, médiathèques, essentielles à l'avancée de toute recherche et de toute production intellectuelle – la lecture étant le fervent de l'intelligence, comme l'affirme l'écrivain camerounais Mongo Beti. C'est ainsi que, de mai à juillet 2020, il m'a été

impossible de me référer à des lectures lors de la rédaction et que, toute l'année 2022, je n'ai pas voyagé. Ce n'est qu'après le confinement que j'ai refait le « *writing coming back* », afin d'ajouter les éléments des lectures réalisées depuis la fin du confinement.

#### **D. DE L'ORGANISATION DE LA STRUCTURE DE LA THESE**

Cette thèse dont l'objectif principal est d'explorer les maladies infantiles locales, ainsi que les savoirs et les pratiques endogènes de soins dédiés à leur prévention et à leur traitement auprès des jeunes enfants de zéro à cinq ans chez les Bulu de Sangmélima (sud-Cameroun) repose sur une organisation en deux grandes parties présentées comme suit :

- **La première grande partie (Données de contexte, méthodologie et cadre conceptuel de l'étude)** est constituée de quatre chapitres.

**Le premier chapitre** (Présentation des aspects socio-sanitaires du Cameroun et de Sangmélima, zone d'enquête), expose les aspects et le fonctionnement de la santé globale au Cameroun ; et présente le cadre socio-sanitaire de Sangmélima qui se situe entre la biomédecine et les médecines alternatives.

**Le deuxième chapitre** (Construction de l'objet d'étude, stratégie d'enquête de terrain et choix théoriques), présente les démarches scientifiques qui président à la construction de l'objet d'étude de cette thèse ; la stratégie d'enquête de terrain et de collecte de données ; ainsi que les théories mobilisées.

**Le troisième chapitre** (La petite enfance et la santé infantile : une anthropologie croisée) présente la situation de la santé infantile dans le monde et en Afrique ; la petite enfance dans les sciences humaines et sociales.

**Le troisième chapitre** (Explication et analyse des concepts opératoires de l'étude) analyse l'enfance et la petite enfance chez les Bulu ; la santé et la maladie chez les Bulu ; les savoirs et les pratiques endogènes de soin ; le concept de « local » à travers le regard de l'anthropologie et des Bulu ; les convergences et divergences théoriques et pratiques entre la nosologie et la nosographie ; et la nosologie et la nosographie en anthropologie de la santé.

- **La deuxième grande partie (Analyse ethno-anthropologique de la médecine endogène et de la pharmacopée bulu)** s'articule autour de cinq chapitres.

**Le premier chapitre** (Médecine endogène bulu : un cadre rattaché à la forêt) interroge la notion de médecine chez les Bulu ; et la place qu'occupe la forêt dans cette médecine.

**Le deuxième chapitre** (La médecine infantile endogène ou ethno-pédiatrie bulu : acteurs, savoirs, pratiques et outils) présente les acteurs de cette médecine infantile endogène ; les savoirs et les pratiques ; ainsi que les outils.

**Le troisième chapitre** (la vision du monde des Bulu et les soins) questionne la structure sociale de laquelle découle la vision du monde des Bulu ; et analyse le rapport entre cette vision du monde et les soins.

**Le quatrième chapitre** (Nomination et classification des maladies chez les Bulu) analyse les deux grands groupes de maladies présentes chez les Bulu (naturelles et socio-culturelles), leurs composantes ainsi que les thérapies traditionnelles mises en œuvre.

**Le cinquième chapitre** (Prévention et thérapeutique des huit maladies infantiles locales) expose les huit maladies infantiles locales identifiées tout en expliquant comment sont initiés les soins préventifs et thérapeutiques en alliance avec les savoirs et les pratiques endogènes, de même qu'avec la pharmacopée utilisée.

**PREMIÈRE PARTIE**  
**DONNÉES DE CONTEXTE, MÉTHODOLOGIE ET CADRE**  
**CONCEPTUEL DE L'ÉTUDE**

Le fondement de cette étude est ethnographique. Autrement dit, pour la mener à bien, aller sur le terrain de recherche était une nécessité voire un impératif afin de collecter les données. Cette collecte des données a été possible grâce au concours d'entretiens individuels approfondis, d'observations, d'ethnographie de détail (Razy, 2007), d'approche mosaïque (Fucci, 2020), de récits de vie, de focus group discussion, y compris les documents administratifs et scientifiques. Je suis donc allé auprès des bulu de Sangmélima afin de saisir les dynamiques liées à la santé infantile, aux maladies infantiles locales ainsi qu'aux savoirs et pratiques endogènes de soin. Dans ce contexte marqué par la santé infantile, il était important, d'abord, d'opérer des choix méthodologiques et théoriques pertinents capables de faciliter la collecte des données, leur interprétation et analyse. Et, aussi, de rendre intelligibles les fondements de cette étude, les concepts et notions employés et les dynamiques fonctionnalistes mises en œuvre par la communauté bulu. Les données collectées ici éclairent sur la structure et le fonctionnement physique, démographique, social, culturel, sanitaire, politique, économique, religieux et spirituel de ce terrain d'étude difficile. C'est ainsi que le premier chapitre porte sur la présentation des aspects socio-sanitaires du Cameroun et de Sangmélima, zone d'enquête ; le deuxième chapitre sur la construction de l'objet d'étude, la stratégie d'enquête de terrain et les choix théoriques ; le troisième chapitre sur la petite enfance et la santé infantile comme une anthropologie croisée ; et enfin le quatrième chapitre sur l'explication et l'analyse des concepts opératoires de l'étude.

# **CHAPITRE 1 : LA PRÉSENTATION DES ASPECTS SOCIO-SANITAIRES DU CAMEROUN ET DE SANGMELIMA, ZONE D'ENQUÊTE**

## **Introduction**

Dans ce chapitre, il s'agira d'aborder la question sanitaire au Cameroun. C'est-à-dire d'exposer en même temps les fondements et l'organisation de son système de santé (l'offre de soins, les types de maladies, leur prévention et protection, la santé maternelle et infantile, la structure du système de santé, etc.) et les étapes majeures de sa politique sanitaire, notamment les nouvelles technologies sanitaires, comme la télémédecine ou E-médecine. Concernant Sangmélima, la zone d'enquête, la présentation du point de vue sanitaire ne sera pas la même que celle du Cameroun, car elle sera beaucoup plus circonscrite à l'échelle locale.

## **1. Le Cameroun du point de vue sanitaire : aspects et fonctionnement**

### **1.1. Fondements du système de santé Camerounais**

Le système de santé désigne l'ensemble des organisations et des institutions, des ressources et des acteurs, qui participent à la mise en œuvre de la politique de santé d'un pays. Le système de santé va bien au-delà du système de soins. Le système de santé relève de choix politiques, d'une conception morale et éthique de la santé et du bien-être de l'ensemble d'une population. La plupart des systèmes de santé nationaux sont composés d'un secteur public, d'un secteur privé et d'un secteur traditionnel ou informel. La réunion entre ces secteurs donne au système une orientation plus ou moins libérale, sociale et équitable<sup>36</sup>. Les systèmes de santé remplissent principalement quatre fonctions : prestation de services, création de ressources, financement et gestion administrative. L'OMS (2000) avait établi un indice de performance pour comparer les systèmes de santé du monde. Ainsi, un système de santé est considéré comme bon lorsque le pays garantit un bon niveau de santé général, une distribution la moins inéquitable possible de la bonne santé dans la population, une réactivité du système de soins recouvrant le respect de la dignité de la personne, la rapidité et la coordination des différents soins et une répartition équitable de son financement<sup>37</sup>.

En réalité l'OMS (2021) précise que le système de santé réunit toutes les organisations, institutions et ressources qui interviennent en matière de santé et qui fournissent des soins formels (médecins, cliniques, hôpitaux et pharmacies), des soins informels (guérisseurs traditionnels, travailleurs communautaires) ainsi que d'autres services, comme la recherche. Ainsi, des politiques, des règlements, de même que des services connexes non liés aux soins

---

<sup>36</sup> <http://geoconfluences.ens-lyon.fr/glossaire/systeme-de-sante>

<sup>37</sup> <http://geoconfluences.ens-lyon.fr/glossaire/systeme-de-sante>

de santé, comme la sécurité alimentaire, la sécurité au travail et routière et la fiabilité des véhicules pour le transport des fournitures médicales, contribuent à promouvoir ou à protéger la santé.

Dans le cadre de l'amélioration de son système de santé, le document de plan stratégique pour renforcer la chaîne d'approvisionnement public des produits de santé au Cameroun (PSRCAPPS, 2022-2026) mentionne que ce pays s'est engagé sur la voie de la Couverture sanitaire universelle (CSU). Notamment, par la mise en place, depuis 2015, du Groupe technique national CSU et par la formulation de la Stratégie nationale du Financement de la Santé, dont la première phase prévue de 2021 à 2025. Cette phase couvrira les enfants de la naissance à leurs cinq ans, les femmes enceintes et les patients bénéficiaires des programmes de santé prioritaires (VIH/SIDA, paludisme, tuberculose, etc.). La CSU va ainsi, d'une part, favoriser la couverture des services de santé offerte aux couches les plus fragiles économiquement, aboutissant à une véritable Sécurité sociale, et d'autre part, définir la proportion des populations pouvant en bénéficier.

La politique sanitaire du Cameroun tient aussi compte des recommandations en matière de santé issues de plusieurs rencontres organisées par les États africains. On peut citer, entre autres, la conférence internationale de l'OMS à Harare au Zimbabwe (1987) ; le sommet des Chefs d'État de l'OUA (juillet 1987) ; la conférence de Bamako au Mali (septembre 1987) ; ou encore la conférence de Lusaka en Zambie (1989) (Mbouzeko, 2010, p. 26). D'autres réformes sanitaires ont vu le jour au Cameroun, notamment celle de 1989 adoptée en 1992 par la Déclaration de politique sectorielle de santé et celle de 1993 adoptée par la Déclaration de mise en œuvre de la réorientation des soins de santé primaires citée précédemment. Dans ce cadre, le centre de santé, où sont dispensés les soins intégrés, continus et globaux, est appelé à jouer le rôle d'intermédiaire entre la communauté et les services de santé (*ibid.*).

La santé au Cameroun est également régie par les documents de stratégie sectorielle de santé (2016-2027). Son système de santé est décentralisé (Monteillet, 1999 ; Médard, 2001 ; Kamdoum, 1994) et se fonde sur la proximité géographique et socioculturelle des populations de façon à, respectivement, améliorer l'accessibilité des services de santé et à intégrer une approche communautaire (Baumann, Cannet & Châlet, 2001). Le secteur de la santé y est en outre délimité en cinq composantes, à savoir : la promotion de la santé, la prévention de la maladie, la prise en charge des cas, le renforcement du système de santé, la gouvernance et le pilotage stratégique. Cependant, il faut reconnaître que, même si le problème majeur du

Le système de santé camerounais est sa faible capacité à contribuer au développement d'un capital humain sain et productif, cela n'est pas sans conséquence véritable. Car, cela génère la faible adoption de comportements sains par les populations ; les fortes prévalences et incidences des facteurs de risque des maladies évitables ; une prise en charge des cas peu satisfaisante tant dans les formations sanitaires qu'en matière communautaire ; une morbidité et une mortalité évitables et élevées ; l'inaccessibilité financière des soins et services pour les bénéficiaires ; et une réduction de la force de travail dans la population générale.

Ces documents de stratégie sectorielle de santé répondent à une double priorité. Premièrement, dans une logique de conformité aux normes sanitaires prescrites par les organisations internationales, ils évaluent, à partir des indicateurs sociaux, économiques, environnementaux et sanitaires, le niveau de l'accès universel aux services et soins de santé. Deuxièmement, ils évaluent le niveau de couverture sanitaire universelle.

S'agissant de l'accès universel aux services et soins de santé, le Cameroun cherche à être en accord avec la résolution A/67/L.36 adoptée par l'Assemblée générale des Nations unies le 12 décembre 2012<sup>38</sup>. Laquelle assemblée invite les États membres à adopter une démarche multisectorielle et à traiter les déterminants de la santé par secteur en intégrant, au besoin, la santé dans toutes les politiques, tout en tenant compte de ses déterminants sociaux, environnementaux et économiques, afin de réduire les inégalités dans ce domaine et de favoriser le développement durable.

Concernant la couverture sanitaire universelle, ces documents de stratégie sectorielle de santé relaient l'instruction du chef de l'État camerounais, qui est similaire à la résolution des Nations unies suscitée. Ce dernier (le chef de l'État camerounais) ayant, en 2001, demandé au ministre de la Santé publique camerounais de mettre en place un dispositif d'assistance médicale qui ne laisserait aucun Camerounais sans soins, quels que soient ses moyens.

Depuis 2010, les autorités camerounaises ont développé un ensemble de huit programmes pour améliorer la santé des Camerounais. Parmi eux, l'on a la lutte contre les grandes endémies ; l'amélioration de la santé de la reproduction ; la promotion de la santé ; la promotion des médicaments ; la promotion des consommables médicaux essentiels ; l'augmentation de l'offre de santé ; la réforme du processus gestionnaire ; le financement du secteur de la santé et le développement institutionnel (Mbouzeko, 2010, p. 226-227). De plus, si des progrès sont visibles concernant la rationalisation de la carte sanitaire et la décentralisation au niveau des districts de santé, beaucoup reste à réaliser pour l'amélioration

---

<sup>38</sup> <https://www.un.org/fr/observances/universal-health-coverage-day>

de la qualité des soins et de la prise en charge des urgences, pour l'organisation du système de référence/contre-référence et pour la coordination des financements extérieurs (Okalla & Le Vigouroux, 2001). La sous-utilisation des formations sanitaires de soins primaires et des structures hospitalières du secteur public, le manque d'entretien des structures sanitaires et la réduction des ressources dédiées à leur fonctionnement sont à l'origine d'un coût d'acte curatif important, provoquant une réduction de la proportion des structures sanitaires fonctionnelles. Il est par conséquent difficile de parler de qualité de soins et de services au Cameroun, surtout dans un système de recouvrement des coûts qui semble exclure la partie de sa population la plus démunie et où la participation communautaire est faible.

Le document de stratégie sectorielle de santé (SSS, 2016-2027) décrit précisément les cinq composantes du secteur sanitaire camerounais précédemment citées.

Concernant la promotion de la santé, il est question d'ici à 2027 d'amener les populations à adopter des comportements sains et favorables à la santé. Quatre objectifs principaux sont fixés. Tout d'abord, renforcer les capacités institutionnelles et communautaires, ainsi que la coordination dans le domaine de la promotion de la santé. Ensuite, améliorer le cadre de vie des populations au moins dans 70 % des districts de santé ; renforcer les aptitudes des individus et des communautés au moins dans 75 % des districts de santé. Enfin, réduire d'au moins 25 % les besoins non couverts en planification familiale, principalement chez les adolescents.

Concernant la prévention de la maladie, il est question de réduire d'un tiers la proportion des personnes présentant les facteurs de risque des maladies évitables au Cameroun. Pour ce faire, l'accent a été mis sur trois points. Tout d'abord, sur la réduction d'au moins un tiers de l'incidence/prévalence des maladies à potentiel épidémique et des événements de santé publique majeurs au moins dans 90 % des districts de santé. Dans un second temps sur l'amélioration de la couverture des interventions de prévention SRMNEA au moins dans 80 % de districts de santé. Et, troisièmement, d'ici à 2027, sur la réduction d'au moins un cinquième de l'incidence/prévalence des principales maladies non transmissibles.

Pour ce qui est de la prise en charge des patients, l'objectif est de réduire de moitié la létalité hospitalière et communautaire des maladies prioritaires transmissibles et non transmissibles, ainsi que les mortalités maternelles et infanto-juvéniles. À cette fin, il s'agit tout d'abord d'assurer la prise en charge curative de toutes les maladies transmissibles et non transmissibles selon les normes, de même que leurs complications au moins dans 80 % des structures sanitaires. Dans un second temps, de résoudre les problèmes de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant selon les normes au moins dans 80 % des structures sanitaires.

Troisièmement, d'assurer les urgences lors des évènements de santé publique au moins dans 80 % des structures sanitaires selon les normes. Il est aussi question de réduire d'au moins un tiers la proportion de la population présentant un handicap.

Quant au renforcement du système de santé, il importe de développer des capacités institutionnelles dans 80 % des districts pour un accès durable et équitable des populations aux soins et services de santé. Pour y parvenir, il est question de réduire d'au moins un tiers les paiements directs des ménages à travers une politique de financement équitable et durable ; d'assurer, d'ici à 2027, la disponibilité des infrastructures, des équipements et des paquets de services selon les normes dans 80 % des districts de santé, des régions, ainsi qu'à l'échelle centrale ; de renforcer le SNIS et la recherche opérationnelle en santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Enfin, il est question d'augmenter d'au moins de moitié la performance du système de santé à tous les niveaux en réalisant une veille stratégique et sanitaire, fonctionnelle et systématique sur chacun d'entre eux.

## **1.2. Étapes majeures de la politique sanitaire au Cameroun**

Selon Barbieri & Cantrelle (1991), une politique de santé – qui exprime l'attitude officielle d'un gouvernement dans ce domaine – inclut :

---

*« [...] l'identification de priorités, la détermination d'objectifs, le choix d'instruments pour servir à la politique ainsi définie, la mise en place d'une infrastructure institutionnelle et une allocation spécifique de fonds, mais aussi et surtout [la détermination des] problèmes de santé les plus importants et [l'établissement] des programmes d'action et des prévisions en fonction, d'une part, de cet état de santé et, d'autre part, des moyens disponibles » (p. 51).*

---

Barbieri et Cantrelle (1991) montrent qu'une politique de santé se différencie d'une politique de population. La première ayant pour seul but d'améliorer son état de santé, tandis que la seconde vise à influencer l'évolution démographique. Cependant, une politique de santé efficace aura un impact sur l'évolution globale de la population, dans la mesure où la mortalité sera réduite et la fécondité sera également affectée à travers les programmes de planification familiale intégrés aux interventions de santé maternelle et infantile. À son tour, une politique de santé peut être influencée par l'évolution générale de la population en subissant les contraintes du nombre (effectifs et répartition de la population) et du rythme de la croissance démographique.

Okalla et Le Vigouroux (2001) indiquent que trois étapes majeures ont marqué la politique sanitaire du Cameroun.

La première est la période coloniale avec la stratégie Jamot, qui, mise en application de 1921 à 1931, est considérée comme révolutionnaire. Car, ce médecin a « [...] conçu une méthode lui permettant d'atteindre plus efficacement les malades dans un temps restreint et c'est cette efficacité qui a assuré la pérennité de son œuvre » (p.21). Cette stratégie, selon les auteurs, vise à promouvoir la proximité entre les professionnels de santé et les malades. Ainsi, « au lieu de demeurer dans son dispensaire, ou son hôpital, le médecin doit aller au-devant du malade pour dépister, traiter et prévenir le mal à sa source. Il doit aussi décider l'autorité administrative à lui apporter la collaboration la plus complète, lui donner en particulier sa liberté de nouveau, sans quoi aucune prophylaxie n'est concevable. » (p. 21). Outre l'exercice d'une médecine mobile initiée par ce docteur dans le Cameroun oriental, sa stratégie se caractérise par quatre points. D'abord, la gratuité des soins médicaux aux administrateurs coloniaux, militaires, religieux et aux colonisés. Ensuite, l'extension du réseau sanitaire vers les zones rurales, et la formation médicale à Dakar et paramédicale à Ayos. Enfin, l'élaboration de programmes verticaux mobiles de lutte contre les endémies locales (trypanosomiase, paludisme).

La deuxième période, qui correspond à la post-indépendance (1960), est marquée par l'expérimentation d'approche de santé communautaire, susceptibles d'assurer aux populations des soins de santé techniquement valables et en harmonie avec leurs réalités locales.

Enfin, la troisième période est celle post-Alma Ata (1978) adoptée par la communauté internationale au Kazakhstan en 1978. Cette période est fondée sur l'apport de soins de santé primaires (SSP), de façon que tous les peuples atteignent un niveau de santé leur permettant de mener une vie socialement et économiquement productive.

### **1.3. Organisation du système de santé camerounais**

Le Cameroun dispose d'un système de santé défini par des politiques nationales de santé qui en indiquent les priorités, en organisent la disponibilité des financements et en coordonnent les acteurs, en vue de répondre aux besoins de santé de sa population (Hachimi & Zerbo, 2015).

Le Cameroun évolue avec un système de santé pluriel (Janzen, 1995) marqué par des trajectoires variées de soins thérapeutiques et préventifs. En effet, comme la plupart des systèmes de santé africains, celui-ci associe biomédecine et médecines traditionnelles ou parallèles (Hours, 1985 ; Monteillet, 1999, 1998, 2006, 2005 ; Gruénais, 2004). Comme le rappelle l'OMS (2000), « des systèmes de santé existent [...] depuis que les gens se soucient de protéger leur santé et de soigner leurs maladies. Des pratiques traditionnelles, souvent

associées à une aide spirituelle et axées sur la prévention et le traitement des maladies, existent depuis des milliers d'années, souvent parallèlement à la médecine moderne » (p.13).

Le système de santé camerounais s'articule sur trois sous-secteurs. Sous-secteur public, sous-secteur privé à but non lucratif et le sous-secteur de la médecine traditionnelle (Okalla & Le Vigouroux, 2001). À cela s'ajoute trois niveaux de santé qui disposent de structures administratives, de formations sanitaires et de structures de dialogue ou de représentation des populations. Le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau périphérique. Le sous-secteur public est constitué des hôpitaux publics et des structures sanitaires sous tutelle d'autres départements ministériels, notamment des départements de la défense, de l'emploi, du travail et de la prévoyance sociale et de l'éducation. Le sous-secteur privé à but non lucratif est constitué des structures confessionnelles, religieuses, de diverses associations, d'ONG. Quant au sous-secteur de la médecine traditionnelle, il reste considéré de façon théorique. En effet, ses professionnels ne disposent pas toujours d'un statut juridique. Depuis plusieurs années, l'élaboration et la mise en œuvre effective de ce statut restent en cours. Cette organisation résulte de la Déclaration nationale de la mise en œuvre de la réorientation des soins de santé primaires (1993), puis de la modification de l'organigramme du ministère de la Santé à la suite du décret n° 95/040 du 7 mars 1995 définissant la réorganisation du système de santé en ces trois niveaux. Cela est représenté dans le tableau suivant :

NIVEAUX	STRUCTURES ADMINISTRATIVES	COMPÉTENCES	STRUCTURES DE SOINS	STRUCTURES DE DIALOGUE
CENTRAL	Services du ministère de la Santé publique	Direction politique, Élaboration des concepts, de la politique et des stratégies	Hôpitaux généraux de référence, centre hospitalier et universitaire, hôpitaux centraux	Conseils d'administration ou comités de gestion
INTERMÉDIAIRE	Délégations régionales	Appui technique aux districts et aux programmes	Hôpitaux provinciaux et assimilés	Fonds spéciaux provinciaux pour la promotion de la santé

PÉRIPHÉRIQUE	Districts de santé et aires de santé	Mise en œuvre des programmes	Hôpitaux de district, centres médicaux d'arrondissement, centres de santé intégrés, centre de santé ambulatoire	COSADI, COGEDI, COGE, COSA <sup>39</sup>
--------------	--------------------------------------	------------------------------	---	--

**Tableau 2** : Organisation structurelle du système de santé camerounais, source : cadre conceptuel du D/S (ministère de la Santé), 2006.

Ce tableau montre que les différents niveaux sont interdépendants eu égard aux responsabilités assignées à chacune de leurs composantes.

Ainsi, le niveau central élabore les politiques, les normes et les stratégies nationales. Il conçoit et propose au gouvernement les textes réglementaires. Il coordonne, contrôle et veille aux ressources vers les niveaux opérationnels. Il est représenté par le ministère de la Santé publique et ses cinq directions, notamment la direction de la santé communautaire, la direction de la médecine hospitalière, la direction de la pharmacie, la direction des ressources humaines et la direction des ressources financières. Ce niveau central est également constitué de grands hôpitaux généraux, régionaux, de district et de référence de santé publique.

Le niveau intermédiaire est représenté par les dix délégations provinciales de la santé publique (DPSP). Celles-ci (ces délégations) ont pour rôle de relayer, à l'échelle régionale, les programmes de la politique sanitaire élaborés au niveau central. Toutes les directions du niveau central sont représentées par des services régionaux correspondants. Chaque région est ainsi dotée d'un comité de gestion provincial (COGEPRO) qui, composé de cadres de la santé, de représentants de la population et de l'administration, dirige le fonds spécial de solidarité pour la santé de la province (FSPS). Les membres du FSPS sont élus par les comités de santé de district (COSADI). Ces derniers sont formés de professionnels de santé du district, de représentants de chaque aire de santé du district ainsi que d'élus locaux. Je dois préciser ici que le district de santé constitue le niveau périphérique ou opérationnel. Le service de santé de district est dirigé par une équipe multidisciplinaire à la tête de laquelle un médecin de santé publique coordonne et supervise toutes les activités de santé de district, y compris celles des tradipraticiens et du secteur privé moderne. Au Cameroun, depuis 1972 (date à laquelle ce pays est devenu un État unitaire et une République), il existe 135 districts de santé répartis dans 53 districts administratifs, 58 départements et 269 arrondissements. Dès lors, le district

<sup>39</sup>COSADI (comité de santé de district), COGEDI (comité de gestion de district), COGE (comité de gestion), COSA (comité de santé).

de santé est divisé en aires de santé, elles-mêmes constituées d'un ou de plusieurs villages, dont la population est comprise entre 5 000 et 10 000 habitants, avec un territoire bien défini, desservi par un centre de santé qui a la responsabilité des activités de santé. Souvent, par manque de personnel ou de matériel de santé adéquat, les malades qui n'ont pas pu être soignés dans les centres de santé intégrés (CSI) du village dépendent théoriquement de l'hôpital de district. Enfin, les comités de santé et les comités de gestion, au niveau des aires de santé, du district et des régions, existent grâce au support juridique de la loi sur les libertés d'association de 1990, même si celle-ci n'est pas spécifique à la santé. Il faut attendre l'année 1995 avec le décret présidentiel n° 95/013 du 7 février portant sur l'organisation des services de santé de base en districts de santé pour que les comités de santé et de gestion soient reconnus juridiquement comme des structures de dialogue et de participation sanitaire intégrées aux districts de santé. Depuis l'année 2018, le système national de santé compte 189 districts de santé et près de 6 000 formations sanitaires (EDSC-V, 2018).

Quant au niveau périphérique, il est constitué des structures de soin qui ne sauraient être rangées ni dans la catégorie des CSI ni dans celle des hôpitaux de district. Ces structures disposent d'un statut particulier. C'est le cas, par exemple, des CMA (centres médicaux d'arrondissement, auparavant « hôpitaux des arrondissements administratifs »), premières formations sanitaires qui bénéficient des services d'un médecin, avant l'hôpital de district. Avant la réforme de 1995, chaque unité administrative pouvait être desservie par un hôpital d'arrondissement et, pendant la période de mise en œuvre des SSP (Soins de Santé Primaires) selon les directives d'Alma Ata, plusieurs structures de ce type ont été construites pour améliorer l'accessibilité géographique aux structures de soins. À cause de la crise économique, l'État a arrêté la construction de ces centres. Il existe environ 92 CMA au Cameroun qui posent un problème au système de référence/contre référence sanitaire envisagé, les CMA rompant en fait la continuité des soins, s'agissant de formations sanitaires d'un niveau ambigu par rapport au nouveau système.

Le Cameroun dispose d'un hôpital pour 45 000 habitants et d'un centre de santé pour 12 000 habitants. À cela s'ajoutent les 539 établissements du secteur privé qui relèvent du secteur confessionnel, catholique ou protestant. Ce secteur est intégré dans le système de santé de district, et plusieurs formations sanitaires privées confessionnelles sont responsables soit d'une aire de santé, soit d'un hôpital de district. Ce secteur dispose de sa propre carte sanitaire proposant des services sanitaires opérationnels très appréciés des populations et d'un bureau exécutif dont la conférence épiscopale assure des négociations avec le ministère de tutelle.

Enfin, le système de santé camerounais est financé par trois ressources principales : les patients, l'État et les financements extérieurs (organismes de coopération bilatéraux et multilatéraux, et ONG).

#### **1.4. Équité, justice sociale en santé et rôle des communautés**

Selon les estimations fournies par le MINEPAT et le PNUD, l'espérance de vie au Cameroun est passée de 51,7 ans en 2010 à 56,3 ans en 2020 avec un IDH de 0,512. En 2014, le Cameroun occupait le 153<sup>e</sup> rang sur les 188 pays évalués. Cependant, son IDH a légèrement augmenté, passant de 0,156 à 0,61. Ce qui s'explique par l'augmentation des inégalités de niveau de vie et de revenus qui se répercutent surtout sur les domaines de la santé et de l'éducation. Aussi, je dois noter que les formations sanitaires publiques sont davantage accessibles aux plus aisés. En 2007, on évalue à 25 % leur taux de fréquentation par les plus aisés, contre 14 % pour les plus pauvres. De même, le taux d'accès aux services d'un médecin public est de 43 % pour les plus aisés, contre seulement 3 % pour les plus pauvres. En outre, on observe des disparités importantes concernant l'accessibilité aux soins selon les zones de résidence (milieu rural et urbain). Par exemple, ce document révèle qu'uniquement 46,7 % des accouchements sont assistés par un personnel qualifié en zone rurale, contre 86,7 % en zone urbaine.

Dans le domaine de la santé comme dans bien d'autres, les communautés jouent un rôle essentiel. Elles sont simultanément les actrices et les bénéficiaires des effets résultant des stratégies gouvernementales d'amélioration des conditions de vie. C'est ainsi qu'en 1993, le Cameroun a adopté la politique de réorientation des soins primaires, émanant de l'initiative de Bamako<sup>40</sup>. D'après cette politique, le développement de structures de dialogue communautaire doit être encouragé dans le domaine de la santé. De telles structures doivent favoriser en même temps la participation des populations au financement des soins de santé, celle des représentants de communautés à la cogestion, les actions de communication et de mobilisation sociale des organisations de la société civile, les prestations des agents de santé communautaire, et les initiatives communautaires en faveur de la promotion de la santé.

#### **1.5. Système de santé, types de maladies, prévention et protection**

Le système de santé du Cameroun fait face à de diverses maladies, comme le souligne le tableau suivant :

---

<sup>40</sup> L'initiative de Bamako, adoptée en 1988, est un ensemble de réformes politiques élaborées en réponse à la dégradation rapide des systèmes de santé dans les pays en développement pendant les années 70 et 80. Elle se voulait une politique de relance de la stratégie des soins de santé primaires tout en renforçant l'équité d'accès aux soins (Ridde & Girard, 2004, p.37).

TYPES DE MALADIES	NOMS DES MALADIES
<b>Maladies transmissibles (MT)</b>	VIH/Sida, IST ; Tuberculose ; Paludisme ; Hépatites virales
<b>Maladies non transmissibles (MNT)</b>	Maladies du 1 <sup>er</sup> groupe : hypertension artérielle, autres infections cardiovasculaires, diabète et maladies rénales chroniques ; Maladies du 2e groupe : cancers, asthme et affections respiratoires chroniques ; Maladies du 3e groupe : affections bucco-dentaires, troubles visuels et auditifs chroniques ; Maladies du 4e groupe : épilepsie et autres affections neurologiques, drépanocytose, maladies génétiques et dégénératives, mentales et rhumatologiques ; Maladies du 5e groupe : traumatismes, violences, intoxications, urgences et catastrophes.
<b>Maladies tropicales négligées (MTN)</b>	Onchocercose et filariose lymphatique ; Schistosomiasis ; Helminthiases intestinales ; Lèpre ; Ulcère de buruli ; Trachome ; Trypanosomiase humaine africaine
<b>Maladies à potentiel épidémique (MAPE)</b>	Choléra ; Méningites ; Rougeole ; Gastroentérite ; Diarrhées sanglantes ; Fièvre typhoïde ; Grippe humaine ; Poliomyélite.

**Tableau 3** : Types et noms des maladies identifiées du système de santé camerounais, source : document stratégique sectoriel de santé 2016-2027.

Un système de prévention et de protection, soit un ensemble de moyens en même temps naturels, humains, sociaux, culturels et financiers, est mis en œuvre autant pour éviter que ces maladies se propagent, réduire la survenue de certaines que proposer des prises en charge. Au Cameroun, ce système est fondé sur cinq aspects. Le premier aspect porte sur l'évaluation de la situation épidémiologique, le deuxième sur un programme élargi de vaccination (PEV), le troisième sur un système de surveillance des maladies à potentiel épidémique (MAPE), le quatrième sur un système de gestion des épidémies et des zoonoses, et le cinquième enfin sur une prise en charge des maladies à potentiel épidémique. Ce système de prévention est donc axé sur les MAPE, les zoonoses et sur les pathologies à transmission verticale (PTV).

Toute action de prévention et de protection se fonde effectivement sur la situation épidémiologique. En l'occurrence, durant ces cinq dernières années, le paysage épidémiologique camerounais a été marqué par des épidémies de choléra, de méningite bactérienne, de grippe, de rougeole, de fièvre jaune et de poliomyélite. Sans oublier les

épisodes zoonotiques parmi lesquels figurent la fièvre jaune chez les humains, l'anthrax chez les bovidés et les primates, la grippe aviaire H5N1 chez la volaille domestique et l'avifaune, la grippe pandémique A (H1N1) chez les porcs, la fièvre de la vallée du Rift chez les ruminants et les êtres humains, la variole du singe (monkeypox) chez les chimpanzés et, plus récemment, les cas de maladie à virus Ebola.

Le programme élargi de vaccination (PEV), dans son activité de prévention dite « de routine », est centré sur les MAPE. Ainsi, malgré les difficultés auxquelles fait face ce programme de prévention, à ce jour, 12 MAPE sont ciblées : la tuberculose, la poliomyélite, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'hépatite B, l'infection à *Haemophilus*, l'infection à pneumocoque, la diarrhée à rota virus, la fièvre jaune, la rougeole et la rubéole. Au-delà des difficultés apparentes relatives à la surveillance intégrée des maladies et de la faiblesse observée des collaborations et des coordinations multidisciplinaires et multisectorielles, un dispositif de surveillance des maladies, en particulier des MAPE, est organisé. Ce dispositif est constitué d'outils de gestion, d'une flotte téléphonique, d'internet et d'un circuit de notification. Je dois préciser que, malgré la création, en 2014, d'un programme national de prévention et de lutte contre les zoonoses émergentes et réémergentes et l'élaboration de son plan d'action en 2015, il n'existe pas véritablement de plan intégré de gestion des épidémies. Les expériences antérieures d'épidémies et la menace de la maladie à virus Ebola n'ont pas occasionné la mise en place d'une structure pérenne de riposte.

Dans le système de santé camerounais, la prise en charge des malades comme moyen de prévention et de protection est également centrée sur les MAPE et est assurée dans toutes les structures sanitaires du territoire (aux niveaux rural et urbain). Certaines MAPE sont par ailleurs prises en charge au niveau communautaire avec des moyens et des outils propres aux communautés. En cas d'épidémie signalée, la prise en charge des malades devient gratuite dans toutes les structures sanitaires. En dehors des MAPE, qui sont particulièrement observées dans le système de prévention et de protection sanitaire, figurent aussi les pathologies à transmission verticale de la mère à l'enfant, notamment le VIH (PTME) et l'hépatite virale B (VHB).

#### **1.6. Les offres de soins dans le système de santé camerounais**

L'offre de soins au Cameroun est à l'image du système de santé dans lequel elle s'intègre : faible. Classé 164<sup>e</sup> sur les 191 pays évalués par l'OMS en 2001, le système de santé camerounais ne répond pas efficacement aux besoins des populations. Parmi les types de soins existants, citons : les soins de santé primaires (SSP), les soins et services de santé

spécialisés (SSSS), d'autres types de soins (médecine alternative ou parallèle ; soins de santé informels (SSI), automédication, autosoins, soins à domicile, pharmacies de rue).

Les soins de santé primaires (SSP) constituent la stratégie préconisée en vue de satisfaire les besoins de santé de la majorité de la population. Ils ont pour principe la participation communautaire renforcée, l'action intersectorielle, la mise à disposition de technologies appropriées, l'équité et la justice sociale. Quant à l'accès aux soins et aux services de santé spécialisés (SSSS), celui-ci est très faible en raison du coût élevé des prestations, bien que certains soins tels que l'hémodialyse, la radiothérapie et la chimiothérapie bénéficient de subventions.

Les offres de soins varient selon le type de structures de santé (public, privé, structure hospitalière ou de proximité) et le cadre environnemental (districts ou périphéries). Les structures de santé des grands centres urbains offrent, pour leur part, des soins spécialisés en chirurgie, pédiatrie, gynécologie-obstétrique, imagerie médicale, soins bucco-dentaires et hémodialyse. Tandis que les structures de santé des districts ou des périphéries doivent se référer à celles de grands centres urbains, car la qualité des soins y est insuffisante en raison d'infrastructures peu adéquates. Le nombre élevé d'évacuations sanitaires vers l'étranger s'explique aussi par ces fragilités dans les offres de soins observées ici et là. Compte tenu de l'insuffisance de l'offre de soins biomédicaux de qualité, les populations camerounaises démunies, pour la plupart rurales, se limitent à des soins alternatifs, plus proches et plus pratiques, notamment à la médecine traditionnelle. Cette médecine parallèle, qui reste essentielle dans le système de santé camerounais, s'accompagne de soins informels (pharmacie de rue, automédication, approches spirituelles) qui se pratiquent à domicile. Ce réseau paramédical s'étend considérablement, ce qui exerce une pression sur le système de santé global.

## **1.7. Santé maternelle et infantile**

### **1.7.1. La santé maternelle**

Concernant la santé maternelle et infantile, il apparaît que la bonne santé et le suivi des mères entraînent des conséquences directes sur les chances de survie et de développement de leurs enfants, pour qu'on ne saurait envisager la protection de la santé de l'enfant en la dissociant de celle de la mère (Unicef, 2012). Dans ce domaine de la protection de la santé maternelle et de la petite enfance, le Cameroun est en retard par rapport aux Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) et fait face à de grands défis pour réduire le taux de mortalité maternelle et infantile, ainsi que le taux de prévalence du VIH/SIDA.

La santé maternelle couvre la grossesse, l'accouchement et le post-partum. Selon les EDSC-V (2018), comme les soins de santé qu'une mère reçoit lors de ces différentes phases sont très importants pour la survie et le bien-être de la mère comme de l'enfant, ils (les soins de santé) constituent ainsi des services prioritaires dans la lutte pour la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles et néonatales.

Au Cameroun, selon les EDSC-V (2018), plusieurs stratégies sont mises en œuvre par le Gouvernement avec l'appui des partenaires au développement pour améliorer la santé maternelle et infantile ou néonatale. Il s'agit notamment du Plan stratégique national de santé de la reproduction maternelle, néonatale et infantile (PSN/SRMN, 2014-2020) ; du Plan stratégique de lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile (PSL/MMNIJ, 2014-2020) ; du Plan opérationnel de planification familiale (POPF, 2015-2020) ; du Plan stratégique de sécurisation des produits contraceptifs (PSSPC, 2014-2020) ; du Plan stratégique intégré de communication (PSIC) en SRMNI 2016-2021 ; des Normes et standards en santé de la reproduction, y compris celle des adolescents et des jeunes ; des Directives techniques de surveillance des décès maternels, périnataux et riposte ; de la Stratégie sectorielle de la santé (SSS, 2016-2027) ; enfin, du Plan national de développement sanitaire (PNDS, 2016-2020).

La santé maternelle au Cameroun peut être appréciée par quelques chiffres produits par des EDSC-V (2018). Concernant la couverture en soins prénataux, il apparaît, parmi les femmes de 15 à 49 ans ayant donné vie à un enfant dans les cinq années précédant l'enquête, que 87 % ont reçu des soins prénataux dispensés par un prestataire formé ; que 65 % ont effectué au moins quatre visites prénatales et que, pour 41 % d'entre elles, la première visite prénatale a eu lieu au premier trimestre de la grossesse. En outre, 71 % de femmes ont été protégées du tétanos néonatal. Concernant les naissances vivantes ayant eu lieu dans les cinq années avant l'enquête, 65 % se sont produites dans un établissement de santé et 69 % ont été assistées par un prestataire formé. Durant deux années précédant l'enquête, 59 % des femmes et 60 % des nouveau-nés ont reçu des soins postnataux dans les 48 heures suivant l'accouchement et la naissance.

Toutefois, les enquêtes EDSC-V (2018) révèlent également quelques difficultés d'accès aux soins de santé par les mères, surtout en milieu rural. 72 % ont déclaré avoir rencontré au moins un problème d'accès aux soins de santé, notamment celui d'obtenir de l'argent (67 %). Hormis cet obstacle, on peut citer la distance jusqu'à l'établissement de santé (40 %),

l'obtention de la permission d'aller se faire soigner (35 %) et le fait de ne pas vouloir s'y rendre seule (28 %). Ce pourcentage de femmes ayant déclaré au moins un problème d'accès aux soins de santé est plus élevé en milieu rural (82 %) qu'en milieu urbain (65 %), particulièrement la difficulté d'obtenir de l'argent pour les soins de santé concerne 77 % des femmes en milieu rural. Ces enquêtes révèlent également que leur niveau d'instruction a également une incidence sur leur accès aux soins : 85 % des femmes sans instruction ont cité au moins un problème d'accès aux soins de santé, contre 51 % de celles ayant un niveau d'éducation supérieur.

### **1.7.2. La protection infanto-juvénile au Cameroun : entre le juridique, le social, le politique et le sanitaire.**

Dans une fiche thématique UNICEF (2012) sur le droit à la protection des enfants, il est précisé que « chaque enfant a le droit de grandir dans un environnement qui le protège » (p. 1), ce qui correspond aussi à l'un des droits indiqués dans les articles 19, 22, 32 à 35, 39 et 40 de la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE)<sup>41</sup>. Selon l'Unicef, « les enfants sont plus vulnérables que les adultes : ils ne peuvent pas éviter seuls les dangers, ils ont besoin de droits spécifiques » (p.1). Certains étant d'ailleurs plus vulnérables que d'autres, comme les enfants handicapés, ceux qui vivent dans la rue, les réfugiés. Déjà en 1924, la Société des Nations (SDN) jugeait utile de rappeler [...] le caractère particulier de la situation de l'enfant, ainsi que la nécessité de la part de cercles d'encadrement divers, notamment les familles, les communautés, les institutions politiques, sociales et juridiques, de lui assurer une protection garantissant son épanouissement (Mbandji Mbéna, 2013).

La protection de la petite enfance suppose l'application d'une multitude de droits fondamentaux en matière de protection juridique, sociale, politique et sanitaire, inscrits dans un ensemble de lois, de réglementations et de dispositifs. Droits auxquels nombre d'enfants n'ont pas accès par la pauvreté, de situations d'urgence, de violence et de divers abus que ceux-ci subissent de leur exploitation ou encore de leur non-enregistrement à la naissance.

#### **1.7.2.1. Protection juridique de l'enfance**

Au Cameroun, la protection des droits de l'enfant est encadrée par un arsenal juridique constitué de protocoles, de chartes et de conventions internationales ratifiées, de lois et de règlements nationaux<sup>42</sup>.

---

<sup>41</sup> Ces informations se trouvent dans ce site : [www.unicef.fr/article/des-fiches-thematiques-sur-les-droits-de-l'enfant](http://www.unicef.fr/article/des-fiches-thematiques-sur-les-droits-de-l'enfant)

<sup>42</sup> Déclaration du ministère des Affaires sociales du Cameroun (MINAS), 2018. Disponible sur : [www.minas.cm](http://www.minas.cm)

Sur le plan international, tel que l'a précisé le président de la République lors de la session extraordinaire de l'ONU consacrée à la promotion et à la protection des droits de l'enfant en 2002<sup>43</sup>, « le Cameroun a ratifié la quasi-totalité des instruments juridiques internationaux consacrés à l'enfant ». De même que, « il n'existe pas de causes humaines plus dignes que celle de la défense et de la promotion des droits et de l'avenir des enfants qui, selon la Bible, sont héritage de Dieu ». Parmi ces instruments juridiques internationaux, on peut citer : la Convention relative aux droits de l'enfant (11 janvier 1993) ; la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant (5 septembre 1996) ; la Convention n° 138 et n° 182 de l'OIT (Organisation internationale du travail) respectivement sur l'âge minimum d'admission à l'emploi (14 avril 1998) et sur l'élimination des pires formes de travail des enfants (27 mai 2002) ; le protocole additionnel à la Convention des Nations unies du 15 novembre 2000 contre la criminalité transnationale organisée. Protocole visant à prévenir, réprimer et punir la traite des personnes, en particulier des femmes et des enfants (18 novembre 2004).

Sur le plan national, le gouvernement camerounais a toujours fait de l'enfance sa priorité. De façon indirecte, dans la loi n° 06 du 18 janvier 1996 portant révision de la Constitution de 1972, il est mentionné que « l'être humain, sans distinction de race, religion, de sexe, de croyance, possède des droits inaliénables, sacrés ». Plus spécifiquement, depuis les indépendances (1960), des mesures législatives et réglementaires importantes pour l'application des droits de l'enfant ont été mises en œuvre sous forme de procédures. Parmi ces mesures, le Code civil règle le problème de la responsabilité parentale dans ses articles 1384 et suivants ; dans le Code pénal, la protection des droits des enfants est mise en évidence notamment dans les dispositions des articles 29, 39 al. 6, 48, 80, 179 (garde d'un mineur), 340 (infanticide), 341 (atteinte à la filiation), 342 (esclavage et mise en gage) ainsi que dans les articles 337 et suivants qui traitent des atteintes à l'enfant et à la famille ; le décret n° 2011/408 du 09/12/2011 portant organisation du Gouvernement institue qu'il revient à la charge de plusieurs départements ministériels d'appliquer les droits de l'enfant – le ministère des Affaires sociales (protection sociale de l'enfant) ; le ministère de la Promotion de la femme et de la famille (promotion des droits de l'enfant) ; le ministère de l'Éducation de base (enseignement maternel et primaire général) ; le ministère de la Santé publique (prévention et soins de santé à la mère et à l'enfant) ; le ministère de la Jeunesse et de l'Éducation civique (promotion de loisirs et d'activités post et périscolaires). Au-delà du cadre juridique évoqué, diverses actions sont entreprises par l'État camerounais, notamment la

---

<sup>43</sup> Ces informations se trouvent dans ce site : <https://www.un.org/fr/ga/62/plenary/children/bkg.shtml>

vulgarisation des droits de l'enfant par des campagnes de sensibilisation, comme les « Journées de l'enfant africain » (16 juin)<sup>44</sup>.

### **1.7.2.2. Protection sociale de l'enfance**

La protection sociale de la petite enfance et des enfants incombe au ministère des Affaires sociales (MINAS), lequel bénéficie des apports de plusieurs autres administrations publiques et parapubliques, privées, de la société civile et de l'appui de la coopération bi et multilatérale<sup>45</sup>. Des avancées significatives relatives aux besoins de protection sociale de la petite enfance ont également vu le jour. Celles-ci (les avancées) portent essentiellement sur sa sécurisation physique, affective et émotionnelle ainsi que sur sa prise en charge sanitaire et nutritionnelle. En outre, la définition d'un cadre socio-juridique et institutionnel épanouissant et garantissant ses droits fondamentaux n'est pas délaissée. À cet effet, le gouvernement camerounais a mis en place des services intervenant dans la protection de l'harmonie familiale à travers l'éducation des familles à la parenté responsable ; dans l'éducation pré-nuptiale, matrimoniale et familiale ; dans la lutte contre l'union libre ; et dans la médiation familiale en cas de conflit au sein du couple ou de la famille.

Au Cameroun, si l'encadrement idéal des enfants se trouve au sein de leur famille, des cadres de prise en charge momentanée ou permanente existent pour apporter le soutien nécessaire à ceux qui en sont privés. Deux types de structures œuvrent dans ce sens : des Centres d'accueil pour enfants en détresse (CAED) et des crèches-garderie. À cet égard, des dispositions réglementaires sont prises dans le but d'assurer une organisation et un fonctionnement harmonieux de ces structures d'encadrement de la petite enfance, notamment le décret n° 2001/110 PM de mars 2001 qui encadrent les crèches-garderie, pouponnières et haltes-garderies. Aussi, l'État camerounais a favorisé l'émergence d'un cadre institutionnel permettant aux partenaires privés nationaux et internationaux, aux ONG et à diverses associations d'apporter leur soutien à la protection sociale de la petite enfance. L'épouse du chef d'État du Cameroun œuvre largement dans ce sens grâce à la création de l'association humanitaire, le Cercle des Amis du Cameroun (CERAC) et de la Fondation Chantal Biya<sup>46</sup> devenue, à l'échelle locale, un centre incontournable d'aide à l'enfance malade à travers le

---

<sup>44</sup> Cartographie et analyse du système national de protection de l'enfant au Cameroun, UNICEF, 2014.

<sup>45</sup> Déclaration du ministère des Affaires sociales du Cameroun (MINAS), 2018. Disponible sur : [www.minas.cm](http://www.minas.cm)

<sup>46</sup> Fondation mère-enfant située près de l'hôpital central de Yaoundé et créée en 1994 par la Première dame du Cameroun. Cette fondation a pour but de promouvoir et de protéger la santé des mères et des enfants.

système PTME<sup>47</sup>. Cette Fondation a fait l'objet d'une étude à travers son « égérie internationale » Chantal Biya (promotrice-fondatrice et épouse du chef de l'État du Cameroun). L'auteur de cette étude, Eboko (2004), brosse certes le portrait de Chantal Biya et ses œuvres humanitaires et politiques à travers cette Fondation, mais il présente aussi les activités que cette Fondation mène, ainsi que les moyens mis en œuvre pour promouvoir le bien-être des mères et des enfants dans la prévention et la lutte contre ce qu'il appelle le « SIDA pédiatrique » en Afrique.

### **1.7.2.3. Protection politique de l'enfance**

La volonté politique de protéger la petite enfance s'inscrit dans la pensée politique de l'État restituée dans l'ouvrage de son Président intitulé *Pour le Libéralisme communautaire* (1986). Cet ouvrage enjoint les adultes à œuvrer de telle sorte que les enfants de ce pays cessent de mourir comme des orphelins ou des déshérités et que la croissance, fruit de l'effort collectif, garantisse à chacun une plus grande protection. Cette protection politique est aussi régie par un document cadre, validé en 2008, de politique nationale de Développement intégral du jeune enfant (DIJE) qui comprend trois axes stratégiques majeurs : l'amélioration de l'accès et de la qualité des services sociaux essentiels et nécessaires au développement harmonieux du jeune enfant ; l'amélioration du cadre de vie du jeune enfant ; et le renforcement du dispositif institutionnel et stratégique relatif au jeune enfant. Les mesures recensées dans ce document contribuent à assurer la survie à l'âge de huit ans à travers l'éveil, la santé, la nutrition, la protection, l'éducation, la qualité de l'environnement physique, familial, communautaire et culturel<sup>48</sup>.

### **1.7.2.4. Protection sanitaire de l'enfance**

Selon le rapport de l'UNICEF (2021), au Cameroun, les enfants ont droit à la santé et à l'accès aux services de santé. De même, l'article 24 du CIDE stipule que l'enfant a le droit de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier des services nécessaires au traitement des maladies, comme l'article 14 (1) et (2) de la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant. L'État camerounais a ratifié toutes ces normes internationales relatives au droit à la santé des enfants : chacun ayant le droit d'être protégé des maladies et soigné s'il est malade, d'être vacciné et d'être bien nourri pour grandir en bonne santé (p. 2). Les articles 3, 6, 24, 26

---

<sup>47</sup> PTME signifie Prévention de la Transmission de la Mère à son Enfant. Elle est l'une des composantes prioritaires de la lutte contre le SIDA, et a pour objectif de diminuer la transmission verticale du VIH.

<sup>48</sup> Déclaration du ministère des Affaires Sociales du Cameroun (MINAS), 2018. Disponible sur : [www.minas.cm](http://www.minas.cm)

et 27 du CIDE précisent que « chaque enfant a droit à un niveau de vie suffisant et à jouir du meilleur état de santé possible ».

Les enfants, surtout ceux de moins de cinq ans, constituent un groupe de population particulièrement vulnérable en matière de santé. C'est pourquoi des mesures spécifiques sont mises en œuvre par l'État camerounais – notamment le PEV (Programme élargi de vaccination) – pour prévenir, contrôler, éliminer et éradiquer les maladies évitables par la vaccination (MEV) et ainsi réduire la morbidité et la mortalité infanto-juvénile. Là encore, les enquêtes EDSC-V (2018) apportent à ce sujet des éclaircissements : elles indiquent que le calendrier de vaccination du PEV est en constante évolution selon l'introduction de nouveaux vaccins susceptibles de protéger les enfants contre plusieurs maladies en même temps.

Mes enquêtes auprès des responsables de ce programme national de santé (au district de santé de Sangmélina) montrent que le PEV — qui travaille en collaboration avec les représentants de l'UNICEF et de l'OMS — est avant tout un programme préventif de réduction des maladies infantiles ou non cibles (MEV)<sup>49</sup>. Il met en œuvre différentes stratégies (fixe ou de routine, avancée et mobile) sous forme de campagnes dites « de vaccination ». Ce programme sert de relais entre les trois niveaux du système de santé camerounais. Il permet au niveau central – constitué des services suivants : le GTC<sup>50</sup> (centre), le GTR<sup>51</sup> (région), le PF<sup>52</sup> (district) et le FOSA<sup>53</sup> (district et périphérie) – d'être en contact permanent avec les niveaux intermédiaire et périphérique. Sa stratégie dite « fixe » ou « de routine » est appliquée à l'échelle de la formation sanitaire (centre de santé ou hôpital). Celle dite « avancée » est destinée aux populations plus éloignées des formations sanitaires, qui, de ce fait, se regroupent souvent dans des chefferies pour être vaccinées. Tandis que la stratégie dite « mobile » implique que les infirmiers se déplacent dans des localités éloignées et, de surcroît, trouvent eux-mêmes leur moyen de déplacement. L'État ne finance pas suffisamment cette stratégie, comme me l'a révélé une responsable du PEV de l'hôpital de district de Sangmélina (entretien du 20 mars 2019 à son bureau du PEV à l'hôpital de district):

---

<sup>49</sup> Parmi les MEV (Maladies évitables par le vaccin), figurent : la poliomyélite, la diphtérie, le tétanos néonatal, les infections à pneumocoques, les diarrhées à rota virus, la fièvre jaune, la rougeole et la rubéole.

<sup>50</sup> Groupe technique central chargé de la commande nationale des vaccins et de la coordination des activités du PEV.

<sup>51</sup> Groupe technique régional chargé de la commande et de la distribution des vaccins aux districts de santé.

<sup>52</sup> Point focal chargé de la commande et de la distribution des vaccins aux formations sanitaires (FOSA).

<sup>53</sup> Formation sanitaire chargée de la commande et de l'administration des vaccins aux enfants cibles et aux populations.

---

*« [...] Une prévention bien faite avec tout ce qui l'accompagne éviterait beaucoup de maladies aux enfants et aux populations. Cependant, l'État ne nous soutient pas réellement. Tout est pourtant bien planifié sur papier, mais sur le terrain, nous manquons de moyens de locomotion, par exemple, pour accomplir notre mission comme cela se doit. »*

---

Durant l'année 2018, le programme de vaccination ciblait principalement les enfants de leur naissance à leurs onze mois. À la naissance était administrée une dose de BCG et du vaccin oral contre la poliomyélite (VPO). Pour les enfants de six à dix semaines étaient injectés le Pentavalent (DTC-HepB-Hib), le VPO et le vaccin monovalent contre les diarrhées à rotavirus (Rotarix). À 14 semaines, un rendez-vous était organisé pour surveiller les effets du Pentavalent et du VPO. Dès l'âge de six mois, l'enfant commençait à recevoir de la vitamine A à une fréquence semestrielle, puis, à neuf mois, le vaccin contre la rougeole (RR) et celui contre la fièvre jaune. Les enfants de moins de cinq ans au Cameroun souffrent constamment de trois principales maladies : le paludisme, dont la fièvre peut être un symptôme, les infections respiratoires aiguës et les maladies diarrhéiques. Ainsi, le suivi de chaque enfant est réalisé à partir d'un carnet de vaccination, document important enregistrant les vaccins reçus. Au Cameroun, 87 % des enfants de 12 à 23 mois et 84 % des enfants de 24 à 35 mois possèdent un carnet de vaccination.

La couverture vaccinale des enfants de 12 à 23 mois est plus élevée en milieu urbain (61 %) qu'en milieu rural (45 %), et ce constat est valable au sujet de chaque vaccin spécifique et de chacune de ses doses. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette baisse de la couverture vaccinale en milieu rural camerounais. Cette étude ayant été menée principalement en zone rurale, j'ai, en effet, observé un manque de personnel dans les structures pédiatriques, notamment le PEV ; un manque de sensibilisation à la vaccination dans les campagnes les plus reculées ; un système d'information sanitaire autour de la vaccination assez faible et fragile. Il en résulte surtout dans les zones très éloignées de la ville dans laquelle les centres de santé sont assez rares et où les voies de communication praticables sont inexistantes, une sous-information à l'égard du bien-fondé du vaccin et de la vaccination et une augmentation des réticences contre la vaccination.

Concernant les mortalités infantiles et infanto-juvéniles, les enquêtes EDSC-V (2018) démontrent que les risques de mortalité des enfants déterminent significativement l'espérance de vie (58 ans). Or, l'espérance de vie est l'une des composantes de l'indice du développement humain (IDH). Au Cameroun, la Stratégie sectorielle de la santé (SSS, 2016-

2027), à travers son axe « Prise en charge des cas », vise à, d'ici à 2030, outre de réduire la mortalité globale dans les formations sanitaires et dans la communauté, d'éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de cinq ans, en conformité avec les Objectifs de développement durable (ODD). Ces objectifs ont pour but de réduire la mortalité néonatale à 12 pour 1 000 naissances et la mortalité des enfants de moins de cinq ans à 25 pour 1000 naissances.

Globalement, les indicateurs de mortalité des enfants sont pertinents pour apprécier le niveau de développement socioéconomique d'un pays, notamment pour évaluer les performances de son système sanitaire et l'efficacité de ses politiques en matière de santé maternelle et infantile (EDSC-V, 2018). Cela étant, le risque de mortalité de l'enfant augmente de façon significative selon l'âge de la mère à sa naissance. Ainsi, il est environ 2,3 fois plus élevé chez les femmes de 40 à 49 ans (93 %) que chez celles de moins de 20 ans (41 %). Le risque de mortalité périnatale varie également selon les régions et est un peu plus élevé en milieu rural (38 %) – 55 % dans le sud, région de ma zone d'étude – qu'en milieu urbain (34 %) (EDSC-V, *ibid.*).

Au Cameroun, concernant la période des cinq années ayant précédé l'enquête (EDSC-V), il ressort que sur 1 000 naissances vivantes, 48 enfants sont décédés avant leur premier anniversaire, tandis que 80 sont décédés avant leur cinquième anniversaire.

Parmi les autres mesures relatives à la protection sanitaire de l'enfant prises par l'État camerounais, il importe d'indiquer son entrée dans le mécanisme de financement mondial dénommé *Global Financing Facility* (GFF)<sup>54</sup>. En tant qu'instrument étatique, le GFF a été créé pour accompagner les efforts des pays en matière de renforcement de leur système de santé, en se focalisant sur la santé de la mère et de l'enfant. D'après le ministre de la Santé publique du Cameroun, le GFF représente une grande fenêtre d'opportunités, car le taux de mortalité maternelle et néonatale reste préoccupant. Conscient du caractère préoccupant de la situation sanitaire de la mère et de l'enfant, le Cameroun participe à tous les programmes en leur faveur. La santé de la petite enfance s'inscrit ainsi dans un système de prévention et de protection constitué de nombreux programmes, tels que la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME), et par des cellules de soins hospitaliers et pédiatriques, telles que la Protection maternelle infantile (PMI) et le Service de la maternité, des organisations internationales (UNICEF, OMS).

---

<sup>54</sup> Disponible sur : [www.afro.who.int/fr/news/sant-maternelle-et-infantile-le-cameroun-fait-son-entree-dans-le-mecanisme-de-financement](http://www.afro.who.int/fr/news/sant-maternelle-et-infantile-le-cameroun-fait-son-entree-dans-le-mecanisme-de-financement), 2017

#### **1.7.2.4.1. La prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME).**

Le Cameroun a intégré cette stratégie dans ses programmes de protection de la santé de la petite enfance, de la mère et de l'adolescent (PPSPMA) dans les années 1990. Cette intégration s'est faite à la suite du constat de l'OMS et de l'UNICEF selon lequel, chaque année, presque onze millions d'enfants meurent avant leur cinquième anniversaire. La PCIME vise à réduire la mortalité, la morbidité et les incapacités, ainsi qu'à améliorer la croissance et le développement des enfants de moins de cinq ans. Elle vise également à améliorer les compétences de prise en charge des agents de santé et à renforcer les pratiques familiales et communautaires par l'adoption de méthodes simples pour prévenir et soigner les principales causes de maladies graves et de mortalité chez les enfants<sup>55</sup>. Elle comporte des éléments curatifs et préventifs à mettre en œuvre tant par les familles et les communautés que par les établissements de santé publics et privés<sup>56</sup>. Puisque le bien-être de l'enfant dépend aussi de celui de sa mère, cette dernière est aussi intégrée dans les programmes de protection de la petite enfance au Cameroun, à travers la protection maternelle et infantile (PMI) et le service de maternité (SM).

#### **1.7.2.4.2. Protection maternelle infantile et le service de maternité**

Dans le District de santé de Sangmélina, la Protection Maternelle et Infantile (PMI) et le service de maternité (SM) s'occupent des femmes enceintes jusqu'à leur accouchement (visites pré et postnatales, maladies, saignements avant, pendant et après la grossesse) ; des femmes multi et primipares, des femmes en âge de procréer, des femmes mariées ; et les enfants (de l'embryon à la naissance). Concernant particulièrement les enfants, par l'intermédiaire de leurs mères, ils sont pris en charge dans le cadre de consultations postnatales six heures après leur naissance, puis associés aux programmes de vaccination. Ces services (PMI et SM) prennent en charge, en collaboration avec la pédiatrie, les enfants suivant le jour de naissance. La pédiatrie tient le rôle de relais quand les deux services font face à des situations complexes<sup>57</sup>.

Ils (ces deux services) proposent aussi des soins immédiats aux mères et aux enfants, tels qu'une visite médicale (prise de tension artérielle, de poids, de température et de mensurations), la délivrance d'ordonnances et le suivi des vaccinations. Par ailleurs, lorsque

---

<sup>55</sup> Manuel sur la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, OMS, Département de santé et développement de l'enfant et de l'adolescent (CAH), avril 2001.

<sup>56</sup> Disponible sur : [www.who.int/materna child adolescent/topics/child](http://www.who.int/materna_child_adolescent/topics/child)

<sup>57</sup> Informations issues de l'entretien avec le chef de la maternité de l'hôpital de District de Sangmélina.

les mères sont déclarées séropositives, ces actions s'accompagnent de visites sous médicament, au cours desquelles est vérifiée leur prise d'ARV<sup>58</sup>. Sur ce point, a été mis en œuvre le programme PTME<sup>59</sup> qui encourage chaque femme enceinte à se faire dépister et, en cas de séropositivité, à suivre ce programme de prise en charge dans un hôpital.

Toutes ces mesures prises par l'État camerounais concourent à un même objectif : réduire la mortalité maternelle et infantile sur toute l'étendue du territoire national à travers l'observation systématique des programmes internationaux spécifiques et la mise en place de programmes et de stratégies sanitaires locaux. Je dois rappeler ici que les systèmes de santé en Afrique fonctionnent grâce aux financements extérieurs de bailleurs de fonds (FMI, BM, ONG humanitaires laïques et religieuses) et grâce aux accords de coopération bilatérale de sorte que les politiques de santé camerounaises prennent racine dans des modèles internationaux, au gré des financements ou des priorités sanitaires (Sanni Yaya & Zerbo, 2015).

En dépit de ce qui précède, Ndjepel et al. (2014) montrent que la promotion de la santé (PS) reste insuffisamment mise en œuvre au Cameroun. Selon les auteurs, cela s'explique, premièrement, du fait que les activités se limitent essentiellement à la prévention des maladies et à l'éducation à la santé, deuxièmement par la prise en charge des déterminants sociaux de la santé y est quasi inexistante, et troisièmement à travers l'application effective sur le terrain de la charte d'Ottawa<sup>60</sup> mais qui présente des faiblesses. Cela dit, le gouvernement camerounais, à travers son ministère la Santé publique, a mis en place depuis les années 1990 « [...] une politique de santé qui correspond aux recommandations de l'initiative de Bamako et aux résolutions de la conférence de l'Organisation mondiale de la Santé d'Harare » (Okalla & Le Vigouroux, 2001, p. 11).

Par ailleurs, au Cameroun la coordination des politiques dans leur ensemble, pas seulement celles dédiées à la santé, reste également à accomplir (Lagarde, 2003). C'est pourquoi le gouvernement camerounais met en œuvre une réflexion visant à définir les actions prioritaires pour lutter le plus efficacement possible contre la pauvreté par l'intermédiaire du secteur de la santé (et pas uniquement sur celui de la médecine). À l'interface entre les OMD<sup>61</sup> (fixés en

---

<sup>58</sup> Antirétroviraux destinés à ralentir le virus du VIH/SIDA.

<sup>59</sup> Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

<sup>60</sup> Texte de base de régissant la promotion de la santé

<sup>61</sup> Dans la Déclaration du Millénaire pour le développement des Nations Unies, signée en septembre 2000, les dirigeants mondiaux s'engagent à combattre la pauvreté, la faim, la maladie, l'illettrisme, la dégradation de l'environnement et les discriminations à l'égard des femmes. Les OMD sont définis à partir de cette

2000) et les ODD<sup>62</sup> qui visent à encourager les États à un développement inclusif et durable, l'un des objectifs ciblés par ces ODD, d'ici à 2030, est « la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile, la fin des épidémies liées aux principales maladies transmissibles et la réduction de la mortalité précoce liée aux maladies non transmissibles. Ceci à travers un accès universel aux soins et services de santé, la promotion de comportements sains et le développement de milieux de vie favorables à la santé »<sup>63</sup>.

Pour l'État camerounais, il importe donc, par le respect des OMD et des ODD, de créer un environnement permettant aux populations de mener une vie en bonne santé (Kana, 2013). Le Cameroun reste attaché à l'accès universel aux services et soins de santé qui semble encore très lacunaire et inégal. Sur cet aspect, le Cameroun souhaiterait s'arrimer aux normes de la résolution A/67/L.36 adoptées par l'Assemblée générale des Nations Unies le 12 décembre 2012 et relative à la couverture sanitaire universelle. Celle-ci « invite les États membres à adopter une démarche multisectorielle et à traiter les déterminants de la santé par secteur en intégrant, au besoin, la santé dans toutes les politiques, tout en tenant compte de ses déterminants sociaux, environnementaux et économiques, afin de réduire les inégalités dans ce domaine et de favoriser le développement durable »<sup>64</sup>.

### **1.8. Le système de santé camerounais à l'ère de la santé numérique**

En mai 2018, la convention relative à la santé numérique a été approuvée à l'unanimité par les États membres de l'OMS (dont le Cameroun). Cette résolution de l'OMS exhorte les ministères de la Santé des pays membres à :

---

déclaration. Ils sont caractérisés par huit objectifs : Mettre fin à l'extrême pauvreté et la faim, Assurer l'éducation primaire pour tous, Promouvoir l'égalité des sexes , Réduire la mortalité infantile, Améliorer la santé maternelle , Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies, Assurer un environnement durable , Mettre en place un partenariat mondial. Informations à retrouver sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals> .

<sup>62</sup> Les objectifs de développement durable nous donnent la marche à suivre pour parvenir à un avenir meilleur et plus durable pour tous. Ils répondent aux défis mondiaux auxquels nous sommes confrontés, notamment ceux liés à la pauvreté, aux inégalités, au climat, à la dégradation de l'environnement, à la prospérité, à la paix et à la justice. Les objectifs sont interconnectés et, pour ne laisser personne de côté, il est important d'atteindre chacun d'entre eux, et chacune de leurs cibles, d'ici à 2030. Informations à retrouver sur : <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/objectifs-de-developpement-durable/> .

<sup>63</sup> Informations à retrouver sur : <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/objectifs-de-developpement-durable/>

<sup>64</sup> Informations à retrouver sur : <https://www.un.org/fr/observances/universal-health-coverage-day>

---

*« évaluer leur utilisation des technologies numériques pour la santé, y compris dans les systèmes d'information sanitaire aux niveaux national et infranational, afin de déterminer les aspects à améliorer et de donner un degré de priorité élevé, selon qu'il conviendra, à la mise au point, à l'évaluation, à l'exploitation, à l'application à plus grande échelle et à l'usage élargi des technologies numériques, dans le but de promouvoir un accès équitable, financièrement abordable et universel à la santé pour tous, en tenant notamment compte des besoins particuliers des groupes vulnérables dans le cadre de la santé numérique » (p.9).*

---

Tout compte fait, le système de santé camerounais est confronté à des défis qui occasionnent des pertes de ses performances ayant un impact cumulatif négatif sur la santé des individus. Parmi ses carences, on peut citer le manque de professionnels de santé<sup>65</sup> surtout en milieu rural ; l'inaccessibilité géographique des services de santé ; la faible demande de services ; le retard dans la prestation des soins, le faible respect des protocoles cliniques et les coûts supportés par les individus.

Le Plan stratégique national de santé numérique, qui définit et oriente la loi de la santé numérique au Cameroun, précise que l'une des finalités fondamentales de l'intégration de la santé numérique dans le système de santé camerounais est l'amélioration, la progression et le renforcement de la CSU<sup>66</sup>. Dès lors, la téléconsultation<sup>67</sup>, la télé-expertise<sup>68</sup>, la télésurveillance médicale<sup>69</sup>, la téléassistance médicale<sup>70</sup>, la télémédecine<sup>71</sup> ou encore la télémédecine informative<sup>72</sup> sont au cœur du système actuel de santé camerounais (prises en charge, consultations, accès aux soins, etc.).

En outre, comme le précise le Plan stratégique national de santé numérique (PSNSN), l'utilisation optimale des technologies numériques, pertinente pour améliorer les performances de tout système de santé, contribuera, d'ici à 2024, à l'optimisation de la qualité et de l'accessibilité tant géographique que financière de ses services de santé à tous les niveaux de sa pyramide sanitaire (central, intermédiaire, périphérique). Cependant, comme

---

<sup>65</sup> Selon l'OMS, on compte au Cameroun un médecin pour une population de 10 000 habitants

<sup>66</sup> La CSU consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, palliatifs et de réadaptation dont elle a besoin et à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût entraîne des difficultés financières pour les usagers.

<sup>67</sup> Un médecin consulte à distance un patient.

<sup>68</sup> Au sujet de la prise en charge d'un patient, un médecin sollicite à distance l'avis d'un ou de plusieurs de ses confrères en raison de leur formation ou de leurs compétences particulières.

<sup>69</sup> Un médecin interprète à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, prend les décisions relatives à sa prise en charge.

<sup>70</sup> Un médecin assiste à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte médical.

<sup>71</sup> La télémédecine permet aux professionnels de santé de réaliser à distance des actes médicaux pour des patients.

<sup>72</sup> La télémédecine informative organise la diffusion du savoir médical et des protocoles de prise en charge des malades et des soins dans le but de soutenir et d'améliorer l'activité médicale.

toute introduction d'innovations et de nouvelles approches, les interventions de santé numérique nécessitent des changements de comportements. Notamment, l'abandon des systèmes fondés sur le papier bien enracinés dans les mœurs sanitaires camerounaises et la conformité à des transitions vers de nouvelles pratiques, en l'occurrence, la pratique par les professionnels de santé de consultations à distance par l'outil internet. Or, en 2016, le Plan stratégique montre que, eu égard à son coût<sup>73</sup>, seuls 6 % des ménages camerounais ont accès à internet et que 4 % ont un accès à large bande fixe à domicile (au moins deux Mégabits), ainsi les pauvres, dont le revenu est inférieur au SMIC<sup>74</sup> (36 270 FCFA, soit 54 euros environ), ne peuvent pas accéder aux services d'E-santé. Sans compter le manque d'installation de réseaux performants en milieu rural. Quand bien même il en existe quelque fois, le coût des équipements à s'offrir ainsi que l'entretien de ceux-ci ne sont pas à la portée de tous, surtout dans ma zone d'enquête.

Dans ce qui suit, je présenterai le cadre socio-sanitaire de Sangmélina, zone d'enquête.

## **2. Le cadre socio-sanitaire de Sangmélina : entre biomédecine et médecines alternatives ou parallèles.**

Salem (1995) montre que, dans les pays du Nord comme dans ceux du sud, si la santé publique évolue favorablement depuis une dizaine d'années devant l'urgence de certaines nécessités, c'est parce que la médecine moderne cohabite avec des pratiques traditionnelles, souvent associées à une aide spirituelle axée sur la prévention et le traitement des maladies. Depuis quelques décennies, nous assistons, en effet, à une augmentation des offres de guérison sur le marché des soins (Mallart Guimera, 1977 ; Bibeau, 1978 ; Fainzang, 1985, 1986, 1997 ; Fassin, 1985, 1992 ; Hours, 1985 ; Laplantine, 1987 ; Benoist, 1996 ; Altglas *et al.*, 2007 ; Mbonji, 1993). Ces auteurs montrent que les systèmes de santé d'aujourd'hui, dans le monde et en Afrique, sont « pluriels », associant savoirs et pratiques biomédicaux et endogènes. Autrement dit, un cadre sanitaire ne peut plus être réservé à un modèle de soins unique du fait des diverses natures et causalités des maladies, mais qu'il est un tout dans lequel coexistent diverses voies de recours aux soins. Concernant ma zone d'enquête, il existe effectivement une complémentarité entre les institutions et les acteurs de la médecine biomédicale et ceux des médecines alternatives, notamment endogènes bulu. Le but est l'amélioration des conditions sanitaires des enfants tant en milieu rural qu'urbain. En particulier, les maladies infantiles locales y sont exclusivement prévenues et traitées par la

---

<sup>73</sup> En 2016, le coût moyen du Mégabit par seconde par mois est de 23 000 FCFA (36 euros environ).

<sup>74</sup> Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance

médecine endogène, tandis que les autres maladies infantiles biomédicales sont traitées autant par la biomédecine que par la médecine endogène.

Ce faisant, Herzlich et Pierret (1984) montrent que « c'est par rapport à une vision du social que nous nous interrogeons sur nos maladies et que nous les interprétons » (p. 167). Sans oublier que « la condition du malade et son identité sont solidaires de l'ensemble du système de valeur d'une société, du savoir qu'elle développe et des institutions de prise en charge qu'elle met en place » (p. 291). Cependant, au tréfonds de ce sillage pluriel et complémentaire du cadre sanitaire (mondial, africain et camerounais), une idée latente ressort : celle de la contestation des modes d'intervention de la science biomédicale dans le cadre de la santé et des soins, de la guérison et de la prévention. Cette contestation émane du fait que, premièrement, ces médecines alternatives ou parallèles constituent un contrepoids se fondant sur les faiblesses, limites et critiques de la médecine officielle (Laplantine & Rabeyron, 1987), et deuxièmement elles réduisent le monopole de la biomédecine dans le domaine des soins (Altglas *et al.*, 2007).

La médecine endogène propre à cette communauté bulu propose des soins culturels fondés sur la pharmacopée traditionnelle, les rites et les croyances ancestrales. Elle s'attache à prévenir et à soigner les maladies « locales » qui sévissent dans cette zone, car leurs nosologies et nosographies sont « construites socialement » (Jaffré & de Sardan, 1999). Cette communauté, comme nombre d'autres, vit ainsi dans un cadre où il n'existe pas véritablement de discours homogène sur la maladie, même si l'on observe un ensemble de représentations culturelles communes. Les individus ne parlent, en effet, pas de la même façon de la maladie selon leur sexe, leur religion, leur statut social et leur niveau socioculturel, leur situation de santé et leur localisation géographique (Bonnet, 1990). Dans cette zone, le choix de l'une ou de l'autre médecine lors d'épisodes morbides est lié aux diverses représentations sociales et culturelles associées à telle maladie. Lesquelles très souvent déterminent l'itinéraire médical à emprunter. Des années auparavant, Laplantine (1992) l'indiquait déjà en montrant que, dans les rapports étiologico-thérapeutico-préventifs, « c'est le plus souvent la représentation étiologique qui commande la représentation thérapeutique [...] » (p. 230).

Cet ensemble réflexif destiné à la prévention et au soin ainsi modelé s'accompagne, comme chez les Bakongo au Bas-Zaïre, du soutien et de la participation du « *Therapy Managing Group* » (Janzen, 1995). À vocation communautaire et se caractérisant par un partage d'expériences individuelles, collectives et locales au sujet d'un épisode morbide présent, ce

« *Therapy Managing Group* » est constitué de diverses personnes qui s'associent pour apporter leurs représentations, connaissances et savoir-faire afin que le patient recouvre sa santé.

Mes enquêtes soulignent, concernant les maladies infantiles et non infantiles évitables par le vaccin (MIEV et MNIEV), cette complémentarité entre les pédiatres et infirmiers et les tradipraticiennes. Parmi les MIEV (maladies infantiles évitables par le vaccin), figurent la rougeole, la varicelle, la poliomyélite, la diphtérie, la coqueluche, la rubéole, etc. Tandis que les secondes incluent le tétanos, les diarrhées à rotavirus, la fièvre jaune, la fièvre typhoïde, la méningite et la tuberculose, etc. Pour ces maladies – auxquelles s'ajoute l'une des principales causes de morbidité et de mortalité au Cameroun, à savoir le paludisme, qui n'a pas encore de vaccin –, tradipraticiennes, ethno-pédiatres, pédiatres et infirmiers s'échangent des informations.

Mes enquêtes montrent que les tradipraticiennes, en dehors des maladies infantiles locales qui sont exclusivement de leur ressort, sont massivement consultées par les pédiatres et infirmiers pour des maladies infantiles variées. Par exemple, quand une tradipraticienne reçoit un enfant qui présente des signes de fièvre typhoïde, elle contacte directement les infirmiers du centre de santé le plus proche après lui avoir administré des soins de premiers secours. Et, réciproquement, lorsqu'un enfant ne se rétablit pas après des soins intensifs à l'hôpital ou au centre de santé le plus proche, les médecins pédiatres et infirmiers jugent nécessaire de le recommander à une tradipraticienne. Cependant, d'un côté comme de l'autre, les objectifs sont différents. Pour la tradipraticienne, il s'agit d'obtenir la confirmation de la maladie, auprès d'un pédiatre, de son diagnostic par divination. Tandis que pour le pédiatre ou l'infirmier, il s'agit d'amener cette dernière à prendre complètement l'enfant en charge, car la biomédecine n'a pas pu trouver de solutions adéquates. Néanmoins, un enfant soigné par un pédiatre peut être ramené chez une tradipraticienne qui lui administrera un traitement endogène complémentaire. De même, dans le cas de maladies telles que la rougeole et la varicelle, quand un enfant vacciné en présente quelques mois plus tard les symptômes, les pédiatres le recommandent alors à une tradipraticienne afin qu'elle mette en œuvre des moyens traditionnels.

### **2.1. Les soins biomédicaux à Sangmélima : un cadre de « médecine clinique »**

Dans son ouvrage intitulé *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Foucault (1983) montre que le concept de « médecine clinique », qui fait partie des trois

grands paradigmes médicaux ou des trois types de sciences ou de pratique médicale<sup>75</sup> durant la période s'échelonnant entre la fin du XVIII<sup>e</sup> et le début du XIX<sup>e</sup> siècle, consiste à : « démêler le principe et la cause d'une maladie à travers la confusion et l'obscurité des symptômes ; connaître sa nature, ses formes, ses complications ; distinguer au premier coup d'œil tous ses caractères et toutes ses différences » (p. 88). Dans cette médecine clinique, le regard du médecin est central et permet « de voir, d'isoler des traits, de connaître ceux qui sont identiques et ceux qui sont différents » (*ibid.*).

Selon le plan communal de développement de Sangmélina (PCDS, 2018), la majorité de ces institutions sanitaires se trouvent en milieu urbain (centre-ville, différents quartiers). Les autres se situant dans des localités à une distance de moins de trois kilomètres du centre-ville. Ces localités sont considérées comme des quartiers à part entière de la ville, malgré leur appartenance à la zone rurale. Le tableau suivant présente les types d'institutions sanitaires biomédicales « opérationnelles » recensées en milieu urbain et leur quantité.

INSTITUTIONS SANITAIRES BIOMEDICALES	QUANTITÉ
Hôpitaux de référence	01
Hôpitaux de district	01
Hôpitaux privés confessionnels	14
Centres de santé intégrés	05
Centres de santé privés confessionnels	01
Dispensaires	01
Pharmacies	24
Laboratoires d'analyses médicales	10
Maternités	10

**Tableau 4** : Type d'institutions sanitaires biomédicales opérationnelles en milieu urbain, source : PCDS, 2018

Mes enquêtes montrent que ces institutions sanitaires ne satisfont pas véritablement les attentes des populations. Elles (ces institutions sanitaires) se caractérisent par le manque permanent de médicaments, par une insuffisance de personnel médical et, visiblement, par des difficultés relationnelles entre soignants et soignés (Jaffré & de Sardan, 2003). Elles peinent à améliorer les conditions de santé des populations, et surtout celles des enfants. Elles font souvent preuve d'un manque cruel de moyens logistiques, d'équipement et de personnels de

<sup>75</sup> À côté de la médecine des espèces et de la médecine des épidémies (p. 88).

santé bien formés (Eliwo Mandjale Akoto *et al.*, 2001). Sans oublier que la médecine qui y est pratiquée est « impersonnelle et ne vise pas à prendre en charge les aspects sociaux et culturels de la maladie » (Benoist, 2004, p. 6).

### **2.1.1. L'hôpital de District : clé de voûte de la « médecine clinique » dans cette zone**

Malgré la présence à Sangmélima d'un hôpital de référence, dont la construction date de 2019, d'hôpitaux publics et privés confessionnels, de CSI, de centres de santé privés confessionnels, la santé de sa population a toujours été sous l'égide de l'hôpital de District<sup>76</sup>. Concernant particulièrement l'hôpital de référence, il est à la base conçue comme un « palliatif » de l'hôpital de District auquel recourent les malades ne trouvant pas de solutions à leurs problèmes de santé, notamment pour y réaliser des analyses plus poussées que dans les autres formations sanitaires du District.

Le service de santé du District vise à vulgariser à l'échelle locale l'approche communautaire et participative de la santé publique. Il (le service de santé du District) comprend, d'une part, le niveau décentralisé des centres de santé intégrés (des responsables des soins primaires et du maintien d'un contact étroit avec la communauté), et d'autre part, l'hôpital (niveau de référence des malades pour les centres de santé). Un district de santé – entité géographique délimitée ayant une population définie ainsi que des services administratifs et techniques décentralisés – est constitué d'un ensemble de structures sanitaires. Notamment le service de santé de district, l'équipe-cadre de district, les aires de santé et l'hôpital de district. Base du système de santé de son territoire, le district de santé assure la planification, la mise en œuvre, la supervision et l'évaluation des activités de santé au niveau local.

L'hôpital de District intègre le cadre de la décentralisation du système de santé camerounais. Le système de santé biomédical qu'il coordonne met en exergue le bien-fondé de la participation des communautés de cette zone pour améliorer leur état de santé et de celui de leurs enfants. Sur cette question de participation communautaire, Baumann et al. (2001) précisent que :

---

<sup>76</sup> Cette appellation a été conservée bien que la ville de Sangmélima soit devenue un arrondissement et le chef-lieu du Département de Dja et Lobo

---

*« Dans l'approche communautaire de la santé, il ne s'agit pas de considérer les communautés comme de simples collectivités à l'échelle desquelles seraient administrés des soins. L'action de santé dans une perspective communautaire suppose que la communauté soit elle-même actrice [...] et que s'instaurent entre elle et les professionnels de santé des rapports fondés sur un partage des savoirs, une collaboration, voire un engagement communautaire [...] » (p. 22).*

---

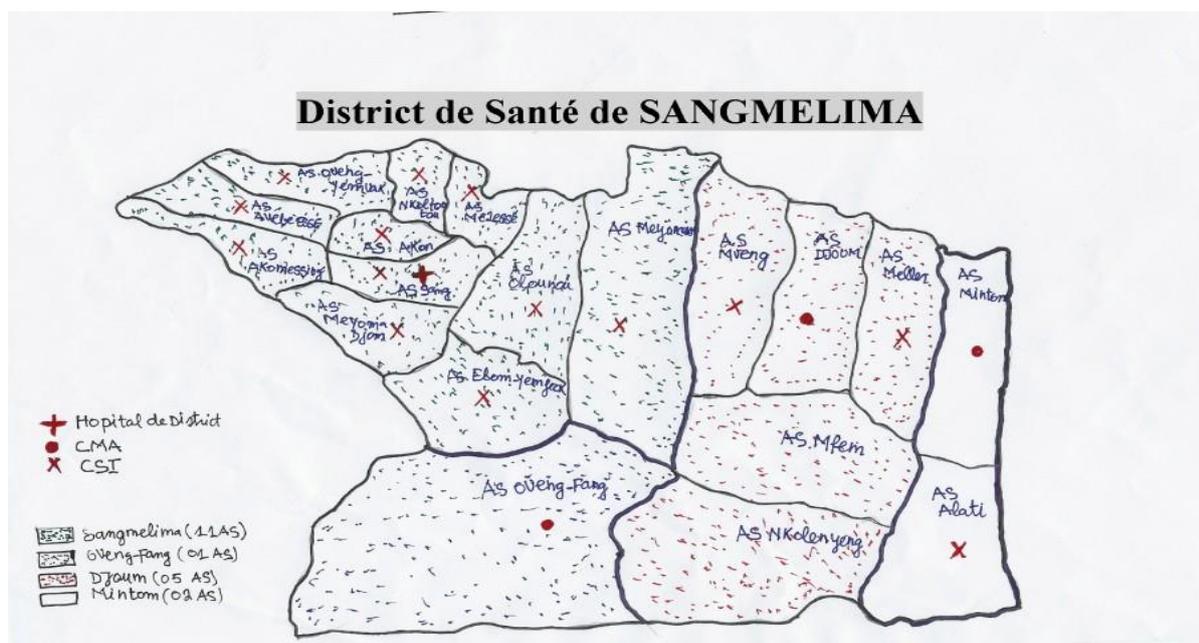
En effet, cette approche communautaire de la santé à travers le système biomédical ne cadre pas avec la communauté bulu de Sangmélina. Autrement dit, si cette communauté est au cœur des actions de santé, de sa santé et de celle des enfants, ce n'est pas toujours à travers le système de santé biomédical. Mais surtout à travers sa médecine endogène. Cependant, bien qu'elle soit au cœur de la santé à travers sa médecine endogène, cette communauté ne vit pas en dehors de ce système de santé biomédical, car elle en est une des composantes. Les diverses collaborations, d'une part, entre la communauté, les tradipraticiens et les professionnels de santé publique, et d'autre part, entre la communauté, les tradipraticiens et les institutions sanitaires biomédicales sont autant d'éléments qui attestent, simultanément, de l'engagement des Bulu dans les actions de santé biomédicales, ainsi que dans la santé endogène.

L'hôpital de District de Sangmélina se situe au niveau périphérique de la pyramide sanitaire du système de santé camerounais. Ce statut particulier lui permet d'obtenir une multitude de missions par rapport aux autres institutions sanitaires (CSI, hôpitaux publics et privés, confessionnels, etc.). Il tient le rôle d'interface entre les autres services de santé et les communautés bénéficiaires. Il assure la cogestion des services de santé entre, d'une part, les structures de dialogue tant au niveau communautaire qu'au niveau d'autres formations sanitaires en milieu urbain et rural, et, d'autre part, entre les communautés et les autres formations sanitaires.

Le système de soins de cette zone peut être représenté par une carte sanitaire qui délimite les différentes aires de santé<sup>77</sup> (AS) dépendantes du district de santé de Sangmélina, de même que celles de ses arrondissements limitrophes (Ovengfang, Djoum et Mintom). Ces arrondissements sont des zones rurales du Département de Dja et Lobo sous la tutelle sanitaire du district de santé.

---

<sup>77</sup> Une aire de santé, qui est une formation sanitaire publique, est une zone géographique délimitée par un seul centre de santé intégré. En plus d'un CSI, une aire de santé peut contenir un ou plusieurs centre(s) de santé privé(s) laïc(s) ou confessionnel(s).



**Figure 7** : organisation de la carte sanitaire du district de santé de Sangmélima. Source : direction PEV hôpital de district de Sangmélima, 2018.

De cette carte sanitaire, il apparaît que Sangmélima compte globalement, milieux rural et urbain associés, onze aires de santé. Chacune d’elles est représentée par un Centre de santé intégré (CSI) ayant à sa tête un infirmier – ou, parfois, un médecin généraliste, surtout dans les localités qui regorgent d’élites de la République. Selon mes enquêtes, ce nombre d’aires de santé pourrait augmenter dans les années à venir. Des dispositions gouvernementales sont envisagées afin que chaque village, sur les 101 (hormis les huit quartiers de la ville) qui constituent les quatre cantons de l’arrondissement (Nlobo Lobo, Ndou Libi, Afamba Libi et Mepho), soit doté d’un CSI. Pour le moment, les aires de santé qui figurent sur cette carte sanitaire ont été construites selon les groupements, la proximité des villages et des communautés.

### 2.1.2. Les offres de soins biomédicaux dans la zone de Sangmélima

Parallèlement à cette offre de soin « institutionnelle » précédemment analysée, fleurit le secteur de la vente illicite de médicaments ou de la « médication sauvage » (Monteillet, 1999) qui propose des médicaments à des prix très bas, librement pratiqués. Là où ceux (les médicaments) de la pharmacie du centre de santé coûtent cher, car vendus aux prix fixés par l’État, ceux ayant un statut « informel » (Fassin, 1985) ou « hors du cadre formel du système pharmaceutique » (Baxerres & Le Hesran, 2006) attirent une population nombreuse. En outre,

ses divers acteurs<sup>78</sup>, qui sont non professionnels, sont très proches des populations, car nombre d'entre eux se déplacent à vélo et parcourent au quotidien des dizaines de kilomètres dans les contrées. Quant à ceux qui occupent des échoppes au cœur des villages, celles-ci sont constamment ouvertes, contrairement à la pharmacie du centre de santé. En somme, l'essor de ce secteur, selon Baxerres & Le Hesran (2006), est dû au fait qu'il « propose un accès optimal des médicaments aux populations et, dans certains cas, des conseils thérapeutiques, présente de nombreux avantages, tant économiques que culturels et sociaux, et s'adapte parfaitement au mode de vie des populations » (p. 219). En particulier, il (ce secteur) répond au faible pouvoir d'achat des populations (Shakoor *et al.*, 1997).

Dans ces « pharmacies du panier » (Monteillet, 2005), les produits pharmaceutiques de toute nature proviennent de divers trafics. Leur introduction, par ces marchands, permet notamment que des alliances entre proches s'établissent pour échanger des idées, des recettes thérapeutiques et préventives.

L'automédication – à savoir l'utilisation de plantes médicinales ou de médicaments à sa disposition, le recours à un pharmacien ou à un vendeur ambulant de médicaments (Gruénais, 2007) –, n'est pas en reste. Elle se développe et prend tout son sens dans le cadre de certaines maladies infantiles. Ainsi, dans une étude menée au Cameroun et portant sur la prise en charge de plus de 500 enfants dans deux zones périphériques, Gruénais (2007) indique que 57 % des personnes de son échantillon y ont recouru avant la consultation dans des structures de soin.

## **2.2. Les soins endogènes à Sangmélima : un cadre exclusif de tradipratiques**

Trois facteurs expliquent les mouvements actuels des populations africaines en faveur d'une valorisation de la médecine traditionnelle pour apaiser leurs souffrances physiques et psychologiques. Tout d'abord, la conférence d'Alma Ata en 1978 qui entérine l'avènement des Soins de santé primaires (SSP) en insistant sur la participation des populations aux stratégies de soins qui leur sont destinées. Les populations étant alors considérées non pas comme de simples usagers, mais plutôt comme des acteurs de l'action sanitaire (Dozon, 1987). En ce sens, la santé des populations requiert la mobilisation de compétences et de savoirs endogènes disponibles (Abondo-Ngono *et al.*, 2015). Ensuite, la Déclaration de la décennie de développement de la médecine traditionnelle (DDMT, 2001-2010) instituée par les Chefs d'États et de gouvernements des pays membres de l'Union africaine (UA) dans l'optique d'améliorer les conditions sanitaires de la population par l'intégration de la

---

<sup>78</sup> Notamment des vendeurs ambulants, des vendeurs sur les marchés hebdomadaires, des vendeurs à domicile ou encore des agents de santé du village.

médecine traditionnelle dans les systèmes nationaux de santé. Enfin, comme déjà évoqué, les insuffisances de la médecine moderne, notamment le faible accès des populations aux médicaments essentiels dû à l'insuffisance de leur pouvoir d'achat, au manque de véritables structures voire de personnel soignant en milieu rural.

Au sein des soins de santé en Afrique en général et à Sangmélina en particulier, la médecine traditionnelle occupe une place importante. Environ 80 % des Africains recourent aux remèdes issus des savoirs médicaux locaux ou aux tradipraticiens de santé (Mbonji, 2009 ; Mozouloua & Kobangue, 2010). Cette place de la médecine traditionnelle a d'ailleurs été renforcée, en 2001, par l'institutionnalisation de la célébration, dans le cadre de la DDDMT évoquée plus haut, d'une journée africaine de la pharmacopée et de la médecine traditionnelle. Celle-ci (cette journée) se célèbre le 31 août de chaque année. Cela a été unanimement décidé à Lusaka par les Chefs d'État de l'UA. D'après Mozouloua & Kobangue (2010), l'OMS (2002) a alors demandé à chaque État membre de mettre en œuvre des stratégies pertinentes pour créer un cadre propice à la promotion de la médecine traditionnelle. Chaque pays a ainsi pris l'engagement en même temps d'organiser ce secteur – en créant des structures adéquates de médecine traditionnelle, en mobilisant des moyens et en encourageant la collaboration entre tous les acteurs – et de valoriser la recherche scientifique pour son développement.

Au Cameroun, la médecine traditionnelle ou endogène est reconnue par le Gouvernement et le ministère de la Santé publique. Son mode de transmission demeurant oral et l'acquisition de ses connaissances se faisant par l'apprentissage et l'initiation dans le secret. Des avancées significatives en matière de médecine traditionnelle ont vu le jour depuis la création en 1979 de l'Institut de recherches médicales et d'études des plantes médicinales (IRMEPM). Reconnu par le Gouvernement et le ministère de la Santé, cet institut délivre des attestations aux tradipraticiens regroupés en association par les administrations préfectorales. Il existe également un Conseil supérieur de la médecine traditionnelle du Cameroun (COSMETRAC) dont la principale mission est de défendre et de promouvoir les intérêts de la médecine traditionnelle au Cameroun et dans le monde, afin que soient améliorées, reconnues et vulgarisées les connaissances de cette médecine des temps immémoriaux. Le ministère de la Santé publique a mis en œuvre une approche. Celle-ci passe d'abord par l'identification, par le Conseil national des tradipraticiens du Cameroun (CNT), des tradipraticiens, de leur organisation et de leur gestion, à travers ses démembrements régionaux et de district, conformément au cadre de mise en œuvre du plan stratégique de 2006 (Abondo-Ngono *et al.*, 2015).

D'ailleurs, au moment de l'élaboration du plan stratégique national de développement et d'intégration de cette médecine traditionnelle africaine dans le système de santé (Plan stratégique MTR, 2006-2010), il apparaît, entre autres, selon Abondo-Ngono *et al.*, (2015), que celle-ci est fortement ancrée dans la culture nationale, surtout en zone rurale. De ce constat, il ressort que l'accès aux soins conventionnels n'est pas effectif pour la majorité de la population, y compris celle urbaine ; que les tradipraticiens sont bien intégrés et reconnus dans leurs communautés et que, par conséquent, ils peuvent jouer un rôle important dans l'information sanitaire, les soins de santé primaires et comme premier recours ; que nombre d'entre eux mettent régulièrement au point, à l'aide de techniques traditionnelles, de nouvelles recettes originales par leur composition et leur méthode de préparation ; que la pharmacopée traditionnelle propose des pistes de recherche intéressantes pour la mise au point de médicaments utilisables dans le traitement de pathologies majeures telles que la tuberculose, le paludisme et la drépanocytose (*ibid.*, p. 57).

En 2002, dans le cadre d'une stratégie qui visait à développer des guides d'utilisation des méthodes traditionnelles, de cadrer leur organisation ainsi que des systèmes de standardisation et des méthodologies pour leur recherche et leur évaluation, l'OMS<sup>79</sup> a proposé quelques définitions. Ainsi, la médecine traditionnelle est :

« L'ensemble des connaissances et des pratiques explicables ou non utilisées pour diagnostiquer, prévenir ou éliminer des maladies physiques, mentales ou sociales, et qui peuvent se fonder essentiellement sur des expériences ou des observations passées transmises de génération en génération oralement ou par écrit. ».

Elle « se rapporte aux pratiques, aux méthodes, savoirs et croyances en matière de santé qui impliquent l'usage à des fins médicales de plantes, de parties d'animaux et de minéraux, de thérapies spirituelles, de techniques et d'exercices manuels – séparément ou en association – pour soigner, diagnostiquer et prévenir les maladies ou préserver la santé ».

Elle est enfin « la somme totale des connaissances, compétences et pratiques qui reposent sur les théories, croyances et expériences propres à une culture et utilisées pour maintenir les êtres humains en bonne santé ainsi que pour prévenir, diagnostiquer, traiter et guérir des maladies physiques et mentales ».

Dans le même ordre d'idées, une autre Stratégie de l'OMS<sup>80</sup> pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023 a été élaborée en appui à la précédente de 2002 précédemment citée. La

---

<sup>79</sup> Disponible sur : [www.who.int/topics/traditional\\_medicine/definitions/fr](http://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/fr)

<sup>80</sup> Disponible sur : [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95009/9789242506099\\_fre.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95009/9789242506099_fre.pdf)

Stratégie de l’OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023. Cette Stratégie visait à d’aider les États Membres à : mettre à profit la contribution potentielle de la médecine traditionnelle (MT) à la santé, au bien-être et aux soins de santé centrés sur la personne ; [...]. Cette Stratégie vise à épauler les États Membres dans le développement d’une politique active et la mise en œuvre de plans d’action qui permettront à la MT de jouer un rôle accru dans la préservation de la santé des populations (p.11).

De mes enquêtes, d’autres avancées importantes seraient en perspective afin d’améliorer les conditions de travail des tradipraticiens et d’accorder à cette médecine endogène africaine un véritable statut à l’échelle nationale, régionale et mondiale. Concernant Sangmélina, la médecine endogène semble de plus en plus occuper une place de choix dans l’environnement sanitaire. L’impression qui se dégage n’est pas que la biomédecine est lésée ou alors que les populations ne s’y rendent plus pour leurs soins. La réalité est qu’il y a une sorte de distance qui s’est créée entre les populations et les institutions sanitaires biomédicales. Et cette distance ne se perçoit pas seulement à travers les maladies locales, notamment celles infantiles locales. Elle se vit également à travers les, épidémies, les endémies et les pandémies. La covid-19 qui a sévit a été un exemple palpable pour comprendre cette distance. Car, bien que les dépistages se faisaient dans les hôpitaux et autres institutions sanitaires biomédicales ; bien que les mesures barrières, y compris toutes les autres mesures en vigueur, étaient respectées, les populations se dirigeaient vers les tradipraticiens pour des soins préventifs et thérapeutiques.

La médecine traditionnelle regroupe tout de même une diversité de savoirs, de pratiques et de croyances en matière de soins de santé. Autant dire que sa complexité est difficile à circonscrire dans des dispositifs communs d’organisation. Les tradi-médecines constituent un prisme à travers lequel l’on peut tenter de comprendre les différents rapports qu’une socio-culture entretient avec les soins de santé, la guérison, la prévention et les maladies.

### **2.2.1. Les représentations des « tradipraticiens » dans les soins préventifs et thérapeutiques à Sangmélina**

Pour les Bulu, les tradipraticiens font partie intégrante de leur vie, de leur mode de vie. L’observateur étranger peut en identifier l’ensemble des techniques, des savoirs et pratiques préventifs et thérapeutiques endogènes. Lequel (cet ensemble) est essentiellement fondé sur l’usage des richesses du milieu naturel (matières végétales, animales), du milieu culturel

(principes spirituels de la religion ancestrale et bien d'autres objets ou indices culturels destinés à guérir, à soigner et à protéger).

Par ces tradipratiques, les Bulu expriment leur identité culturelle sanitaire, qu'ils perçoivent comme précieuse et qu'ils cherchent à préserver. De fait, il ne s'agit ici ni d'un ethnocentrisme selon lequel chaque groupe situe ses valeurs au-dessus de celles des autres, ni de cette tendance selon laquelle les individus considèrent leur société comme un modèle (Lévi-Strauss, 1949). Il s'agirait plutôt d'un ethnocentrisme dans lequel les sujets se réfèrent aux valeurs ancestrales pour résoudre au quotidien leurs divers problèmes de santé, notamment locaux. L'école française d'ethnocentrisme offre à ce propos une réflexion pertinente et éclairée applicable à ce cas précis. D'après Pierre-Jean Simon, que cite Cuche (2010) :

---

*« L'ethnocentrisme doit être tenu pour un phénomène pleinement normal, constitutif, en fait, de toute collectivité ethnique en tant que telle, assurant une fonction positive de préservation de son existence même, constituant comme un mécanisme de défense de l'in-group vis-à-vis de l'extérieur. Un certain degré d'ethnocentrisme est, en ce sens, nécessaire à la survie de toute collectivité ethnique... » (pp. 146-147).*

---

Dans cette zone, s'il existe, concernant les sources de pouvoir, de guérison et de prévention, des différences entre les tradipraticiens (tous ne sont pas initiés selon les mêmes voies de transmission), force est de constater qu'ils sont complémentaires. Lors d'un épisode morbide, faire appel à une mamans âgées n'exclut pas de recourir à une matrone, à un blindeur ou encore à des initiés du culte des ancêtres spécialistes des rituels religieux traditionnels. Pour Fainzang (1986), cet ensemble, hormis sa complémentarité en matière de soins, constitue « l'institution divinatoire » (p. 116), rassemblant des « personnages qui tiennent leur savoir de leurs ancêtres, mais tirent leur pouvoir des génies » (p. 99).

### **2.2.2. « L'institution divinatoire » : un cadre essentiel dans la médecine endogène bulu**

Dans les milieux ruraux et urbains de Sangmélima, comme dans la plupart d'autres milieux du Cameroun, des auteurs tels que : Adler & Zempleni, 1972 ; ; Mallart-Guimera, 1977 ; De Rosny, 1981 ; Hours 1985 ; Laburthe-Tolra, 1985 ; Monteillet, 1998, 1999, 2005, 2006, etc., ont mené des recherches sur la santé et les systèmes de santé endogènes africains, notamment camerounais. La plupart de ces études partagent l'idée selon laquelle : « la guérison en

Afrique est plus qu'ailleurs reliée au monde invisible<sup>81</sup> ». En effet, en Afrique, la maladie comporte une dimension mystérieuse en lien avec les relations sociales entre les vivants, les morts et des puissances surnaturelles (Etiembré, 2019). De plus, lors d'un épisode morbide, il faut procéder à une vérification systématique de tous les secteurs de la vie – ou mieux de toutes les couches concentriques d'influence – de la victime considérée comme le porte-maladie de son entourage, son univers devant être inventorié, rassemblé, récapitulé (De Rosny, 1981). La divination est donc plus rétrospective que prospective (Latour, 1997), consistant à établir un diagnostic du mal qu'endure le malade en le rendant visible, puis de rechercher dans son environnement ce qui a pu le déclencher (Barrier, 2019).

L'un des avantages majeurs de la divination, qui s'opère dans le contexte des soins traditionnels par l'entremise d'un devin qui lui confère un certain succès, est qu'elle « [...] a une force singulière, un dynamisme vital qui l'amène à voir l'invisible au-delà des apparences, à identifier les rapports de force, notamment les forces positives et négatives, le bien et le mal chez les autres » (Barrier, 2019, p. 75). Car, le vrai devin-guérisseur « est celui qui sans interroger connaît le cœur de son client à l'opposé du faux qui interroge » (Saulmier, 2019, p. 193).

Dans le même ordre d'idées Adler & Zempleni (1972), Fainzang (1986), Rossi (2007), Schmitz (2006) ont apporté des contributions beaucoup plus détaillées sur cette pratique (la divination). Pour Schmitz (2006), qui a souvent enquêté sur les guérisseuses en Belgique, la divination en réfère aux soins par l'invisible dont les maîtres sont des guérisseurs. Rossi (2007) souligne que, tant pour la médecine traditionnelle en général que pour la divination en particulier, l'aspect le plus marquant réside dans le fait que les conceptions de santé, de maladie et de corps mobilisent des symboliques au fondement de toute culture, et mettent souvent en jeu le spirituel. Fainzang (1986), par son concept d'« institution divinatoire » élaboré auprès des Bisa du Burkina Faso, explore l'ensemble des mécanismes de soins thérapeutiques et préventifs traditionnels qui entourent le malade. La maladie devient, selon l'auteure, un « évènement » qui rassemble autour du corps souffrant les ancêtres et les génies, les guérisseurs et les devins. Enfin, Adler & Zempleni (1972) s'appuient sur Monteil (1931) et montrent que la divination est présentée comme : « l'art du devin tenant une place considérable, primordiale dans la vie de l'indigène, car qu'il s'agisse de l'individu ou de la

---

<sup>81</sup> Association LE MUVACAN (Musée vivant des Arts et Civilisation d'Afrique à Nantes), *Les arts de guérir en Afrique, de la tradition à la médecine conventionnelle*. Comprendre... L'Harmattan, 2019.

société, nul ne peut se passer du devin dont la science n'est d'ailleurs pas restreinte au seul présent, mais embrasse également le passé et l'avenir » (p. 11).

Cependant, même si la divination en elle-même apparaît comme un objet de connaissance et comme un moyen de connaissance des objets dont elle traite (Adler & Zempleni, 1972), il faut souligner qu'elle demeure culturelle, puisqu'elle diffère d'une région à une autre, d'une communauté à une autre. Si les outils utilisés par tous les devins guérisseurs sont identiques. en revanche, les pratiques, les moyens, les techniques et les dispositifs spatiaux qui caractérisent la divination sont différents et multiples selon les régions et les communautés. En effet, d'après mes lectures et mes investigations chez les Bulu, la divination pratiquée dans le cas d'un épisode morbide d'un enfant ne saurait pas être analogue à celle concernant un enfant Bissa (Burkina Faso), Mossi (Burkina Faso) ou encore Soninké (Burkina Faso). Elle (la divination) se pratique selon les normes et les contextes et au cas par cas.

À Sangmélina, mes observations indiquent une diversité de guérisseurs et devins guérisseurs (tradipraticiennes, matrones, blindeurs, etc.) qui, se situant entre le monde visible (sensible, des maladies, du mal) et invisible (d'où ils puisent des ressources de soins), préviennent et traitent les maladies en employant les méthodes, les techniques et les outils divinatoires. Ces guérisseurs et devins guérisseurs, dont la plupart sont des femmes<sup>82</sup>, cumulent, à de divers degrés, d'autres fonctions relatives aux soins, qui, par l'environnement (africain) dans lequel ils exercent, sont nécessaires. Par exemple, le « connaisseur » (devin guérisseur), considéré par la communauté comme un « spécialiste » des rouages de la divination en vue de la prévention et de la guérison des maladies, doit également intégrer le « généralisme ». Celui-ci (ce généralisme) doit le conduire dans la maîtrise des connaissances sur l'anatomie, la psychologie, la pharmacopée, ainsi que sur la cosmogonie locale (Hampaté Bâ, 1972), puisqu'en Afrique la vie est conçue comme une unité dans laquelle tout est relié, interdépendant (*ibid.*).

J'ai rencontré des tradipraticienennes qui m'ont fait part d'une autre façon d'utiliser la divination pour diagnostiquer les maladies : le recours au rêve. Selon elles, le rêve est un moyen indispensable dans les processus de prévention, de soin et de guérison. Car, c'est à ce

---

<sup>82</sup> Dans cette zone, depuis toujours, les femmes âgées sont guérisseuses spécialistes des maladies infantiles. D'après mes enquêtes, ce statut s'explique par trois raisons principales : en tant que femmes, elles possèdent un sens maternel qui leur permet d'observer et de décrypter la bonne santé ou non d'un enfant à partir d'un simple regard et de palpations ; leurs expériences thérapeutiques et préventives dans la santé maternelle et infantile sont issues de leur longue pratique de leur métier d'ethno-pédiatre ; elles possèdent des pouvoirs spécifiques relatifs aux maux des enfants qu'elles ont reçus par initiation.

moment-là que les ancêtres et les génies indiquent ou recommandent plusieurs écorces, herbes médicinales, parties d'animaux et d'oiseaux spécifiques pour une maladie particulière. Au petit matin, dès son réveil, quand sa mémoire est encore fraîche et pure, la guérisseuse part à la recherche de ces produits. En ce sens, elle est une intermédiaire initiée entre les ancêtres, les génies et les enfants souffrants.

La biomédecine et la médecine endogène bulu ne sont pas les seuls éléments constitutifs de ce cadre socio-sanitaire. Mes enquêtes révèlent qu'il existe également des éléments non négligeables dans ce contexte, notamment la religion et la spiritualité. Car, Dieu et les endo culte, notamment le culte des ancêtres ou l'animisme aussi guérissent (Hampaté Bâ, 1972 ; Tonda, 2003 ; Gruénais, 2004 ; Kouvouama, 2004, etc.).

### **2.2.3. Rapports entre religion, spiritualité et santé chez les Bulu**

La relation entre la religion (*e yebe*), la spiritualité (*ngoul melan*) et la santé (*mvoe*) n'est plus à démontrer dans cette socio-culture. Elle est vivante et visible. De mes enquêtes, cette communauté, afin d'apaiser les souffrances corporelles, sociales et psychiques, associe à la médecine endogène des pratiques religieuses (l'usage d'eau bénite, d'encens, de prières et neuvaines prescrites par des prêtres et des pasteurs, et les reliques, etc.) et spirituelles (invocation des ancêtres défunts, des génies, des totems, etc.). Ainsi, comme le rappelle Gruénais (2004) :

---

*« Religion et guérison, on le sait, ont partie liée depuis la fondation du christianisme, et ce lien "organique" se développe notamment en Afrique dans le cadre d'églises prophétiques, des mouvements de réveil [...], la maladie et sa guérison étant le plus souvent les "formes élémentaires" de la conversion. Pour les prêtres et les pasteurs des églises "historiques", la maladie apparaît aussi comme une expérience ontologique et religieuse fondamentale. » (p. 30).*

---

En conséquence, dans cette zone, dès lors qu'une composante de la structure socioculturelle – qu'elle soit matérielle ou immatérielle, institutionnelle ou non – peut contribuer à l'apaisement des douleurs et des souffrances, la communauté en fait usage. Hampaté Bâ (1972) souligne, à cet égard, que, non seulement « le sacré est présent en toutes choses en Afrique » (p. 119), mais encore, et surtout que, « dans la vieille Afrique<sup>83</sup>, il n'y a pas de profane, tout est religieux, tout a un but, tout a un motif » (Hampaté Bâ, 1994, p. 335). La

---

<sup>83</sup> L'auteur emploie ce terme dans son ouvrage pour signifier que cette Afrique-là désigne à la fois l'Afrique précoloniale et l'Afrique dite « des villages », celle de l'arrière-pays, qui a su garder ses valeurs malgré l'influence occidentale.

consultation, d'un côté, des prêtres et des pasteurs et, de l'autre, des ancêtres défunts, des génies est centrale. Par exemple, quand une mère dont l'enfant souffrant va consulter un initié du culte des ancêtres, ce dernier l'emmène sur leurs tombes pour effectuer des incantations spirituelles. Les ancêtres n'apportent des solutions aux doléances de cette mère que dans la nuit, par l'intermédiaire des rêves de l'initié, qui transmettra ensuite à la mère de l'enfant les remèdes adéquats à sa maladie. C'est ainsi que, dans ce culte, les ancêtres défunts sont érigés en dieux – pour qu'ils ont le pouvoir de guérir – et servent d'intermédiaires entre la communauté et le Dieu suprême.

### **Conclusion**

Dans ce chapitre, il a été question de présenter les aspects socio-sanitaires du Cameroun et de Sangmélina. Concernant le Cameroun, cette présentation s'est articulée sur les fondements et l'organisation de son système de santé, sur les étapes majeures de sa politique sanitaire et sur son introduction du numérique en santé. Concernant Sangmélina, son organisation sanitaire est soumise aux normes, règles et principes des dispositions sanitaires mises en œuvre par le gouvernement camerounais (locales) ou suggérées par les organisations internationales (globales). En fin de compte, il apparaît que, malgré la mise en œuvre de programmes et de stratégies sanitaires infantiles visant la protection des enfants sur les plans juridique, social, politique et sanitaire, des disparités en matière de santé perdurent. Sans oublier les efforts considérables qui sont réalisés par le gouvernement, en alliance avec les organismes nationaux et internationaux, pour améliorer la santé infantile à travers la progression de la CSU, d'où l'adaptation, par exemple, au numérique du système de santé camerounais. L'une des particularités de Sangmélina est que, dans le domaine de la santé infantile, les médecines biomédicale et traditionnelle s'entrecroisent et interagissent. Toutefois, concernant les maladies infantiles locales, il n'existe pas de complémentarité entre les deux médecines, la médecine endogène détenant l'exclusivité de la prévention, des soins ou de la guérison.

Dans la suite, il sera question de présenter le cheminement de la construction de l'objet d'étude, exposer la stratégie d'enquête de terrain ainsi que les théories mobilisées.

## **CHAPITRE 2: CONSTRUCTION DE L'OBJET D'ÉTUDE, STRATÉGIE D'ENQUÊTE DE TERRAIN ET CHOIX THÉORIQUES**

### **Introduction**

Dans ce chapitre, il s'agira tout d'abord d'élucider la démarche scientifique mise en œuvre dans cette thèse pour construire son objet d'étude. Par la suite, je présenterai l'entrée sur le terrain de recherche, les cadres matériels et temporels de la recherche, les rapports synthétiques des études de terrain, les enquêtés, les techniques de collecte des données utilisées. Sans oublier les théories d'analyse et d'interprétation des données, notamment la théorie de l'anthropologie interprétative de la maladie de Kleinmann et l'ethnométhodologie, qui ont permis de rendre plus compréhensibles les fondements de cette étude, les notions employées et les dynamiques fonctionnalistes mises en œuvre par la communauté bulu dans ce contexte marqué par la santé infantile.

### **1. DE LA CONSTRUCTION DE L'OBJET D'ÉTUDE**

Au sujet de la construction d'un objet d'étude scientifique, Bourdieu (1992) proposait une réflexion qui demeure d'actualité. Ainsi :

---

*« Construire un objet scientifique, c'est, d'abord et avant tout, rompre avec le sens commun, c'est-à-dire des représentations partagées par tous, qu'il s'agisse des simples lieux communs de l'existence ordinaire ou des représentations officielles, souvent inscrites dans des institutions, donc à la fois dans l'objectivité des représentations sociales et dans les cerveaux. Le préconstruit est partout ».*  
(p.207).

---

Dans le même ordre d'idées, Freud (2008) définit l'« objet » – qui peut être « d'amour », « de haine » ou « d'étude » – dans son rapport avec la pulsion, laquelle représente la frontière entre l'organique et le psychique qui, lui-même, se traduit mentalement sous la forme d'un puissant désir. Cela étant, si, pour Freud, le but d'une pulsion est sa satisfaction, « l'objet » est quant à lui ce par quoi la pulsion peut atteindre son but ou ce vers quoi celle-ci est dirigée (Dortier, 2008). Dans cette thèse, mes pulsions sont dirigées vers son élaboration, notamment vers la construction de son objet d'étude. Aborder la construction de l'objet de cette étude revient à mettre en évidence son caractère scientifique (Bachelard, 2004). Ce qui suppose soit de rompre avec certains fondements anciens du thème étudié, soit de les revisiter pour en faire une nouvelle structure (Etonde, 2017). Autrement dit, il convient d'appréhender son essence, de situer son intérêt, de définir ses limites et sa forme et d'identifier ses dynamiques, les problèmes et les solutions y afférents, pour mieux situer sa valeur (Etonde, 2017).

Du point de vue de cette thèse, je ne saurais mentionner que j'ai totalement rompu avec les fondements anciens clés de l'anthropologie de la santé et de l'enfance en Afrique<sup>84</sup>. En effet, j'ai simultanément emprunté les deux voies précédemment mentionnées suggérées par Etonde (2017). Je les ai bien entendu revisités. D'ailleurs, ils (ces fondements anciens) m'ont servi de ressources théoriques, méthodologiques et analytiques. En liaison avec mes multiples observations sur le terrain, ces fondements anciens m'ont édifié, m'ont servi d'appui afin de construire ma propre démarche rationnelle et scientifique, une dynamique nouvelle (mon objet d'étude et ses déclinaisons). Cependant, cette revisite et cet appui m'ont permis de constater qu'il existe encore, dans le cadre de l'anthropologie de la santé et de l'enfance en Afrique, des terrains en friche ou des éléments empiriques encore très peu explorés ou très peu étudiés. Ce qui est le cas de la santé infantile dans cette zone de Sangmélina à travers les maladies infantiles locales. Voilà pourquoi j'ai pris l'initiative de mener cette recherche, car Sangmélina n'est pas un sentier battu, mais plutôt une zone en friche à explorer et qui pourra constituer un terrain supplémentaire dans la pluralité des terrains que compte déjà les *Childhood studies* en Afrique.

### **1.1. De l'énoncé de l'objet d'étude**

De nombreuses recherches anthropologiques basées sur la petite enfance à partir de situations d'enquête humainement, socialement et culturellement différentes de la mienne ont été systématiquement menées dans les régions de l'Afrique de l'Ouest, de l'Est et du Centre. Parmi ces recherches l'on retrouve : Bonini (Massai, Tanzanie), Bonnet (Mossi, Burkina Faso), Cros (Lobi, Burkina Faso), De Suremain (Congo), Erny (Mukongo, Congo), Journet (Diola, basse Casamance, Sénégal), Lallemand (Mossi, Burkina Faso ; Kotokoli, Togo), Le Moal (Bobo, Burkina Faso), Querre (Séno, Burkina-Faso), Rabain-Jamin (Wolof, Sénégal), Razy (Soninké, Mali), Rivière (Evé, Togo), Walentowitz (Touaregs de l'Azawagh, Niger), Zempleni (Wolof et Lebou, Sénégal).

Au Cameroun, la petite enfance a été au centre de plusieurs recherches qui l'abordent majoritairement soit dans des sphères culturelles différentes de ma zone d'étude, soit sous un angle autre que celui des maladies infantiles locales. Mon constat a été que ces recherches sont beaucoup plus orientées vers les droits des enfants (Vincent, 2002 ; Tchegho, 2003 ; Atangana-Malongue, 2004) ; l'allaitement et le sevrage (Mebenga Tamba *et al.*, 2001 ;

---

<sup>84</sup> Fondements clés déjà évoqués dans la partie introductive, que je rappelle ici : toutes les sociétés, à quelques exceptions près, évoluent dans une logique de pluralisme médical et thérapeutique (Janzen, 1995 ; Benoist, 1996) ; toutes ont leurs propres maladies infantiles et des manières particulières de les prévenir, soigner et guérir ; et l'enfance est un fait culturel, et donc une construction sociale (Bonnet, 1990).

Mignot, 2002) ; la nutrition (Mebenga Tamba, 1998, 2001a) ; l'exploitation sous toutes ses formes (Temgoua, 1996 ; Abega, 2005, 2007 ; Mariam, 2010 ; Nzhie Engono & Nana Njiki, 2017) dans les régions du Centre, de l'Ouest, du Nord et Sud-ouest, du Grand Nord. Outre ces études, il existe, dans le domaine de l'anthropologie médicale appliquée à la petite enfance, une thèse de doctorat chez les Ewondo du centre (Ndjalla, 2018) et un mémoire chez les Bulu de Sangmélima (Nlate Nten, 2013).

Au regard de l'ensemble de ces travaux portant sur la question de la petite enfance, notamment de sa santé, il est notable que ces zones géographiques et socioculturelles ont été particulièrement bien étudiées. L'existence d'une « inégalité » entre les zones d'étude et d'analyse de la question relative à la petite enfance et à sa santé en Afrique semble bien visible. Or, la compréhension de cette question (la santé de la petite enfance), spécialement pour le cas de Sangmélima (Afrique centrale), où les données de cette thèse ont été collectées, ne saurait être faite à partir de ces travaux. Car, bien que les enfants, quelle que soit leur couleur, pleurent tous pour les mêmes raisons (Lebeuf, 1945), il existe autant de représentations sociales de la petite enfance que de socio-cultures africaines. Sans oublier que l'enfant africain vit dans un univers multidimensionnel (Ezémbe, 2003) et que cette période de la vie est marquée par « [...] une variété de normes et de contextes » (Bonnet, 2010, p. 11), qu'il faut donc analyser et comprendre au cas par cas. De plus, très peu de ces travaux, particulièrement ceux du Cameroun, se sont concentré jusqu'alors sur la médecine infantile endogène ou l'ethno-pédiatrie appliquée aux jeunes enfants bulu de zéro à cinq ans, si tel est qu'un des rôles de l'anthropologie étant aussi de mettre en lumière la structure et le fonctionnement social de peuples ou des faits sociaux jusqu'ici méconnus.

Je reconnais l'apport des expériences de toutes ces recherches individuelles, y compris les analyses des situations d'enquêtes spécifiques qui en découlent dans la bonne marche de mon terrain en pays bulu. Elles (ces expériences de recherche) m'ont permis d'adopter, sur mon terrain, une attitude prudente, du fait d'avoir déjà au préalable lu une expérience d'un prédécesseur dans une situation similaire. Cela dit, face à des situations de soin, je me rapprochais des enfants, de leurs mères et des tradipraticiennes tout en gardant à l'esprit que je n'étais d'abord qu'un chercheur, bien qu'originaire de la région. Je maintenais cette distance psychologique et morale que je ne devais en aucun cas exprimer ouvertement, surtout dans certaines localités hostiles. Et cela, c'est dans ces diverses expériences individuelles de terrain des enfants en terre africaine précédemment citées que je l'ai appris.

Cependant, plutôt que de repartir sur les mêmes terrains de recherche, approcher les populations de ces régions, aborder les mêmes objets de recherche, et afin de me détacher des fondements anciens de l'anthropologie de la santé et de l'enfance, j'ai créé mon chemin, construit ma question de recherche et mon objet d'étude. C'est ainsi que dans le contexte de cette thèse, j'ai voulu analyser et comprendre le cas de l'enfance ou la petite enfance bulu, ses spécificités, ses différents rapports avec l'environnement, l'entourage, la spiritualité, la santé et surtout les mécanismes endogènes mis en œuvre pour prévenir, soigner ou guérir les maladies infantiles locales qui menacent sa santé au quotidien.

Compte tenu des informations recueillies à travers les études menées sur de divers aspects autour de la petite enfance au Cameroun et à partir des observations sur le terrain de recherche à Sangmélima, quelques constats se dégagent. Le principal est celui du « vide ethnographique et bibliographique<sup>85</sup> » en ce qui concerne la santé de la petite enfance en général. Ainsi, il ressort donc ce « vide ethnographique et bibliographique » dans cette zone de Sangmélima :

- Relatif à l'anthropologie de la santé ; relatif à l'anthropologie de l'enfance ; relatif à la santé de la petite enfance bulu ; relatif aux maladies infantiles en général et celles infantiles locales en particulier ; relatif aux savoirs et aux pratiques endogènes de soin ; relatif aux représentations du corps de l'enfant et aux rapports de l'enfant à la santé et à la maladie, à la médecine endogène, à la mère, à la communauté, aux tradipraticiens, aux ancêtres défunts, aux génies, etc., relatif aux sources de pouvoirs et de guérison des tradipraticiens ; relatif aux rapports entre les Bulu, la santé, la maladie et leur vision du monde.

Sans oublier le fait que dans cette zone :

- La santé infantile, notamment les programmes de santé infantile (PEV, PCIME, etc.), est surtout réservée aux maladies infantiles biomédicales (rougeole, la varicelle, la rubéole, la poliomyélite, le tétanos néonatal) ; que toutes les maladies infantiles dans cette zone, notamment celles infantiles locales, ne font pas l'objet de recours aux différents itinéraires de soin existants, c'est-à-dire ne cadrent pas avec le contexte sanitaire pluraliste.

Au regard de ces constats, il m'a paru nécessaire de poser la première pierre d'une étude approfondie qui étudie, intègre et éclaire tous ces aspects. Cependant, cela ne pouvait être possible qu'avec un objet d'étude, qui me servirait de référence. C'est pourquoi l'objet

---

<sup>85</sup> Je rappelle cependant que ces concepts sont ceux de Razy (2007) qui avait fait le même constat durant ses travaux de recherche chez les Soninkés au Mali.

d'étude construit de cette thèse est : *explorer les maladies infantiles locales, ainsi que les savoirs et les pratiques endogènes de soins dédiés à leur prévention et à leur traitement auprès des jeunes enfants de zéro à cinq ans chez les Bulu (Sangmélina).*

La situation sanitaire globale de cette zone est certes marquée par un pluralisme médical et thérapeutique avec comme levier essentiel la complémentarité entre la biomédecine et d'autres médecines concurrentielles (la médecine endogène et bien d'autres). Mais, certaines maladies, notamment celles infantiles locales, ne s'inscrivent pas véritablement dans ce pluralisme médical ou thérapeutique, car elles ne se soignent que dans le cadre de la médecine endogène. Concernant plus particulièrement ces maladies infantiles locales, le singularisme médical ou thérapeutique prime sur le pluralisme médical ou thérapeutique. Le premier (le singularisme médical ou thérapeutique) suppose que le traitement d'une maladie donnée ne suit pas un schéma évolutif systématique qui consiste, durant la maladie, à recourir, en fonction de l'évolution de la maladie, à plusieurs itinéraires thérapeutiques de nature différente comme c'est le cas dans le « pluralisme médical ou thérapeutique ». Ici, dans ce contexte de soin des maladies infantiles locales chez les bulu, l'on se retrouve dans un cadre médical où, bien qu'il existe plusieurs tradipraticiens au service des soins et de la guérison des enfants, les recours aux soins se font à l'intérieur de ce cadre médical endogène sans besoin d'en sortir pour une autre médecine différente de l'initiale. Autrement dit, lorsqu'une mère constate que son jeune enfant présente les signes d'une maladie infantile locale, elle se rendra chez une des tradipraticiennes du village ou de la contrée. Si cette première tradipraticienne ne trouve pas de solutions de guérison, elle se rendra chez une tradipraticienne qui sera forcément une spécialiste de la maladie infantile locale dont semble souffrir le jeune enfant, et ainsi de suite. Elle n'ira pas consulter un pédiatre, puis si le pédiatre n'a pas pu guérir l'enfant, aller vers un (e) spécialiste d'une autre médecine qui peut être chinoise, indienne, etc., comme c'est le cas dans le pluralisme médical ou thérapeutique. La nosologie et la nosographie de ces maladies infantiles locales imposent exclusivement des soins endogènes. Comme me l'a indiqué une mère : « *ane akon bia yem, akon bi mane ya yembane a de, eyong mongo a kaa bia yem na ane woua ya été, bia fasse ki bia ke nye be mema ba sae bone...* », c'est-à-dire :

---

*« Ce sont des maladies que nous connaissons parfaitement, nous y sommes habitués ; et, quand un enfant commence à présenter des signes, nous savons que c'est l'une d'entre elles ; et dès qu'on le constate, on ne réfléchit pas, on le conduit directement auprès d'une tradipraticienne ».*

---

La médecine infantile endogène bulu est traditionnelle certes, mais je précise qu'elle fait partie du secteur privé. Mebtoul dans ses analyses sur les cliniques privées en Algérie montre que, ce secteur privé, non seulement il représente une part importante et croissante de l'« offre de soins » et permet d'appréhender le public, mais aussi l'occulter dans les analyses prive la capacité à comprendre autrement les dysfonctionnements de ce secteur public. La logique de Mebtoul cadre avec cette thèse qui, en montrant que les maladies infantiles locales identifiées et analysées ne se préviennent et ne se traitent que dans la médecine infantile endogène, met en lumière les limites du secteur public dans cette zone (hôpitaux, pédiatrie, CSI) à apporter des solutions adéquates dans la guérison de celles-ci (ces maladies).

La suite de cette étude sera consacrée à la présentation de la stratégie d'enquête de terrain adoptée et aux théories mobilisées.

## **2. DE LA STRATÉGIE D'ENQUÊTE DE TERRAIN : DÉMARCHE ET MÉTHODES**

L'histoire de l'anthropologie, comme le montrent Leservoisier et Vidal (2008), est faite de débats de nature épistémologique et méthodologique sur les conditions de déploiement de son regard dont les éléments clés interrogés sont les pratiques de terrain, les dispositifs d'analyse, les procédures de restitution et les rapports aux instances politiques. Et toute stratégie d'enquête de terrain doit tenir compte de tous ces éléments et les intégrer dans sa démarche.

Campenhoudt et Quivy (1995) montrent que la méthodologie est une « démarche », c'est-à-dire une manière de progresser vers un but. De façon métaphorique, les auteurs indiquent que la recherche en sciences sociales suit une démarche analogue à celle du chercheur de pétrole : ce n'est pas en forant n'importe où que le chercheur trouvera ce qu'il souhaite. La réussite d'un programme de recherche est dépendante de la démarche suivie, de la méthode utilisée, à savoir de la mise en forme particulière de la démarche, de l'adaptation aux phénomènes ou aux domaines étudiés du cheminement conçu par le chercheur. Autrement dit, faire parler le terrain n'est pas une démarche hypothético-déductive, mais plutôt inductive. Dans le même ordre d'idées, Mebenga Tamba (2005) ajoute que :

---

« [...] avant de s'engager dans une recherche, il est [...] nécessaire à tout chercheur de se préparer non seulement pour qu'il ne se perde pas dans son cheminement de recherche, mais également pour que les résultats de ses recherches soient évalués dans un cadre théorique précis et selon une conception intellectuelle bien connue de tous. » (pp. 12-13).

---

Cependant, seule la stratégie d'enquête, y compris ses méthodes et outils de collecte de données sur le terrain, ne suffisent pas toujours. Le même principe s'applique également aux approches théoriques et analytiques qui permettent d'interpréter les données collectées, de les analyser et de leur donner un sens en tenant compte du contexte. D'où l'importance d'associer la stratégie d'enquête à une vision « ethnographique », conduisant à se rendre sur le terrain afin d'en saisir les dynamiques, les enjeux, les contours contextuels dans la tradition du « Field research ou du Fieldwork studies » (Malinowski, 1963)<sup>86</sup>. Bonini (2022) en terrain massai a montré que dans le sillage des réflexions méthodologiques, notamment en terrain des *Childhood studies*, il y a un lien étroit qui existe entre les méthodes, les statuts des enquêtés et la thématique de recherche. C'est pourquoi elle (Bonini) indique que la relation d'enquête ne dépend pas uniquement des caractéristiques du chercheur ou de la chercheuse, encore moins du type d'enquêtés et de leur âge, mais qu'elle est largement influencée par la plus grande familiarité du chercheur ou de la chercheuse avec son objet d'étude. Ce qui a été mon cas en terrain bulu à Sangmélina où, la familiarité, c'est-à-dire mon attachement, avec mon objet d'étude a permis une plus grande ouverture des enquêtés à mon égard. Car, il était plus aisé de discuter avec une mère, une tradipraticienne sans avoir à sortir un guide d'entretien avec des questions structurées. Mon objet d'étude était presque mémorisé. Je savais ce que je cherchais quand j'avais en face de moi un enquêtés d'une catégorie particulière. J'observais tout autour pendant les discussions, j'écrivais ce que j'entendais tout simplement.

---

<sup>86</sup> Bronislaw Malinowski (1884-1942) est connu pour avoir initié l'anthropologie de terrain, et sa méthode privilégiée : l'observation participante ou « Field research ou Fieldwork studies ». Elle consistait à vivre alors au contact direct de « l'indigène » et participer à ses activités. Avant lui, les grands noms de l'anthropologie - James Frazer, Marcel Mauss ou Lucien Lévy-Bruhl - furent des penseurs en chambre ou « armchair », qui exploitaient les données venues du monde entier, récoltées par d'autres, pour en proposer de vastes synthèses. Ce qu'on nommait la méthode comparative. En 1914, le jeune Polonais s'embarquera pour l'Australie, puis les îles Trobriand, au large de la Nouvelle-Guinée. C'est de là qu'il rapportera ses observations célèbres sur la Kula, système d'échange symbolique (de « don-contre-don », dira plus tard Marcel Mauss), pratiqué par les habitants ces îles. Au cours de ses nombreux voyages, B. Malinowski étudiera aussi les mœurs sexuelles des Mélanésiens, remettant en cause, au passage, le postulat freudien de l'universalité de l'Œdipe (Dortier, 2008, pp.424-425).

## **2.1. La relation ethnographique : un cadre d'échanges mutuels entre le chercheur et les enquêtés.**

De fait, si la méthodologie est étayée par une vision ethnographique, celle-ci entraîne forcément une « relation ethnographique » (Bouillon, 2005), entendue comme « [...] une relation interpersonnelle au sein de laquelle les enquêtés donnent quelque chose à l'ethnographe [...] qu'il se doit donc de rendre » (p. 76). L'auteur montre que cette relation ethnographique est fondamentale en anthropologie pour deux choses. D'abord, elle définit la posture de l'anthropologue (observateur-enquêteur) en rapport avec son terrain et sa population, le fait à étudier. Ensuite, elle pose les jalons d'un cadre de recueil (collecte des données) et de production (leur interprétation, analyse et restitution) du savoir.

C'est dans le cadre de cette relation ethnographique que j'ai pu créer avec les enquêtées une relation basée sur la « confiance » et l'« honnêteté », deux qualités propices à l'échange. De cette confiance découle d'ailleurs ma promesse (surtout aux tradipraticiennes) de ne pas diffuser, sans leur autorisation, les informations révélées au cours des entretiens qui seront exposées dans la suite. Ma « description ethnographique » (Laplantine, 2005), qui a été en même temps culturelle, sociale, sanitaire et linguistique, engage des qualités d'observation, de sensibilité et d'imagination scientifiques (*ibid.*). Firth (1957) la définit clairement en indiquant que, si un historien peut être sourd, un juriste aveugle et un philosophe les deux, l'anthropologue, quant à lui, doit entendre ce que les individus disent et voir ce qu'ils font, de façon qu'il s'érige en témoin crédible de la réalité socioculturelle soumise à son étude.

Ayant observé un groupe culturel aussi en contact avec d'autres groupes culturels beti (Ewondo, Ntumu, Eton, Bene, etc.) et non beti (bamiléké, bamoun, haoussa, etc.), qui est ancré dans la valorisation et la perpétuation de son héritage médical ancestral, j'ai été le témoin de ses réalités socio-sanitaires et socio-médicales liées à la protection de ses enfants contre les maladies infantiles locales. J'ai surtout été témoin des circonstances et des modalités à l'œuvre de cette médecine infantile endogène et qui lui donnent un sens : les prises en charge, les diagnostics et leur déroulement, la pharmacopée traditionnelle utilisée, les savoirs et pratiques ainsi que les techniques et les outils qui les accompagnent. Cette thèse constitue un témoignage actuel sur la culture bulu en transition donnant à voir les maladies infantiles locales, les manières de les prévenir et de les soigner au 21<sup>ème</sup> siècle dans un pays bénéficiant pourtant de politiques de santé et de programmes nationaux infantiles dédiés aux enfants sous l'égide des recommandations internationales initiées par l'OMS, l'Unicef, etc. j'y ai retranscrit ce que j'ai vu (les rapports enfants et société, mères et enfants, les

interactions entre les acteurs de la médecine infantile endogène, etc.) et aussi, par l'intermédiaire des récits des tradipraticiens, ce que je ne pouvais pas voir (le déroulement des diagnostics avec leur outil divinatoire, l'entrée en contact avec les génies, avec les ancêtres défunts, avec les totems, etc.). Tout ceci avait pour but de mettre au jour, de la manière la plus minutieuse possible, la spécificité des situations, chaque fois inédites, auxquelles j'ai été confronté (Laplantine, 2005).

Ma posture d'anthropologue « du dedans », de ma maîtrise de la langue bulu et de mes relations préexistantes avec certains enquêtés, ont rendu fluide cette relation ethnographique avec ces populations. En particulier, ma maîtrise de la langue, un des éléments d'identification et de distinction socioculturelle, a été capitale dans la collecte des données, puisque, dans cette zone rurale où j'ai effectué la quasi-totalité des entretiens, le partage de la langue est considéré comme un moyen d'intégration partielle à leur société. Je précise que bien que connaître la langue a facilité la bonne marche de ce terrain, cela n'allait pas toujours de soi. Car, le bulu est une langue assez complexe. Cette complexité se situe dans ses formes d'expression (simples, modérés, et soutenues). Quand je rencontrais une tradipraticienne qui s'exprimait dans la forme soutenue, bien que je comprenais quelques mots, j'étais contraint d'engager, au sein de la communauté, un aîné maîtrisant parfaitement cette forme soutenue et ses contours. Je m'appuyais également sur ce dernier (l'aîné choisi) pour les retranscriptions de ces entretiens en bulu soutenu. C'est pourquoi, concernant les campagnes de santé ou de tout autre activité consistant à se rapprocher des populations bulu, les autorités font toujours appel à ceux érigés en traducteurs et interprètes communautaires par ces mêmes populations afin de faciliter l'insertion des enquêteurs dans la communauté.

L'importance de connaître la langue des groupes culturels soumis à l'étude avait déjà été porté par Malinowski et des auteurs tels que : Thomas (1966), Calame-Griaule (1977) et Hymes (1977). Thomas (1966), par exemple parle de la connaissance de la langue comme étant un accès qui renforce « le lien de complémentarité et de confiance » qui existe entre un interviewé et le chercheur. Comme la langue est le creuset des richesses à la fois humaines, culturelles, sociales, politiques, sanitaires et économiques d'un peuple, la maîtriser revient à accéder à la « relation intime » entre l'individu et sa langue (Calame-Griaule, 1977). Ainsi, le chercheur, en s'exprimant dans la langue du groupe culturel qu'il étudie pour collecter ses données, découvre la pluralité des parlers, la géographie linguistique, des intérêts de langage, la plaisanterie cathartique, les classifications symboliques (Calame-Griaule, 1977), qu'il peut ensuite partager avec les enquêtés eux-mêmes (pour le temps passé avec eux), avec ses

proches (familles, amis), avec ses collègues, y compris les lecteurs lors de la restitution des écrits. Hymes (1977), quant à lui, soulignait qu'à partir d'une langue il est possible de connaître et de comprendre un peuple.

En outre, grâce aux relations que j'y avais précédemment nouées, j'ai pu être intégré plus facilement dans des milieux complexes et sacrés. De cette intégration, j'ai pu obtenir auprès des tradipraticiens, des informations considérées comme taboues ou secrètes, même certains éléments culturels (langue, les mets, les jeux, etc.) propres à chaque clan contribuant à sa survie (secrets invisibles) m'ont été partagés tout au long de la recherche. Il est certes vrai que je ressentais, de la part de certains tradipraticiens, des hésitations au moment de me partager des secrets, vu mon âge et surtout mon statut (étudiant). Car, chez les Bulu les choses cachées, certains secrets méritent d'être révélées qu'aux personnes d'un certain âge avancé capable d'en préserver le secret par le silence. Or, étant étudiant-chercheur, ils estimaient que je ne suis pas encore autonome, c'est-à-dire que je ne dépends pas encore de moi-même financièrement et socialement. Par conséquent je suis encore un « enfant » au regard de la culture. Cependant, j'avais toujours avec moi des documents académiques (attestation de recherche, autorisation préfectorale, etc.) qui confortaient mon sens poussé de responsabilité et de la préservation des secrets révélés pendant la recherche. Par ailleurs, du fait d'être un homme, certaines tradipraticiennes, y compris les matrones exprimaient également des réticences à mon égard. Elles hésitaient quelques fois à se confier au sujet des secrets liés aux femmes et à leur intimité. Mais j'adoptais la même stratégie précédemment citée.

Pour revenir à la langue, même si la langue française est parlée dans cette zone, il s'est avéré nécessaire d'échanger avec les enquêtés dans la langue qu'ils maîtrisent le mieux, la langue bulu, leur langue maternelle. Recourir à une langue culturellement éloignée de sa langue source, « c'est comme être dans un nouveau corps, une nouvelle peau » (Kristeva, 1988, p.16). Je reste persuadé que ces populations n'auraient pas forcément trouvé les mots justes, les plus pertinents, ceux qui font sens (Foutsu & Betti, 2013) afin de m'éclairer sur le sujet précis de la santé infantile endogène. Cette expérience de terrain m'a permis de me rendre compte à quel point la maîtrise de la langue de la population étudiée est un atout important pour le bon déroulement d'une recherche comme pour ses réalités, notamment dans une zone aussi hostile aux chercheurs, surtout étrangers. Toutefois, il s'agit d'un instrument insuffisant, puisque j'ai également constaté certaines méfiances dans bien des endroits où j'ai été considéré comme un chercheur étranger vivant chez les Blancs, venu exploiter leurs connaissances et leurs savoir-faire médicaux. De là, une telle étude implique des zones

d'ombre, puisqu'un certain nombre de réalités socioculturelles ne peuvent être facilement dévoilées au premier venu, bien qu'originaires de la zone. Sans détour, face à certaines questions, il arrivait que des tradipraticiennes et des mères me répondent en ces termes : « Je ne peux pas tout vous dire, je ne peux pas aller plus loin... c'est impossible ». Cette phrase est soumise à une triple interprétation. Elle peut traduire un sentiment de méfiance à se confier à un étranger ; elle peut aussi signifier, de la part des mères, une non-maitrise du fonctionnement global des aspects sanitaires infantiles que je souhaitais connaître, et enfin elle peut révéler également des failles ou maladresses dans mes questionnements et leur formulation.

Il était important d'aller sur le terrain au contact des populations et des réalités touchant la santé infantile. Le choix du milieu rural s'explique par la nature même de son objet d'étude. C'est principalement en son sein que les maladies infantiles locales étudiées, y compris les savoirs et les pratiques endogènes dédiés à leur prévention et à leur guérison, ont véritablement un sens et font sens. Une tradipraticienne (entretien du 30 mars 2019, canton Mepho, village Mepho) me révèle à cet égard que :

---

*« Étant donné que ce sont les maladies de chez nous, ce n'est qu'ici, dans notre environnement, dans nos terres, où vivent et sont enterrés nos ancêtres qu'on doit les soigner. Je ne dis pas qu'un enfant qui vit avec ses parents en ville ne peut pas guérir s'il en souffre. Mais ce que je veux te faire comprendre, c'est que ça ne se passe pas comme tu sembles l'entendre. Pour qu'une écorce, une racine, une herbe soignent un enfant d'une de ces maladies dont il souffre, il faut que nous y mettions du pouvoir de guérison ; il faut que nous voyions déjà l'enfant de nos propres yeux ; que son corps soit vu par nos ancêtres ; que son odeur soit humée par eux ; que nous le touchions avec nos mains et que nous donnions l'onction, des pouvoirs à sa mère afin qu'elle poursuive le traitement où ils vivent. Et même jusque-là, nous ne sommes jamais presque loin de cet enfant souffrant... ».*

---

Selon cette tradipraticienne, loin de cette enceinte rurale, terre de ses ancêtres, les maladies infantiles locales ainsi que les savoirs et pratiques endogènes de soin ne peuvent avoir la même appréhension originelle qui les caractérise. Pour ce qui est des savoirs et pratiques endogènes de soin, particulièrement, ceux-ci ne peuvent avoir un rendement efficace en ville. Car, ils bénéficient d'un encadrement préventif et thérapeutique mystique contrôlé par les forces spirituelles traditionnelles (ancêtres, génies) dont seuls les tradipraticiens seraient les dépositaires auprès de la communauté.

Après avoir caractérisé la relation ethnographique, j'exposerai, dans ce qui suit, le cadre temporel de cette étude, c'est-à-dire le temps passé dans cette zone ; la chronologie et la durée des étapes qui ont marqué mes différentes études de terrain dédiées à la production des données. Nous verrons ensuite plus en détail le cadre méthodologique et l'adéquation des outils de recueil utilisés.

## **2.2. Le cadre temporel de l'étude**

Kouvouama (2011), dans un contexte particulier de pratiques de terrain en situation de tensions sociales et de guerre civile au Congo-Brazzaville, apporte une contribution à la définition du cadre temporel d'une étude en anthropologie. Pour lui, la temporalité correspond à la durée réelle d'une recherche dans un espace bien déterminé, à laquelle s'ajoute la période d'adaptation et de familiarisation avec le terrain à explorer. Tantôt « terrain scientifique » du fait qu'il soit un cadre de production des données, la temporalité peut également être celui de l'expérimentation sociale (Kouvouama, 2011 ; 2019). Bonini (2017), auprès des enfants et des adolescents en terrain tanzanien, montrera combien les temporalités ou encore l'action du temps exercent une grande influence sur les méthodes et les orientations de recherche. Selon l'auteure, le vocable « temporalités » est un tout constitué de plusieurs éléments parmi lesquels : la temporalité de la recherche elle-même et l'évolution de la « réalité » du terrain. Ces deux composantes ont attiré mon attention parce que j'ai été confronté, à partir de la quatrième année de cette thèse, à l'action du temps : la crise sanitaire de la covid-19 et la maladie de ma directrice de thèse. Cela a beaucoup affecté l'évolution de mes travaux et de mes recherches. Après la période de la crise sanitaire, quand je suis reparti à Sangmélina, les attitudes des populations avaient changé. Il y a des réticences qui se sont installées à mon égard, car les enquêtés estimaient que je risquerais de les contaminer la covid-19 étant donné qu'elle venait de l'occident et qu'ils n'en souffrent pas en dépit des dispositions préventives existantes qu'ils mettaient naturellement en œuvre. Face à cette situation, il a fallu que j'adopte une méthode de travail nouvelle différente des années précédentes.

Je situe la première étude sur ce terrain de recherche en 2012-2013, année académique pendant laquelle j'ai, pour la première fois, mené une étude sur la question de la santé des enfants dans la zone de Sangmélina. J'ai passé trois mois sur ce terrain (canton Nlobo-Lobo)<sup>87</sup> afin de collecter des données abondantes. À partir de cette première étude de terrain,

---

<sup>87</sup> Nlobo-Lobo est un des cantons de la zone de recherche. Se référer à l'introduction, notamment dans la sous partie intitulée : Situation géographique et démographique de Sangmélina. Un tableau présentant tous les cantons, groupements, y compris les villages y est.

j'ai testé mes techniques et outils de collecte de données et ai évalué l'intérêt de cette thématique (petite enfance et santé) tant pour le gouvernement camerounais que pour cette zone. Ce premier terrain m'a en outre permis de nouer de nombreux contacts importants dans les sphères culturelles, sociales, politiques, religieuses, économiques et sanitaires à l'intérieur desquelles évoluent mes informateurs (tradipraticiens, mères, autorités traditionnelles, chefs COSA, initiés des cultes, etc.). De 2017 (date à laquelle je me suis inscrit en thèse de doctorat) à 2023, je me suis rendu chaque année sur ce terrain en poursuivant un objectif spécifique associé à un canton. Aux trois mois passés sur le terrain dans le cadre de mon master, s'ajoutent huit mois répartis comme suit : 2017-2018, canton Nlobo-Lobo, deux mois ; 2018-2019, canton Mepho, deux mois ; 2019-2020, cantons Afamba-Libi et Ndou-Libi, un mois chacun<sup>88</sup> ; 2021-2022, cantons Nlobo-Lobo et Mepho, un mois ; 2022-2023, cantons de Nlobo-Lobo, Mepho, Afamba-Libi et Ndou-Libi, un mois.

Dans ce qui suit, j'expose de façon synthétique chaque rapport d'étude de terrain en lien avec les objectifs de cette thèse. En effet, mes différents terrains m'ont permis de repérer des différences entre les lieux et les années, comme des régularités. Je précise avant tout chose que toutes les données collectées dans chacune des études de terrain qui seront décrites dans la suite ont pu être compilées, puis mis en forme et analysées à mon retour en France.

### **2.2.1. Première étude de terrain (2017-2018)**

Je considère cette première étude de terrain aussi comme une préenquête (bis). Bien que la thématique générale abordée dans cette thèse (petite enfance et santé) demeure semblable à celle de mon mémoire de master (2012-2013), l'espace de recherche<sup>89</sup>, le sujet et les objectifs de cette thèse sont différents.

Du 2 juin au 31 juillet 2018, je me suis rendu sur le terrain de Sangmélima en poursuivant des objectifs bien précis, notamment renouveler les liens avec mes anciens informateurs et créer de nouveaux liens ; rencontrer les autorités administratives et politiques de la ville ainsi que les autorités traditionnelles des cantons, des groupements et des villages dans lesquels je souhaitais conduire mes entretiens et focus group. Ce préalable a été essentiel, car il m'a permis de me protéger dans la mesure où j'ai pu obtenir, de la part des autorités administratives et municipales (préfet, sous-préfet, maire), des autorisations d'accès à

---

<sup>88</sup> L'année 2020-2021 ayant été particulière par suite de la crise sanitaire (Covid-19), il m'a été impossible de me rendre au Cameroun.

<sup>89</sup> Par exemple, le mémoire de master s'est construit sur deux localités appartenant à un seul canton, tandis que cette thèse occupe tout l'arrondissement de Sangmélima et toutes ses composantes administratives, démographiques et culturelles.

certaines localités jugées très hostiles. Ces autorités se sont en outre respectivement chargées de relayer, dans leurs réseaux de communication et d'information, ma présence dans la zone. Elles m'ont également facilité l'obtention d'informations relatives aux aspects géographiques, administratifs, politiques et sociologiques de la zone. Cela étant, j'ai obtenu les informations relatives à l'histoire de la ville, à ses populations, à sa superficie, à l'organisation de la carte rurale que j'ai pu compléter par d'autres sources. Concernant les cantons, les groupements, les chefferies et les villages, des informations m'ont été fournies par les chefs et les notables des chefferies.

Pour cette première étude, après avoir parcouru<sup>90</sup> les quatre cantons et avoir découvert leurs composantes géographiques et leurs accessibilités, j'ai décidé de me concentrer sur le canton Nlobo-Lobo qui comprend 39 villages répartis en huit groupements. Au regard de l'organisation administrative et territoriale de Sangmélima décrite dans l'introduction de ce travail, j'ai investigué à partir des villages-sièges (cadres de rassemblement, d'information et de référence des groupements) où se situe la chefferie (*nda njo bot*) de chaque groupement. Auprès des chefs de 2<sup>e</sup> degré, de leurs notables et des chefs de comité de santé (COSA), j'ai pu obtenir des informations sur la densité des populations, sur l'étendue des villages, sur l'état des routes ainsi que sur la présence des tradipraticiennes, sur la santé des enfants (de zéro à cinq ans), sur les maladies infantiles locales récurrentes et pérennes.

Sur le plan méthodologique, j'ai choisi de réaliser, dans chaque groupement, un focus group. Dans chaque groupement, avec l'aide des chefs COSA<sup>91</sup>, j'ai choisi dix mères – soit un total de 80 – dont chacune représentait son enfant. Les entretiens individuels approfondis se déroulaient (en langue bulu) dans le cadre de soin des tradipraticiennes. Il s'agissait là des mères qui n'avaient pas participé aux focus group déjà organisés. Par ces entretiens, je voulais comprendre les mesures qu'elles prennent quand leur enfant présente les symptômes d'une maladie, y compris les démarches qu'elles mettent en œuvre, etc. ceci afin de retracer les grandes lignes des itinéraires thérapeutiques.

---

<sup>90</sup> Je précise que je parcourais ces cantons souvent en voiture (pour celles qui étaient proches du centre urbain), et par moto pour ceux qui étaient plus éloignés. Les coûts étaient variables selon les distances. Les déplacements à moto me coûtaient cependant beaucoup plus chers que ceux avec la voiture. Car, en voiture je n'étais pas souvent seul et je ne payais que pour l'aller. Au retour je prenais une autre voiture. Tandis qu'avec la moto, je prenais des courses pour toute la journée. Ce qui revenait plus cher.

<sup>91</sup> À raison d'un chef par groupement et d'un ou deux par village, qui dépend(ent) de celui d'un groupement.

En dehors des focus group, je me suis entretenu avec une infirmière<sup>92</sup> et trois tradipraticiennes – sur les huit que compte le canton – présentes pendant cette période<sup>93</sup>. Les entretiens individuels approfondis avec les tradipraticiennes portaient sur le déroulement des prises en charge, leurs outils de travail, les causes et les symptômes des maladies, sur les méthodes préventives et thérapeutiques locales, sur les noms des plantes, des arbres, des écorces et des racines médicinales utilisés pour les soins.

### **2.2.2. Deuxième étude de terrain (2018-2019)**

Les bases de ma recherche ayant été posées, je suis retourné au Cameroun du 1<sup>er</sup> mars au 30 avril 2019, où je me suis rendu au canton Mepho qui comprend 48 villages (dont huit inclus au centre-ville) et cinq groupements. La méthode de travail appliquée a été la même que pour le canton précédent (Nlobo-Lobo) : pour chaque groupement, j'ai organisé, avec l'aide des cinq chefs COSA, un focus group comprenant dix mères. En dehors des focus group, j'ai aussi mené des entretiens individuels approfondis avec quatre tradipraticiennes spécialistes des maladies infantiles locales (sur les cinq que compte le canton) et avec deux infirmières auprès de qui j'ai pu obtenir des informations sur la situation sanitaire des enfants de ce canton. Enfin, comme lors de la première étude, je me suis également entretenu de façon spontanée (en langue bulu) avec des mères qui n'avaient pas participé aux focus group et qui étaient présentes avec leurs enfants à des situations de soin pour lesquelles les tradipraticiennes m'ont autorisé à effectuer des observations directes et participantes. Cela m'a permis de saisir la logique des parcours de soins préventifs et thérapeutiques que ces mères empruntent avec leurs enfants. Concrètement, il s'agissait de comprendre les démarches qu'elles entreprennent lors d'un épisode de maladies : commencent-elles toujours par l'autosoin ou l'automédication ? Vont-elles à l'hôpital ou au centre de santé le plus proche ? Se renseignent-elles auprès des autres mères dont les enfants présentent les mêmes signes ? Se tournent-elles directement vers les tradipraticiennes ? Font-elles des prières ? Se tournent-elles vers les ancêtres, les fétiches, les génies ?

Parmi les données recueillies j'ai pu retenir trois maladies infantiles locales parmi les huit identifiées, l'*ebem*, le *koe ebem*, l'*agnos*. Les entretiens individuels approfondis avec les tradipraticiennes comme les observations directes et participantes lors des situations de soin visaient aussi à obtenir des informations précises au sujet des plantes, des feuilles et herbes

---

<sup>92</sup> Pour tous les groupements, il existe deux centres de santé.

<sup>93</sup> Du fait de leurs multiples sollicitations aussi bien dans les cantons voisins que dans les contrées lointaines (hors de Sangmélina), ces tradipraticiennes spécialistes des maux des enfants ont toujours un emploi du temps très chargé, d'où la difficulté de les rencontrer sans leur soumettre une demande préalable de rencontre

médicinales utilisées pour traiter et prévenir chaque maladie infantile locale. Il s'agissait aussi, par l'intermédiaire des tradipraticiennes, de saisir les mécanismes des traitements thérapeutiques et préventifs proposés, d'appréhender les techniques de soin et les outils utilisés ainsi que les actes qui les accompagnent. Par l'entremise des mères, j'ai pu aussi appréhender leur rôle dans ces situations de soin. Et, par la sollicitation de dix anciens enseignants retraités et de journalistes en activité exerçant dans l'une des radios locales de la ville maîtrisant parfaitement le bulu, j'ai pu mieux connaître les terminologies de santé utilisées en langue bulu. Dans ces différents milieux j'ai ainsi pu enrichir mes données de terrain et porter davantage attention aux différents langages (corporels) et aux mots des différents maux observés, ainsi qu'à leurs interprétations.

### **2.2.3. Troisième étude de terrain (2019-2020)**

Cette troisième étude qui s'est déroulée du 9 janvier au 26 février 2020 a eu pour cadre d'investigation les cantons Afamba Libi et Ndou Libi. Le premier lieu est le plus petit canton de cet arrondissement, puisqu'il compte seulement deux villages<sup>94</sup> répartis en un seul groupement (Ngoe). Tandis que le second compte onze villages<sup>95</sup> répartis en deux groupements (Esse et Yekombo). Compte tenu de leur disparité administrative, j'ai passé plus de temps dans le canton Ndou Libi (un mois et une semaine). Concernant la méthodologie de collecte des données, avec l'aide des trois chefs COSA des groupements, j'ai sollicité 30 mères pour les deux cantons. En dehors des *focus groups*, je me suis entretenu avec une infirmière pour chaque groupement et avec trois tradipraticiennes sur les quatre que comptent les deux cantons, dont trois sont situées dans le canton Ndou Libi.

Pour cette troisième étude de terrain, tout en restant dans le canevas de l'« ethnographie descriptive » (de Suremain, 2007), amorcée dans les études de terrain précédentes, il a été question de trois choses. D'abord, poursuivre systématiquement les entretiens individuels approfondis avec les acteurs impliqués dans cette médecine infantile endogène, ensuite d'organiser des focus group avec des mères, et enfin d'assister, avec la permission des tradipraticiennes, aux situations de soin afin de les observer, les enfants et les mères. En préparation de la quatrième étude de terrain prévue en 2020-2021 et qui a été annulée en raison de la crise sanitaire du Covid-19, j'avais également prévu d'effectuer une séance de collecte de données complémentaires sur ces spécificités. Cette collecte de données

---

<sup>94</sup> Kamelon et Ndjantom (groupement Ngoe).

<sup>95</sup> Keka-esse, Essam-esse, Mezesse, Mekomo-esse, Atong, Koum-esse, Ako'o-esse (groupement Esse) ; Mbom, Avebe-yekombo, Mang, Bidjom (groupement Yekombo).

complémentaires a eu lieu en octobre 2021-2022 (un mois) et en octobre 2022-2023 (un mois également).

#### **2.2.4. Quatrième étude de terrain (2021-2022, 2022-2023)**

Cette quatrième étude, qui s'est déroulée en deux phases (du 30 septembre au 30 octobre 2021 et du 1<sup>er</sup> au 30 octobre 2022), a consisté en la collecte de données complémentaires : en effectuant une ethnographie des gestes et postures des tradipraticiennes, des mères et des enfants lors des situations de soin, ainsi que des outils traditionnels utilisés. Outre de rencontrer les enquêtés des quatre cantons (Nlobo-Lobo, Mepho, Afamba-Libi, Ndou-Libi) que je n'avais pas pu interroger dans les études de terrain précédentes, l'objectif de la première phase a été de compléter les données relatives à la vision du monde des Bulu en rapport avec les maladies et la santé, leur médecine endogène et ses composantes, notamment la pharmacopée traditionnelle. Avec les tradipraticiennes de chaque canton, j'ai effectué des descentes en forêt où il a été question de photographier les éléments de pharmacopée traditionnelle afin de les comparer et de croiser les informations recueillies sur mes différents terrains. Une fois ces photographies prises, il a fallu, avec l'aide des tradipraticiennes, les classer et les différencier selon leur nature, leur nom local, leurs usages. Pour ce qui est de leur nom scientifique, j'ai pu rencontrer un phytothérapeute de la ville et consulter des ouvrages scientifiques (dictionnaires, monographies)<sup>96</sup>. Durant la deuxième phase, j'ai poursuivi les sorties en forêt ou proches de l'habitat pour continuer à prendre des photographies de cette pharmacopée traditionnelle<sup>97</sup>, dont j'ai pu élaborer un corpus inédit jusque-là.

Après avoir présenté le déroulement de ces onze mois sur le terrain, je traiterai à la suite le cadre matériel de cette étude. Le cadre matériel constitue les outils d'enquêtes sur lesquels je me suis appuyé pour collecter mes données sur le terrain ; les démarches mises en œuvre pour utiliser ces outils afin d'obtenir des résultats probants ; de la population étudiée et les critères de choix retenus.

### **2.3. Le cadre matériel de l'étude**

Beaud et Weber (1997) ont montré que le terrain est pour le chercheur ce que la boussole est pour le navigateur ou le voyageur. Sans ce terrain, les sciences humaines et sociales, dont l'anthropologie sociale-ethnologie, ne seraient guère considérées comme des disciplines

---

<sup>96</sup> L'un des ouvrages que j'ai le plus utilisé dans le cadre de la recherche des noms de la pharmacopée africaine, notamment bulu est celui des auteurs Eklou-Natey & Balet (2012) intitulé : pharmacopée africaine. Dictionnaire et monographies multilingues du potentiel médical des plantes africaines, Afrique de l'ouest, volume 2.

<sup>97</sup> Je précise que certaines photographies aussi bien de la pharmacopée ainsi que des séances de soins sont à consulter dans la partie des annexes.

d'observation de la vie. De fait, le terrain permet de « saisir à chaud » des données empiriques, des matériaux, en vue de leur description. Ce terrain a donc permis de « saisir à chaud » l'univers médical infantile bulu, ses savoirs et ses pratiques face aux maladies infantiles locales de Sangmélina. L'élaboration de la méthodologie, tout en respectant l'éthique de la recherche au Cameroun, a globalement reposé sur la réalisation d'entretiens semi-directifs et de focus group, sur des observations, des récits de vie, par des observations participantes relevant d'une ethnographie du détail (Razy, 2007) et d'une approche mosaïque (Clark et Moss, 2001 ; Clark, 2004 ; Fucci, 2020).

### **2.3.1. Construction de l'échantillonnage de recherche et choix des populations d'enquête.**

Durant ces quatre études de terrain, j'ai pu rencontrer deux catégories d'informateurs qui constituent l'échantillonnage de cette recherche : les informateurs clés (mères, tradipraticiens, chefs COSA) et les informateurs intermédiaires (chefs de canton, de groupement et de village ; responsables du PEV, de maternité et pédiatrie ; les infirmiers, etc.). Les informateurs intermédiaires se sont révélés beaucoup plus utiles par leur rôle de guide au sein des localités difficiles d'accès et de médiateur auprès d'autres personnes-ressources susceptibles de me fournir certaines informations capitales relatives à cette étude. Disposant de peu de temps à chaque fois, j'ai dû me limiter à cette méthode qui compte certains biais mais qui me permettent par la suite de mieux poursuivre une recherche en immersion.

Concernant les informateurs clés, ce sont ceux avec lesquels j'ai passé la grande partie de mon temps sur le terrain de Sangmélina. Car, ils m'ont communiqué des informations spécifiques relatives aux aspects qui constituent l'objet de cette étude et leurs déclinaisons. Parmi eux figurent : 51 tradipraticiens (ethno pédiatres, matrones, blindeurs), 240 mères (et autant d'enfants), 16 chefs COSA. Les mères interrogées – au nombre de 240 – sont divisées en deux groupes, selon qu'elles ont participé aux focus group (160) ou non (80).

Les jeunes enfants (0 à 5 ans) ont un statut particulier dans cette étude, car ils en sont au centre comme ils le sont aussi tant la médecine infantile endogène bulu, que pour les différentes situations et relations préventives et thérapeutiques. Je rappelle que, dans cette socio-culture, ils sont, à cet âge, perçus comme vulnérables et ayant une expression orale assez faible les excluant de fait des communications interpersonnelles aussi bien en dehors qu'à l'intérieur de leur groupe familial. Cette représentation est encore plus accentuée quand ils sont souffrants et qu'ils ne s'expriment alors que par des pleurs, des cris, des grincements de dents, etc. pour signifier leurs douleurs. C'est pourquoi, lors des situations de soins, en lieu

et place des enfants, ce sont leurs mères qui sont considérées comme les informatrices à travers le rôle de médiatrices culturelles<sup>98</sup>.

Concernant les informateurs intermédiaires, ceux-ci m'ont également apporté des informations utiles relatives à ma thématique, mais assez globales. Il s'agissait : de la division administrative et politique des cantons, des groupements et des villages ; de l'état de santé des enfants dans la zone ; des niveaux de vaccination infantile et des vaccins ; des représentations de la vaccination infantile et du vaccin ; de la santé maternelle et infantile ; ou encore de la traduction des mots bulu en français, de la correspondance scientifique des éléments de la pharmacopée traditionnelle, etc. Le tableau qui suit présente les différents types d'informateurs et leur nombre.

TYPES D'INFORMATEURS	NOMBRE
Tradipraticiens (ethno pédiatres, matrones et blindeurs)	51
Mères (et autant d'enfants)	240
Agents de santé communautaire (COSA)	16
Chefs des cantons	04
Chefs de groupements	16
Les responsables du PEV (programme élargi de vaccination)	03
Responsables maternité et pédiatrie	10
Phytothérapeute	01
Infirmiers	08
Enseignants retraités et journalistes	10
<b>Total : 350 informateurs</b>	

**Tableau 5** : catégorie d'informateurs et leur quantité, source : mes enquêtes de terrain.

La construction de cet échantillonnage n'a pas été aisée. Car, au fur et à mesure que j'avais dans cette étude, se posaient de nouvelles interrogations. Quelles étaient la valeur et la place des matrones (considérées comme des spécialistes de la santé maternelle et infantile communautaire). Avant d'aborder ce terrain il m'a été difficile de pouvoir distinguer

<sup>98</sup> Le rôle des mères dans les situations de soins comme médiatrices culturelles est défini et analysé dans la deuxième grande partie de cette thèse, notamment dans le chapitre 2 intitulé : La médecine infantile endogène ou l'ethno pédiatrie bulu : acteurs, savoirs, pratiques et outils

les mamans âgées (spécialistes des maladies infantiles) et les matrones (spécialistes de la santé maternelle). Or, mes enquêtes montrent qu'au ne saurait écarter la santé infantile de la santé maternelle, car les deux sont naturellement liées. L'un des travaux de cette étude, avant de concevoir cet échantillon, a été de redéfinir<sup>99</sup> la place de ces deux types de tradipraticiens au sein de cette médecine infantile endogène bulu de manière à mieux les situer dans un type d'informateurs. Sans oublier des informateurs à qui je n'avais pas pensé au départ, notamment des femmes nouvellement enceintes, prêtes à accoucher ou ayant déjà accouché, que j'ai rencontrées grâce à la méthode du « porte à porte » avec l'aide et le soutien des chefs de groupement. Ces trois types de femmes m'ont communiqué des informations, en complément de celles des matrones, relatives aux rapports des périodes avant, pendant et après la grossesse avec la médecine endogène. Autrement dit, elles m'ont permis de comprendre les dynamiques fonctionnelles qui entourent le cadre des rapports entre la culture médicale bulu et la grossesse. En fin de compte, c'est avec ces informateurs que j'ai donc pu réaliser mes entretiens, mes *focus groups*, mes récits de vie, y compris mes observations.

### **2.3.2. Les entretiens individuels approfondis et les focus groups**

Beitone *et al.*, (2000) définissent l'entretien comme « une technique qui consiste à organiser une conversation entre enquêté et enquêteur. Dans cet esprit, celui-ci doit préparer un guide d'entretien, dans lequel figurent les thèmes qui doivent être impérativement abordés ». (p. 15). Pour cette thèse, j'ai conçu, dans un premier temps, une grille d'entretien constitué des concepts opératoires ou clés de l'étude à laquelle j'adaptais chaque catégorie d'informateurs intermédiaires. Par exemple, du point de vue des concepts tels que : local, culture, tradition et de leur structure et fonctionnement, etc., je me tournais vers les autorités traditionnelles (chefs de cantons et de groupements). Dans un deuxième temps, j'ai conçu quatre guides d'entretien spécifiques. Un dédié aux tradipraticiennes (mamans âgées), un dédié aux matrones, un dédié aux blindeurs, et un dédié aux mères (cf. annexes). Ces guides m'ont servi de trame, sans la rigidité d'un questionnaire ouvert. L'expérience aidant, j'ai pu au fur et à mesure ajuster mes questions et laisser davantage s'exprimer les enquêtés.

La majorité des entretiens individuels ont été enregistrés et retranscrits. J'ai également conçu deux guides d'observation. Un dédié aux tradipraticiens (mamans âgées, matrones et blindeurs), et l'autre dédié à destination des mères et des enfants souffrants. Des focus group ont été réalisés, mais uniquement auprès des mères, sur la base de guide d'entretien. Ces focus

---

<sup>99</sup> Ces deux types de tradipraticiens sont définis et analysés dans la deuxième grande partie de cette thèse, notamment dans le chapitre 2 intitulé : La médecine infantile endogène ou l'ethno pédiatrie bulu : acteurs, savoirs, pratiques et outils

group se déroulaient des jours bien précis (les dimanches surtout) et, grâce à l'accord des autorités traditionnelles, à l'intérieur des chefferies. Concernant les informateurs intermédiaires, je me suis entretenu avec eux de façon informelle et spontanée, à leur lieu de travail ou à leur domicile. Cela dit, quand j'avais l'opportunité de rencontrer un d'entre eux de manière inattendue, je me dirigeais vers eux pour solliciter un entretien. Bien entendu, certains, notamment les professionnels de santé, les responsables du PEV, me fixaient des rendez-vous quand la circonstance de rencontre ne permettait pas de mener un entretien. En réalité, ce que j'ai compris dans cet exercice d'entretien c'est qu'on peut facilement obtenir des informations qu'on n'aurait également eu sur la base d'un guide d'entretien, mais avec beaucoup de recul et de réticence. Car, parfois c'est dans la spontanéité, c'est-à-dire contre toute attente, sans prévision, que l'informateur se sent plus à l'aise, plus décontracté et plus détendu à répondre à la question qui lui ai posée. La spontanéité de l'informateur le rend plus ouvert que lorsqu'il est face à un chercheur ayant un guide d'entretien. Cela m'a permis de croiser les informations reçues dans le cadre spontané et dans le cadre avec guide d'entretien.

### **2.3.3. Les récits de vie**

Basé sur des expériences individuelles, collectives et socioculturelles, le récit de vie est « une forme particulière d'entretien, l'entretien narratif, au cours duquel un chercheur demande à une personne de lui raconter toute une partie de son expérience vécue » (Bertaux, 1997, p. 6). Plus précisément, le récit de vie est :

---

*« Une production dialogique d'un discours improvisé sans notes, sans recours aux archives écrites, se fondant sur la remémoration spontanée des principaux événements tels qu'ils ont été vécus, mémorisés et totalisés, s'efforçant d'en retrouver les enchaînements, et de les communiquer à la personne en face avec un souci réel de véridicité/véracité » (ibid., p. 77).*

---

J'ai réalisé des études de cas spécifiques, afin d'approfondir les contours de mon objet d'étude, auprès des mères qui n'avaient pas participé aux différents focus group. Je les rencontrais également de manière spontanée lors des consultations chez les tradipraticiennes avec leurs enfants souffrants. Les femmes nouvellement enceintes, les femmes prêtes à accoucher et les femmes ayant déjà accouché font également partie de ce type d'informateurs<sup>100</sup> avec lesquels j'ai mis en œuvre cette méthode de collecte de données. Les

---

<sup>100</sup> Le choix de ces trois types de femmes est exposé et défini dans la deuxième grande partie de cette thèse, notamment dans le chapitre 2 intitulé : La médecine infantile endogène ou l'ethno pédiatrie bulu : acteurs,

récits de vie m'ont permis d'entrer dans la stricte intimité de ces mères et de ces femmes. Grâce à eux (ces récits de vie) j'ai pu obtenir des informations supplémentaires par rapport à celles reçues de la part des tradipraticiennes sur les étiologies de certaines maladies infantiles locales, de la part des matrones sur les rapports entre la culture médicale et la santé maternelle, notamment la période de la grossesse. Par exemple, j'ai pu avoir le récit d'une mère au sujet de l'*Agnos* (une des maladies infantiles locales étudiées dans cette thèse) (cf. chapitre 5, maladie infantile locale *Agnos*). Cette dernière témoigne sur les raisons qui ont conduit son enfant de trois ans à souffrir de l'*Agnos* considérée comme une maladie infantile locale liée aux rapports intimes entre géniteurs.

#### **2.3.4. Une ethnographie du détail**

J'ai pratiqué l'ethnographie du détail pour me rapprocher et m'attacher aux enfants, bien qu'étant avec leurs mères. Razy (2007), par exemple, en pays Soninké (Burkina Faso) montre qu'elle en a fait usage pour s'attacher aux « petits riens » qui peuvent sembler anodins, mais qui permettent de cerner le quotidien des populations étudiées. L'une des particularités de cette approche est qu'elle permet, à partir d'une seule composante culturelle ou communautaire, de saisir les complexités d'une socio-culture donnée. Elle m'a ainsi permis, dans le cadre des situations de soin, de procéder à des observations minutieuses et répétées sur de longues périodes sur les attitudes et postures des enfants. J'ai ainsi pu déceler les complexités de la relation préventive et thérapeutique (tradipraticiennes, enfants, mères), les postures des enfants, de leurs mères et des tradipraticiennes. J'ai en outre pu comprendre les différents jeux de pouvoir entre les différents acteurs de cette médecine infantile endogène (tradipraticiens, mères, enfants, autorités traditionnelles, chefs COSA, populations) et les gestes dans les mécanismes de mobilisation préventive et thérapeutique.

#### **2.3.5. Une approche mosaïque**

Fucci (2020) montre que l'approche mosaïque combine des techniques et des outils traditionnels de recherche (entretien, focus group, brainstorming) avec des techniques et des outils participatifs (photographies, cartes, etc.). Elle (cette approche) facilite le processus de production de connaissances par comparaison à la simple collecte de données et/ou d'informations. D'où son appellation de « mosaïque », car elle fédère plusieurs techniques et outils de recherche. Cette approche fait de l'écoute des mères (parents) une stratégie, car leurs

---

savoirs, pratiques et outils, sous partie réservée à la place des matrones dans la médecine infantile endogène bulu.

récits de vie et interprétations des faits et gestes des enfants sont utiles pour saisir leurs ressentis face au pédiatre ou ethno pédiatre (Clark & Moss, 2001 ; Fucci, 2020).

Clark & Moss (2001), Clark (2004) et Fucci (2020) soulignent que la spécificité de cette approche est qu'elle se déploie à travers les conventions internationales des droits des enfants, lesquelles exigent la reconnaissance de leur droit légitime à s'exprimer et à participer aux décisions qui les concernent. Dans le contexte spécifique des relations préventives et thérapeutiques qui m'occupent, les relations entre les mères, les enfants et les tradipraticiennes ont été considérées conjointement, afin de tenter de saisir au mieux le ressenti de l'enfant qui souffre. Or, malgré sa souffrance et son statut d'acteur central de cette relation préventive et thérapeutique, l'enfant n'est pas directement écouté par la tradipraticienne observée, sa mère jouant un rôle de médiatrice de son ressenti qu'elle se charge de transmettre consécutivement à la tradithérapeute. Le contexte de cette recherche ne cadre pas véritablement avec le principe de cette approche qui privilégie le droit à la parole des enfants et plus d'autonomie dans leurs actes. Car, dans le contexte de la socio-culture bulu un enfant de zéro à cinq ans est considéré comme un être pas encore véritable établi, et dont l'expression ne saurait être pris en compte parce qu'encore faible. À fortiori quand il est souffrant, c'est-à-dire physiquement, moralement et psychologiquement affaibli par des douleurs. Les enfants que j'ai observé lors des situations de soins ne s'exprimaient pas oralement. Cependant, en fonction de la maladie, les cris, les pleurs, les allures tristes, silencieuses, pales et frileuses étaient des messages dont seules les mères étaient capables de décrypter et de transmettre aux tradipraticiennes.

### **2.3.6. Les observations**

Dans le cadre de soin des tradipraticiennes, j'ai réalisé des observations directes et participantes. Ce qui implique que j'ai occupé respectivement un rôle de témoin et d'acteur (De Sardan, 1995) ayant interagi avec les personnes observées et enquêtées dans le strict respect des modalités qui régissent ce type de relation. Ces observations ont été encadrées par deux guides d'observation (cf. annexes). Le premier a été conçu pour les attitudes et les postures des mères et de leurs enfants lors des soins préventifs et thérapeutiques. Le second avait pour but de prêter attention, d'une part, aux attitudes et postures des tradipraticiennes et, d'autre part, aux rapports avec les « espaces sacrés ou privilégiés », aux capacités et qualités d'accueil ainsi qu'aux types d'outils utilisés dans leur cadre de soins.

Concernant les observations directes, je me suis intéressé à l'accueil des enfants et de leurs mères, au déroulement de leur prise en charge, aux premiers actes de soin, aux outils et aux

techniques de soin mobilisés, aux postures et aux gestes pendant la séance, à l'organisation du dispositif de travail des tradipraticiennes. Durant les observations participantes, j'ai apporté autant que possible ma contribution au bon déroulement des consultations. Par exemple en aidant la tradipraticienne à fendre du bois ; à piler des écorces en vue de la préparation des décoctions ; en aidant les mères, qui me le demandaient, à bien tenir leurs enfants qui, du fait de leurs douleurs, bougeaient sans cesse empêchant la tradipraticienne de mener à bien son travail ; en berçant les enfants avant de les remettre à leur mère. Au cours de ces contacts, j'ai pu produire des photographies (cf. les annexes) et des vidéos qui m'ont permis d'immortaliser ces moments de terrain inédits. En fait, cela m'a montré à quel point, dans une étude, l'obtention de telle information ne découle pas toujours de la mise en place préalable d'un scénario comprenant des outils théoriques. L'observation participante m'a permis de trouver des réponses à certaines questions sans avoir à les poser et à interpréter à la fois les non-dits, notamment la communication non verbale (les expressions du visage, les silences volontaires et involontaires), l'influence du contexte, la dimension affective des récits, y compris les transferts dans l'expression des aspects sensibles.

Cette première catégorie de matériaux issue du travail ethnographique, a pu être complétée par des écrits collectés dans les bibliothèques universitaires publiques et privées, les cellules d'archives des mairies, les chefferies. Ces écrits sont principalement constitués des textes relatifs à la littérature orale Beti et Bulu (échanges informels, discours populaires, proverbes, citations et reliques, chants bulu, contes sur les mythes et les légendes bulu recueillis auprès de « vieillards », phrases rituelles, etc.). Je parle spécifiquement des Beti (groupe ethnique) et des Bulu (groupe tribal, composante des Beti) non pas pour les opposer, mais plutôt pour expliciter le fait que les Bulu, bien qu'ayant leurs spécificités (la langue), s'identifient fondamentalement à ce groupe ethnique à l'intérieur duquel sont issues les bases de leur organisation et structure sociales.

### **2.3.7. Le traitement des données de terrain**

Le canevas d'analyse choisi était l'analyse du contenu, modèle classique dans la discipline anthropologique. Seuls les éléments significatifs utiles à cette étude ont été retenus pour être analysés puis restitués ici globalement. D'abord concernant l'analyse en général, Mbonji (2005) l'a défini comme :

---

*« Une résolution, découverte de réponse, dégagement de solution par la combinaison des éléments d'un énoncé, d'un problème ; l'analyse est aussi*

*découverte du sens réel, symbolique ou latent par la mise en interrelation adéquate des morceaux d'un texte. (...) L'exigence de l'analyse, nous semble-t-il, questionne les différentes composantes d'un corpus qui accouchent du sens dont elles sont porteuses » (p.65).*

---

Du point de vue de l'analyse du contenu, Mucchielli (1996) montre qu'elle correspond à deux choses. D'abord, elle est :

*« Un terme générique désignant l'ensemble des méthodes d'analyse de documents, le plus souvent textuelles, permettant d'explicitier le ou les sens qui sont contenus et/ou le ou les manières dont ils parviennent à faire effet de sens » (p.36).*

---

Ensuite, elle est : « un examen objectif exhaustif d'un texte ou d'un ensemble d'informations en vue d'en tirer ce qu'il contient de significatif par rapport aux objectifs de la recherche » (ibid. p.36). Les informations obtenues ont toujours été dépouillées et classées à la fin de chaque journée de travail. À la fin de l'enquête sur le terrain, toutes les données ont été recoupées et analysées non seulement au regard de ses objectifs d'étude, mais aussi des riches éléments collectés spontanément sur place. L'analyse des données de cette étude a consisté à les rendre plus explicites de manière à mettre en lumière leurs spécificités les unes par rapport aux autres. Ce qui m'a permis d'exploiter, d'interpréter et analyser objectivement mes nombreuses données de terrain (iconographiques, orales, écrites, etc.) par ce procédé et ce cadre synthétique.

Au regard des techniques de collecte de données déployées, de l'échantillonnage et des autres sources de données qui ont contribué à enrichir ce travail, cette recherche scientifique a été réalisée dans le strict respect des normes et considérations éthiques du Cameroun en matière de recherche académique en ethnologie, qui plus est mise en application, comme je le montrerai dans ce qui suit.

### **2.3.8. Considérations éthiques de la recherche**

Toute recherche s'inscrit dans un cadre éthique, duquel découlent les enjeux éthiques et déontologiques dans l'action. En effet, l'éthique invite à réfléchir aux valeurs qui motivent nos actes et à leurs conséquences et fait appel au sens moral et à celui de notre responsabilité ;

la déontologie réunit les devoirs et obligations imposés à une profession ; l'intégrité scientifique concerne la « bonne » conduite des pratiques de recherche<sup>101</sup>.

À mi-parcours entre la France (où j'étais inscrit en Doctorat) et le Cameroun (où je menais mes recherches) je suis contraint de mettre en évidence les codes éthiques et déontologiques de recherche des deux pays dont j'ai respectivement respecté les dispositions législatives en matière de recherche. Au niveau de la France, l'éthique de la recherche scientifique est garantie par le législateur et par la communauté scientifique, nommant les associations scientifiques indépendantes (AFA, AFEA, AFS, etc.), les centres de recherche (CNRS, INSERM, etc.), les métiers de la recherche, les universités, des écoles doctorales et des laboratoires, et même les chercheurs en sciences humaines et sociales, notamment Lafaye & Gobatto (2014).

Concernant le législateur français, dans le code de la recherche scientifique inscrit dans son livre II (l'exercice des activités de recherche), titre premier (l'Éthique de la recherche), dans ses Articles L211-1 à L211-2<sup>102</sup>. L'article L211-2, particulièrement, stipule que : « les travaux de recherche [...] respectent les exigences de l'intégrité scientifique visant à garantir leur caractère honnête et scientifiquement rigoureux et à consolider le lien de confiance avec la société ». Dans la suite, il est écrit que : « l'intégrité scientifique contribue à garantir l'impartialité des recherches et l'objectivité de leurs résultats ». Les associations scientifiques (AFA, AFEA, etc.) ainsi que les centres de recherche (CNRS, INSERM) jouent également un rôle capital, à travers leurs codes éthiques et de déontologie, y compris des comités d'éthique qu'ils établissent en leur sein. Par exemple, la charte du CNRS de mars 2020 recommande à tout chercheur l'obligation de dignité (p.2), les obligations de probité et d'intégrité (p.3), l'obligation d'impartialité, de neutralité, du respect du principe de laïcité et de non-discrimination (p.3), sans oublier les obligations de secret et de discrétion professionnel (p.4) essentiels au maintien de la confiance entre le chercheur et les enquêtés. Quant aux métiers de la recherche<sup>103</sup>, leur Charte élaborée en 2015 et ratifiée en 2019 stipule dans son préambule que :

---

<sup>101</sup> Des informations à retrouver sur : <https://www.cnrs.fr/fr/ethique-deontologie-integrite-scientifique-et-lancement-dalerte>

<sup>102</sup> Informations disponibles sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006071190/LEGISCTA000006137603/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006071190/LEGISCTA000006137603/)

<sup>103</sup> [https://comite-ethique.cnrs.fr/wpcontent/uploads/2020/01/2015\\_Charte\\_nationale\\_d%C3%A9thique\\_190613.pdf](https://comite-ethique.cnrs.fr/wpcontent/uploads/2020/01/2015_Charte_nationale_d%C3%A9thique_190613.pdf)

---

*« L'objectif d'une charte nationale de déontologie des métiers de la recherche est d'explicitier les critères d'une démarche scientifique rigoureuse et intègre, applicable notamment dans le cadre de tous les partenariats nationaux et internationaux ». (p.1).*

---

Et que :

---

*« Cette charte constitue une déclinaison nationale des principaux textes internationaux dans ce domaine : la Charte européenne du chercheur (2005) ; the Singapore statement on research integrity (2010) ; the European code of conduct for research integrity (ESF-ALLEA, 2011). La charte s'inscrit dans le cadre de référence proposé dans le programme européen HORIZON 2020 de recherche et d'innovation » (p.1).*

---

Dans la sous partie du respect des dispositifs législatifs et réglementaire de cette Charte, il est écrit que :

---

*« Tout chercheur se tient informé des dispositifs législatifs et réglementaires qui régissent les activités professionnelles et veille au respect des textes correspondants, s'agissant notamment des recherches sur l'être humain, l'animal et l'environnement » (p.1).*

---

Les universités, les écoles doctorales et les laboratoires de recherche contribuent à cette tâche à travers les Chartes établies au sein de leur structure. Je précise que quand je me suis inscrit en doctorat l'école doctorale m'a attribué une Charte du doctorat qui explicite les dispositions légales à respecter de la part du doctorant ainsi que ses droits et ses devoirs tout au long de son parcours. Bien au-delà de toute la littérature florissante au sujet des « espaces de l'éthique » en sciences humaines et sociales, les travaux des auteures citées plus haut me semblent digne d'intérêt. Ainsi, afin de mieux saisir le concept éthique dans les sciences humaines et sociales et voir comment celles-ci (les sciences humaines) arrivent à se questionner puis à fournir des réflexions structurantes, je me suis tourné vers le dossier thématique « *désirs d'éthique, besoin de normes ?* » coordonné par Benveniste et Selim (2014). Ce dossier thématique est une véritable source précieuse, car les articles qui le composent aident à penser les « nouvelles réalités de l'éthique » (Benveniste & Selim, p.21). Il (ce dossier) questionne « l'emprise de l'éthique » dans la recherche en sciences sociales qui retourne le « désir d'éthique » du chercheur en « imposition de normes » (p.32). Dossier

thématique pluridisciplinaire, il laisse surtout une place importante aux études de terrain pour examiner les dilemmes auxquels les anthropologues font face dans leurs recherches.

L'un des articles qui a le plus attiré mon attention dans ce dossier thématique est celui de Lafaye & Gobatto, car il questionne un réel problème d'éthique en anthropologie qui est celui de la « modification du contexte de recherche ». J'ai été confronté à cela à certains moments de ma recherche, notamment la troisième année. Cela dit, quand je rentrais en France et que je repartais au Cameroun pour les recherches, j'avais le sentiment que j'arrivais dans un terrain nouveau, l'environnement qui était ouvert et accueillant hier devenait subitement davantage hostile : les mères ne voulaient plus m'accueillir, y compris certaines tradipraticiennes. Le contexte s'était modifié. Ma marge de manœuvre était devenue très faible. Du fait que j'avais déjà une bonne quantité de données, je m'interrogeais énormément dans une logique d'abandonner et de ne tenir compte que de ce peu de données en ma possession. Malheureusement, je ressentais en même temps le regard masqué de l'éthique qui me rappelait inconsciemment que ma recherche n'était pas encore à sa fin et que je devais être patient et persévérant. Dans ce cas, il fallait multiplier le nombre d'observations qui me faisaient garder une certaine distance momentanée avec les populations. Bien que les auteures défendent « une conception dynamique de l'éthique de la recherche », tout en montrant que l'anthropologue modifie aussi le réel des personnes qu'il rencontre, il n'en demeure pas moins que cet article insiste sur le fait que les questions éthiques ne peuvent être résolues par la seule morale individuelle : il faut mettre en place des structures de débats collectifs.

Dans mes recherches, j'ai tenu compte de toutes ces informations sur l'éthique de la recherche en France. Cependant, les enjeux sont-ils les mêmes au Cameroun ?

Au Cameroun, les enjeux éthiques de la recherche sont garantis par le Décret N/PM/DU de 2009 portant Code de déontologie des agents exerçant dans les secteurs de l'enseignement et de la recherche<sup>104</sup>. Dans le chapitre 3 de ce Décret (Du secret professionnel), l'article 24 insiste, d'une part, sur la tenue au secret professionnel et sur l'obligation de discrétion professionnelle (Alinéa 1) et, d'autre part, sur l'interdiction de faire usage de renseignements de nature confidentielle au préjudice d'un usager ou en vue d'obtenir directement ou indirectement un avantage (Alinéa 2). Dans le chapitre 4 (Dispositions diverses et finales, Alinéa 2) de ce même Décret, il est indiqué que : « tout manquement aux dispositions du

---

<sup>104</sup>Informations disponible sur :

[https://etico.iiep.unesco.org/sites/default/files/2019/02/cameroon\\_2009\\_code\\_de\\_deontologie\\_des\\_agents\\_exercant\\_dans\\_les\\_secteurs\\_de\\_l\\_enseignement\\_et\\_de\\_la\\_recherche.pdf](https://etico.iiep.unesco.org/sites/default/files/2019/02/cameroon_2009_code_de_deontologie_des_agents_exercant_dans_les_secteurs_de_l_enseignement_et_de_la_recherche.pdf)

présent code expose le contrevenant aux sanctions prévues par la réglementation en vigueur » (p. 5).

En outre, du point de vue des *Childwood studies* dans laquelle s'inscrit cette thèse, il existe une dimension éthique de terrain qui oriente ses réflexions sur le lien entre l'Agency de l'enfant, sa voix et le terrain. Nombreux auteurs (Corsaro, 1992 ; Scheper-Hugues & Sargent, 1998 ; Pufall & Unsworth, 2004 ; Greene & Hogan, 2005 ; Hart, 2006 ; Razy, 2007 ; Christensen & James, 2008 ; Christensen & Prout, 2010 ; Alanen, 2011 ; Razy & Rodet, 2011 ; Spyrou, 2011) y ont posé des jalons méthodologiques et éthiques pour saisir ces trois tendances qui façonnent, dans les sciences humaines et sociales, le concept de « petite enfance » et ses déclinaisons. Ainsi, l'Agency, parce que l'enfant, perçu comme vulnérable, a des capacités qu'il faut protéger, préserver et encadrer ; *la voix de l'enfant*, parce qu'il s'agit d'un être de parole et d'expression ; *les multiples terrains de recherche* complexes auxquels les chercheurs sont confrontés au quotidien, en particulier « l'éthique de la recherche ». La question relative à l'éthique de terrain auprès des enfants voit le jour à travers *The new sociology* (ou *social studies*) of childhood, les *Childhood studies* dans les années 1990 (Christensen & James, 2008). Ce qui correspond également à la date à laquelle est promulguée la CIDE, dont les principes sont adoptés à l'unanimité par l'Assemblée générale des Nations Unies le 20 novembre 1989. Sur cette constitution s'appuiera un grand nombre de travaux des *Childhood studies* adoptant une orientation interventionniste (Alanen, 2011 ; Hart, 2006).

Cette éthique de recherche relative aux enfants, ce que j'ai personnellement expérimenté sur mon terrain de recherche à travers les enfants bulu, considère l'enfant comme un acteur social ayant un ou des rôles (Razy, 1991). Dans la médecine infantile endogène, l'enfant (être malade) est un acteur social parce qu'il est entouré des personnes avec lesquelles il partage ses souffrances, ses douleurs et qui lui apportent soutien, bienveillance et bienveillance. L'enfant est aussi acteur dans les situations de soins parce qu'il est au centre des relations thérapeutiques qui associent lui, sa mère et la tradipraticienne. C'est lui (l'enfant) qui donne sens à ces situations de soins à travers l'expression de ses souffrances et douleurs, à travers l'expression des mouvements qu'il exerce avant, pendant et après les soins, et à travers les actes de soins qui lui sont faits.

Or, par le passé, certains travaux, dont l'approche par socialisation, qui est déterministe, auraient occulté le rôle d'acteur social de l'enfant (Christensen & Prout, 2010). À ce niveau, deux notions sont utilisées : celle de « reproduction interprétative » (Corsaro, 1992)

permettant de traduire les manifestations de l'*agency* de l'enfant et celle de « *cultures of communication* » des enfants (Christensen & James, 2008). Ces deux concepts permettent de prendre la mesure de la dimension idiosyncratique et créative du « langage des enfants », une autre notion à laquelle Greene et Hogan (2005) apportent des éclaircissements nécessaires, mais nuancés en précisant qu'il faut admettre des différences de « compréhension du monde » entre les bébés et les adolescents. Toutefois, précise Razy (2007), « si un grand nombre de travaux s'inscrit dans cette lignée majoritairement sociologique, il n'est pas inutile de rappeler que l'homogénéité souvent postulée des Childhood studies ne correspond à aucune réalité unifiée dans un seul courant » (p. 5). Pufall & Unsworth (2004) vont dans le même sens lorsqu'ils affirment que: « Even when there is a common umbrella term, such as childhood studies, we may gather under it group of scholars who talk about the same topic in quite different terms, terms that may not stand on common axion. » (pp. 5-6). De même, « il n'existe pas de méthodes spécifiques rattachées à ce nouveau paradigme pour étudier les enfants, si ce n'est le postulat d'une « child-centred ethnography » qui ne fait cependant pas l'unanimité » (Razy, *ibid.* p. 6).

Quant à la notion de « voix de l'enfant », Razy et Rodet (2011) et Spyrou (2011) montrent qu'elle pose, entre autres problèmes, la citation des paroles des enfants et le statut supposément bénéfique de la libération de la parole. Scheper-Hugues & Sargent (1998) soutiennent que ce nouveau paradigme a le mérite de permettre de dépasser « l'herméneutique de la suspicion » qui pesait parfois sur la parole des enfants et de leur donner du crédit comme informateurs.

Compte tenu de ces dispositions juridiques élaborées par le législateur camerounais, d'une part, le législateur français ainsi que les autres parties françaises (institutions et structures académiques et scientifiques, les chercheurs) dévouées à cette tâche éthique, y compris l'éthique de recherche de terrain dédiée spécifiquement aux *Childhood studies*, j'ai donc veillé au respect de la protection à la fois du secret des informations fournies et de l'identité des informateurs ayant pris part à la recherche. Concrètement, lors des entretiens, j'assurais aux personnes enquêtées que les informations personnelles les concernant (prénom et nom, âge, profession, statut matrimonial, nombre d'enfants, etc.) ne seraient utilisées que dans le strict cadre de cette recherche. Afin de les mettre en confiance, et selon leurs différents statuts, leur degré de familiarité avec la recherche académique, je leur présentais mon parcours personnel. Je leur fournissais d'autres informations plus précises, leur expliquant que je n'étais pas engagé par le gouvernement camerounais encore moins français. Je leur ai

expliqué les raisons de ma présence, que j'étais un doctorant et que je porte un intérêt particulier à leur zone et surtout sur la santé des enfants. Les participants qui disposaient d'un accès à internet ou souvent pas prenaient le temps de vérifier toutes ces informations. Avant tout entretien, je demandais également à chaque participant une autorisation d'enregistrement. Tout en leur proposant de les tenir au courant de mon travail final de thèse. Certains n'acceptaient pas. Dans ce cas, j'expliquais que ces enregistrements seraient détruits après avoir été exploités et qu'ils ne serviraient que pour cette étude. Si le participant exprimait de nouveau un refus, ce qui a été le cas dans certains groupements, j'utilisais un cahier de terrain pour prendre des notes. Une fois ces préalables effectués, et avec leur accord, l'entretien pouvait commencer. Par ailleurs, comme le souligne le code éthique de la recherche académique au Cameroun, à chaque entretien, je devais m'assurer de la liberté de réponse des participants à mon travail de recherche. Cela permettait que certains éléments iconographiques collectés pour ce travail ne puissent pas être publiés, n'ayant pas reçu l'autorisation de la part de leurs propriétaires de les diffuser.

Après avoir exposé la démarche liée à la construction de mon objet d'étude – la stratégie d'enquête de terrain et les techniques de collecte de données –, dans ce qui suit, je présenterai les théories mobilisées.

### **3. LES CHOIX THÉORIQUES**

Le cadre théorique désigne « la construction d'un modèle explicatif par un chercheur à partir de l'ensemble des théories disponibles dans une science et des savoirs qui lui sont connexes » (Ndjalla, 2015, p. 102). Mbonji (2005) montre qu'il (le cadre théorique) est :

---

*« Un construit et non un prêt-à-penser, que le chercheur formule et qui lui servira de clé de compréhension des données d'un problème ; il est une élaboration du chercheur à partir du matériau puisé dans le champ théorique [...] Il permet d'éclairer son sujet dans le champ concerné » (pp. 15-16).*

---

En l'occurrence, deux théories principales ont été mobilisées pour cette étude : la théorie de l'anthropologie interprétative de la maladie de Kleinmann (1980) et l'ethnométhodologie (Garfinkel, 2007 ; Coulon, 2014).

#### **3.1. La théorie de l'anthropologie interprétative de la maladie de Kleinmann**

Taïeb *et al.* (2005) formulent que la survenue de toute maladie entraîne de la part du malade une série de questions ayant trait à ses causes et encore plus à son sens : pourquoi moi ?

Pourquoi lui ? Pourquoi maintenant ? etc. Des questions qui exigent une interprétation dépassant le corps individuel et le diagnostic médical. Cette quête de sens n'est pas une survivance et ne s'exerce pas uniquement dans les failles de la médecine.

En fait, de ces questions émergent les notions de « systèmes de soin » (*Health care system*), de « modèle explicatif » (*Explanatory model*) ou encore les théories étiologiques et de causalité de la maladie si chères à cette théorie de l'anthropologie interprétative de la maladie dont Kleinmann (1980) a posé les jalons dans son ouvrage intitulé : *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Taïeb *et al.* (2005) montrent que le malade, en tant qu'être psychosomatique et social, est au centre de l'édification de cette théorie. Car, celle-ci (cette théorie) rend compte de ses rapports avec son corps, des relations entre ses organes, de ses sensations ressenties et des causes des souffrances qu'il éprouve, que ces dernières soient liées à la maladie ou à son traitement.

À partir de ses recherches aux États-Unis et à Taiwan vers la fin des années 1970, l'anthropologue psychiatre américain Kleinmann influencera considérablement l'anthropologie médicale. Centrée sur l'explication et sur le sens de la maladie, sa théorie interprétative considère que les représentations de la maladie sont des réalités culturellement constituées et que la maladie n'est pas une entité, mais un modèle explicatif. Ainsi, Kleinmann montre que les systèmes de soins (*Health care system*) rassemblent le réseau des réponses aux problèmes humains entraînés par la maladie : les croyances étiologiques, le choix des traitements, les statuts et rôles légitimés socialement lors des actions sur le malade, les relations de pouvoir qui les accompagnent. Pour Kleinmann, la réalité clinique est en partie construite par les systèmes sociaux et culturels. C'est ainsi qu'il divise cette réalité clinique en trois secteurs interreliés (*popular sector, professional sector, folk sector*). Le système social et culturel de Sangmélina intègre cette division sociale et culturelle en secteurs de Kleinmann. Ainsi, complémentaires et interreliés, le secteur populaire (*popular sector*) sera constitué des familles et de la communauté, le secteur professionnel (*professional sector*) des médecins, des infirmiers, des pédiatres, des sages femmes, et le secteur traditionnel (*folk sector*) des tradipraticiens, des génies, des totems, des ancêtres, chefs COSA.

Quant aux modèles explicatifs (*explanatory model*), ceux-ci expliquent la maladie selon cinq axes : l'étiologie, le moment d'apparition des symptômes, le mode d'apparition des symptômes, la physiopathologie, l'évolution du trouble (degré de sévérité, type d'évolution aiguë ou chronique, etc.). Kleinmann montre que ces modèles explicatifs doivent être

distingués des croyances générales (*general beliefs*) autour des maladies et des techniques de soin. Ces modèles explicatifs sont également rassemblés en réponse à un épisode particulier de maladie chez un sujet donné dans un secteur donné. Ce qui est le cas dans le contexte de cette étude où, face à une maladie infantile locale donnée (*agnos*), la tradipraticienne, lors de sa prise en charge, établira un diagnostic en cherchant à comprendre, sur la base du récit de la mère de l'enfant, les causes de sa maladie, sa symptomatologie et ses débuts de manifestation. Dans ce type de situation, la tradipraticienne se sert des modèles explicatifs pour tenter de regrouper l'ensemble des réseaux sémantiques (*semantic networks*) qui relient le vécu des troubles aux représentations du patient (l'enfant) et à toute autre partie concernée par la maladie (le père). En fin de compte, les modèles explicatifs sont le principal moyen de construction de la réalité clinique. La clinique est prise ici non pas seulement comme privilège des soins biomédicaux, mais comme pluralité intégrant l'ensemble des systèmes de soin des médecines.

Cette théorie de l'anthropologie interprétative de la maladie est aussi une théorie de « la communication et de la négociation de sens » (Kleinman, Ibid.) qui tient compte, dans ses analyses et interprétations, des significations, des symboles, des dimensions et causes endogènes et exogènes de la maladie. Je l'ai retenue dans cette étude pour trois raisons principales.

En premier lieu, elle explique que, dans chaque système de soins (système culturel), chaque maladie est perçue, nommée, interprétée et associée à un type de soin adapté à sa guérison. Ce qui est le cas dans le système de soin bulu des maladies infantiles locales, à ceci près que certains éléments de la pharmacopée sont utilisés pour plusieurs maladies et que seuls les secteurs populaire (*popular sector*) et traditionnel (*folk sector*) sont pris en compte. Kleinmann insiste sur le fait que le sujet malade rencontre différents discours sur la maladie quand il passe d'un secteur à un autre. Pour lui, c'est le système pris dans sa totalité qui soigne et pas seulement les thérapeutes. Cependant, ma thèse reste uniquement focalisée sur les deux secteurs (populaire et traditionnel), car mon objet d'étude explore les maladies infantiles locales (socialement et culturellement construites qui ne se préviennent et ne se traitent que dans la sphère traditionnelle). En dehors du domaine de la biomédecine, le secteur populaire est ici, ce qui correspond à la définition de Kleinmann, le lieu d'identification de la maladie, de l'évaluation de ses retentissements par l'individu et par la famille et de l'orientation vers le secteur traditionnel.

Deuxièmement, cette théorie est d'autant plus riche (pluridisciplinaire) qu'elle a donné lieu à d'autres lectures de l'anthropologie de la santé, notamment avec la théorie des représentations de la maladie (Herzlich, 1969, 1984 ; Moscovici, 1989 ; Abric, 1994a, 1994 b ; Janzen, 1995 ; Flament, 1989 ; Jodelet, 1989, etc.) ; les modèles étiologico-thérapeutiques (Zempleni, 1985 ; Laplantine, 1992) ; l'anthropologie clinique (Devereux, 1970 ; Moro, 1994) ; l'épidémiologie culturelle avec la méthode EMIC (*Explanatory Model Interview Catalogue*) (Weiss, 1997) ; et la médiation interculturelle (Delcroix, 1996). En effet, et comme par ailleurs, dans cette socio-culture bulu, la maladie est aussi un « événement » (Fainzang, 1986) qui nécessite la mobilisation de divers paramètres (humains, sociaux, culturels, environnementaux, économiques, etc.) et qui exige, pour le malade et son entourage, une recherche de causes (origine, agent pathogène) et de sens. Cela dit, cette double recherche à la fois explicative et sémantique se construit sur les consensus et les diverses interactions entre le malade (l'enfant), sa famille, la communauté et les tradipraticiens (Gruénais, 1990). L'importance de cet ensemble de théories dans l'interprétation des maladies infantiles locales étudiées ici, n'est plus à démontrer. Car, comme l'enfant souffrant est un personnage social, cela exige automatiquement une interprétation collective partagée par les membres du groupe. Leur objectif (les membres du groupe) est de trouver un cadre préventif et thérapeutique culturellement efficace, pertinent et acceptable.

En dernier lieu, cette théorie dépasse le cadre pluridisciplinaire précédemment énoncé pour expliquer et interpréter le sens de la maladie à partir des modèles explicatifs basés sur les trois dimensions ou réalités culturelles de la maladie : *illness*, *sickness* et *disease*. Bien que ces trois dimensions ne soient pas complètement séparées les unes des autres, car elles entretiennent de nombreuses interrelations, Kleinmann montre leurs dissemblances. Cela dit, pour Kleinmann, et bien d'autres auteurs (Zempleni, Fabregas, Laplantine, Einsenberg, Benoist, etc.), chacune de ces trois réalités démontre que la maladie et la souffrance s'inscrivent dans différents registres et dans différents contextes et que chacune d'entre elles possède respectivement son usage, sa signification et ses frontières. Ainsi, « *illness* » renvoie à l'expérience subjective d'un phénomène anormal, d'une souffrance, d'une douleur, d'un malaise et est considéré comme le signal d'un état d'altération biophysique objectivement attestable de l'organisme. « *Sickness* » n'est ni la réalité psychologique ni la réalité biomédicale, mais la réalité ou encore la prise en charge socioculturelle de la maladie. « *Disease* » est l'état biophysique que le diagnostic du médecin érige en fonctionnement légitime de l'état ou du rôle social du « malade ».

En ce sens, les maladies infantiles locales étudiées dans cette thèse, dont les soins sont fondamentalement traditionnels, oscillent entre *illness* et *sickness* selon leur évolution. Le fait qu'elles soient dans cet intervalle (*illness et sickness*) suppose qu'elles ne sont aucunement reconnues comme *disease* par les mères et les tradipraticiennes qui les interprètent si souvent autrement ou à travers les symptômes. Ce qui contribue à les invisibiliser par rapport à la nomenclature internationale de référence. Leurs processus de guérison témoignent de ces perceptions (celles de *illness, sickness*), car au départ elles sont perçues comme des *illness* à partir des observations préliminaires effectuées par la mère détectant quelque chose d'anormal, puis des manifestations de la douleur et de l'altération de l'organisme de son enfant. Ensuite, au fur et à mesure que la maladie évolue comme des *sickness* qui imposent dès lors que la mère prenne l'initiative de conduire son enfant malade chez une tradipraticienne pour sa prise en charge socio-culturelle.

### **3.2. L'ethnométhodologie**

Mbiatong (2019) indique que l'ethnométhodologie est la science des ethnométhodes, c'est-à-dire des méthodes que les membres d'un groupe utilisent pour donner sens et, en même temps, accomplir leurs actions de tous les jours, communiquer, prendre des décisions, raisonner. L'ethnométhodologie cherche de façon empirique à comprendre le monde social tel qu'il est perçu par ceux qui y vivent. Cela étant, elle met au jour les procédures (processus interprétatifs de la vie ordinaire) qui régissent la construction sociale de la réalité par les individus. C'est à ces procédures apprises dans la vie courante que renvoie le terme d'« ethnométhodes ».

Tantôt considérée comme un paradigme, une théorie ou une méthode, l'ethnométhodologie voit le jour, de manière informelle, dès 1955, grâce à Garfinkel et Cicourel (Mbiatong, 2019). Pour ces pionniers de l'ethnométhodologie, les individus sont considérés comme des acteurs qui usent d'un « raisonnement pratique situé » plutôt que d'un raisonnement logique en vue de donner sens à leur environnement et d'agir dans la vie de tous les jours Mbiatong (2019). L'auteur précise également que cette théorie puise sa source dans la théorie de la reconstruction phénoménologique (Schutz) ainsi que dans la sociologie de la compréhension (Max Weber).

Par ailleurs, l'ethnométhodologie présuppose que nous sommes tous des sociologues à l'état pratique (Coulon, 2014) ; que les acteurs ne sont pas des « Monsieur Jourdain » ou « des idiots culturels » ; qu'ils mettent en œuvre des ethnométhodes ou méthodes des communautés,

les méthodes de leurs groupes, des méthodes pratiques de savoir ordinaire permettant de résoudre leur problème, de vivre et de l'interpréter (Garfinkel, 2007). Garfinkel indique aussi que les études dans ce champ ne traitent pas uniquement des activités, des circonstances et du raisonnement sociologique pratique. Elles cherchent également à accorder aux activités banales de la vie quotidienne la même attention qu'aux événements extraordinaires en les saisissant comme des phénomènes de plein droit. L'un des intérêts majeurs de Garfinkel porte sur les activités pratiques, et notamment le raisonnement pratique, qu'il soit professionnel ou profane.

Coulon (2014), quant à lui, montre que les ethnométhodes apparaissent comme des faits et des gestes objectivés par les acteurs sociaux pour résoudre les différents problèmes auxquels ils font face au quotidien. L'ensemble des actes et pratiques mis en œuvre par les individus s'appuiera donc sur un stock de savoirs ou de connaissances bien élaborés, leur action sociale étant guidée et recommandée par les savoirs disponibles. En outre, les individus disposent de la signification des actes qu'ils accomplissent dans une dimension émique retravaillée ensuite par le chercheur sous une approche éthique (Abouna, 2012). Par dimension émique, Abouna (2014) montre qu'elle est l'approche de saisie de la réalité sociale et culturelle d'un fait par les populations originaires de la zone où ce fait est étudié. Cette approche permet ainsi de découvrir comment un groupe s'organise dans son cadre social et la manière dont il résout les problèmes auxquels il fait face. Concernant l'approche éthique, l'auteur montre qu'elle est la saisie de la réalité sociale et culturelle d'un fait tel que vécu par les étrangers non originaires de la zone où ce fait est étudié.

Coulon (2014) insiste sur le fait qu'avec Garfinkel (2007) l'ethnométhodologie s'est dotée d'un vocabulaire particulier et pluridisciplinaire qui emprunte certains de ses termes et concepts à d'autres sciences sociales, tout en modifiant leur sens et en créant un cadre solidaire entre eux. Par exemple ont été empruntés l'approche émique à l'épidémiologie culturelle ; l'indexicalité à la linguistique ; la réflexivité à la phénoménologie ; la notion de « membre » à Parsons ; l'*accountability* (ou récit de vie) à l'anthropologie. Pour l'indexicalité, Coulon (2014) montre qu'elle est cette approche qui permet de saisir les faits culturels dans leur contexte ou situations particulières, localisées d'où ils ont leur sens. Concernant la réflexivité, l'auteur indique que le cadre de ce concept montre que seuls les acteurs sociaux (les communautés) ont la capacité à expliquer le sens des actes qu'ils posent au quotidien.

Le recours à la théorie ethno-méthodologique a été nécessaire pour deux raisons dans le cadre de cette étude. Premièrement, saisir les dynamiques et les contours des mécanismes endogènes de soin face aux maladies infantiles locales. Et deuxièmement, comprendre le sens des rapports de mise en œuvre de ces mécanismes endogènes de soin qui les lient aux principaux acteurs (tradipraticiennes, enfants, mères) qui en ont l'initiative. En considérant que les savoirs et les pratiques endogènes de soin et leurs déclinaisons sont des « ethnométhodes », cette théorie m'a aidé à comprendre : le sens des actes, des postures, des faits et gestes et les relations thérapeutiques ; le sens des usages spécifiques de certains outils et éléments de la pharmacopée dans les soins de chacune de ces maladies ; les rapports dynamiques entre la tradition bulu et les soins ; la vision du monde des Bulu et les soins ; les raisons pour lesquelles les Bulu ont recours à leur médecine infantile endogène pour prévenir, soigner ou guérir les maladies infantiles de leur environnement.

### **Conclusion**

En définitive, dans ce chapitre il a été question de trois aspects. D'abord, la présentation de la démarche mise en œuvre pour construire l'objet d'étude. Ensuite, l'exposition, en même temps, de la stratégie d'enquête de terrain qui a permis de collecter les données, la façon dont a été construit l'échantillonnage et les techniques de collecte de données, et les codes éthiques de la recherche de la France (où j'étais inscrit en thèse) et du Cameroun (où je menais mes enquêtes de terrain). Enfin, présenter les deux théories mobilisées. En gros, ce chapitre renseigne sur les dispositifs académiques et universitaires, scientifiques, administratifs, juridique (loi sociale) et éthique (loi morale) locaux et internationaux qui encadrent une recherche scientifique. Il (ce chapitre) montre surtout qu'aucune recherche n'est possible ou alors ne peut fournir des résultats probants si le chercheur n'a pas au préalable un objet d'étude, c'est-à-dire cet élément qui l'amène sur le terrain. Concernant mon immersion, c'est à partir de mon objet d'étude, tout en maîtrisant au préalable la langue locale (le bulu) instrument privilégié d'entretien avec les populations locales, que j'ai pu mener mon enquête ethnographique à Sangmélima. Une enquête ethnographique complexe, car établie sur différentes surfaces (cantons, regroupements, villages). À travers cet objet d'étude, j'ai également pu organiser ma méthode de travail ; bâtir ma stratégie d'enquête de terrain qui m'a aidé à évaluer la durée sur le terrain, construire mon échantillonnage, mobiliser les outils de collecte de données, ainsi que les théories que j'ai adapté à mon étude et qui m'ont fourni des éléments nécessaires à la compréhension des dynamiques et contours de l'objet d'étude.

Une fois que le cadre méthodologique a été exposé, vient maintenant l'analyse du cadre conceptuel qui permettra d'éclairer les choix théoriques et terminologiques effectués dans ce travail et sa restitution.

## **CHAPITRE 3 : LA PETITE ENFANCE ET LA SANTÉ INFANTILE : UNE ANTHROPOLOGIE CROISÉE**

### **Introduction**

Bien que l'objet d'étude de cette thèse soit circonscrit à une zone bien précise (Sangmélima), à un groupe culturel (les Bulu) et à une population cible (les jeunes enfants bulu de zéro à cinq ans), il est utile ici d'étendre son cadre d'analyse afin de comparer la situation de la santé infantile au Cameroun (à Sangmélima) à d'autres sphères géographiques et culturelles. Cela dit, une telle recherche qui s'inscrit à l'interface d'une anthropologie de la santé et d'une anthropologie de l'enfance, mérite d'élargir son champ d'analyse concernant l'enfance. C'est pourquoi elle ne s'enferme pas tant sur son terrain (Cameroun-Sangmélima) que sa discipline (anthropologie). Elle interroge aussi, de manière croisée ou comparative, des situations telles que la naissance, les maladies infantiles, les mortalités infantile (décès des enfants de zéro à un an) et infanto-juvénile (décès des enfants de moins de cinq ans), la prévention et les soins y afférents dans le monde et en Afrique. Dans les lignes qui suivent, en adoptant une approche pluridisciplinaire et synthétique des connaissances variées disponibles (théoriques et statistiques), des travaux scientifiques en sciences humaines et sociales qui analysent les questions de l'enfance, ce « petit sujet » (Lallemand & Moal, 1981) dans une perspective évolutive ou de « périodisation » (Razy, 2007) en liaison avec sa santé et ses déclinaisons, en liaison avec les cultures, les traditions et les époques, et en liaison avec le temps et l'espace dans le monde et en Afrique<sup>105</sup>.

### **1. LA SANTÉ INFANTILE DANS LE MONDE ET EN AFRIQUE**

Dans un appel à contribution publié en 2020 dans le calendrier des sciences humaines et sociales (Calenda)<sup>106</sup>, l'argumentaire analyse les grands enjeux de la santé maternelle, néonatale et infantile dans le monde et surtout en Afrique. Une problématique qui reste importante dans le monde étant donné les disparités en matière de qualité des soins entre les pays développés et ceux à faible niveau de revenu (UNICEF, 2008). Chaque année, plus d'un demi-million de femmes meurent de causes liées à la grossesse et à l'accouchement. Tandis que près de six millions d'enfants de moins de cinq ans meurent des suites de complications de prématurité et de maladies infantiles courantes (Liu *et al.*, 2016 ; OMS, 2017).

---

<sup>105</sup> La situation de la santé infantile au Cameroun et à Sangmélima a été exposée dans le premier chapitre du contexte méthodologique de l'étude.

<sup>106</sup> Appel à contribution intitulé : « Santé maternelle, néonatale et infantile en Afrique : analyse de la situation et perspectives », Calenda, publié le jeudi 20 août 2020. Disponible sur : <https://calenda.org/794933>

La réalité est que la majeure partie de ces problèmes de santé et des décès se produisent dans les pays d'Asie et de l'Afrique (Song *et al.*, 2015 ; Lilungulu *et al.*, 2020). En l'occurrence, le rapport de l'UNFPA (2013)<sup>107</sup> indique que l'Afrique est la région du monde où le taux de mortalité maternelle – qui est de l'ordre de 57 % – est le plus élevé. Pendant que, dans le monde industrialisé, une femme sur 4 700 court le risque de mourir à la suite de complications liées à sa grossesse, en Afrique, ce chiffre est d'une femme sur 39 (Prata *et al.*, 2020). Quant au taux de mortalité infantile, il est également le plus élevé au monde en Afrique, puisqu'un enfant sur huit meurt avant d'atteindre l'âge de cinq ans, soit 20 fois plus que la moyenne des pays développés, qui est d'un enfant sur 167 (Prata *et al.*, Ibid.). En particulier, ces décès touchent principalement les nouveau-nés et 60 % surviennent durant la première année de vie (UNFPA, 2013). Ces taux de mortalité maternelle et infantile se caractérisent donc par des disparités géographiques à l'échelle mondiale (Who *et al.*, 2015).

Des initiatives sociales, scientifiques, politiques, etc. sont prises de jour en jour. En matière de santé, l'Afrique, l'Asie et l'Amérique latine sont les trois continents où le taux de mortalité infantile reste encore très élevé (Pison, 2019). Selon Pison, les premières causes de la mortalité infantile dans le monde demeurent les maladies. Sur 1000 enfants de moins d'un an qui meurent dans le monde, 46 sont en Afrique ; 46 en Asie ; 4 en Amérique latine ; 1 en Europe, en Amérique du Nord et en Océanie. Aussi, sur les 16 000 enfants de moins de cinq ans qui meurent chaque jour dans le monde, la pneumonie est la cause de 2 500 décès, suivi de la diarrhée de 1 500, le paludisme de 1 000, la rougeole de 300, la coqueluche de 150, et le tétanos néonatal de 100 (Pison, Ibid.). En 2016, révèle Pison, sur la répartition et les causes des décès des enfants de moins de cinq ans dans le monde, les causes résultent de complications prématurées liées à l'accouchement (30 %) à d'autres causes (20 %), en passant par les pneumonies (16 %), les diarrhées (9 %), les anomalies congénitales (9 %), les accidents (6 %), le paludisme (5 %), la méningite (2 %), la rougeole (1 %), le tétanos (1 %), les infections au VIH (1 %) (p. 35). Sur les dix millions d'enfants de moins de cinq ans qui décèdent chaque année dans le monde, l'Afrique en totalise presque la moitié, alors que ce continent ne compte que 22 % de l'ensemble des naissances (Jaffré & Guindo, 2013).

Concernant le classement établi en 2015 des continents par décès des enfants de moins d'un an, il apparaît que, sur les 4,6 millions de décès dans le monde, l'Afrique en totalise à elle

---

<sup>107</sup> Fonds des Nations Unies pour la Population, créé en 1967, est la plus grande source des fonds de développement international pour la population, pour la planification familiale et à la santé de la mère et de l'enfant. <https://www.unfpa.org/fr/propos-de-lunfpa>

seule 2,21 millions (Pison, 2019). De plus, au cours de la même année, afin d'évaluer le taux de mortalité infantile par continent à partir des décès d'enfants de moins d'un an pour 1 000 naissances, l'Afrique représente 53°/00 (*ibid.*). En outre, Pison (2019) indique qu'en 2015 un nouveau-né sur trente (33°/00) meurt dans le monde avant de fêter son premier anniversaire. Ainsi, sur 100 enfants de moins d'un an qui meurent dans le monde, précise l'auteur (Pison), 48 meurent en Afrique. Des taux aussi élevés s'observent ailleurs qu'en Afrique, mais dans des pays en guerre comme l'Afghanistan ou dans des pays dont le système sanitaire est particulièrement défaillant, comme le Pakistan, la Birmanie, et Haïti (*ibid.*, p. 35). Selon un rapport de l'UNICEF (2021) 1,9 million de bébés sont morts tragiquement. Un rapport de l'ONU (2021) indique que, toutes les 4,4 secondes, un enfant ou un jeune est décédé en 2021. Le Groupe inter institutions des Nations Unies (IGME, 2021)<sup>108</sup> estime qu'en 2021 ont perdu la vie cinq millions d'enfants avant leur cinquième anniversaire et 2,1 millions d'enfants et de jeunes âgés de 5 à 24 ans. Dans un autre rapport distinct publié par le même groupe, il apparaît que 1,9 million de bébés sont mort-nés au cours de la même année.

En effet, toutes ces statistiques sur les naissances, sur la mortalité infantile et infanto-juvénile montrent que l'Afrique (ne serait-ce que) accuse encore un très grand retard dans la mise en œuvre des programmes de santé infantile efficaces par rapport à d'autres zones géographiques, notamment l'Europe et l'Amérique du Nord. Les États africains, avec l'appui des organismes internationaux de l'enfance et des partenaires internationaux, fournissent des efforts pour mettre en œuvre des politiques de santé infantile capables de réduire de moitié la mortalité infantile (zéro à un an) et infanto-juvénile (un à cinq ans). Malheureusement ces efforts semblent encore insuffisants. Sans oublier que l'Afrique fait face, et Pison (2019) le montre, à la persistance des inégalités sociales et sanitaires qui y existent. Car, celles-ci (ces inégalités sociales et sanitaires) font partie des causes majeurs de décès des enfants dans le monde, notamment dans ce continent (l'Afrique).

### **1.1. Les inégalités sociales et sanitaires comme causes des décès des enfants**

Pison (2019) montre encore que les inégalités sociales, y compris la pauvreté ambiante dans les milieux défavorisés, notamment en Afrique et en Asie du Sud-Est, engendrent les inégalités d'accès aux soins. Par exemple, un enfant né dans une famille pauvre n'a pas les mêmes chances de survie avant l'âge de cinq ans que celui qui est né dans une famille aisée. Concernant les inégalités sanitaires, l'auteur indique celles liées à un accès inéquitable à des

---

<sup>108</sup> Informations à retrouver sur : [https://childmortality.org/wp-content/uploads/2021/12/UN-IGME-2021-Explanatory-note\\_FR.pdf](https://childmortality.org/wp-content/uploads/2021/12/UN-IGME-2021-Explanatory-note_FR.pdf)

soins de santé et celles liées à des soins de santé de trop faible qualité pour les mères, les nouveau-nés, les enfants et les adolescents, surtout dans certains pays en développement d’Afrique. Or, la résorption de ces inégalités permettrait de diminuer le nombre de décès enregistré parmi ces tranches d’âge. Cependant, il y a tout de même une lueur d’espoir en perspective. Cela dit, les rapports de l’ONU et de l’Unicef<sup>109</sup> montrent que, depuis 2010, les progrès relatifs à la santé et à la survie des enfants ont considérablement baissé à tel point que 54 pays ne pourront pas atteindre les objectifs de développement durable (ODD) en matière de mortalité des enfants de moins de cinq ans. Mais il faudra rester en éveil, car en l’absence de mesures rapides en vue d’améliorer les services de santé, et vu les pandémies et les épidémies imprévisibles, près de 59 millions d’enfants et de jeunes mourront avant 2030, ainsi que près de 16 millions de bébés (ONU et Unicef, *ibid.*).

### **1.2. Les pandémies ou épidémies : éléments perturbateurs des dispositifs sanitaires infantiles**

Du fait de leur imprévisibilité, les pandémies ou épidémies ont souvent été un frein à l’amélioration de la santé des enfants dans le monde. Ce qui a été le cas avec la Covid-19 récemment. En fait, bien que cette dernière n’ait pas augmenté la mortalité infantile – les enfants ayant moins de chance d’en mourir –, les rapports (ONU et Unicef suscités) révèlent qu’elle a été à l’origine de la perturbation des campagnes de vaccination, des services de nutrition et d’accès aux soins de santé primaires. Cet état de chose est susceptible de compromettre leur santé et leur bien-être pendant de nombreuses années. Plus précisément, cette pandémie (la Covid-19) a donné lieu au plus grand recul continu des vaccinations de ces trois décennies exposant ainsi les nouveau-nés et les enfants les plus vulnérables à un risque accru de mourir de maladies évitables par le vaccin (ONU et Unicef, *ibid.*).

### **1.3. Les disparités géographiques concernant les chances de survie des enfants**

Selon ces mêmes rapports (ONU et Unicef), les chances de survie des enfants diffèrent selon leur lieu de naissance. En l’occurrence, les enfants nés en Afrique subsaharienne ou en Asie du Sud-Est, qui sont les deux régions les plus touchées par les décès infantiles, n’ont pas les mêmes chances de survie avant cinq ans que ceux nés en Europe ou en Amérique Nord. Bien

---

<sup>109</sup> Ces deux rapports (« Niveaux et tendances de la mortalité infantile ») et (« Never Forgotten ») sont les premiers d’une série de données importantes publiées en 2023, les chiffres de l’ONU sur la mortalité maternelle devant être publiés au cours de l’année 2023. Disponible sur : <https://www.unicef.fr/article/rapport-de-lonu-toutes-les-44-secondes-un-enfant-ou-un-jeune-est-decede-en-2021/?fbclid=I>

qu'en 2021 l'Afrique subsaharienne n'ait enregistré que 29 % de toutes les naissances vivantes dans le monde, elle a centralisé à elle seule 56 % de tous les décès d'enfants de moins de cinq ans contre 26 % pour l'Asie du Sud-Est. Ce qui implique que le risque de décès infantile y est quinze fois plus élevé qu'en Europe et en Amérique du Nord. En outre, en 2021, la mortalité de ces deux régions (Afrique et Asie du Sud-Est) a atteint un taux exceptionnel de 77 %, soit près de la moitié de toutes les mortinaissances se produisant en Afrique subsaharienne. La mortinaissance est sept fois plus élevée en Afrique subsaharienne qu'en Europe et en Amérique du Nord. Au regard de ces statistiques sur les chances de survie des enfants dans le monde, on note que l'Afrique et l'Asie du Sud-Est sont les deux régions où la mortalité est la plus élevée, et où peu d'enfants atteignent leur cinquième anniversaire. L'un des principaux facteurs à l'origine de ces décès des enfants est lié aux conditions de vie caractérisée par la pauvreté.

#### **1.4. Quelques solutions disponibles pour mettre fin aux décès des enfants**

La plupart des rapports et auteurs précédemment cités soulignent que les données sur la situation sanitaire des enfants comportent des lacunes qui pourraient compromettre l'impact des politiques et des programmes destinés à améliorer la survie et le bien-être des enfants dans le monde, notamment en Afrique et en Asie du Sud-Est. Cependant, il existe des solutions efficaces pour mettre fin aux décès évitables de nouveau-nés et d'enfants dans le monde entier. La première consisterait à remédier aux importantes disparités persistantes en matière de survie des enfants entre les pays et les régions, notamment en Afrique subsaharienne. La deuxième concerne l'amélioration de l'accès à des soins de santé primaires de qualité, notamment au moment de l'accouchement. La troisième est de réduire les inégalités.

L'accessibilité et la disponibilité des soins de santé demeurent une question de vie ou de mort pour les enfants dans le monde. Ce d'autant que la plupart des décès d'enfants surviennent au cours des cinq premières années, dont la moitié au cours du tout premier mois de vie. Pour ces bébés, les naissances prématurées et les complications pendant le travail sont les principales causes de décès. Des mesures doivent également être prises en faveur des enfants qui survivent au-delà de 28 jours pour lutter contre la pneumonie, la diarrhée, le paludisme, l'asphyxie à la naissance, les traumatismes et les anomalies congénitales qui constituent les plus grandes menaces de leur santé. En outre, près de 80 % des décès maternels pourraient être évités si les femmes avaient accès à des services essentiels de maternité et à des soins de santé de base, à des délais de réponse appropriés (Lozano, 2011 ; Blencowe et *al.*, 2012 ; Ymba, 2013 ; Sale et *al.*, 2014 ; Seguin & Niño-Zarazúa, 2015 ; OMS, 2017 ; Adiko et *al.*, 2018).

Au regard de ces données sur la situation globale de la santé maternelle et infantile dans le monde, mon analyse est que l’Afrique et l’Asie du Sud-Est sont les régions du monde où le taux de décès des femmes et des enfants est le plus élevé. Les chiffres alarmants à leur sujet le démontrent. Les raisons de ce taux élevé sont connues : inégalités sociales et d’accès aux soins ; absence de soins de santé primaires de qualité au service des femmes enceintes et de leur enfant ; absence de suivi de qualité des femmes lors des accouchements. L’Afrique présente un taux de mortalité maternelle et infantile très élevé par rapport au reste du monde en même temps qu’un taux de naissance annuel tout aussi élevé avec l’Asie. Ce qui signifie que des efforts considérables sont quand même faits, en tenant compte des Objectifs de développement durable (ODD), pour améliorer les conditions d’accès aux soins de qualité et réduire la mortalité des nouveau-nés et des enfants. Car, si le taux de naissance annuel est élevé en Afrique, cela suppose que des mesures importantes sont prises afin que les femmes accouchent dans des conditions acceptables. Cela justifie également l’évolution rapide de sa population, et donc de sa fécondité, dont la croissance est constante. L’ined (l’institut national d’études démographiques)<sup>110</sup> montre par exemple que de 2000 à 2017, la population de l’Afrique a augmenté de 58% et celle du reste du monde de 19% seulement. D’ici à 2050, elle sera de 2,7 milliards d’habitants. Tout ceci pour montrer que l’Afrique n’a pas de problèmes démographiques, elle a plutôt un souci de manque de réelles politiques économiques et d’amélioration des conditions de vie des populations. Les ODD estiment que, d’ici à 2030, la situation sanitaire des enfants dans le monde mérite d’être une priorité essentielle, notamment dans les régions les plus touchées (Afrique, Asie). Cette déclaration des ODD est d’autant importante et porteuse d’un grand espoir dans la mesure où naturellement chaque femme enceinte mérite de donner la vie et que chaque enfant, quel que soit son lieu de naissance, mérite de mener une vie saine, de bénéficier d’une enfance joyeuse, d’être en bonne santé et d’être mieux encadré jusqu’à l’âge adulte. Car, l’enfant est le père de l’homme (Montessori, 1936 ; Wordsworth, 1802), c’est-à-dire le devenir de l’humanité qui est elle-même la chose la mieux partagée par tous les humains.

---

<sup>110</sup> Des informations à retrouver sur : <https://www.ined.fr/fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/les-evolutions-demographiques-de-lafrique-subsaaharienne-entre-2000-et-2020-et-les-defis-dici-2050/>

## 2. LA PETITE ENFANCE DANS LES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES : UNE RÉFLEXION ÉVOLUTIVE TIMIDE, MAIS PROGRESSIVE

Les sciences humaines ont longtemps ignoré l'enfant (Kessler-Bilthauer, 2018), sa voix, son *agency*<sup>111</sup>, sa culture. Cela dit, les réflexions sur le concept d'« enfance » comme champ de recherche et d'études ont émergé progressivement (Benthall, 1992 ; Gottlieb, 2000 ; Hirschfeld, 2002 ; Montgomery, 2008). Ainsi — considérée sous l'angle de l'élève par les sciences et la sociologie de l'éducation (Bourdieu & Passeron, 1964 ; Boudon, 1973), comme objet (Sirota, 2006) ou encore comme sujet de la socialisation pour la sociologie de la famille (Sirota, 2005 ; Danic, Delalande & Rayou, 2006) — l'enfance sera portée par la sociologie de l'enfance anglo-saxonne des années 1960 qui l'observera de manière directe (La Fontaine, 1986 ; Benthall, 1992 ; James, 2007). Les premiers à s'y être intéressés ont été les historiens, notamment à travers la vie familiale et les institutions (Ariès, 1960) ; les liens parents-enfants (Pollock, 1983) ; la naissance et les contextes d'évolution physique (Gélis *et al.*, 1978 ; Gélis, 1988) ; les innovations médicales, les soins et la mortalité infantile (Morel, 1989). Le champ de l'histoire contemporaine a donc joué un rôle prépondérant dans le développement de ce thème de recherche sur l'enfance, plus particulièrement dans le cadre de l'entreprise de déconstruction des catégories d'âge lui correspondant (Kessler-Bilthauer, 2018<sup>112</sup>).

Quant à la question de la santé des enfants, son intérêt de la part des sciences humaines, notamment de l'anthropologie, remonte aux années 1970 avec Devereux (1970) qui s'est globalement intéressé aux représentations symboliques et aux rites qui s'articulent autour de la grossesse et de la naissance des enfants. Quelques ethnologues vont prendre le relais au moyen de monographies villageoises françaises préfigurant une anthropologie « *at home* » concernant les enfants et les bébés. Loux (1978), par exemple, fait partie de cette lignée d'ethnologues, car elle va s'intéresser, sur la période du XIX<sup>e</sup> et du XX<sup>e</sup> siècle, aux gestes de soin et d'entretien dits « traditionnels » et « populaires » prodigués aux corps des enfants. Delalande (2001) va montrer que les enfants font preuve d'agentivité bien que les adultes exercent sur eux une sorte de domination dans plusieurs domaines de leur vie. Les soins et la santé des enfants ont été étudiés tant par la sociologie de la médecine, l'anthropologie du

---

<sup>111</sup> D'après Razy & Campigotto (2014), l'« *agency* et la voix de l'enfant » constituent une préoccupation majeure des *Childhood studies*, car, depuis les années 1990, période pendant laquelle le questionnement sur l'éthique du terrain des enfants émergera, l'enfant est perçu comme vulnérable, mais aussi doté d'une agentivité et d'une voix qui méritent d'être protégées et encadrées. D'après Razy, cette vulnérabilité incite les chercheurs se réclamant des *Childhood studies* à s'interroger sur l'éthique de la recherche relative à la petite enfance.

<sup>112</sup> Dans son article intitulé : « Des enfants à soigner et des circuits de soins à parcourir », elle cite De Mause (1974) et Cunningham (1995) comme étant les principaux auteurs de cette réflexion.

corps, de la santé et de la maladie, l'anthropologie médicale que par la psychologie clinique, l'épidémiologie, la santé publique (Tunnel, 2008 ; Kessler-Bilthauer, 2018).

En outre, des recherches qualitatives et quantitatives ont été menées à travers le monde et ont porté sur le thème des maladies infantiles, notamment sur le VIH-Sida (Philippe, 2007), les cancers pédiatriques et les maladies chroniques (Hardy & Lecompte, 2011). D'autres travaux ont porté sur le handicap ; la transformation des corps grandissants (Diasio & Vinel, 2015) ; la prise en charge thérapeutique en médecine pédiatrique (Brown & Ritchie, 1990) ; la médecine familiale et les soins ordinaires de puériculture dans la sphère domestique (Lallemant & Delaisi de Parseval, 1980 ; Bonnet & Pourchez, 2007). Sans oublier les études sur les pratiques de soin rituelles, sacrées et/ou magiques réalisées pour guérir des enfants d'ici et d'ailleurs, lesquelles pratiques dépassent la distinction entre « science » et « tradition » et entre médecine urbaine et médecine rurale (Kessler-Bilthauer, 2018). En somme, depuis les années 1960, grâce aux travaux précurseurs sur les enfants cités plus haut, les sciences humaines et sociales, y compris les *Childhood studies* en France comme ailleurs, ne cessent de porter un regard sur les enfants, sur leur place et leur rôle au sein des sociétés lorsque leur santé est mise en péril (Kessler-Bilthauer, 2018), car ils sont à la fois objets et sujets des soins dont ils bénéficient (Beyer, 2016).

Ce faisant, la petite enfance est en même temps un domaine et un concept que se partagent tout de même les sciences humaines et sociales (psychologie, sociologie, *Gender studies*, anthropologie, etc.), et qui structure des sous-ensembles théoriques et analytiques spécifiques, tels que les *Childhood studies* (espace de production de connaissances à part entière dédié à la petite enfance). Revenons sur les traits saillants de cette histoire de la petite enfance, sur les auteurs qui l'ont abordée et sur les différentes orientations analytiques prises pour rendre compréhensible cette thématique dans les sciences humaines et sociales.

*Le Grand Robert de la langue française* (1992, 1996) désigne par « enfance » ou « petite enfance » – terme issu du latin *infans, infantis, infantia* et qui signifie « qui ne parle pas » – la période de la vie humaine de la naissance à l'adolescence. Plus précisément, « la petite ou première enfance » se situe entre la fin de l'âge du nourrisson (vers deux ans) et la scolarisation (six ans), tandis que « la seconde enfance » va jusqu'au début de l'adolescence (vers douze ans). Du point de vue social, pour définir « l'enfance », il faut remonter dans le temps (Ariès, 1960). Dortier (2008) rappelle que, non seulement, l'enfance est une notion récente en Occident (à partir des travaux d'Ariès, 1960), mais aussi qu'avant la période classique [XVI<sup>e</sup> et XVII<sup>e</sup> siècle], le sentiment d'une spécificité de l'enfance n'existait pas.

Aussi, l'auteur (Dortier) montre que l'idée que l'enfance ou la jeunesse étaient distinctes de l'âge adulte, qu'il convienne de les éduquer de façon particulière, n'avait aucune réalité. Dans les discours communs, l'enfance, qui débute à la naissance et s'achève à la puberté ou à la fin de la scolarité élémentaire, « est perçue comme un moment spécifique de l'existence, auquel sont attribués des comportements, des qualités et des besoins propres, différents de ceux des adultes » (Court, 2017, p. 4), comme des soins, une attention et un traitement spécifiques.

Les discours savants communément partagés incluent des caractères physiologiques particuliers qui se rattachent à l'enfance. Ainsi, selon Court (2017), « être enfant, c'est disposer d'un corps particulier, caractérisé notamment par une petite taille, une dentition incomplète pendant plusieurs années, un système immunitaire immature et une incapacité à se reproduire » (*ibid.*, p. 7). Au-delà de ce qui précède, l'enfance et ses perceptions ne sauraient pas être uniques, encore moins uniformes. C'est dans cette logique que pour Bonnet (2010), l'enfance est une construction sociale constituée d'une variété de normes et de contextes. La période de l'enfance dont il est question dans cette thèse est celle des enfants dont l'âge varie de zéro à cinq ans, c'est-à-dire celle où la petite ou première enfance se situe entre la fin de l'âge du nourrisson (vers 2 ans) et la scolarisation (vers 6 ans). Aussi, mes enquêtes chez les Bulu révèlent toute une symbolique particulière attachée à l'enfance ou la petite enfance que je développe dans la suite.

En effet, dans une approche historique, comme l'histoire de l'enfance touche à bien des domaines : vie quotidienne, croyances, religion, éducation, apprentissage, travail, droit (Morel, 2018), il est nécessaire d'aborder la petite enfance sous un angle pluridisciplinaire. Celui-ci (cet angle pluridisciplinaire) permet de saisir globalement les connaissances qui l'entourent. L'un des faits marquants de cette approche historique est qu'elle convertit l'enfance en « un véritable objet d'histoire » contraignant de nombreux chercheurs à adopter un regard pluriel (*ibid.*). Le livre pionnier d'Ariès (1960) témoigne de cette réalité. Comme le souligne Morel (2018) :

---

*« Les avancées actuelles des diverses sciences humaines qui travaillent sur ce thème débouchent souvent sur un désir d'histoire, qui incite l'historien à explorer les sources dont il dispose, en utilisant des problématiques issues d'autres disciplines (démographie, médecine, ethnologie, psychanalyse, sociologie) » (p. 1).*

---

Sans oublier qu'au regard de cette approche historique, force est de constater que :

---

« Pendant des siècles, les choses ont peu bougé [...] malgré ces nombreux emprunts qui fécondent sa problématique, l'histoire de l'enfance doit garder sa spécificité : elle travaille à la fois dans le temps long, immobile, des permanences et dans la conjoncture courte qui lui impose de dater au plus près évolutions et ruptures » (Morel, *ibidem.*).

---

## 2.1. L'enfance au cœur des *Childhood studies*

Cette thèse contribue au développement des sciences sociales de la santé et des *Childhood studies*, marqués par des recherches des auteurs cités plus haut, mais aussi par ceux qui sont cités ici et dans la suite, notamment Devereux, 1972 ; Loux, 1978 ; Morel, 1989 ; Brown & Ritchie, 1990 ; Alderson & Montgomery, 1996 ; Aronsson, 1998 ; Carter, 1998 ; Christensen, 1998 ; Cunningham, 2005 ; Coyne, 2008 ; De Suremain, 2013 ; Mayall, 2015 ; Legrip-Randriambelo, 2018 ; Mougel, 2021). Tous ces auteurs accordent beaucoup d'attention aux principes de la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE)<sup>113</sup>. Cette convention stipule dans son préambule que « [...] l'humanité doit donner à l'enfant ce qu'elle a de meilleur ». Court (2017) soutient ce principe fondamental lorsqu'elle montre que :

---

« [...] l'enfance se définit dans les discours communs et savants comme la période qui débute à la naissance et qui s'achève à la puberté ou à la fin de la scolarité élémentaire, et qu'elle est perçue comme un moment spécifique de l'existence, auquel sont attribués des comportements, des qualités et des besoins propres, différents de ceux des adultes » (p. 4).

---

En effet, selon Court, les *Childhood studies* se donnent comme programme de recherche « l'étude des cultures enfantines, la connaissance des pratiques, des croyances et des savoirs que les enfants partagent avec leurs pairs et qui font d'eux un peuple » (*ibid.*, p. 5). Elles (les *Childhood studies*) postulent que :

---

« Être enfant ne constitue pas une expérience homogène, commune à tous les membres d'une même classe d'âge. Il s'agit au contraire d'une expérience extrêmement diversifiée, en fonction de l'époque historique et du lieu de naissance évidemment, mais aussi en fonction de l'origine sociale et du sexe » (*ibid.*p.5).

---

---

<sup>113</sup> Informations de la Déclaration à retrouver sur : <https://www.humanium.org/fr/texte-integral-declaration-de-geneve/>

Cette citation fait ressortir le caractère pluriel de l'enfance. Court (2017) ajoute que, dans le champ des sciences sociales, les *Childhood studies* revendiquent certes l'analyse des cultures enfantines, mais surtout celle des relations entre enfants. Né dans les années 1980, Court montre que :

---

*« Ce courant de recherche s'est organisé institutionnellement dans la décennie suivante à travers notamment la création de revues (Sociological Studies of Children, Childhood), l'organisation de colloques, la mise en place d'enseignements spécialisés, la publication de manuels (Corsaro, 1997 ; Qvortup et al., 2009) et la construction de réseaux professionnels (des sections "Sociologie de l'enfance" voient le jour au sein de l'American Sociological Association et de l'Association internationale de Sociologie de langue française) » (p. 54).*

---

Les *Childhood Studies* sont très présentes dans le monde universitaire anglo-saxon (Musset, 2011). Elles combinent, selon Musset, des orientations de nature conceptuelle et fondamentale avec la prise en compte de la dimension de la pratique et de l'action, où chercheurs, praticiens, politiques voire militants sont invités à collaborer. Avec un champ complexe et relativement nouveau, les *Childhood studies* sont caractérisées par une approche interdisciplinaire et holistique de l'enfance : anthropologie, économie, histoire, philosophie, sociologie, psychologie, médecine, droit, pédagogie, art et littérature (Allison & Adrian, 2008). À la croisée de ces disciplines scientifiques, les *Childhood studies* soulignent que non seulement « l'enfant d'aujourd'hui est désormais acteur social à part entière autant que sujet de plein droit, [et] que plusieurs systèmes de représentation de l'enfance se sont constitués dans le temps et l'espace » (Musset, 2011, p. 13), mais surtout qu'il importe d'opérer une distinction entre l'enfant « en devenir » et l'enfant « au présent » (Prout, 2005).

Selon Prout (2005), les chercheurs des différentes disciplines (principalement des historiens, sociologues, anthropologues et des chercheurs en sciences de l'éducation) qui se rattachent à ce champ de recherche se concentrent sur deux objectifs principaux :

---

*« Le premier est d'analyser les pratiques, les valeurs et les croyances que les enfants ont en commun en tant que membres d'une même classe d'âge. Sans ignorer que les enfants ne vivent pas les mêmes expériences de leurs origines sociales, mais en faisant l'hypothèse qu'ils partagent néanmoins des éléments de culture commune transcendant ces différences [...], le second consiste à « étudier les enfants en tant qu'"acteurs" en préconisant le fait que les enfants sont dotés d'agency ou de "capacités d'agir" » (p.54).*

---

Par-là, les auteurs de ce courant veulent signifier que les enfants sont des « citoyens », à qui il conviendrait de reconnaître et de donner plus de pouvoir sur leur existence (Court, 2017). Du foisonnement des analyses sur l'enfance émergent quelques paradigmes (Loeffel & Kerlan, 2012) : les *Childhood studies* « mettent aujourd'hui en relief l'extrême dispersion des représentations de l'enfance et la vivacité des débats à son sujet » (Musset, 2011, p. 13). Parmi ses représentations se trouvent l'enfant roi, l'enfant victime, l'enfant faisant son « métier d'élève » ou précisément « d'enfant » (Musset, 2011) ou encore l'enfant générant une culture enfantine spécifique (Aléo & Delalande, 2011). Or, en dépit de l'abondance de ses travaux depuis une trentaine d'années, ce champ de recherche ne rallie pas l'ensemble des sociologues qui s'intéressent aux enfants (Court, 2017) et serait encore un « domaine à reconstruire » (Lévêque, 2017). En tout cas, les *Childhood studies* passionnent les médias, qui s'engagent dans une démarche de vulgarisation sans précédent à leur sujet (Sirota, 2010).

## **2.2. L'enfance dans la pensée historique**

Même si l'histoire de l'enfance est récente (Morel, 2000), on ne saurait l'aborder sans citer Ariès (1960) considéré comme celui qui, grâce à son célèbre ouvrage *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*, a fait que l'enfance devienne véritablement objet d'histoire (Morel, Ibid.). Selon Ariès (1960), l'histoire de l'enfance et celle de la famille sont étroitement liées. Guidetti, Lallemand & Morel (2000) tentent, dans une approche comparative, de situer la notion d'« enfance » sur le plan interculturel et historique. Cela a permis de mieux comprendre et de relativiser le développement de l'enfant en relation avec ses milieux de vie tel qu'il est actuellement décrit par la psychologie de l'enfant. Morel (2000) évoque les multiples transformations des représentations et des pratiques relatives à l'enfance entre le XVI<sup>e</sup> et le début du XX<sup>e</sup> siècle en France. Elle explore les sources disponibles issues d'autres disciplines (sociologie, démographie, médecine, ethnologie, psychanalyse) pour retracer l'histoire de l'enfance en adoptant des angles de vue complémentaires, qui sont de nature éthique, culturelle, sociale et politique.

Pour Morel, la particularité de l'histoire de l'enfance a trait à sa transmission indirecte : « aucun enfant n'a jamais témoigné à chaud sur sa vie et ses émotions. L'histoire de l'enfance est toujours écrite à partir de sources qui viennent des adultes » (p. 61). Parce que cette histoire emprunte des connaissances issues d'autres disciplines, elle est :

---

*« Une histoire carrefour, mobilisant toutes les sources possibles et nécessairement pluridisciplinaires, car elle doit combiner l'étude de la démographie, de la vie familiale, des rôles sexuels, des attitudes face à la vie et à la mort, des croyances religieuses, des mentalités, des convictions scientifiques, des normes de la pudeur, de la civilisation matérielle, des structures institutionnelles... et bien d'autres encore » (ibid. p.61).*

---

Cela étant, l'histoire de l'enfance est selon Morel :

---

*« Aussi nécessairement une histoire de la longue durée, où croyances et pratiques se transmettent de génération en génération, les changements se font lentement : dans la manière d'accueillir et de soigner le petit enfant, bien des choses évoluent peu entre l'Antiquité, le Moyen Âge et le début du XX<sup>e</sup> siècle, jusqu'à la guerre de 1914 » (ibid. p.61).*

---

Des évolutions se dessinent dans les pratiques et les représentations plus rapidement dans les théories scientifiques à partir du XVIII<sup>e</sup> siècle. Ces changements ne se font pas au même rythme dans tout le corps social. À une époque donnée, les enfants peuvent être traités de manière très différente selon leur milieu d'appartenance. Bien que vivants au même moment, ils ne sont pas en fait des contemporains (*ibidem.*). En conséquence, l'histoire de l'enfance touche à divers domaines (vie quotidienne, croyances, religion, éducation, apprentissage, travail, droit). Elle (l'histoire de l'enfance) est essentiellement consacrée aux époques qui vont de la Renaissance au XVI<sup>e</sup> siècle jusqu'à la guerre de 1914, des origines dans l'Antiquité et le Moyen Âge jusqu'à la « découverte de l'enfance » des XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles (Ariès, 1960). Cette histoire de l'enfance interroge des permanences, des évolutions dans le temps long, et des conjonctures et ruptures dans un temps court.

Les études de la communauté historique se sont multipliées, notamment les prises de position antagonistes sur des questions importantes (les parents d'autrefois aimaient-ils leurs enfants ? Pourquoi la mise en nourrice ? Quand et comment la contraception a-t-elle commencé ?) (Morel, 2000). Court (2017) montre que la petite enfance telle que nous la connaissons aujourd'hui, valorisée, personnalisée et institutionnalisée, est une invention récente. En particulier, la conception selon laquelle les enfants nécessitent des soins, une attention et un traitement spécifiques n'existait pas dans l'Ancien Régime (Court, *ibid.*).

Dans le sillage de l'ouvrage d'Ariès (1960), qui est essentiel pour comprendre les spécificités de la notion d'« enfance » en Occident, Dortier (2008) expose que :

---

« [...] C'est seulement à partir des XVI<sup>e</sup> et XVII<sup>e</sup> siècles que le sentiment de l'enfance se développe. Avant la période classique, le sentiment d'une spécificité de l'enfance n'existait pas. Bien sûr les mères et les nourrices aimaient les enfants, mais l'idée que l'enfance ou la jeunesse étaient distinctes de l'âge adulte, qu'il convienne de les éduquer de façon particulière n'avait aucune réalité [...] » (p. 198).

---

Aborder l'enfant dans le temps revient à évoquer, à travers chaque époque (Antiquité, Moyen Âge, temps modernes et temps contemporains), les différentes perceptions, considérations et représentations (culturelles, éthiques, morales, physiques et psychologiques) qui lui étaient assignées. En outre, il sera question de comprendre les rapports que l'enfant entretenait dans son quotidien, sous le contrôle et avec l'aide des adultes, avec la société du point de vue de la culture, de la santé, de la politique, de la famille et du religieux selon les différentes époques suscitées.

L'expression française « petite enfance » est le fruit d'un processus historique (Razy, 2007). En effet, « tout se passe comme si, à chaque époque correspondaient un âge privilégié et une périodisation particulière de la vie humaine : la jeunesse est l'âge privilégié du XVII<sup>e</sup> siècle, l'enfance du XIX<sup>e</sup>, l'adolescence du XX<sup>e</sup> siècle » (Ariès, 1960, p. 21). L'enfance à travers le temps fait émerger une question fondamentale : toutes ces époques (Antiquité, Moyen Âge, temps modernes et temps contemporains) ont-elles des similitudes dans la façon de percevoir « l'infans » ? C'est-à-dire « celui qui ne parle pas, qui ne parle pas de fait parce qu'il peut [...] dire des mots barbares ou parce qu'il n'est pas encore capable d'articuler symboliquement le monde dans une parole, c'est-à-dire probablement de juger ? » (Resweber, 2012, p. 43).

### **2.2.1. L'enfant dans l'Antiquité : un être citoyen**

Bien qu'elle couvre un champ difficile à cerner (Judet de la Combe, 2020), la période de l'Antiquité est spontanément, ou presque, associée à la Grèce et la Rome anciennes. Pour Judet de la Combe, l'Antiquité commence au IV<sup>e</sup> millénaire av. J.-C. (vers 3 500-3 000 av. J.-C.) et s'achève autour du V<sup>e</sup> siècle apr. J.-C. (300 à 600). Durant cette période, qui est le cadre des « permanences des valeurs gréco-romaines » (*ibid.*), les valeurs associées à l'enfance sont imprégnées de celles des Grecs et des Romains. De ce fait, « la parole de l'enfant est citoyenne » (Resweber, 2012, p. 44) et l'enfant est un bien patrimonial, un emblème familial, un être dont on jouit au sens juridique du terme (Marrou, 1964). Il est surtout un citoyen en attente de la parole qui en fait un citoyen (Marrou. *ibid.*). Dans l'Antiquité, pour franchir l'étape de l'enfance (jusqu'à douze ans) afin d'accéder au statut de citoyen il fallait accomplir

plusieurs rites obligatoires, notamment des rites éducatifs ou pédagogiques, des rites d'initiation (Resweber, 2012). Ces rites avaient une importance capitale dans la construction à la fois sociale et juridique de l'enfant, en ce qu'ils lui permettaient de s'intégrer dans la cité. Resweber révèle que ces rites suivent une certaine logique de la parole qu'on peut appeler « la logique de la maïeutique » (l'art d'accoucher les esprits selon Socrate), qui consiste à greffer la parole virtuelle que l'enfant porte en lui sur la parole sociale.

Si, dans l'Antiquité, l'enfant est un être citoyen, il est surtout un « être politique » dans la mesure où « [...] sa parole est une parole politique. Il peut juger, dire le droit, s'ajuster à la parole sociale. Ici, [...] l'enfant est capable de lire la cité comme un texte, de repérer la présence des lois qui circulent dans la cité » (Resweber, 2012, p. 44). Grâce aux enseignements juridiques et politiques de la cité, l'enfant, dorénavant capable de juger, sera en mesure de lire et de prendre ses repères dans la pratique sociale (*ibid.*).

### **2.2.2. L'enfant au Moyen Âge : une créature infirme, pécheur et équivoque**

Tandis qu'à l'Antiquité l'enfant était considéré comme un « être citoyen », modelé par les valeurs juridiques, politiques et sociales de la cité, à l'époque médiévale, il est perçu comme « [...] un être imparfait et dépendant, un être humain en miniature, amoindri, rebelle, fragile et inconscient, imprévisible, voire quelque peu pervers » (Resweber, 2012, p. 39). La « pensée théologique » qui caractérise l'époque médiévale va d'ailleurs influencer la perception de l'enfant, qui sera fondée sur « le péché originel » : « l'enfant né pécheur, infirme, malade ». Car, c'est une époque composite, dominée par le christianisme » (*ibid.*). Des auteurs tels que Bossuet et Descartes, que cite Resweber (2012), vont dénaturer l'enfant du Moyen Âge, en indiquant qu'il est respectivement un être pervers et dangereux, ignorant et ignoble, qu'il faut à tout prix redresser et « le portefaix de préjugés d'ignorance » (*ibid.*).

Il est intéressant de remarquer que, pendant cette période, il n'existe plus de rites destinés à renforcer ses capacités physiques, morales, culturelles, juridiques, politiques et psychologiques. Cependant, les pratiques éducatives perdurent, bien qu'il n'y ait plus de pratique pédagogique. Les pratiques éducatives visent à éduquer l'enfant au social en fonction de son appartenance physique. S'il est infirme, malade, il lui faut une thérapie de masse, de base. Et cette guérison passe par les processus éducatifs, notamment l'apprentissage des arts et la pratique religieuse (Resweber, 2012). Resweber ajoute que, dans l'Antiquité, on apprend à l'enfant à juger, c'est-à-dire à lire la cité comme un texte et à en repérer les lois. Tandis qu'au Moyen Âge on lui apprend les arts antiques et la lecture, de façon qu'il soit en mesure de commenter les grands textes, le grand syllabaire, la Bible (notamment le Psautier), le

recueil du célèbre fabuliste grec Ésope. Selon Resweber (*ibid.*), en plus de ces deux piliers (les arts antiques et la lecture), on trouve « la pratique de la question » (*quaestio*). Dans cette pratique de la question, tout est commenté et questionné par des questions libres ou plus organisées appelées « disputes ». Ces deux types de questions étant par ailleurs à la base de la naissance des Universités.

L'enfant au Moyen Âge est aussi perçu à l'image de son état physique et mental : l'iconographie de cette époque le représente (Resweber, 2012). Cette iconographie enseigne que l'enfant est un être petit et frêle avec une tête d'adulte ressemblant à un nain. Comme ses capacités morales, il est vu comme ambigu et ambivalent. Psychologiquement, il est perçu en même temps comme mature et immature. Mises en doute moralement et psychologiquement, il reste sous la protection et la surveillance des adultes. L'auteur (Resweber) affirme à ce propos qu'à cette période : « l'enfant a besoin de l'aide des éducateurs. [...] l'éducateur est une sorte de pasteur qui va instrumentaliser la parole de Dieu, mais l'initiative de l'enfant est mise en veilleuse » (*ibid.*, p. 49), car sa parole est mise en cause et n'est pas acceptée à sa juste valeur. Au sujet de sa parole, Resweber indique ceci :

---

*« On voit bien que dans l'Antiquité la parole de l'enfant est une parole politique, il va être capable d'argumenter, alors qu'au Moyen Âge la parole de l'enfant sans cesse corrigée et redressée lui permet de guérir finalement, en imitant la parole sociale et en écoutant la parole de Dieu : cette parole a fonction thérapeutique et salutaire » (ibid., p. 49).*

---

### **2.2.3. L'enfant aux temps modernes : un être sujet**

Les temps modernes, qui ne sont « [...] ni un concept sociologique, ni un concept politique, ni proprement un concept historique » (Baudrillard *et al.*, 2020), sont considérés par ces auteurs comme un mode de civilisation qui s'oppose au mode de la tradition, c'est-à-dire à toutes les cultures antérieures ou traditionnelles. Les temps modernes sont marqués par un certain nombre de révolutions à la fois politiques, scientifiques, philosophiques, artistiques et sociales. Selon les spécialistes de cette époque, les fondements philosophiques et politiques de la modernité se mettent en place pendant les XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles. La pensée individualiste et rationaliste moderne ainsi que la philosophie des lumières en sont représentatives. Les bases d'une science physique et naturelle entraînent les premiers effets d'une technologie

appliquée (*Encyclopaediae Universalis*)<sup>114</sup>. Sans oublier que dans le domaine culturel, c'est la période de la sécularisation totale des Arts et des Sciences (*Ibid.*).

Durant les temps modernes, certaines représentations de l'enfant datant du Moyen Âge vont connaître leurs limites, car elles seront critiquées par des auteurs prolifiques, notamment Rousseau (1762). C'est à partir du XVII<sup>e</sup>, et surtout du XVIII<sup>e</sup> siècle, qu'on va commencer à considérer « l'enfant créature » comme un sujet ayant désormais des droits et des devoirs comme tout autre être humain (Resweber, 2012). L'enfant devient ainsi un être singulier, une personne. Aussi, il n'appartient pas à ses parents. Il s'appartient à lui-même, il est un être sacré que l'on ne saurait s'approprier ou asservir de quelque façon que ce soit (Baudrillard *et al.*, 2020). La modernité, c'est-à-dire une structure historique et polémique de changement et de crise [...], n'est repérable qu'en Europe à partir du XVI<sup>e</sup> siècle et ne prend tout son sens qu'à partir du XIX<sup>e</sup> siècle (Baudrillard *et al.*, *ibid.*).

L'enfant devient au centre de toutes les attentions des adultes y compris de la part des institutions (politiques, juridiques, culturelles, religieuses, etc.). Il acquiert une valeur respectable, même les fêtes et les rituels ecclésiastiques se font tous les jours en fonction de lui (Resweber, 2012).

Concernant les soins médicaux, Resweber indique que les pratiques de soin distinguent cinq périodes de l'enfance : la période de sevrage, la première enfance, la seconde enfance, la fin de l'enfance et la puberté. On voit désormais l'enfant dans ce qu'il constitue, dans son devenir propre. Du point de vue religieux, l'enfant est autonome. Il se représente lui-même et se détache de toute aliénation morale et physique. Ainsi, il est soustrait aux représentations sexuelles du Moyen Âge l'envisageant simultanément comme un garçon et une fille, symbole ambivalent de sa double appartenance à Jésus et à la Vierge Marie. Du point de vue éducatif et scolaire, il dispose de ses propres espaces et intègre les milieux scolaires, notamment les collèges (qui naissent aux XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles), où il s'exprime en toute liberté, est écouté et réalise l'idéal humaniste attendu. En somme, l'enfant est doté d'une parole de sujet (Resweber, *ibid.*).

#### **2.2.4. L'enfant aux temps contemporains : un être roi, sacralisé et souverain**

Si, aux temps modernes, l'enfant est sujet dans la mesure où il acquiert désormais des droits et des devoirs, à l'époque contemporaine, sa prise en considération s'accroît. Il est sacralisé, il est souverain au sein de sa famille. Il trône juridiquement, il a des droits, des devoirs. Il est au

---

<sup>114</sup> Informations sur les temps modernes à retrouver sur : <https://www.universalis.fr/encyclopedie/temps-modernes-les/>

centre du projet pédagogique (Resweber, 2012). En outre, comme exposé précédemment, l'enfant et l'enfance, qui deviennent à cette époque une préoccupation et un objet d'étude pour les sciences humaines et sociales, sont abordés selon leurs différents milieux d'appartenance (social, culturel, familial, éducatif, religieux, politique, etc.).

L'enfance ayant été présentée dans la pensée historique, notamment dans les différentes époques qui constituent l'histoire culturelle, politique, sociale, politique et juridique du monde (l'antiquité, le moyen âge, les temps modernes, les temps contemporains), qu'en sera-t-il des autres sciences humaines et sociales (psychologie, sociologie, gender studies, anthropologie), y compris de l'anthropologie de l'enfance en Afrique Noire et à Madagascar ?

### **2.3. L'enfance dans la pensée psychologique**

La psychologie en tant que science de l'enfance (Ottavi, 2001), qui a joué un rôle important dans le développement psychologique de l'enfant (Guidetti, 2000, p. 6), ne détient plus le monopole « pour saisir les mutations de cette enfance en pleine évolution parce que détrônée » (Bonnet, 2012, p. 3). Cela dit, bien qu'ayant essuyé de vives contradictions dans la mesure où ses apports sont relus de manière distancée et critique (Neyrand, 2000), la psychologie a gardé sa spécificité par rapport à l'enfance. En gardant sa spécificité, la psychologie a montré « [...] comment les changements récents et à venir à la fois dans les données démographiques et sociologiques, mais aussi dans les avancées sur le plan médical et psychologique ont modifié notre représentation et notre description de l'enfance et de son développement psychologique » (Guidetti, 2000, p. 7).

En quelques décennies, la psychologie de l'enfance s'est infiltrée partout (Lhéréty, 2022). Elle a ses autorités et ses grandes notions : le complexe d'Œdipe (Freud), l'objet transitionnel (Winnicott), l'angoisse du huitième mois (Spitz), la théorie de l'attachement (Bowlby), le complexe du homard (Dolto), la résilience (Cyrułnik), etc. (ibid.). Aujourd'hui, elle ne cherche pas seulement à soigner les plaies des âmes des enfants ou à fournir des modèles éducatifs au même titre que les autres sciences humaines. Elle s'empare de grandes questions sur l'être humain (ibidem). C'est ainsi qu'au début du XX<sup>e</sup> siècle ont eu lieu des débats assez houleux notamment sur la manière de « répondre de façon satisfaisante à la question qui fonde la psychologie de l'enfant : l'évolution, c'est-à-dire le progrès de l'enfant à l'âge adulte » (Maury, 1991, p. 75). La psychologie de l'enfance nous éclaire sur les différents mécanismes d'apprentissage, d'initiation, d'éveil et de développement de l'enfant aussi bien dans son environnement familial que social. En tant que processus, l'enfance est soumise à une longue

période d'encadrement, de canalisation, de contrôles suivis à travers divers apprentissages et initiations. Ainsi, le développement psychologique de l'enfant « [...] constitue l'objet d'étude de la psychologie de l'enfance, et ce depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle » (Maury, 1991, p. 3).

La psychologie a aussi beaucoup contribué à l'éducation de l'enfant, notamment avec Locke (1693) et Rousseau (1762). Comme le montre Maury (1991), Locke, contrairement à Rousseau, semble faire de l'éducation « une affaire pratique », c'est-à-dire un cadre où sont inculquées à l'enfant « les bonnes manières », celles qui lui assureront « une bonne réputation ». Car, pour Locke l'enfant à son jeune âge est comme une « page blanche » et son esprit, une « table rase », donc un morceau de cire que l'adulte peut façonner et mouler et qui est la manifestation concrète et réelle de l'esprit humain à son origine.

Les auteurs tels que Mounoud (1983), Vurpillot et Bullinger (1983) ou encore Truchis-Leneveu (2002) ont montré que, dès sa naissance, un bébé participe activement à son développement et qu'il déploie d'étonnantes capacités de compréhension et d'initiative. Ces auteurs ont respectivement élargi le débat en poussant leurs réflexions plus loin. Les trois autres auteurs (Mounoud, Vurpillot et Bullinger) ont montré que c'est par le biais des âges clés que se trouvent posés le problème des stades et celui de la continuité ou de la discontinuité de son développement. Selon eux, le développement suppose un changement qui s'exprime soit par la manifestation d'une nouvelle capacité, soit par la dominance d'un nouveau comportement (Wallon), soit par une structure nouvelle correspondant à un palier d'équilibre (Piaget), soit par un autre niveau de maturation pulsionnelle (Freud). Depuis sa conception intra-utérine jusqu'à l'âge adulte, l'enfant développe simultanément différents domaines qui sont souvent en interdépendance : développement postural et moteur, développement affectif, développement de l'intelligence, développement social.

Truchis-Leneveu (2002) a mis au point le modèle des « conduites de préhension chez le jeune enfant » et pense que son développement est comme une succession d'étapes de construction de représentations (ou mémoires ou modèles internes). Il distingue à ce sujet quatre perspectives (dites « classiques »). Une liée aux aspects moteurs, cognitifs et perceptifs, et l'autre, plus actuel, qui se définit par l'image qu'elle fait des notions de programme d'action et de mécanismes régulateurs.

Dans sa scientification de l'observation de l'enfant (James & Prout, 1990 ; Turmel, 2008), la psychologie s'est « [...] principalement intéressée à un enfant devenu un enfant de laboratoire désertant les cadres ordinaires de la socialisation au quotidien, s'intéressant paradoxalement bien peu à l'ici et maintenant de l'enfance » (Bonnet, 2012, p. 3). Par la suite, Bonnet montre également que :

---

*« La psychologie expérimentale a laissé en quelque sorte le terrain vide en s'installant du côté des sciences cognitives. Pourtant de nouveaux protocoles expérimentaux et de nouvelles conceptions du développement de l'intelligence du bébé vont contribuer à faire évoluer la vision tant du bébé que de la petite enfance en mettant en évidence sa capacité d'action » (p. 3).*

---

La psychologie de l'enfance a contribué à mettre en évidence l'enfance dans les aspects comportementaux, psychiques, de développement physique, moral, mental et psychologique. Sans oublier qu'elle a modifié les perceptions de l'enfance en proposant des modèles de compréhension, selon les âges, des attitudes, des actes, etc.

Il revient dans la suite de découvrir l'enfance dans la pensée sociologique, c'est-à-dire dans ses rapports avec la société, la famille.

#### **2.4. L'enfance dans la pensée sociologique**

L'apport de la sociologie, avec sa lecture de la socialisation (Sirota, 2012), a été déterminant dans les études sur l'enfance et sur son histoire. Cela dit, les sociologues contemporains, confrontés à la crise de la famille, à la survalorisation de « l'enfant roi » et aux effets de la baisse de la natalité, ont cherché dans l'histoire les prémises ou les causes des évolutions actuelles (Morel, 2018). Par exemple, Boltanski (1969), dans les années 1960 en milieu ouvrier, a mené une enquête sur les modes d'éducation des petits enfants par « une démarche régressive ». Cette enquête consistait particulièrement à étudier la mise en place des normes de puériculture au XIX<sup>e</sup> siècle, à travers les manuels destinés aux écoles et aux mères.

De là, il constate la mise en place d'une puériculture médicalisée et obligatoire dans les années 1890, période pendant laquelle les deux grandes découvertes de Louis Pasteur (sur l'asepsie et l'antisepsie) accordent un pouvoir important et suprême aux médecins. Pourtant, selon Morel (2018), cette nouvelle puériculture n'a rien de « scientifique » en soi. Car, étant régie par un ensemble de règles hétéroclites et diversement datées. Parmi ces règles, on peut citer : les bains quotidiens et lavage des mains, recommandés par les médecins depuis la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle ; les tétées à des heures fixes et apprentissage précoce de la propreté, hérités de la morale bourgeoise du XIX<sup>e</sup> siècle ; la stérilisation du lait et des biberons selon les règles de la nouvelle hygiène pastorienne.

Relativement à cela, pour Morel (*ibid.*), un « lobby » médical se constitue, avec l'aide des pouvoirs publics et des institutions scolaires, afin de généraliser ces nouvelles normes à toute une population, nouvellement installée en ville depuis l'exode rural. Ces règles de la nouvelle

puériculture médicalisée ont été inégalement reçues. Les classes supérieures les ont bien acceptées, à cause de leur goût pour la nouveauté et de leur familiarité avec le monde médical, de même que les classes moyennes, parce que leur éthique personnelle avait de nombreuses affinités avec l'ascétisme de ces règles. En revanche, pour les mères des classes populaires, ces règles entraînent en concurrence avec des croyances ou des habitudes anciennes, de sorte que les femmes ont forgé leur propre usage, fait d'emprunts hétérogènes aux traditions anciennes et aux nouveaux préceptes médicaux (comme, encore dans les années 1960, stériliser le lait et l'eau de coupage, mais pas les biberons). Ainsi, l'approche sociologique participe de la compréhension des manières dont s'est effectuée, dès le début du XX<sup>e</sup> siècle, la médicalisation de la petite enfance (ibidem).

Sur cet aspect particulier (médicalisation de la petite enfance), Rollet (1990) a apporté des éclairages. Elle s'est intéressée aux causes de la baisse de la mortalité infantile à partir de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle. À cet effet, elle a étudié, d'une part, les textes normatifs, médicaux, religieux, éducatifs et législatifs et, d'autre part, les archives de nombreux organismes et institutions qui œuvrent à la protection de la mère et de l'enfant. Cette étude de Rollet a permis de comprendre, selon Morel (2018), comment les vieilles habitudes résistent et par quels canaux différents progressent lentement, sur le terrain, des pratiques qui assurent une meilleure survie des petits.

La sociologie de l'enfance est une discipline récente qui s'est largement développée dans les vingt dernières années<sup>115</sup> (Sirota, 2012). Les sociologues rejoignent les historiens dans la mesure où ils pensent que « l'enfance est une construction sociale variable dans le temps et dans l'espace » (Sirota, 2012, p. 3). Certains, notamment Prout (1990) et Sirota (2006), ont concentré la majeure partie de leurs études à déconstruire et construire le nouveau statut attribué à l'enfance. Ils mettent en lumière les nouvelles normativités qui inscrivent l'enfance comme catégorie sociale de l'action publique, les enfants comme acteurs collectifs et l'enfant comme acteur social. D'autres comme Corsaro (1997), à partir d'une « reproduction interprétative », ont repris la question de la socialisation pour comprendre comment se fait la construction de l'enfant dans ce monde contemporain. La sociologie s'est donc attachée à vouloir comprendre les différentes mutations structurelles de l'enfance (Qvortrup, 2011) et le statut de l'enfant comme un « être sans prix » (Zelizer, 1985).

---

<sup>115</sup> Ce statut sera réinterrogé en situant les ruptures et les continuités par rapport aux disciplines qui l'ont précédée ou qui lui ont été contemporaines.

Selon Sirota (2012), « différents champs de la sociologie vont redécouvrir successivement l'enfance, que ce soit la sociologie de l'éducation, la sociologie de la famille, la sociologie de la culture et des médias ou la sociologie de l'alimentation » (p. 4). Ainsi continue-t-elle, « portées par une pluralité de positions théoriques, des sociologies interactionnistes et interprétatives aux sociologies de l'individu, de nouvelles approches théoriques et méthodologiques s'emparent de l'objet » (p. 4). En fait, les sociologues redécouvrent cet objet (l'enfance) parce qu'il a été un cadre ayant connu plusieurs mutations et ayant troublé autant que bouleversé plusieurs instances de socialisation traditionnelles.

Sirota (2012) mentionne aussi que des sociologues de l'éducation se mettent à s'intéresser à cette enfance, longtemps abandonnée à l'état de fantôme aux portes de l'école, pour comprendre qui sont ces nouveaux acteurs qui envahissent et troublent les différents échelons du système scolaire. Des recherches plus approfondies concerneront alors « L'analyse de la forme structurelle attribuée à l'enfance, dans le cadre de l'institutionnalisation de l'enfance au travers de la scolarité » (Qvortrup, 2011) et, de façon plus spécifique, l'analyse « du métier d'enfant et du métier d'élève » (Chamboredon & Prevot, 1973). Les différentes recherches s'inscrivant dans ce courant, selon Sirota (2006), vont lentement s'émanciper des théories de la reproduction pour aborder les expériences et épreuves spécifiques de ce temps de la vie.

L'évolution des pensées, pour mieux saisir les contours de l'enfance, se fera de façon progressive et pluridisciplinaire en fonction des observations faites tant sur l'enfance elle-même que sur les cellules familiales où elle s'épanouit. C'est ainsi que des sociologues de la famille (de Singly, 2002 ; Segalen, 2010 ; Théry, 1998), en alliance avec des démographes (Rolet-Echalier, 1990) et des anthropologues, tenteront de saisir comment l'enfant fait la famille, pour décrypter son nouveau statut en son sein et les mutations des modalités de la parentalité, de la procréation à la transmission. Ces évolutions mettent au centre de l'analyse tant les modes de négociation que de construction et d'expression de soi des petits individus (Sirota, 2006).

La sociologie de l'enfance va aussi s'intéresser aux « objets de l'enfance » tels que les jouets et les jeux (Vincent, 2001 ; Brougère, 2003, 2005 ; Brougère & Ulmann, 2009) ; à la « littérature enfantine » (Caradec, 1977 ; Gourevitch, 1994 ; Nières-Chervel, 2005 ; Escarpit, 2008, etc.) ; à l'évolution des pratiques alimentaires (Corbeau, 2005 ; Lioré *et al.*, 2009). Cette évolution des pratiques alimentaires a fait l'objet d'une investigation spécifique à

l'intersection de problématiques de santé publique et de l'analyse des comportements d'une classe d'âge devenue de plus en plus autonome (Sirota, 2006).

Court (2017) aborde cette conception de l'enfance, prise comme « âge spécifique de la vie », autrement. Elle précise à son tour que :

---

*« Dans l'étude de l'enfance, les différentes disciplines relevant de la psychologie ont historiquement une longueur d'avance sur la sociologie. Depuis plus d'un siècle, elles ont à la fois produit un grand nombre de savoirs sur cet âge de la vie et diffusé leurs méthodes dans la plupart des lieux du monde social, non seulement auprès des parents et des professionnels de l'enfance, mais aussi auprès des universitaires, des étudiants, des journalistes ou encore des publicitaires » (p. 107).*

---

À partir de multiples enquêtes sur le terrain, la sociologue s'interroge sur des thématiques diverses, notamment comment les enfants vivent-ils au quotidien dans les sociétés occidentales ? Quelles normes président à leur éducation ? Que font-ils lorsqu'ils se retrouvent entre eux, hors de la présence des adultes ? Etc. toutes ces thématiques ont construit, au fur et à mesure, une lecture proprement sociologique de l'enfance visant à comprendre les conduites des enfants au regard de leurs propriétés sociales, des institutions qui les prennent en charge, des conditions de socialisation dans lesquelles ils grandissent et des rapports sociaux dans lesquels ils sont insérés (Court, 2017).

Cette approche sociologique de l'enfance est aujourd'hui nécessaire. Certains travaux scientifiques — notamment les recherches en neurosciences sur ses « troubles », sur les questions des apprentissages scolaires, ainsi que d'autres travaux expérimentaux auprès des bébés et de jeunes enfants sur le caractère inné des comportements (le racisme, l'altruisme, l'intérêt pour les relations humaines, etc.) — ont conduit la sociologie de l'enfance, à opter pour le devoir de montrer dans quelle mesure les actions des enfants dépendent dès leur naissance des conditions matérielles et sociales dans lesquelles ils vivent (Court, 2017).

Pour les sociologues de l'enfance, l'enfance est à la fois un âge de la vie, incontestablement un fait de nature, une réalité culturelle et historique, et surtout une situation plurielle (Court, 2017). Selon l'auteure :

---

*« Être enfant ne constitue pas une expérience homogène, commune à tous les membres d'une même classe d'âge. Il s'agit au contraire d'une expérience extrêmement diversifiée, en fonction de l'époque historique et du lieu de naissance évidemment, mais aussi en fonction de l'origine sociale et du sexe » (ibid., pp. 4-7).*

---

Une approche sociologique attentive à la pluralité des expériences enfantines conduit ainsi à montrer que les enfants n'échappent ni aux inégalités sociales ni aux rapports de domination (Guidetti *et al.*, 1997 ; Handel *et al.*, 2007). En tant que réalité culturelle et historique :

---

*« Chaque société attribue ainsi à l'enfance des frontières temporelles [...] spécifiques, distingue de manière plus ou moins marquée des occupations, des espaces, des droits et des obligations propres à cette classe d'âge, et construit des relations particulières entre les enfants et les adultes » (ibid., pp. 4-7).*

---

Globalement, l'approche sociologique de l'enfance montre que l'enfance est une construction sociale qui devrait se comprendre selon les espaces culturels et le temps. Elle montre également que l'enfance ne se construit pas en dehors de la société ou des groupes culturels. Ainsi, elle est soumise aux rapports d'action, de soumission ou de domination, notamment les inégalités sociales, la socialisation. Concernant le côté médical, l'approche sociologique précise que l'enfance a été au cœur du développement de la puériculture et ses normes éthiques.

La suite porte sur l'enfance dans les gender studies, c'est-à-dire comment les représentations de l'enfance, y compris les rapports y afférents se construisent et se définissent selon les sexes.

## **2.5. L'enfance dans les *Gender studies***

Au même titre que l'histoire, la psychologie et la sociologie, les *Gender studies* ont également contribué à la construction et au développement de l'enfance dans les sciences sociales. Sirota (2012), bien que trouvant que l'apport des *Gender studies* ait été « paradoxal », mentionne qu'« après avoir considéré l'enfance comme un fardeau et une charge aliénante portée principalement par les femmes, on pourrait presque dire que les études féministes ont joué le rôle d'une sorte de laboratoire conceptuel pour un certain nombre de chercheurs se situant à l'intersection de ces deux champs » (p. 5). En se focalisant sur la manière dont les rapports de pouvoir expliquent « l'altérité de l'enfance », Sirota estime que cette altérité a été considérée dans le cadre des rapports de domination. C'est à partir de ces rapports de domination associés aux rapports de genre ou encore à « l'ordre des genres » que les auteurs anglo-saxons

(Thorne, 1987 ; Mayall, 2002, 2010) vont établir « l'ordre des générations ». Les recherches francophones vont, quant à elles, se diriger vers « l'assignation de genre et de construction de l'identité d'un groupe social considéré comme doublement minoritaire, les petites filles » (Sirota, 2012, p. 5).

Les *Gender studies* considèrent l'enfance comme un laboratoire de l'identité de genre (Cromer, Dauphin & Naudier, 2011). Car, d'une part, sont mises en évidence les représentations les plus stéréotypées (manuels scolaires, la littérature enfantine ou les catalogues de jouets), d'autre part, à partir des pratiques culturelles et du rapport au corps, sont explorés les négociations et arrangements des sexes qui tout au long des temps de l'enfance en marquent les étapes (Pasquier, 2005 ; Diasio, 2015).

Les Gender studies définissent l'enfance comme la source de genre, c'est-à-dire la base des rapports sociaux entre les sexes, les âges et les générations. Ils (Gender studies) permettent de mieux comprendre les représentations de l'enfance dans ses rapports avec le ludique, avec les pratiques culturelles et sociales, avec le corps, etc.

L'enfance dans la pensée anthropologique, qui va suivre, analyse l'enfance du point de vue de tous les aspects (culturel, social, sanitaire, politique, etc.). La pensée anthropologique de l'enfance englobe en quelque sorte son histoire, son évolution, sa construction, ses représentations, ses rapports sociaux et culturels, etc.

## **2.6. L'enfance dans la pensée anthropologique**

L'anthropologie de l'enfance précise que les représentations de l'enfance ne sont pas partagées. Chaque socio-culture a ses propres normes de socialisation de la petite enfance, de même que chaque société a ses modes d'éducation coutumiers (Rabain, 1979). Par exemple, en pays Soninké du Mali, la construction de l'identité des jeunes enfants ainsi que la transmission des valeurs socioculturelles sont basées sur le respect des valeurs spirituelles, de la hiérarchie sociale et de la division des rôles (Razy, 2007). Chez les Peuls et les Bambaras, tout processus de socialisation est régi par la tradition orale transmise par les vieillards (Hampâté Bâ, 1972), tandis que, chez les Béti du Sud-Cameroun, l'enfant reçoit une double socialisation : traditionnelle et occidentale. Au-delà des frontières africaines, notamment en France et en Italie, les parents font quant à eux face à des enfants critiques et qui surestiment leur autonomie (Cavalli *et al.*, 2008). Ainsi, l'anthropologie de l'enfance, en prônant la nécessité de réhabiliter « l'agency » de l'enfant, pose les bases de la reconnaissance des capacités que possèdent les enfants en rapport avec leur environnement respectif, leurs systèmes de modelage à des échelles différentes (Razy, 2007).

Des tendances s'opposent quant à l'origine de l'enfance comme objet et terrain de recherche en anthropologie. Pour certains, c'est à partir de l'interrogation « pourquoi les anthropologues n'aiment-ils pas les enfants ? » (Hirschfeld, 2002) que l'anthropologie va désormais s'engager à porter un intérêt particulier à ces « petits sujets » (Lallemand & Le Moal, 1981). Pour d'autres, c'est après la reconnaissance de trois pensées, en synergie avec les autres sciences humaines de l'enfance, que l'anthropologie va s'intéresser à la problématique infantile. D'abord que *The child is the father of the Man* (Wordsworth, 1919), ensuite que les enfants font l'objet d'éducation (Delalande, 2009), mais surtout que l'univers dans lequel grandit chaque enfant, notamment l'enfant africain, est pluridimensionnel (Ezémbé, 2009).

D'autres encore, notamment Razy (2007), ne partagent pas les deux précédentes tendances. Selon Razy, l'enfance est un champ de recherche ancien dans la pensée anthropologique. Elle (Razy) va s'appuyer sur la lecture de l'école culturaliste américaine. Les différents courants de pensée anthropologiques et les anthropologues qui se sont intéressés à l'enfance se juxtaposent aux autres disciplines afin de créer un cadre d'analyse spécifique aux « cultures enfantines ». Pour saisir ce cadre, je me suis entièrement appuyé sur ses analyses (celles de Razy) issues de son ouvrage intitulé : *Anthropologie de la petite enfance en pays Soninké* (Mali). Dans cet ouvrage, l'auteure part des années 1930<sup>116</sup>, date à laquelle va émerger le courant de l'anthropologie américaine (*Culture and Personality*) dont Franz Boas est le fondateur accompagné de Ruth Benedict et Margaret Mead, ses disciples. Ces « cultures enfantines » font appel au discours dialectique « culture et nature » ou encore « particulier et universel » chers à Lévi-Strauss (1967), car elles (ces cultures enfantines) définissent et circonscrivent les cadres culturels dans lesquels grandissent et vivent les enfants. En parlant de « cultures enfantines » cela suppose que les enfants sont les fruits des espaces particuliers, sont perçus spécifiquement et que ceux-ci (ces espaces particuliers) sont régis par un ensemble de normes et de principes structurellement et fonctionnellement bien définis auxquelles sont soumis les enfants. À ce propos, Lévi-Strauss (1967), en recourant aux notions de « particulier » et d'« universel », avait déjà montré qu'une des spécificités

---

<sup>116</sup> Selon Razy (2007, p.11-12), 1930 est une date clé pour l'anthropologie de la petite enfance, car c'est à ce moment-là qu'émerge le courant de l'anthropologie américaine (*culture and personality*) avec deux disciples de Franz Boas, Mead et Benedict, qui accorderont une importance capitale aux différentes phases de l'évolution de la petite enfance à la puberté, au rôle de l'éducation dans la construction de l'individu et dans la transmission de la culture, etc. Il apparaît que, dès cette période, l'anthropologie n'a plus cessé d'orienter ses réflexions sur la petite enfance pour comprendre ses spécificités par le truchement de ses rapports avec la société, la culture, la religion, la santé et les institutions nationales et internationales dans différents milieux du monde

majeures de la science anthropologique est qu'il lui importe de comprendre l'Homme à travers ses origines, son évolution, son cadre de vie, ses rapports avec son environnement immédiat, ses semblables, etc. Ainsi, il affirme que : « posons donc que tout ce qui est universel, chez l'homme, relève de l'ordre de la nature et se caractérise par la spontanéité, que tout ce qui est astreint à une norme appartient à la culture et présente les attributs du relatif et du particulier » (p. 9-10). C'est de la même manière, cette thèse cherche à mettre en évidence les rapports « particuliers » et non « universels » qui concernent la santé des enfants chez les Bulu. Dans ces rapports particuliers il s'agit, à travers les situations de soins, de mettre en évidence les rapports mères enfants ; les rapports enfants, communauté et maladie ; les rapports enfants et tradipraticiens ; les rapports enfants et spiritualité (ancêtres défunts, génies, fétiches, totems, etc.).

Selon Razy, Benedict, à partir de la notion de « *patterns of culture* », va établir une typologie des cultures, entités closes et homogènes fournissant une sorte de monde à l'individu. Mead, quant à elle, dans ses premiers ouvrages, va remettre en question « l'universalité du déroulement de la périodisation de l'adolescence » chez les Samoa et en Nouvelle-Guinée. De l'œuvre de Mead, militante engagée dans les combats sexistes et racistes, on va retenir l'importance accordée aux différentes phases de l'évolution de la petite enfance. Notamment, la puberté, le rôle de l'éducation dans la construction de l'individu et dans la transmission de la culture, l'imbrication de paramètres tels que la structure domestique, la personnalité et les comportements, et les moyens de socialisation mis en œuvre dans une société donnée (Razy, 2007).

Cela étant, si les années 1930 ont fait émerger la notion de « petite enfance », les années 1940 la consacreront (Razy, *ibid.*). Selon l'auteure, un séminaire sur « L'analyse psychologique des cultures primitives », animé par Kardiner (psychanalyste) et par Linton (anthropologue), verra le jour. Il y sera question de l'élaboration d'un modèle général articulant la personnalité avec la culture, même si une première édification, basée sur des « institutions primaires et des institutions secondaires », avait déjà été faite plus tôt par Kardiner (1969). Les premières (institutions primaires) sont des cadres socio-économiques et d'éducation, notamment la famille, le Nous, les disciplines de base, l'alimentation et le sevrage qui constitueraient la « structure de base de la personnalité ». Tandis que les secondes (institutions secondaires) représentent les systèmes de tabous, la religion, le rituel sur lesquels se projetterait la « personnalité de base » formée pendant l'enfance, réalité individuelle et culturelle (Kardiner, 1969, p. 500). La personnalité, en tant que facteur d'intégration et de reproduction sociale,

reposant sur les fondements mêmes de la société (Razy, 2007), établirait le lien entre les « institutions primaires », les institutions secondaires et la perpétuation de la personnalité de base. Linton (1968) a été amené à abandonner la notion de « personnalité de base » pour élaborer une théorie de la « personnalité de statut » dans laquelle il montre que le processus d'éducation a pour conséquence que « [...] l'individu contracte des habitudes qui le déterminent à jouer son rôle social, d'une façon non seulement efficace, mais encore largement inconsciente » (p. 67).

Toutefois, un grand questionnement va porter sur l'universalité du complexe d'Œdipe mobilisant une fois de plus, après Malinowski qui lui était fonctionnaliste, les tenants de l'école « *Culture and Personality* », mais aussi leurs détracteurs. Malinowski (1927) avait engagé une vigoureuse controverse au sujet du complexe d'Œdipe en réfutant sa validité dans les sociétés matrilineaires des îles Trobriand. Mead (1928) était arrivée aux mêmes conclusions chez les Samoa. Ces conclusions seront critiquées par des auteurs tels que Roheim (1950), psychologue et anthropologue, et Riesmann (1991) pour qui « l'école *Culture and Personality* serait tombée dans le piège d'un raisonnement de type circulaire postulant culture et individu comme relevant d'une entité psychique. Cette impasse théorique « aurait conduit à une vision monolithique de la culture, ensemble unique et figé, source de création de frontières entre des cultures inventées, et à un relativisme exacerbé » (Razy, 2007. p. 13). À la suite de Kardiner, de nouvelles perspectives de recherche sur la culture et la personnalité émergent et on observe un changement progressif du traitement de la personnalité et de la culture comme entités distinctes, en faveur d'un recentrage autour de la personnalité comme simple instrument permettant la compréhension de la nature des processus socioculturels (Jahoda, 1989). De ces nouvelles perspectives de recherche qui ont vu le jour dans la dynamique de l'école *Culture and personality* naîtra en 1960 « l'anthropologie psychologique ».

C'est ainsi qu'après le déclin de l'école *Culture and personality* s'ouvre une nouvelle voie de recherche, celle de l'« analyse culturelle comparative ». Celle-ci consiste, selon Whiting *et al.* (1966), en un traitement systématique, dans une perspective psychanalytique et behavioriste, de données ethnographiques recueillies par des tiers dans soixante-quinze sociétés qui ont donné lieu à l'édition d'un manuel de terrain et à des monographies qui présentent les comportements sociaux d'enfants issus de six cultures différentes. Les matériaux sont recueillis à partir d'observations dans les familles, de techniques projectives et d'entretien avec les mères (Whiting *et al.* Ibid.).

Dans la lignée des nouvelles voies de recherche amorcées par Whiting *et al.* (1966), on retrouve également le concept de « developmental niche » (Harkness et Super (1995)). Ce concept fait recourt à deux disciplines : la psychologie et l'anthropologie. Son objectif est de proposer un cadre d'analyse prenant en compte la dimension culturelle du développement de l'enfant. Ainsi, Harkness et Super (1995) précisent que :

---

*« The three components of the developmental niche involved in this mediation are: (1) the physical and social settings in which the child lives, (2) the customs of childcare and child rearing, (3) the psychology of the caretakers. These three subsystems function with different relationships to other features of the larger culture and environment and thus they constitute somewhat independent routes of disequilibrium and innovation in the rearing of different cohorts of children [...] the settings, customs, and caretakers psychology share a common function in organizing the individual's developmental experience » (p. 565).*

---

Selon Razy, cette démarche engagée par Harkness et Super représente une avancée dans la réflexion sur le développement de l'enfant, car elle définit un cadre d'analyse pluridisciplinaire « fonctionnant comme un modèle adaptatif » (*ibid.*, p. 14). Parmi les développements qu'a connus l'anthropologie de l'enfance au long des dernières décennies, l'essor des *Women studies* a permis l'émergence de nouveaux champs de recherche au cœur desquels se trouvent les femmes et les enfants, dans une perspective interculturelle. Dans cette lignée, on peut citer deux sous disciplines importantes : l'anthropologie de la naissance (Jordan, 1989) et l'anthropologie de l'allaitement (Descaux, 2000a). Razy précise que, durant ses travaux de recherche chez les Soninkés au Mali, elle avait fait le constat du « vide ethnographique et bibliographique » en ce qui concerne la petite enfance. Elle précise bien que :

---

*« [...] la construction sociale de l'enfant a suscité un certain intérêt contrairement aux faits et gestes des enfants ou à la manière dont se trament, dans la succession des scènes de la vie quotidienne, entre quatre murs ou au grand jour, les innombrables échanges, complices ou officiels, muets ou parlés, dont l'enfant est le partenaire à part entière » (p. 18).*

---

De même, Hirschfeld (2002) dénonçait le fait qu'aucune tradition n'avait encore été constituée dans la discipline en dépit des travaux disponibles sur le thème. Il mentionnait que l'enfance n'avait pas encore émergé comme champ d'études en anthropologie. Or, des

anthropologues, notamment Lallemand et Le Moal (1981), avaient déjà manifesté un intérêt particulier pour les plus petits en désignant l'enfant de « petit sujet ». Par la suite, Lallemand (2002) présentait un tableau appelé « courte histoire de l'anthropologie de l'enfance ». Cela dit, si « l'enfant qui parle » (Razy, 2007) suscite plus de recherches aujourd'hui qu'hier, il n'en va pas de même pour les nourrissons.

On peut, en effet, déplorer aujourd'hui le peu d'intérêt accordé à ces derniers et plaider pour le développement d'une :

---

*« [...] anthropologie de la petite enfance [...] qui comprenne non seulement la façon dont les autres perçoivent le nourrisson, mais une anthropologie du nourrisson lui-même s'appuyant sur l'idée qu'il peut aussi être un acteur social qui utilise des modes de communication particuliers » (Gottlieb, 2000, p. 389).*

---

En pays Soninké, Razy (2007) montre que de la naissance au sevrage, le petit enfant fait l'objet d'une attention particulière visant à la fois à l'éloigner du monde « invisible » d'où il vient, à l'intégrer dans la communauté des humains. Aussi, en anthropologie, aujourd'hui, le recours au langage des plus petits est particulièrement étudié. Lebovici & Stoléru (1983), bien que n'étant pas anthropologues mais respectivement psychiatre et médecin, ont conclu que pour comprendre le nourrisson, « il nous faut donc nous tourner vers de nouveaux indices, vers de nouvelles manifestations vocales, mimiques, affectives et élaborer une nouvelle sémiologie » (p. 20). Cette « nouvelle sémiologie » a inspiré des anthropologues, notamment Rabain (1979) qui en a été une des pionnières. Elle a mis sur pied une méthodologie spécifique pour mener à bien une ethnographie susceptible d'explorer la diversité des savoirs détenus par les enfants. Par ailleurs, je note les développements récents de la psychanalyse du nourrisson et de l'enfant, qui sont enrichissants à plusieurs titres. Aujourd'hui, les chercheurs estiment que le nourrisson est un être social indépendant, actif et affectif dès les débuts de sa vie ; inscrit dans des processus interactifs et communicatifs préverbaux. Ce nouvel axe de recherche est davantage travaillé pour les professionnels du care et de la petite enfance, notamment la puériculture. Ce qui est à retenir, au-delà des tendances qui s'opposent au sujet de l'origine de l'enfance comme objet et terrain de recherche à part entière en anthropologie, la pensée anthropologique de l'enfance montre deux choses. D'abord que les représentations de l'enfance ne sont pas partagées, ensuite que chaque socio-culture a ses propres normes de socialisation de la petite enfance, de même que chaque société a ses modes d'éducation coutumiers (Rabain, 1979).

Après avoir procédé aux analyses de l'enfance dans les sciences humaines et sociales suscitées, l'anthropologie de l'enfance en Afrique noire et à Madagascar sera présentée dans la suite. Cette étude a été menée en Afrique noire, notamment au Cameroun. Ainsi, l'objectif est de montrer comment l'anthropologie, après appropriation de ce concept (enfance) dans les années 1930 (Razy, 2007), a pu s'épanouir en Afrique noire et à Madagascar, à travers son histoire, son évolution et ses auteurs, à travers ses terrains et ses aspects de recherche les plus privilégiés, etc.

## **2.7. L'anthropologie de l'enfance en Afrique noire et à Madagascar**

Les études sur l'enfance en Afrique sont multiples et souvent monographiques (Razy, 2007). Les travaux les plus remarquables sont issus de monographies villageoises des années 1960-1980 et de recherches fondatrices de l'École de Fahn à Dakar (Bonnet, 2012). Cette école spécialisée dans l'enfance et à vocation ethnopsychiatrique (Razy, 2007) révolutionne l'intérêt pour ce thème et a permis, par la suite, nombre d'études relatives à ce sujet. D'après Razy (*ibid.*), tout commence en 1965, lorsque Zempléni et Rabain (1965) proposent une lecture de la catégorie complexe de l'enfant dit « *nit ku bon* » chez les Wolofs et les Lébous du Sénégal. « *Nit Ku bon* » est un enfant qui détient connaissance et puissance. Soit il est possédé par un esprit, soit il en est un lui-même, soit il est un ancêtre réincarné, soit il est un revenant après les morts successives de plusieurs enfants de sa mère.

Par la suite, dans une perspective théorique interculturelle nouvelle, à partir d'observations cliniques, Marie-Cécile et Edmond Ortigues (1966) se posent la question du complexe d'Œdipe dans les sociétés non occidentales (Razy, 2007). De façon comparable, Lallemand (1977) va explorer la petite enfance du point de vue de la famille, des génitrices et des éducatrices, de la circulation des enfants et de la sexualité chez les Moose du Burkina Faso et chez les Kotokoli du Togo. Rabain (1979) enrichit aussi les études anthropologiques de l'enfance en Afrique, puisqu'il se consacre à l'enfant Wolof dans le processus de sevrage. Sur le plan théorique, précise Razy (2007), Rabain abandonne la notion de « personnalité de base » au profit de celles de « séquence » et de « positions personnelles dans un scénario » qui permettent « une meilleure approche de la réalité vécue par les individus » (p. 17). Son étude constituerait un tournant dans les études africanistes sur l'enfance et dans celles sur l'enfance en général. Ainsi, Rabain conçoit le sevrage chez les Wolofs comme un processus complexe qui présente certaines constances (inscrites dans leur système de représentation dont la pierre

angulaire est « une théorie diffuse de la réincarnation », mais sujet à des variations individuelles significatives.

Les recherches sur la petite enfance en Afrique s'intensifient, qu'il s'agisse des activités religieuses des jeunes enfants chez les Bobo du Burkina Faso (Le Moal, 1981) ; de la circulation des enfants (Lallemand, 1976, 1977, 1993 ; Goody, 1981) ; des rites de soins (Bonnet, 1994) ; de la procréation, la grossesse, l'accouchement, des rituels de naissance (Verger, 1973 ; Lallemand, 1977, 1985 ; Lebeuf, 1978 ; Dupuis, 1981 ; Jonckers, 1986 ; Journet, 1985 ; Lallemand *et al.*, 1991 ; Héritier, 1996) ; ou encore des contes, notamment avec les travaux de Smith (1979), Gorog *et al.* (1980) et Platiel (1981).

En matière de compréhension des phénomènes liés à l'enfance en Afrique, en particulier de la société Mossi, Bonnet (1988) apporte une contribution par l'étude des représentations de la procréation et du corps et par celle de l'interprétation des maladies infantiles, laquelle éclaire le rapport des Mossis avec les ancêtres et les génies. Les systèmes de représentation à deux ou trois termes : enfant/ancêtre(s) et/ou esprit(s), génie(s) (Razy, 2007), qui se déclinent diversement selon les sociétés, sont particulièrement éclairants pour mes propres recherches au Cameroun.

En fin de compte, Super (1981) déclare que les anthropologues et les psychanalystes ont communément produit des travaux « [...] qui tentent de réaliser une intégration des soins donnés à l'enfant et de son développement, avec les caractéristiques, au niveau du fonctionnement et des valeurs, propres à la culture dans son ensemble » (pp. 246-247). Pour progresser dans cette direction, la nécessité de disposer simultanément d'une profonde connaissance ethnographique de la culture et d'informations quantitatives sur la vie quotidienne de la petite enfance est requise. Souscrivant à cette logique, je considère, comme Super, Razy, Bonnet et Lallemand, le petit enfant comme un informateur « anthropologique » à part entière dès lors qu'il dispose « d'une certaine autonomie psychique » dont les effets en font un authentique acteur des interactions » (Razy, 2007, p. 20).

## **2.8. L'enfance dans la pensée égyptologique**

L'enfance dans la pensée égyptologique porte sur l'examen des connaissances relatives à la perception de l'enfance pendant l'Égypte pharaonique. Dans cette démarche, je me suis appuyé sur les travaux de l'égyptologue Marshall (2013) dont la thèse de doctorat a été consacrée à l'étude des représentations de la petite enfance dans cette zone à partir de ses représentations iconographiques, littéraires, médicales, archéologiques et anthropologiques.

Cette démarche est sous-tendue par le fait que les Fang-Beti-Bulu viennent de l'Égypte ancienne, considérée comme le berceau de la civilisation nègre, le berceau de la première civilisation humaine, le berceau des sciences et des arts (Samb, 1986). Dans le même ordre d'idées, Anta Diop (1981) précise que :

---

*« [...] aucune pensée et, en particulier aucune philosophie, ne peut se développer en dehors de son terrain historique... En renouant avec l'Égypte, nous découvrons, du jour au lendemain, une perspective de cinq mille ans qui rend possible l'étude diachronique, sur notre propre sol, de toutes les disciplines scientifiques que nous essayons d'intégrer dans la pensée africaine moderne » (p. 13).*

---

En faisant ce pas « en arrière », je me situe aussi dans l'approche philosophique Beti-Bulu selon laquelle : « *djom esse woo boo si ñou lembe e fa woo soo* », c'est-à-dire : « pour tout ce qu'on fait sur terre, il faut toujours porter un regard vers d'où on vient ». Compte tenu de l'origine égyptienne des Bulu (Haut-Nil), un regard croisé m'a permis de déceler des similitudes entre l'Égypte ancienne et ma zone de recherche concernant les représentations de l'enfance ou de la petite enfance du point de vue social, culturel, politique et médical.

En premier lieu, socialement, dans l'Égypte ancienne comme chez les Bulu d'aujourd'hui, l'enfant a une valeur primordiale : la façon dont il est perçu, intégré et élevé au sein de la famille et de la communauté établit les fondements mêmes de la société. L'enfant en tant qu'individu est défini par trois critères : sa morphologie, son âge et son statut social. Les Bulu en ajoutent un quatrième : sa faible capacité à s'exprimer. Ce qui est primordial au vu de mon objet de recherche.

En deuxième lieu, concernant sa protection, dans l'Égypte ancienne, comme l'indique Marshall (2013) :

---

*« Dans le cycle de la vie [...] l'enfant représente l'avenir, il est celui qui transmettra à son tour la vie, celui qui sera peut-être appelé un jour à subvenir aux besoins de ses parents, celui qui assurera la continuité de sa famille. Il est donc nécessaire de le protéger durant la première période de son existence qui constitue la phase la plus cruciale de sa vie » (p. 197).*

---

Ce qui est conforme à sa représentation chez les Bulu. En particulier, sa protection en Égypte ancienne comme chez les Bulu concerne les domaines physique et spirituel, parmi lesquels figurent des moyens relatifs aux rites, à diverses incantations, à l'invocation de formules magiques – récitées à des moments bien précis (comme le lever du soleil) – et des dieux de la

cité, aux amulettes. La magie, par exemple, y est pratiquée à deux fins essentielles : protéger l'enfant, en bonne santé ou non, de divers maux en écartant les revenants désireux de s'attaquer à lui ; le soigner lorsqu'il est souffrant ou malade.

En dernier lieu, tout comme dans l'Égypte ancienne, chez les Bulu, l'enfant est une richesse et un moyen. Il définit le positionnement social de la femme, car aux yeux de la communauté elle n'a de valeur réelle que si elle a des enfants, sa capacité à engendrer un enfant ou un héritier lui permettant d'éviter une éventuelle répudiation d'infertilité. Quant aux hommes égyptiens et bulu, qui sont également déconsidérés aux yeux de leurs pairs lorsque leur mariage demeure stérile, devenir père leur permet d'asseoir leur statut dans la société et de bénéficier de l'assurance que leur descendance les aidera, s'occupera d'eux et leur succédera.

### **Conclusion**

Au terme de ce chapitre, qui a passé en revue la littérature sur la santé infantile et sur la petite enfance en Afrique et dans le monde, deux aspects sont mis en relief. D'abord, les statistiques liées à la mortalité infantile et infanto-juvénile qui révèlent des disparités et des inégalités de vie et de santé qui perdurent (dans le monde, en général et en Afrique en particulier) malgré la mise en œuvre de programmes et de stratégies sanitaires infantiles visant la protection des femmes et des enfants. Ce qui montre que ces programmes et stratégies sanitaires semblent encore limitées. Ensuite, dans les sciences humaines et sociales, s'est mise en place une réflexion progressive et plurielle sur l'enfance, installant un champ de recherche aujourd'hui riche et complexe. Finalement, les connaissances disponibles mises en évidence ici pour la santé infantile en Afrique et dans le monde montrent que les inégalités sociales et sanitaires sont les principales causes de décès des enfants. Sans oublier que pendant que les pandémies et les épidémies perturbent le fonctionnement des dispositifs sanitaires infantiles, les chances de survie des enfants en Afrique et dans le monde s'expliquent par les disparités géographiques. Ce chapitre souligne également que la santé maternelle et infantile, en Afrique et dans le monde, est un cadre où œuvrent et interagissent des acteurs et des institutions divers pour le bien-être des plus petits. Concernant la petite enfance dans les sciences humaines et sociales, ce chapitre montre que bien que complémentaire parce qu'ayant un objectif commun qui est celui de la reconnaissance de *l'agency*, de la voix et des droits de l'enfant, chaque science dispose de ses représentations. L'intérêt de la petite enfance pour les sciences humaines et sociales est aussi celui de ses perceptions différentes et évolutives selon que l'on est dans l'Antiquité, au Moyen âge, aux Temps modernes ou aux Temps contemporains.

Le chapitre qui suit s'attache à examiner les concepts opératoires de cette étude parmi lesquels l'enfance, la santé et la maladie, le soin ou encore le local tant en pays bulu qu'en anthropologie.

## **CHAPITRE 4 : Explication et analyse des concepts opératoires de l'étude**

### **Introduction**

En définissant les concepts opératoires de cette recherche, il est important de mettre en évidence les cadres à partir desquels un lecteur peut entrevoir les questions abordées et analysées, les domaines de connaissance auxquels celles-ci (questions abordées et analysées) appartiennent, ainsi que les champs théoriques et d'analyse auxquels recourt ce travail. Ces concepts sont des formes d'ancrage destinées à rendre compréhensible l'objet de cette thèse. En l'occurrence, le système de prévention et de soin infantile endogène bulu face aux maladies infantiles locales, son fonctionnement, sa structure, les rôles ou jeux de rôle existants, et les relations qui unissent les éléments qui le caractérisent (Dortier, 2008). Parmi ces concepts, mentionnons l'enfance, la santé et la maladie, les savoirs et les pratiques endogènes de soin, le local, ainsi que la nosologie et la nosographie.

#### **1. L'enfance en pays bulu**

Dans cette socio-culture, « l'enfance » (*mone ou mongo*) est un « tout » constitué de plusieurs périodes auxquels est associée une multitude de perceptions contextuelles bien spécifiques. Parmi ces périodes, on retrouve « *ntyen mone ou etoum mone* » (le nourrisson de 0 à 3 ans) et « *mone mongo* » (la petite enfance de 3 à 6 ans), « *mone ndoman* » (l'adolescent de 12 à 18 ans) et « *mone ngon* » (l'adolescente de 12 à 18 ans). Après cette période de l'adolescence vient celle de « *Nyamoto ou Mot* » (l'adulte ou le majeur de 21 ans jusqu'à la vieillesse).

Dans cette zone culturelle, comme dans la plupart des zones culturelles Beti, « *etoum mone* et *mone mongo* » sont respectivement le nourrisson jusqu'à ses trois ans et le petit enfant jusqu'à ses six ans. Pour les Bulu, la petite enfance est une des composantes de l'enfance. L'enfance est donc une étape qui va de la naissance à l'âge adulte (21 ans) en passant par la première poussée dentaire (entre 3 à 6 mois), le sevrage (de 2 à 3 ans), les premiers pas (de 7 à 1 an), les premières paroles prononcées (de 9 à 1 an), l'arrêt des prises en charge et soins corporels constants par la mère (être bercé, porté, lavé, habillé et oint) et l'acquisition de la propreté du corps (7 ans).

Des valeurs symboliques (primaires) associées à l'enfance entrent dans le cadre social et communautaire bulu. L'enfance est perçue comme un indicateur essentiel dans la compréhension de la structure sociale et communautaire et de son fonctionnement. Autrement dit, à travers l'enfance, l'on comprend comment est organisée cette société et comment se déroulent les interactions sociales et communautaires. La symbolique de l'enfance chez les

Bulu, du point de vue social et communautaire, prescrit qu'on reste un enfant dès lors que certains rites et expériences de la vie (épouser une femme, avoir des enfants, une cacaoyère, une demeure, etc.) permettant d'être considéré comme un homme n'ont pas encore été traversés. De ce fait, tel individu considéré comme un enfant ne saurait pas contribuer véritablement aux activités de développement culturel ou social de la communauté, car la parole ne lui est pas donnée, celle-ci étant réservée aux adultes déjà socialement « indépendants ».

En outre, aux yeux de la communauté, est considéré comme un enfant celui qui reçoit des leçons de morale et susceptible d'être réprimandé pour une faute commise par ses ascendants directs ou par tout membre ayant l'âge de ses ascendants (père, mère, oncles, tantes, grands-parents). Tout le monde doit participer à sa socialisation, c'est-à-dire à son éducation sociale et communautaire en lui inculquant les valeurs fondées sur la tradition. Dans cette socio-culture, l'enfant n'est pas tout à fait un homme. Mais, une construction, un projet qui doit être forgé, encadré, moulé, surveillé, protégé par tous pour le bien de l'Humanité et de cette socio-culture. Cela justifie le fait que « [...] un enfant africain en Afrique [...] est pluriel en ayant grandi dans un univers africain multidimensionnel » (Ezémbe, 2009, p. 7).

Il existe également des symboliques dites « secondaires » qui viennent enrichir ce sillage des symboliques. J'ai pu en identifier quatre, qui, je le précise, ne sont pas propres à cette socio-culture bulu. Cependant, elles sont communes à toutes les composantes culturelles Beti (Bulu, Ewondo, Eton, Bene, Manguissa, Ntumu, Fang, etc.). Il s'agit des symboliques secondaires suivantes : l'enfant, un don de Dieu, l'enfant une richesse, et l'enfant une semence et un honneur.

### **1.1. L'enfance (*mone, mongo*), un don de Dieu**

D'après mes enquêtes, l'enfant comme don de Dieu ou du ciel signifie que son arrivée au monde ne dépend pas toujours des couples. Les enfants sont considérés comme des fruits qui tombent du ciel, des cadeaux que Dieu offre aux hommes. L'imagerie populaire révèle même que Dieu n'offre pas les enfants aux hommes, mais qu'il les leur prête. Les hommes ayant, dès lors, le devoir de leur accorder leur amour, leur tendresse, leur présence ainsi que leur considération infinie. Cette représentation de l'enfant comme don de Dieu fait appel aux multiples considérations spirituelles, religieuses, morales et communautaires de cette zone en même temps qu'elle met en évidence les manières locales de penser la fécondité et la

fertilité<sup>117</sup>. Autrement dit, cette question se situe à l'interface entre les femmes en âge de procréer, leur capacité individuelle ou collective à donner la vie, leur environnement et les rapports qu'elles entretiennent avec les institutions sociales, culturelles, spirituelles et communautaires.

Dans cette zone, j'ai rencontré chez les tradipraticiennes des femmes en âge de procréer (*minga a too biae*), souvent accompagnées de leurs époux (*nnom*), qui venaient faire des rites de procréation. Certaines souhaitaient donner naissance à un premier enfant, mais craignaient de ne pas pouvoir le faire, l'âge avançant. D'autres ont expliqué avoir négligé leur placenta après leur premier accouchement, c'est-à-dire qu'elles n'ont pas laissé la possibilité aux matrones de l'enterrer aux endroits indiqués par la tradition (fosses d'aisance, cacaoyères, pieds de bananiers). Dans ce cas de figure, les esprits maléfiques s'en servent pour des pratiques occultes pouvant rendre la femme infertile. Même si tous les problèmes d'infertilité et d'infécondité ne concernent pas seulement les femmes, mais également les hommes, la pratique de ces rites, qui peut être individuelle ou en couple, souligne qu'effectivement donner la vie ne dépend pas uniquement des parents. D'autres paramètres interviennent, comme la volonté divine à travers les ancêtres, la pharmacopée traditionnelle et les génies, ou encore des facteurs tels que le temps et la patience. Dans cette socio-culture, Dieu (*Zambe, Mbonde, Tate*, etc.) est synonyme de « temps » et ses déclinaisons, la « patience » et « l'endurance ». Car, celui qui est épaulé par le temps se nourrit de patience et d'endurance. L'enfant en tant qu'un don de Dieu est donc considéré comme une grande richesse humaine et sociale.

### **1.2. L'enfance, une richesse**

L'enfant n'est pas qu'un don de Dieu dans cette socio-culture, il est une richesse qu'il convient de conserver et de préserver. C'est justement parce qu'il est un don de Dieu qu'il est une richesse. Ainsi, Dieu n'a pas seulement créé l'univers tout entier avec ses composantes. Il offre aussi l'abondance (*akoum*) en même temps matérielle et humaine, notamment les enfants. D'ailleurs, dans cette socio-culture, un individu n'est pas uniquement riche (*nkoukoum*) parce qu'il a amassé une fortune importante (*aboui akoum*). Mais, aussi parce qu'il a pu avoir beaucoup d'enfants. Un adage bulu indique que : « *mot (bongo, bone) gne ane akoum ya si ndone* », c'est-à-dire « c'est l'humain, dont font partie les enfants (*bongo, bone*), qui est la vraie richesse sur terre (*si ndone, si bewou*) ».

---

<sup>117</sup> La capacité à avoir des enfants ([www.ined.fr/fr/lexique/fertilite](http://www.ined.fr/fr/lexique/fertilite)).

Les parents ayant beaucoup d'enfants, surtout quand ces derniers grandissent et qu'ils fondent leur propre famille, sont représentés dans des cadres sociaux et culturels (mariage, école, institutions multiples, etc.) où ces enfants interagissent avec les autres. Cet aspect précis a tout son sens dans la construction et la réalisation de projets familiaux. En effet, si leurs nombreux enfants sont socialement bien placés, les parents ne rencontreront pas de difficultés à prospérer, contrairement à ceux qui en ont moins. Cela dit, la Nature (Dieu) entre en jeu. Il arrive souvent qu'un couple ayant beaucoup d'enfants rencontre des difficultés à prospérer parce qu'aucun n'a une situation sociale enviable. Tandis qu'un couple qui en a eu peu peut tout aussi bien prospérer, parce qu'un seul est socialement bien placé. Là encore, tout dépend de Dieu, car il décide du nombre d'enfants que doit avoir un couple, de la destinée de chaque enfant, de celui qui s'élèvera ou non socialement. L'un des principes qui fait aussi de l'enfant une richesse dans cette socio-culture est la pérennité de la mémoire du couple. Plus un couple a des enfants, moins sa mémoire disparaîtra. Car, les enfants sont toujours les messagers de la mémoire de leurs parents, vivants ou morts.

### **1.3. L'enfance, une semence et un honneur**

Dans cette socio-culture, l'enfant n'est pas qu'un don de Dieu et une richesse, il est aussi une semence (*e bea'ane*) et un honneur (*ogougoua*). Selon mes enquêtes, dire qu'un enfant est une semence signifie qu'il est une graine que l'on fait germer et qui, plus tard, sera récoltée afin de rendre fiers ses parents. La semence est donc la culture de l'enfant, caractérisée par son encadrement de la naissance à l'âge adulte et par sa socialisation. Ce processus social et culturel (la socialisation) consiste à lui donner les mêmes habitudes et aptitudes que ses ascendants (parents, oncles et tantes, etc.) afin qu'il s'adapte à l'environnement dans lequel il a grandi ainsi qu'à ceux qu'il intégrera plus tard. Quant à l'honneur, il s'agit de la fierté et de la joie que l'enfant, devenu adulte, donne à ses parents eu égard à son statut social.

De manière générale, quand un enfant vient au monde, le souhait de ses parents est de le voir grandir et devenir une personne indépendante et capable de s'autogérer. Ainsi, en retour, il doit veiller à ce que ses parents bénéficient des retombées économiques issues des opportunités qui lui ont été offertes. Dans cette zone, il se dit que tout enfant a le devoir de rendre ses parents heureux parce que la perception qu'il a aujourd'hui de ses parents déterminera celle de ses enfants quand il deviendra lui-même parent. L'enfant qui fait honneur à ses parents est béni, tandis que celui qui ne le fait pas est maudit et sa vie sera tumultueuse. Plus précisément, le degré de bénédiction ou de malédiction de l'enfant est proportionnel à la qualité de vie que ses parents lui ont offerte. Si ses parents lui ont tout

donné en bas âge et que, devenu adulte, il ne le leur rend pas suffisamment, les conséquences de la malédiction seront très importantes. En revanche, s'il n'a pas été possible que ses parents lui offrent beaucoup et que, une fois adulte, il ne leur donne plus que ce qui lui a été offert, alors l'enfant est béni de Dieu et de tous les dieux (ancêtres) et sa vie sera remplie d'abondances. Cependant, cette vision communautaire n'est pas toujours partagée. Parfois, certains enfants, une fois adultes et socialement bien placés, n'honorent pas leurs parents par choix personnels de vie.

Dans ce qui suit, je rendrai compte de la façon dont la santé et son pendant, la maladie, sont perçus chez les Bulu.

## **2. La santé (*mvoe*) et la maladie (*okon*) chez les Bulu**

### **2.1. La santé (*mvoe*)**

De manière générale, les Bulu reconnaissent le sens de la santé inscrit dans le préambule de la constitution de l'OMS (1948). Ce préambule mentionne que :

---

*« 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'infirmierie. La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain [...] ».*

---

Les Bulu reconnaissent aussi que la santé interpelle les Hommes sur le sens profond de leur vie. Ils partagent la pensée de Fassin (1992) qui montre que :

---

*« La santé est une chose qui dépasse largement le cadre des institutions de soins où elle est parfois confinée, et qui met en jeu des intérêts, des stratégies et des ressources sans rapport avec ceux de la médecine qui est censée la gérer » (p. 339).*

---

Les monographies concernant le peuple Beti (Zenker, 1895<sup>118</sup> ; Von Carnap, 1897<sup>119</sup> ; Engelhardt, 1904<sup>120</sup>), Tessman (1913) et Nekes (1913) chez les Beti-Bulu-Ewondo et d'autres peuples du centre, notamment les Bafia ; Mallart-Guimera (1977a, b et c) chez les Evuzock ; Monteillet (2006) chez les Yezum ; Laburthe-Tolra et Warnier (1993) indiquent qu'un unique

---

<sup>118</sup> Cité par Philippe Laburthe-Tolra (1970) dans son ouvrage intitulé : *Yaoundé d'après Zenker*.

<sup>119</sup> Cité par Nicolas Monteillet (*ibid.*, p. 13).

<sup>120</sup> Cité par Nicolas Monteillet (2006), notamment aux pages 13,16 et 252 de son ouvrage *Médecines et sociétés secrètes au Cameroun*.

terme désigne le concept de « santé » ou de « bonne santé » : « *Mvoe* ». Cette bonne santé s'acquiert par la biomédecine certes, mais également et surtout par l'usage de la pharmacopée traditionnelle, des rites et des croyances. Concernant les rites et les croyances, ils sont manipulés par des tradipraticiens ou des guérisseurs traditionnels appelés : *nguegan*, *nsa bot*, *mboo mebiang*, *mvivi'i*.

Le terme de *mvoe* désigne évidemment « la bonne santé corporelle » d'un individu, d'une famille, d'un enfant. Mais, ce concept intègre aussi une dimension sociale et communautaire. Il réfère à l'état d'une personne qui dégage de la joie de vivre tout autour de son entourage et au-delà. Autrement dit, « *mvoe* signifie indissociablement la bonne santé individuelle et la paix communautaire en harmonie avec le monde » (Laburthe-Tolra & Warnier, 1993, p. 275). Pour les Bulu, la manière dont un individu répond à une question posée par un membre de sa famille ou de sa communauté traduit son état de santé. De même, son état d'esprit est un révélateur de sa santé. Une personne triste ou angoissée, susceptible, agressive et capable d'acte négatif n'est pas en bonne santé. De ce fait, elle mérite certainement d'être mise en quarantaine pour un moment, le temps pour elle de recouvrer sa joie de vivre, c'est-à-dire sa bonne santé.

Du point de vue de la bonne santé corporelle, mes enquêtes indiquent que « *nyoul mvoe* » désigne l'état extérieur d'une personne qui se sent bien, la paix du corps, le bien de la chair. Et, que « *mvoe misone* » désigne l'absence de maladie à l'intérieur du corps, l'absence d'anomalie, de faiblesse physique, morale, psychologique. Le terme de « maladie » est pris ici dans son sens le plus large, à savoir l'affaiblissement d'un corps par un agent pathogène ou par un agent extérieur qui peut être un sort lancé, un empoisonnement de jour comme de nuit, un envoûtement, etc.

Les bonnes relations sociales et communautaires, « *mvoe a bot* » (« *bot* » étant le pluriel de « *mot* » « l'être humain »), désigne la bonne santé ou la bonne marche des rapports qu'une personne entretient avec les autres membres de sa propre communauté et des communautés environnantes. En effet, pour entretenir des rapports durables avec les autres, les Bulu estiment qu'il faut d'abord soi-même être en parfait état de *mvoe* (*bien-être*). Sur cet aspect précis, une série d'interrogations communément partagées dans cette zone expliquent cela, notamment « *woo bô aya* » (comment as-tu dormi ?), « *alou da be aya* » (comment a été la nuit ?). Toutes ces questions traduisent le caractère complexe de la nuit (*alou*) et de la santé. *Alou* et *Mvoe* ont un lien très étroit, en ce sens que la nuit est le moment de tous les dangers,

celui où des événements extraordinaires se déroulent, particulièrement la sorcellerie, les envoûtements, les empoisonnements. Ainsi, s'endormir crée une incertitude par rapport au lendemain, car disent les Bulu, « *oyo one ane awou* » (le sommeil est comme la mort). Quand un membre de la communauté pose au réveil une de ces questions à un autre, il veut savoir si ce dernier a bien dormi, si sa nuit a été harmonieuse et si rien de mal ne lui est arrivé.

Par ailleurs, dans certaines circonstances (qui peuvent être une simple visite de courtoisie, une réunion communautaire, une réunion familiale, etc.), *mvoe* réfère à la paix et non plus à la santé. J'ai remarqué que des personnes quand elles se séparent se disent les unes aux autres : « *mi tabe mvoe* » (restez et demeurez dans la paix, soyez en paix). Dans ce sens, *mvoe*, d'après un patriarche rencontré, est un terme communautaire qui exprime le mieux la paix, l'harmonie, la solidarité, l'entraide sociale et communautaire.

De tout ce qui précède, il apparaît qu'il existe un lien étroit entre l'harmonie culturelle, sociocommunautaire et la santé du corps chez les Bulu. Ce lien est primordial dans la mesure où la guérison apparaît comme un cadre de restitution et de rétablissement des valeurs culturelles et sociocommunautaires brisées. Le *nguengang*, pourvoyeur et acteur incontournable de toute guérison, est un médiateur indispensable dans ce long processus de guérison. Car, il est en même temps centre de gravité, pont sur lequel le malade s'appuie pour guérir, recouvrir sa santé et redevenir un membre sain *de* et *dans* la communauté qui donne un sens à son existence sur terre. Dans cette socio-culture, deux adages expliquent le lien étroit entre l'humain, la communauté ou le village et son existence. D'abord, il y a l'adage « *mot ane e lam* », c'est-à-dire que l'homme s'identifie par son village, parce que le village est tout pour lui. Ensuite, « *mot ane mot a bot bevok* » qui signifie l'homme n'a de sens qu'avec, pour et par les autres.

## **2.2. La maladie (*okon*)**

Diverses approches s'intéressent à l'étude et à l'analyse de la « maladie » sous ses différents aspects et représentations. Quant à l'approche anthropologique de la maladie, celle-ci pose une interrogation initiale : « que met-on sous le mot *maladie* ? » (Fassin, 1992, p. 23). Cette interrogation reflète l'existence, selon les cultures, de diverses perceptions et dénominations de la maladie. Autrement dit, « les différents regards posés sur la maladie permettent donc de mettre au jour une multiplicité de dimensions qui ne peuvent être restituées au niveau du langage qu'à travers un vocabulaire différencié de termes médicaux » (Bibeau, 1978, p. 14). Adam et Herzlich (2004) ainsi que Reveyrand-Coulon (1983) indiquent respectivement qu'il s'agit d'un état affectant le corps d'un individu. Reveyrand-Coulon (1983) montre que : « quelle qu'elle soit, somatique ou psychique, la maladie est le signe d'une faute échappant à

la conscience présente de l'acteur social qu'est le malade et, en conséquence, à sa culpabilité » (p. 145).

Hormis la question « que met-on sous le mot *maladie* ? » (Fassin, 1992), une autre question vient enrichir le cadre de la maladie en tant qu'un « tout ». Celle-ci est : « d'où proviennent les maladies, quelle est leur origine, quels sont leurs facteurs ? » (Herzlich, 1996, p. 33). Cette deuxième question pose les trois aspects fondamentaux des maladies : leur identité, leurs définitions et leurs causes, toutes trois étant diverses. Herzlich (1996) indique à propos de leurs causes que :

---

*« Pour les anthropologues, les conceptions causales de la maladie oscillent entre deux pôles : la maladie est endogène à l'homme "en germe" chez l'individu (hérédité, terrains et dispositions...). La maladie est exogène : l'homme est naturellement sain, la maladie est due à l'action d'une volonté mauvaise d'un démon ou d'un sorcier, d'éléments nocifs, de miasmes provenant du sol ou encore de microbes ». (Ibid., p.33).*

---

Chez les Bulu, l'homme lui-même peut être responsable de son mal ou de sa maladie (cause endogène) et cette maladie peut venir d'une force extérieure (cause exogène). Sans oublier que ces deux causes qui agissent sur le physique, le social et le psychologique de l'individu sont elles-mêmes le résultat de représentations et d'interprétations locales multiples concernant la confrontation constante du bien au mal, de la mort à la vie et du monde visible à l'invisible. Au sujet des causes exogènes de la maladie, Herzlich (1996) montre que celle-ci :

---

*« Peut être d'origine magique : elle est causée par l'action d'un autre homme ou d'un sorcier. Ou bien elle est d'origine religieuse ; elle provient d'un dieu ou d'un esprit. La maladie, en dernière analyse, provient d'une jante envers les dieux, les morts ou la société, de la rupture d'un tabou ou d'un manquement aux valeurs du groupe... » (p. 17).*

---

Plus généralement, Fassin (1992) indique que :

---

*« La maladie, parce qu'elle fait intervenir la mort, a dans toutes les sociétés une triple inscription : physique, à travers la souffrance et la dégradation de l'individu ; culturelle dans les interprétations et les thérapeutiques qu'elle rend nécessaires ; morale par la lutte que s'y livrent le bien et le mal » (p. 22-23).*

---

Quant aux maladies infantiles, du point de vue médical, elles se produisent à la période de la construction progressive des défenses immunologiques de manière à solidifier le système immunitaire. Le caractère précaire de la santé des enfants dans le monde, notamment dans les pays en développement, ne s'explique pas seulement du fait de leur vulnérabilité naturelle ou de leur fragilité physique. Mais, principalement par la « précarité médicale » qui caractérise les systèmes de santé de ces pays en développement (Monteillet, 1998 ; Médard, 2001 ; Jaffré & Olivier de Sardan, 2003 ; Gruénais, 2004). Des institutions médicales spécifiques sont chargées des maladies infantiles : la pédiatrie pour celles de nature biomédicale et l'ethno-pédiatrie pour celles locales ou traditionnelle. La pédiatrie repose sur une histoire et des savoirs qui se veulent universels. Elle est cette partie de la médecine qui étudie les enfants et leur développement, leurs maladies et les moyens de les soigner<sup>121</sup>. Quant à « l'ethno-pédiatrie », elle ancre l'approche de la pédiatrie dans ses dimensions culturelles. Elle est l'étude (et la pratique) d'une pédiatrie spécifique, située localement et traditionnellement et dénuée de tout caractère universel. En conséquence, ces deux types de pédiatrie ne disposent pas des mêmes savoirs, des mêmes pratiques, des mêmes méthodes et techniques, outils et dispositifs de soin, encore moins des mêmes types d'acteurs. Comme elles ne portent pas les mêmes représentations de l'enfance, des maladies, des soins, des préventions et des traitements des maux et des maladies infantiles, elles s'opposent structurellement et institutionnellement.

Visconti (2011) aborde l'ethno-pédiatrie sous l'angle des différents styles de maternage dans le monde. Cette nouvelle approche fusionne la pédiatrie, l'anthropologie et la psychanalyse. Ma thèse aborde un pan de cette ethno-pédiatrie dans la zone de Sangmélina, du moins dans l'union de la pédiatrie avec l'anthropologie. Dans cette socio-culture, prononcer le mot « maladie » fait surgir un questionnement : qui est malade ? L'enfant ? L'adulte ? Et de quoi souffre-t-il ? En réalité, ce questionnement permet à la famille et aux tradipraticiens de mettre sur pied un dispositif thérapeutique et/ou préventif adéquat en fonction de l'âge du malade (enfant ou adulte) et du type de maladie. Autrement dit, ce questionnement a pour objectif, d'une part, d'identifier la maladie (causes, nosographie, symptômes, manifestations) et, d'autre part, d'apporter au malade un encadrement constitué de toutes les forces humaines et culturelles vives (famille, entourage proche ou lointain, tradipraticiens), de toutes les forces surnaturelles (Dieux, ancêtres, génies) afin de la combattre.

---

<sup>121</sup> Se reporter à : <https://www.hopital.fr/Le-dico-medical/Les-specialistes-medicales/pediatrie>

La maladie en langue bulu se désigne par : « okon ». La maladie infantile se désigne par : « *okon bone ou okon bongo* » ; la maladie locale par « *okon ya djal, okon bivindi* » ; et la maladie infantile locale par « *okon bongo ou okon bone ya djal*<sup>122</sup> ». Concernant précisément « okon bone ou okon bongo ya djal », cela signifie : une maladie infantile de chez eux, propre à leur culture. Ici toutes les pathologies propres aux plus petits sont désignées depuis toujours ainsi. Les « *akon bongo ou okon bone* » affectent majoritairement les enfants comme elles peuvent affecter les adultes qui n'en ont pas souffert durant leur enfance. En l'occurrence, quatre maladies infantiles peuvent survenir à l'adolescence ou à l'âge adulte. Deux sont biomédicales (varicelle et rougeole), tandis que les deux autres (*Ebem* et *Koé ebem*) font partie des maladies infantiles locales étudiées dans cette thèse. Un enfant ne souffre pas nécessairement que des maladies infantiles. Il peut aussi être exposé à d'autres maladies bien connues des savoirs médicaux, notamment le paludisme, la typhoïde, les oreillons, etc. Dès lors que ces communautés ajoutent à « maladie infantile » le vocable « local », elles font allusion à ces maladies infantiles qui n'existent nulle part ailleurs que dans leur socio-culture restreinte et, par extension, dans leur ethnie (Beti). Ce sont des maladies qu'elles ont classées dans une nosographie bien particulière, auxquelles elles ont attribué des étiologies, des symptomatologies et des manifestations respectives bien spécifiques relativement à leur environnement culturel. Elles font partie du sens commun bulu.

L'*okon* est perçu comme un état pendant lequel un individu est traversé ou est habité par une infection étrangère. Cette infection peut être somatique (relative à la chair) et/ou psychique (relatif à l'âme, à l'esprit). L'*okon* est aussi perçue comme une entité aux multiples facettes dont les malades sont la preuve vivante. Elle (la maladie) provoque de la douleur au corps (*okon one mintae gnoul*) ; elle éloigne de la santé (*mvoe*) et génère de la fatigue corporelle (*okon woo teela'ane*). Mes enquêtes montrent que certaines expressions communautaires témoignent de la perception complexe de la maladie par ces populations, notamment : « *okon one abé* » (la maladie est mauvaise, dangereuse) ; « *okon one awou* » (la maladie, c'est la mort) ; « *okon one mesis* » (la maladie effraie, fait peur) ; ou encore « *okon woo tchoulane* » (la maladie déstabilise). Comme cela a été souligné dans d'autres groupes culturels africains (Yezum, Ewondo, Bisa, Leubou, Wolofs, etc.), la maladie est la rupture entre l'homme et son milieu social. Ce qui suppose une dysharmonie entre l'homme et son cadre de vie immédiat ou lointain, une distance d'avec son entourage extérieur. L'enfant

---

<sup>122</sup> Je précise que « okon » (« la maladie ») est le singulier de « akon » (« les maladies ») et que « mongo » et « mone » (« l'enfant » et « le bébé ») sont les singuliers de « bongo » et de « bone » (« les enfants » et « les bébés »).

souffrant, diminué physiquement reste constamment dans les bras de sa mère, ne pourra plus réaliser les activités habituelles avec les autres enfants, notamment jouer, rire, s'amuser. Cependant, il est toujours soutenu par son environnement immédiat et social. Il n'est pas sujet à des moqueries, à des mises à l'écart encore moins à des discriminations de la part de la communauté. Il appelle à la concertation des forces communautaires de toute nature afin de venir à bout de la maladie.

La philosophie Bulu fournit également des éléments sur leur perception de la maladie. Dans cette philosophie, il existe des sagesses qui définissent la maladie. Dans leur ossature grammaticale et sémantique, la maladie ne conserve pas son sens premier, celui de souffrance ou de douleur affectant le corps. Ces sagesses empruntent le mot « maladie » pour exprimer une morale ou une ligne de conduite vitale essentielle basée sur l'effort, la détermination, le courage dans les épreuves de la vie de tous les jours. Parmi ces sagesses, on peut lire : *okon one bidim* (la maladie est ambiguë) ; *okon abum oyemek e jom wok e di* (tu dois connaître ou maîtriser la source de tes problèmes) ; *okon monegnui, kelek ku osoe o yet* (quand l'orphelin est malade, on lui indique la rivière comme source de guérison ou personne ne s'occupe des soucis de l'orphelin, il n'a que la débrouillardise) ; *okon ya eza gnul te tae é njoé* (la maladie d'autrui ne te fait pas souffrir ou on n'est jamais mieux servi que par soi-même) ; *okon woo yak wo woke nda mbiang* (qui se sent morveux se mouche ou qui se sent capable d'agir qu'il le fasse).

Hormis les premiers aspects liés à la perception de la maladie et les sagesses sus-évoquées, il existe également dans cette socio-culture des aspects dits « secondaires ». Ceux-ci (ces aspects secondaires) correspondent à un ensemble de modèles visant à comprendre socialement et culturellement la maladie autrement que par la souffrance, la douleur ou la fatigue.

Par ailleurs, les Bulu perçoivent la maladie comme une punition et une agression. L'ordre de la vie, c'est-à-dire les supports socioculturels, fonctionnels et structurels qui donnent sens aux relations sociales dans la communauté, est régi chez les Bulu par un ensemble d'interdits (*bitchi*) qui sont les garants de la stabilité sociale et communautaire. Pour vivre en harmonie dans et avec la communauté, avec les ancêtres (*bevamba*), et avec les esprits (*mississime, beyem*). Violent cet ordre revient à commettre un péché (*le nsem*) qui entraîne un déséquilibre personnel psychologique et moral qui va, à son tour, se répercuter sur la communauté. Car, chaque membre y est étroitement lié. Comme dans la majorité des peuples Beti, il est dit que *zambe a nga kak mimbe ebu : nge mot adan djia ya été, a sem*, c'est-à-dire : « Dieu a lié neuf

fardeaux sur le dos des hommes, si quelqu'un en viole un seul, il commet le *nsem* (le péché) » (Mviena, 1970, pp. 74-75). Comme en témoignent ces autres adages bulu, notamment *seki mos madji ossene woo fe makon* (ce n'est pas le jour où je mange un écureuil que je tombe malade) ; *ngok zambe dja kok otetek* (la pierre de Dieu écrase doucement), les répercussions négatives de la violation de l'ordre ou de l'interdit ne surviennent pas à l'instant précis, car elles accaparent le fauteur physiquement, moralement et psychologiquement.

La transgression d'une règle culturelle ou d'une règle sociocommunautaire sont à l'origine de la maladie comme punition et agression. Transgresser une règle culturelle implique de ne pas respecter un interdit culturel. Par exemple, le non-respect des ancêtres, des aînés, des personnes âgées, considérés comme sacrés). L'individu qui s'affranchit de cette règle est susceptible de souffrir d'une malédiction qui peut se prolonger tout au long de sa vie si des dispositions culturelles (des rites) ne sont pas prises pour restituer l'équilibre de l'individu. Quant à la transgression d'une règle sociocommunautaire, notamment le non-respect d'un compromis (prêt d'argent, réunion secrète nocturne ou diurne dévoilée) avec un membre de la communauté doté d'un esprit maléfique (*mvuvu*) ; le non-respect de l'interdiction formelle d'avoir des rapports douteux avec l'épouse d'un membre de la communauté.

Laburthe-Tolra (1985) indique que le non-respect d'une règle (culturelle ou sociocommunautaire) est « l'homologue inverse de la maladie au sein des relations sociales [...] on comprend alors la logique Beti qui veut que le second cas soit à la fois équilibrage compensatoire et révélation publique du premier » (p. 169). Considérée comme le premier degré de l'expérience exemplaire du mal ou de la mort, la maladie, dans cette socio-culture, rappelle à tout membre de la communauté sa dépendance à l'ordre culturel et sociocommunautaire ainsi que son obligation de le respecter, étant donné que cet ordre régule le fonctionnement de son cadre de vie (*ibid.*). Les Bulu disent à ce propos : *mot a wou ki biang, ve étchi*, c'est-à-dire l'homme ne meurt pas à cause du remède, mais de l'interdit qui accompagne ce remède. C'est ainsi que la maladie est perçue comme une rupture entre l'individu et les relations culturelles et sociocommunautaires dont il est lui-même une composante essentielle.

Je peux étendre ma réflexion en signalant qu'un individu ayant brisé un interdit et, en conséquence, ayant été frappé par une maladie, un mal ou la mort est un signe qu'il est sous l'influence d'une force maléfique (*l'évu*) ou d'un sorcier (*ngbwebwe*). Dès lors, « tout mal peut être en définitive considéré comme l'émergence ici-bas d'une intention humaine malveillante qui a pris corps dans le monde invisible » (Laburthe-Tolra, 1985, p. 59). Si la

rupture entre l'individu et le cadre culturel et sociocommunautaire se situe à l'interface entre l'évu et la sorcellerie (*mgbwe*), de cette rupture se produit, selon Laburthe-Tolra (1985) :

---

« Une dissociation de l'ordre sur tous les plans : de l'ordre biologique, car il atteindra la santé du contrevenant, de ses proches et de ses descendants ; de l'ordre social, car il traduira des disputes et haines ; de l'ordre cosmique, car la nature refusera à l'homme son habituel et nécessaire concours » (*ibid.*, p. 172).

---

C'est pourquoi, quand tous ces ordres sont atteints et qu'un déséquilibre s'installe dans la vie du contrevenant, ce dernier se rapproche peu à peu de l'au-delà, c'est-à-dire de la mort.

Si un individu viole l'ordre de la vie, les troubles qui en résultent se manifestent sur lui sous forme de maladie, d'accident, voire de mort. Dans ce contexte, la maladie comme punition (*fonoss*) implique une souffrance physique, morale ou psychologique temporaire qui s'estompe par des rites bien définis, afin de remettre de l'ordre tant dans la vie personnelle de celui qui a été puni que dans ses rapports avec la communauté. Dans le cas de figure de la maladie comme agression (*e zamtane*), un individu est victime d'une attaque d'un agent pathogène (virus, microbes, etc.) qui est souvent à l'œuvre dans des maladies épidémiques telles qu'Ebola ou le choléra ou encore dans des pandémies telles que la Covid-19. Ces épidémies et pandémies sont considérées comme agressives parce qu'elles n'émettent pas toujours de signes annonciateurs, que les populations sont toujours prises de court et que les moyens pour les combattre se créent en urgence.

Au regard des représentations de la maladie chez les Bulu, les tradipraticiens (*nguengang*, *mboo mebiang*, *nsa bot*) occupent un rôle majeur, car ils sont voués à la divination, technique privilégiée pour diagnostiquer les maladies<sup>123</sup>. Dans un premier temps, le *nguengang* examinera le malade et diagnostiquera sa maladie<sup>124</sup> en prenant en compte divers aspects (cosmique, culturel, social, personnel, communautaire, biologique) pour comprendre à quel niveau les relations ont été rompues, comment l'interdit a été brisé et avec quelle gravité. De là, il restituera l'ordre et indiquera un traitement adéquat. Dans ce long processus de recherche par le *nguengang* des causes de la maladie, les rites de guérison et des confessions du malade (*ekat minsem*) vont s'entremêler. Dans le cas où un sort lui aurait été jeté, le

---

<sup>123</sup> J'approfondirai plus précisément cet aspect dans la seconde partie de cette thèse, notamment dans le chapitre 2 intitulé : la médecine infantile endogène ou ethno pédiatrie bulu : acteurs, savoirs, pratiques et outils.

<sup>124</sup> En médecine traditionnelle, l'une des raisons premières d'un diagnostic est de retrouver les liens entre l'individu, sa maladie et les origines de cette dernière. À retrouver également dans le chapitre 2 intitulé : la médecine infantile endogène ou ethno pédiatrie bulu : acteurs, savoirs, pratiques et outils.

*nguengang* a la capacité, après avoir procédé au diagnostic avec l'aide des esprits (ancêtres et génies, etc.) qui l'accompagnent dans son cheminement, de donner le nom de la personne ou du génie responsable de ce sort ainsi que le jour et l'heure où cette action a été menée. Dans ce processus thérapeutique et préventif, le but de la confession est de faire en sorte que le malade se libère de toute contrainte morale au cas où, et comme c'est souvent le cas, celui-ci ait participé au développement de son sort. Chez les Bulu, une conspiration ou un plan de sorcellerie mis au jour est voué à l'échec. Raison pour laquelle la confession, qui peut être volontaire ou imposée, est une étape importante du cheminement du *nguengang*. Laburthe-Tolra (1985) précise à cet effet que : « [...] le secret était déjà le mal : "les œuvres de la nuit" sont en effet contredites, contrariées, du seul fait qu'elles sont ainsi mises au jour, publiées » (p. 177).

Des rites appropriés existent pour chaque maladie, y compris pour les maladies infantiles locales. Certaines nécessitent plus de rites que d'autres en fonction de la gravité du mal commis. Il existe par exemple le rite appelé « *esob gnoul* » (se laver le corps pour le purifier) qui consiste pour le malade à se laver – soit chez le *nguengang*, soit chez lui sur ordre de ce dernier, soit dans une rivière – avec une eau composée d'herbes, d'écorces, de feuilles ou de fruits médicinaux, de façon à purifier son corps, à en enlever toute souillure. Quelquefois, en plus des « ingrédients<sup>125</sup> » de la nature, certains lavages nécessitent du sang d'animal, notamment de chèvre ou de poulet.

Pour toute maladie locale de cette zone, si ce processus de recherche des causes de la morbidité n'est pas suffisant, le *nguengang* peut recourir à d'autres rites beaucoup plus puissants que les précédents, comme le rite de « *esae*<sup>126</sup> », qui consiste à mobiliser tout un clan autour d'une personne gravement malade. Le malade, devant tout le clan, est appelé à confesser ses fautes, ses rivalités, ses haines et ses rancunes envers les autres membres. Au terme de cette confession, le *nguengang* prononcera des paroles sacrées qui libéreront le malade et qui seront accompagnées du rite de sacrifice d'une chèvre dont la viande et le sang seront partagés par tout le clan en guise de pardon au malade et de réconciliation avec ceux du clan qu'il considérait comme des ennemis.

---

<sup>125</sup> Mot utilisé par les *nguegang* pour nommer l'ensemble constitué par les herbes, écorces, plantes, feuilles et fruits médicinaux. Les *nguegang* estiment que, comme les ingrédients mis dans une soupe pour la rendre appétente, l'eau pour un lavage qui ne constitue pas tout cet ensemble ne pourra pas produire de bon résultat.

<sup>126</sup> L'*esae* comme rite est comparable à l'*esa douala* décrit par De Rosny, *Les yeux de ma chèvre. Sur les pas des maitres de la nuit en pays douala* (Cameroun), Plon, Paris, 1981.

### **3. Savoirs et pratiques endogènes de soin**

#### **3.1. Des savoirs pour donner sens**

Les questions relatives aux savoirs qui fondent les pratiques, à leur « production » et à leur « circulation » sont parmi les objets au cœur de l'anthropologie. Maury et al. (2014) insistent sur le fait qu'une anthropologie des savoirs conduit à comprendre comment, dans un contexte social déterminé, des savoirs se construisent et se transmettent ; comment des individus se les approprient, socialement ; et comment les supports de création et de transmission des savoirs créent les caractéristiques propres de ces savoirs.

Selon les auteurs, l'anthropologie des savoirs est un champ composite constitué d'une « anthropologie totale » (Barth, 2002) qui interroge le savoir de l'humain à travers les rapports que ce dernier entretient avec son environnement. Selon Barth (*ibid.*), le savoir, compris ici au sens d'actes de savoir, naît de l'expérience du sujet avec les autres et avec son environnement. Maury et al. (2014) soulignent que la définition du savoir par Jacob (2011) — en tant qu'ensemble des procédures permettant de donner sens au monde et d'agir sur lui dans la multitude de ses dimensions, qu'il s'agisse du monde matériel ou vivant, du monde visible ou invisible, du temps ou l'espace — est englobante. Selon eux, cette approche de Jacob problématise le savoir pour rendre dicibles et pensables, communicables et intelligibles, dans une société donnée, dans différents milieux et groupes de cette société, ses différentes composantes, donc ses multiples déclinaisons. Telles que, les savoirs savants avec leur « faire corps » et « faire lieu » ; ceux populaires, ordinaires, le « savoir des gens » (Foucault, 2001) ; ceux mettant en avant ou s'inscrivant dans les corps ; ceux intervenant dans la construction identitaire ; ceux produits, validés, transmis et/ou partagés ; ou, plus généralement, ceux circulant dans le temps et dans l'espace, enjeux de négociation individuelle ou collective. Maury et al. (2014) développent cette dynamique du savoir en tentant d'aller au-delà du contenu des savoirs eux-mêmes pour s'intéresser aux pratiques concrètes, aux actes de savoir, aux savoirs qui se construisent, circulent, aux règles qui s'élaborent à partir de ces savoirs et pratiques, à leur circulation et transmission.

#### **3.2. Savoirs et représentations (*mi ye'elane, mi yemane a mi yenane*)**

Pour certains auteurs, tels que Dos Santos (1997), la vision du monde, les croyances ou encore les représentations font partie du « savoir ». Concernant les représentations dans le domaine de la santé, la saisie des complexités des appréhensions locales, culturelles, sociales, communautaires des faits (maladies, religion, santé, etc.) propres à un groupe nécessite d'en

analyser les savoirs, sous l'angle de leurs représentations sociales (Herzlich & Pierret, 1984 ; Jodelet, 1989, 2003 ; Herzlich, 1996 ; Jaffré & de Sardan, 1999 ; Adam & Herzlich, 2004).

Chez les bulu comme ailleurs, Adam & Herzlich (2004) rappellent que :

---

*« Les maladies renvoient aux conceptions de la vie et du monde qui les entourent. Elles appellent des savoirs qui intègrent un ensemble d'interprétations dépassant le corps individuel et l'état organique, du sens, des rapports sociaux, ce qui nécessite de saisir comment les membres de cette société donnent forme et sens aux maladies, en particulier infantiles et de les comprendre en relation avec les différentes représentations sociales et culturelles de la petite enfance et de l'enfance, et ce afin de découvrir comment s'élabore une réalité socialement et collectivement partagée » (p. 64).*

---

Jaffré & de Sardan (1999) montrent que les savoirs linguistiques autour des maladies reposent aussi sur des représentations, notamment celles :

---

*« [...] par lesquelles les différentes maladies sont dites et décrites à travers leurs symptômes, leurs anomalies, leurs signes et troubles, au sein de la grande majorité de la population, telles que l'on peut facilement les identifier ou les solliciter dans les discours de tout un chacun » (p. 20).*

---

Par ailleurs, des déclinaisons telles que la production et la circulation des savoirs (Adell-Gobert, 2011), leur construction et déconstruction (Maury *et al.*, 2014), leur situation (Gérardin-Laverge & Collier, 2020), leur dynamique, etc. donnent un sens particulier au savoir. Ces déclinaisons induisent que le « savoir » n'est pas un concept « figé » (Gérardin-Laverge & Collier, 2020) ayant un sens commun universel, mais qu'il est plutôt un concept culturel, dont les contenus peuvent varier selon les contextes. Au fond, ces auteurs cités montrent qu'un savoir doit être analysé en le « situant », c'est-à-dire en le reliant à la position sociale des personnes qui le produisent. Aussi, dire que le savoir est situé implique de s'interroger sur la manière dont les idées peuvent circuler, ce qui implique à son tour qu'il n'y a plus une seule source de savoir universelle, mais une multitude de pôles et de personnes produisant du savoir (Maury *et al.*, 2014). De là, il importe de chercher à comprendre comment ces savoirs peuvent se produire, circuler, être traduits, compris, et comment on peut échanger, discuter avec ces savoirs.

Dans le contexte de cette thèse, les savoirs et les pratiques de soin sont définis comme « situés » ou « endogènes ». Les savoirs sont des connaissances, des pensées, des

représentations endogènes de soins. La thèse aborde aussi les savoirs au sens d'actes de savoir (pratiques culturelles de soin) qui mettent en pratique les savoirs issus de l'expérience du sujet (initiation aux connaissances et pratiques endogènes de soin et de prévention des maladies infantiles locales), en relation avec autrui (les enfants souffrants, les mères, etc.) et son environnement. Les savoirs sont aussi appréhendés comme des savoirs au sens de "savoir des gens" (Foucault, 2001), c'est-à-dire le savoir de la communauté bulu de Sangmélima ; comme des savoirs intervenant dans la construction identitaire ; ceux produits, validés, transmis et/ou partagés ou, plus généralement, ceux circulant dans le temps et dans l'espace, enjeux de négociation individuelle ou collective (Maury *et al.*, 2014). L'expression de « savoirs et pratiques endogènes de soin » utilisée dans cette thèse renvoie donc aux connaissances et représentations (savoirs) ainsi qu'aux savoir-faire, actes qui expriment ces savoirs (pratiques) endogènes (culturels) de prise en charge et de guérison (soin).

Dans ce qui suit, je définirai respectivement les « savoirs » et les « pratiques » endogènes de soin, puis j'analyserai la notion de « soin » de même que ses déclinaisons. Enfin, j'analyserai les perceptions de cette notion de « soin » chez les Bulu ainsi que les divergences et les convergences symboliques entre le « préventif » et le « thérapeutique ».

### **3.3. Savoirs et pratiques endogènes de soin**

Les savoirs endogènes sont détenus par des tradipraticiens. Ils sont propres à des référents culturels et à une tradition partagée et s'acquièrent soit par initiation ou transmission auprès des ancêtres, soit par apprentissage et expérience auprès des parents ou de tout autre membre de la communauté. Ils sont au service de la prévention et des traitements des maladies, notamment celles infantiles locales. Ils renvoient à ce que Hampaté Bâ (1972), au sujet du savoir, appelle « une lumière qui est en l'homme » et, par ricochet, au cadre médical infantile endogène de cette communauté. Cette lumière, on ne saurait ni la voir, ni la toucher encore moins la retirer, car elle ne peut être comprise et perçue qu'à travers les accomplissements (pratiques concrètes). Ce n'est que par ces accomplissements que l'on sait qu'il existe une façon bien particulière de saisir les origines d'une maladie et de la traiter.

Par « pratique », l'on entend une compétence qui repose sur des règles, parfois sur un art ou une technique<sup>127</sup>. La « pratique » est également ce qui est relatif à l'application d'une discipline, d'une connaissance ou qui vise directement à l'action concrète par opposition à la théorie<sup>128</sup>. Pour Aristote, que cite Althusser (2014), la pratique est en même temps « *poiesis* »

---

<sup>127</sup> Se reporter à : [www.cnrtl.fr/definition/pratique](http://www.cnrtl.fr/definition/pratique)

<sup>128</sup> Se reporter à : [www.larousse.fr/dictionnaires/français/pratique/63256](http://www.larousse.fr/dictionnaires/français/pratique/63256)

(« production » ou « fabrication ») et « *praxis* » (le sujet lui-même se transforme dans sa propre action ou pratique).

La définition de « pratique » énoncée par Catinaud (2016) me semble plus appropriée au sens de cette thèse. Pour Catinaud, au sens commun, la « pratique » réfère à deux choses. D'abord, à une conduite humaine routinière et ordinaire, répétée par habitude. Ensuite, une façon particulière d'agir, ou de réagir, développée au fur et à mesure de notre expérience du monde et de nos interactions avec des personnes et des objets qui, du fait de ces contacts répétés, nous sont devenus familiers. En ce sens, la pratique a avant tout un caractère social, car elle renvoie à des comportements lentement incorporés par des individus, à travers l'intégration de règles et de normes propres à des communautés ou des cultures. Sur cet aspect, précise-t-il, la pratique est ce qui leur permet de savoir comment se comporter de manière appropriée en fonction des événements, des situations ou des personnes rencontrées.

Les pratiques endogènes de soin permettent ainsi à la communauté bulu de mieux gérer les problèmes de santé globaux et locaux, notamment les maladies infantiles locales, et de les surmonter. Elles sont, surtout pour les tradipraticiens, une conduite routinière et ordinaire, développée au fur et à mesure du temps et de leurs expériences dans le contexte des soins endogènes. De ce fait, les pratiques endogènes de soin sont une matérialisation du savoir, la transposition du savoir au moyen d'actes de soin traditionnels concrets (bains et massages divers, port de ficelles, etc.)<sup>129</sup> et d'outils traditionnels (poires, eau, feu, bois, écorces, racines, feuilles, etc.)<sup>130</sup> dédiés à la prévention et au traitement des maladies infantiles locales.

Les savoirs et les pratiques, précédemment amorcés, n'ont de sens, ne sont visibles et compréhensibles que parce qu'ils sont mis en exergue lors des situations de soins. Qu'en est-il alors des soins ?

### **3.4. Discours autour de la notion de « soin »**

Les Anglo-saxons, qui dominent les recherches dans le domaine des sciences sociales de la santé, ont deux mots pour faire référence au soin : *care* et *cure* (Cléro & Hourcade, 2018). Ces termes croisent la pratique et l'attention ; le souci de soin (*épimeleia*) et celui de la santé (*thérapeia*), car la santé exige un constant souci de soi et des autres (Resweber, 2012).

---

<sup>129</sup> Se reporter au chapitre 2 de la deuxième partie intitulée : la médecine infantile endogène ou ethno pédiatrie bulu : acteurs, savoirs, pratiques et outils.

<sup>130</sup> Se reporter au chapitre 2 de la deuxième partie intitulée : la médecine infantile endogène ou ethno pédiatrie bulu : acteurs, savoirs, pratiques et outils.

### 3.4.1. Le « care » et le « cure » : deux notions interdépendantes ?

Le « *care* » recouvre un éventail d'attitudes et de services caractérisés par une posture complexe faite de sollicitudes, de préoccupations d'attention et d'engagements responsables (Resweber, 2012). Le « *care* » est issu de deux termes latins : « *cura* » et « *cure* ». « *Cura* » signifie le souci du quotidien, relativement à l'entretien, à la santé et à l'exercice d'une profession. Ainsi, par souci, nous prenons soin de nous-mêmes, des personnes dont nous avons la charge, du milieu de vie où nous évoluons (*ibid.*, p. 190). Le terme de « *cure* » réfère au souci de notre santé physique, morale et mentale ou de celle des autres (*ibid.*). « *Care* » et « *cure* » sont des composantes du « soin », et le « *cure* » est une sous composante du « *care* » pris comme un fait qui nous transforme intérieurement pour rendre notre souci capable de se modifier à la mesure du souci de l'autre (*ibid.*, p. 198).

Au-delà du fait que tout geste de soin fait appel à l'art au sens antique du terme (*tekhnè*) et qu'il mobilise une bienveillance attentionnée envers autrui (le « *care* ») (Resweber, 2012), un certain nombre de postures accompagnent cet « art » de bien dire, de bien faire et de bien vivre. Celles-ci lui donnent tout son sens à travers non seulement les pratiques éducatives qui accompagnent l'être humain dès sa naissance, mais aussi les pratiques thérapeutiques qui travaillent à ouvrir une marge d'autonomie à l'être humain dépendant (*ibid.*). En matière de postures du « *care* », trois éléments sont pris en compte : la sensibilité à autrui, la responsabilité et la réceptivité du soin (*ibid.*, p. 197).

Saillant et Gagnon (1999) apportent une analyse de la notion de « soin » qui diffère de celle des précédents auteurs. Ils suggèrent une opposition entre les notions de « *care* » et le « *cure* » analogue à celle entre « nature » et « culture » ou encore entre « masculin » et « féminin » (p. 7). Afin de concrétiser cette opposition, ils admettent dans un premier temps que la biomédecine ou la médecine cosmopolite pourrait être caractérisée par une séparation entre le « *cure* » (dans le sens de « traitements ») et le « *care* » (au sens de « soins »). Dans un deuxième temps, ils indiquent que la biomédecine est habituellement considérée comme « le royaume du traitement », de la technique et du corps-machine (le « *cure* »), auquel il manquerait l'humain, la globalité, le lien social (le « *care* ») (*ibid.*, p. 7).

Selon les auteurs, tout ce qui cadre avec le traitement, les techniques ou avec « un trop de techniques » relève du « *cure* », tandis que tout ce qui se rapporte à l'humain ou à « un pas assez d'humains », à la globalité, au social et au culturel relève du « *care* » (*ibid.*, p. 7). La conception de ces deux auteurs est celle qui s'accorde le mieux avec cette thèse, dans laquelle il est question, d'une part, des traitements et des techniques culturels dédiés à la santé des enfants (« *cure* ») et, d'autre part, de l'humain (les enfants), du social et du culturel (savoirs et

pratiques endogènes) dans le contexte de la guérison des maladies infantiles locales (« *care* »).

### **3.4.2. La dialectique du « soin » : entre idées et fonctions.**

Le traitement et la guérison sont les deux aspects classiquement entendus quand on évoque le terme de « soin » (Cléro & Hourcade, 2018). L'idée de soigner, même si elle est ambiguë, signifie en même temps traiter ou encore guérir au moyen de ce traitement (*ibid.*). En l'occurrence, les tradipraticiens soignent en composant des traitements endogènes spécifiques ou communs aux maladies infantiles locales à partir de leurs connaissances, techniques et outils. Par ailleurs, ces mêmes auteurs (Cléro & Hourcade) indiquent que, si le « soin » renferme deux idées, il possède également deux fonctions essentielles : la fonction curative et la fonction d'accompagnement (p. 78).

La première se caractérise par l'usage des meilleures techniques mises en œuvre par les scientifiques pour tenter d'enrayer une maladie. Sa particularité est qu'elle demande au malade de collaborer, de fournir des efforts, d'avoir confiance aux moyens qui lui sont proposés pour une guérison complète et efficace (*ibid.*, p. 78). La fonction d'accompagnement, quant à elle, consiste en le soutien total du médecin envers le malade qui est sous son contrôle et ses soins. Il doit ainsi l'assister, le soutenir et se soucier de son bien-être tout au long du processus de soin, quelle qu'en soit la tournure (*ibid.*). Les tradipraticiennes accompagnent les enfants jusqu'à leur guérison totale à travers le suivi proche (auprès d'elles) ou à distance (à domicile). Pour l'accompagnement à distance en particulier, il est fréquent qu'elles délèguent des responsabilités aux mères, qui devront respecter scrupuleusement les posologies prescrites, notamment les heures pour donner les remèdes à l'enfant.

### **3.4.3. La notion de « soin », une notion « trans médicale »**

Le caractère transmédical du concept de « soin » signifie qu'il est adaptatif, c'est-à-dire que chaque science ou chaque domaine (social, culturel, politique, économique, sanitaire) peut recourir au soin selon ses contextes et ses principes (Cléro & Hourcade, 2018). En conséquence, tel que le précise Château (2018) :

---

*« Le domaine du soin ne se confond apparemment pas avec le seul domaine médical, il peut concerner toutes sortes de relations avec les autres hommes et même avec les êtres vivants en général, pourvu qu'ils aient des besoins que l'on puisse satisfaire, ne serait-ce que celui de faire l'objet de soins, et que l'on puisse en élaborer un savoir » (p. 43).*

---

La question du soin et des soins se trouve au centre des préoccupations des contemporains (Resweber, 2012). Elle s'exprime dans une rhétorique qui mobilise une terminologie variée, relevant de la technique, de l'esthétique, de l'éthique, de la politique ou encore de l'économie (Ibid.). Dans le contexte du pouvoir, Resweber (2012) affirme que :

---

*« La notion de soin tend à se politiser au point d'intégrer l'ensemble des comportements sociaux ; ceux relevant de l'éducation, de la culture et de l'art, du patrimoine, de la maladie, de la pharmacologie, de l'industrie du management, du commerce, de la diététique, de l'écologie, du consumérisme, de l'aide aux pays du tiers monde, des aides humanitaires en cas d'épidémies ou de catastrophes naturelles » (ibid., p. 8).*

---

Le soin détermine donc tout à la fois une manière d'exercer la gouvernance ; un ensemble d'interventions assurées par des professionnels de la santé ; et la construction de trajectoires de soin, de relations de soin et de savoirs, soit autant de perspectives à travers lesquelles les questions de soin ont été abordées et traitées selon les disciplines.

L'histoire et l'anthropologie (Collière, 1982, 2001 ; Saillant, 1999), la sociologie (Saillant & Gagnon, 1999) et la philosophie (Cléro & Hourcade, 2018 ; Resweber, 2012) se sont penchées sur la question du « soin » en apportant des contributions significatives. Dans les années 1970, l'historienne et anthropologue Collière (2001), qui a ouvert la voie à l'étude historique et anthropologique des pratiques des femmes soignantes et des infirmières, envisage le soin dans un sens large. Pour elle :

---

*« Le soin » consiste à « [...] assurer la continuité de la vie du groupe et de l'espèce [...] c'est donc entretenir la vie en assurant la satisfaction d'un ensemble de besoins indispensables, mais qui sont diversifiés dans leur manifestation du fait des variations sociales et culturelles humaines » (pp. 24-25).*

---

Selon les contextes, les soins renvoient à :

---

*« Un ensemble d'habitudes de vie, de rites et de croyances, et font l'objet de pratiques particulièrement étudiées lors de certaines périodes de la vie comme l'enfance, ou lors d'évènements précis telle la maternité, la naissance, ou la maladie et la vieillesse, prélude à la mort » (ibid., p. 38).*

---

D'autres réflexions, nombreuses, problématisent le soin, dont celle de Saillant et Gagnon (1999) qui s'attachent aux aspects sociaux (altérité, individualité, communauté) du soin appréhendé comme indispensable non seulement à la vie des individus, mais à la pérennité de tout groupe social. Selon Collière (2001), le soin est donc envisagé comme :

---

*« [...] une fonction primordiale inhérente à la survie de tout être vivant, qui s'est vue modifiée au fur et à mesure des mutations technologiques, socioéconomiques et culturelles, engendrant l'éclatement et la dissection des pratiques de soins en une multitude de tâches et activités diverses dont se réclament aussi bien des professionnels que des métiers » (p. 11).*

---

Cette diversification des pratiques soignantes, des acteurs, des spécialisations (Saillant & Gagnon, 1999) est l'un des objets de l'anthropologie, qui s'est appuyée sur ces dynamiques sociales pour analyser le soin, dans ses catégories *émiques* et *éthiques*. Aborder les « soins » ouvre une porte à la compréhension des mondes sociaux et culturels et de leurs mutations ou transformations (Lemonnier, 2016). Lemonnier (2016) se pose la question : « Que signifie la notion de soin(s) ? » (p. 32). Elle indique qu'au singulier ce mot peut être une pensée préoccupante qui conduit à prendre ses précautions, à « prendre soin » d'agir pour éviter qu'un problème n'apparaisse. C'est aussi, continue-t-elle, une responsabilité et une tâche quand on dit « devoir prendre soin », ce qui suggère de veiller au maintien du bien-être de quelqu'un ou du bon état de quelque chose. Au pluriel, les soins acquièrent le sens d'actes entrepris pour soigner l'apparence (soins de beauté, d'hygiène corporelle, soins ménagers) ainsi que pour conserver ou rétablir la santé et le bien-être (soins médicaux, soins infirmiers, soins domestiques, soins non conventionnels) (p.32).

Par ailleurs, au pluriel, les soins constituent au premier abord un ensemble de gestes et de paroles, répondant à des valeurs et visant le soutien, l'aide, l'accompagnement de personnes fragilisées dans leur corps et leur esprit, donc limitées de manière temporaire ou permanente dans leur capacité de vivre de manière "normale" ou "autonome" au sein de la collectivité (Saillant, 1991). En plus de l'autodiagnostic et de l'entretien du corps au quotidien, on peut associer aux soins les tâches d'apprentissage et d'éducation (hygiène, alimentation, prévention), de médiation avec les autres soignants et les institutions, ainsi que les dimensions relationnelles et émotionnelles de l'accompagnement (Saillant & Gagnon, 1999). De surcroît, parce qu'ils sont rencontre et présence, par leur caractère essentiellement relationnel, et qu'ils se déploient en soulevant les questions d'identité, de reconnaissance et d'altérité, les soins

s'étendent bien au-delà de la dimension de « santé » à laquelle on les a souvent rattachés (*ibid.*).

Les soins ne sont donc pas les mêmes partout, ils ne sont pas toujours, comme en Occident, un ensemble distinct d'activités, un objet spécifique de préoccupations et de réflexions, un domaine du partage entre le masculin et féminin. Si les soins relèvent largement du domaine féminin, la biomédecine semble, encore récemment, un monde dominé par le masculin, bien que, selon la sociologie, la féminisation de la médecine se dessine.

#### **3.4.4. Les aléas des « soins » : entre parcours, temps et espace**

Un des aspects de cette recherche consiste en l'analyse des actions préventives et thérapeutiques « endogènes » dédiées aux enfants souffrant de maladies infantiles locales. Plus largement, quel que soit le type de soins auquel un patient en quête de guérison a recours, il importe de tenir compte du parcours à entreprendre, du temps nécessaire à sa guérison et de l'espace, primordial dans cette quête de guérison. Ces trois éléments (parcours, temps et espace) ont un dénominateur commun : le bon choix du cadre traditionnel de soin, et donc du bon thérapeute.

Interroger les aléas des « soins » lors d'un épisode morbide revient à questionner le cheminement qui façonne les trajectoires et les recours de soins (Massé, 1997), les enchainements d'étapes (parcours), la temporalité, la fluidité, la territorialité (l'espace) dans la quête de guérison. C'est comprendre les interventions thérapeutiques et les actes exécutés par des professionnels de santé, et aussi ceux réalisés par des personnes qui n'ont pas le statut ou la profession de soignant (Kessler-Bilthauer, 2018). Comprendre aussi les gestes thérapeutiques, les comportements, les paroles d'aide et de soutien (Saillant & Gagnon, 1999 ; Mol, 2009 ; Laugier *et al.*, 2009) qui peuvent se déployer tant dans la sphère professionnelle médicale des établissements de soins et des services médico-sociaux que dans la sphère domestique (Kessler-Bilthauer, 2018).

Les parcours de soins, selon Bilthauer (2018), sont associés à l'idée d'« itinéraire » ou de « cheminement thérapeutique » et au concept de « trajectoire de soin », qui renvoient d'abord à une dimension temporelle qui est celle de l'enchainement d'étapes par lesquelles l'individu enfant ou adulte cherche à préserver sa santé ou à se soigner. Ces parcours sont ponctués par des tentatives, des échecs, des ajustements, des adaptations. Aussi, concernant le parcours de soin des enfants, Bilthauer montre qu'il revêt des spécificités, car il est construit par l'ensemble des actions entreprises par les adultes proches de l'enfant malade sur la base de décisions, de négociations, d'interactions, d'ajustements, d'actions et de jeux de pouvoir et

d'influence. En l'occurrence, dans le cadre des maladies infantiles locales analysées dans cette étude, les mères cherchent des possibilités de guérison pour leurs enfants au moyen de thérapeutiques endogènes. Comme je l'ai déjà mentionné plus haut, les soins endogènes intègrent aussi les soins domestiques, car, dans le cas de certaines maladies infantiles locales, la tradipraticienne peut demander à la mère d'exécuter certains actes à son domicile.

Je mettrai l'accent sur les jeux de rôles entre les acteurs (tradipraticiens, autorités traditionnelles, mères, enfants, chefs COSA, populations, etc.)<sup>131</sup>, ainsi que sur les jeux d'influence entre les actions préventives et thérapeutiques menées dans le sillage de la tradipraticienne et – sous ses instructions – de la mère de l'enfant souffrant. Plus précisément, mon objectif est de décrire et de comprendre ces parcours de soin ainsi que les liens entre l'enfant malade et l'environnement qui l'entoure. Ce qui contribuera à produire de la connaissance sur l'hétérogénéité des soins tournés vers les maladies infantiles (Kessler-Bilthauer, 2018), s'agissant de parcours de soin sous-tendus par des logiques à la fois individuelles, sociales, politiques, structurelles et conjoncturelles (Fassin, 1992). Pour ce faire, il est indispensable de saisir les logiques de ces parcours de soin au regard à la fois du pluralisme thérapeutique et des possibilités de soin (Kessler-Bilthauer, 2018). Cependant, cette thèse circonscrit son intérêt non pas à ce pluralisme thérapeutique et parcours de soins « généralisés et normalisés » (Kleinman *et al.*, 1978 ; Benoist, 1996 ; Marcellini *et al.*, 2000 ; Cohen & Rossi, 2011), mais plutôt à un pluralisme préventif et thérapeutique « culturel, singulier ou particulier », lequel est spécialement régi par les tradipratiques.

### **3.5. La notion de « soin » chez les Bulu**

Il convient d'aborder la question de la « perception des soins » chez les Bulu. Mais avant d'entrer dans le vif du sujet, j'ai jugé nécessaire d'analyser leurs perceptions collectives du « préventif » et du « thérapeutique » considérés comme deux étapes essentielles dans les soins. Cette analyse se fera à travers leurs convergences et divergences.

#### **3.5.1. Le préventif et le thérapeutique chez les Bulu : convergences et divergences**

S'agissant des soins dans cette zone, le préventif et le thérapeutique s'opposent-ils ? Sont-ils toujours associés dans les actes de soins ? L'un inclut-il l'autre ? De ces questions, mes enquêtes auprès des tradipraticiens montrent qu'on les distingue et qu'il arrive souvent que ces deux actions soient assemblées dans le processus de guérison d'une maladie. Dans

---

<sup>131</sup> À retrouver dans la deuxième partie de cette thèse, notamment au chapitre 2 intitulé : la médecine infantile endogène ou ethno pédiatrie bulu : acteurs, savoirs, pratiques et outils

d'autres cas, particulièrement celui des maladies infantiles locales, chacune des actions est utilisée en fonction de la maladie et du cheminement de soin mis en œuvre par la tradipraticienne<sup>132</sup>. Concernant la prévention, elle est souvent impérative pour certaines maladies, et moins conseillée pour d'autres. Aussi, la prévention peut être réalisée soit avant une thérapie, soit après, tout dépend du type de maladie dont on souffre et de la posologie qui lui est propre.

Cette conjugaison du préventif avec le thérapeutique dans la médecine endogène Beti avait déjà été étudiée chez les Yezum (peuple Beti) par Monteillet (2006). Ainsi, selon l'auteur :

---

*« Pour éloigner la mort et la maladie, la pratique ancestrale combinait donc, d'une manière spécifique, une profusion de recommandations préventives et thérapeutiques, relevant d'un savoir quasi expérimental, et des enseignements ésotériques encadrés par les rituels. Dans la conception ancienne, la santé était en même temps le produit de l'érudition pharmacologique, que les traitants les plus puissants pouvaient élever au niveau de panacées traitantes aussi bien pour les maladies "simples" que pour de plus graves désordres sociaux » (p. 10).*

---

Kotobi (1995) montre que les actions de prévention interviennent souvent dans une logique de prévenir un évènement comme une maladie, un fléau ou un malheur et se traduisent par la mise en pratique d'actions (rituelles ou autres) destinées à agir sur ce qui, par construction personnelle, culturelle, collective ou encore sociale, en est perçu comme cause potentielle. Dans cette « démarche de prévenir », l'on se situe dans une logique de « décryptage des processus d'identification des systèmes explicatifs qui sous-tendent ces pratiques d'actions » (*ibid.*, p. 37). Cette logique « repose non seulement sur l'étude des représentations qu'ils construisent, mais également sur celle des idéologies qui imprègnent ces perceptions » (*ibid.*, p. 37).

Chez les Bulu, par « préventif » (*e van 'ane, e banane*) – qui signifie « éviter », « empêcher », « protéger », « se mettre à l'abri » ou « éviter une maladie du corps » –, il est entendu toute action (passive ou active) mise en œuvre par un tradipraticien au moyen de dispositifs culturels spécifiques pour qu'une maladie ne puisse *pas* ou *plus* atteindre la population. Les tradipraticiennes indiquent que la prévention n'est pas totalement différente de cette configuration biomédicale, l'unique différence se situant dans les méthodes et les outils mobilisés qui demeurent traditionnels. Dans le cas d'un enfant, le traitement préventif

---

<sup>132</sup> Se reporter à la seconde partie du travail pour des analyses plus approfondies concernant ce sujet.

consiste à rendre son corps invisible de jour comme de nuit aux yeux des sorciers et d'autres esprits malfaisants (*Beyem, Mivouvou*). Pour y parvenir, hormis les bains, les massages, les sacrifices d'animaux, la tradipraticienne fait porter à l'enfant des ficelles, des bracelets et des colliers spécifiques. En outre, elle scarifie certaines parties de son corps considérées comme des portes faciles d'accès pour des agents pathogènes et des forces maléfiques extérieures de toute sorte. L'autre aspect du préventif chez les Bulu consiste dans l'usage de parfums, d'huiles ou de laits de toilette traditionnels (à base de feuilles, racines, écorces, herbes médicinales) fabriqués par la tradipraticienne elle-même et que la mère doit constamment appliquer sur le corps de l'enfant. Bien que chaque maladie infantile locale ait son huile spécifique, certaines actions de soins, et selon l'étiologie et les manifestations de la maladie, nécessitent l'usage de deux ou trois qualités d'huile. Certaines différentes qualités d'huiles sont fabriquées à base de plantes, de feuilles, d'écorces. Mais dans le contexte de soins endogènes, les huiles les plus utilisées sont celles de noix de palmistes (*mbone megnengue*), de cacao (*mbone keka'a*), des noix de palme (*mbone mewou*), du serpent boa (*mbone mvom*).

Par ailleurs, le système de prévention des maladies chez ce peuple permet de saisir les enjeux autour des maladies infantiles dangereuses et moins dangereuses et d'identifier leur catégorisation. La prévention est également perçue, ici, comme une mesure des réalités de l'économie de la santé. Dans cette zone, par l'importance accordée à la prévention, l'on comprend les difficultés financières auxquelles les populations font face. Ainsi, les méthodes préventives sont constamment pratiquées pour se mettre à l'abri des éventuelles épidémies ou endémies, car si on ne le fait pas et qu'elles (les épidémies ou endémies) nous emportent, il n'y aura pas suffisamment de moyens financiers pour se mettre à l'abri. Dans un premier temps, les populations adoptent des attitudes préventives qu'une maladie soit ou non annoncée (prévention passive) et, dans un deuxième temps, après que la maladie s'est répandue dans la région et qu'elle a fait des victimes, le cas de la rate (prévention active). Là encore, Kotobi (1995) met en évidence une autre dimension de la prévention. Cela dit, l'auteure a montré que le champ préventif est un lieu où s'expriment pleinement les représentations tant individuelles que collectives de la santé et de la gestion de celle-ci. Elle continue en montrant que l'étude de la prévention en tant que fait social confère l'opportunité de dépasser le seul discours médical, actuellement dominant, pour examiner l'ancrage de celui de la médecine préventive dont le premier objectif est la réduction de la morbidité

Contrairement au préventif, le « thérapeutique » (*nsabane, esa'ane, e sae*) renvoie à la médecine curative. Mbonji (2009) définit le thérapeutique comme : « l'art de prodiguer des

soins qui peuvent être des paroles, de l'énergie, ou des ingrédients afin de remettre l'individu en peine dans un état socialement admis comme normal et en adéquation avec l'harmonie de l'organisme individuel et groupal » (pp. 50-51). Chez les Bulu, « thérapeutique » signifie « traiter » ou « soigner ». Le thérapeutique cherche aussi à éradiquer, à purifier et à débarrasser une maladie du corps. Il se réfère à toute action visant à faire disparaître une maladie au moyen d'écorces (*bibab bilé*) et d'herbes médicinales (*bilok bi biang*), qui sont, elles-mêmes, des composantes des plantes (*bibé bée*)<sup>133</sup>, de rites (*metum*) et de parties d'animaux (*bifouss bi tite*). Autrement dit, le thérapeutique renvoie en même temps à tout ce qui concourt à éliminer une maladie (locale, épidémique, endémique, pandémique, etc.) et à l'ensemble des moyens et expériences individuelles, collectives et communautaires mis en œuvre pour répondre aux problèmes de santé rencontrés.

### 3.5.2. Le « soin » selon les Bulu

Mes enquêtes montrent que la notion de « soin » (*nsabane*) est polysémique. Elle renvoie à : « s'occuper de », « observer », « prêter attention à », « accorder du temps à », « donner de la valeur à », etc. Une tradipraticienne m'a expliqué que cette notion s'interprète selon les différents contextes sociaux, culturels et sanitaires. Du point de vue socioculturel, le « soin » cadre avec les valeurs ancestrales de soutien, d'entraide et trouve son sens dans l'organisation sociale et culturelle du vivre ensemble communautaire dont le « mieux-être » est le levier essentiel. Le « soin » consiste à manifester naturellement envers l'autre, du fait d'une même appartenance communautaire, une empathie sociale et culturelle qui se traduit par sa mise en garde en cas de danger qui le guette, sa protection, la dispense de conseils, etc. Dans ce contexte, le « soin » consiste aussi à être en harmonie avec l'autre, à être à son écoute, à être disponible pour lui, à être convivial, à réaliser des actes positifs à son égard.

Du point de vue sanitaire, le « soin » renvoie à la « prise en charge » (*e gnong ngap*) et au « diagnostic » (*mfasbane*). C'est un cadre où le « bien-être » prévaut sur le « mieux-être ». Dans ce contexte, cette notion fait référence au souci de l'autre à travers son corps, son état physique, psychologique et moral. Dans cette logique, le « soin » consiste à être attentif à une personne et à lui dire qu'elle est malade ou qu'elle a mauvaise mine. Il consiste aussi à lui conseiller un thérapeute compétent ou à la mettre en lien avec une personne ayant déjà

---

<sup>133</sup> Dans cette zone, « planter » se dit « *e bé* » et signifie mettre sous le sol une substance afin qu'elle germe. Cependant, toute plante médicinale n'est pas plantée : certaines poussent naturellement dans les forêts sans véritable encadrement agronomique. Mais toutes sont appelées *bibé bée*. Si les écorces et les herbes sont considérées comme des composantes des plantes, c'est parce que respectivement elles sont la couche extérieure qui protège les arbres et des substances qui germent, qui poussent du sol, donc *bibé bée*.

souffert de la même maladie. Du point de vue des mères rencontrées, le « soin » signifie : observer attentivement son enfant et être en mesure de déduire qu'il ne se porte pas bien ; commencer avec de « l'autosoins » à la maison ; suivre l'évolution de sa maladie pour ensuite le conduire chez une tradipraticienne si son état de santé s'aggrave. Certaines mères expliquent qu'elles ressentent souvent les mêmes douleurs que leur enfant et qu'elles savent quand ce dernier ne se sent pas bien. Une fois chez la tradipraticienne, la mère, en s'appuyant sur ses observations, rendra compte de la maladie en décrivant ses premiers symptômes et ses premières manifestations (*medem m'okon*)<sup>134</sup>. Au terme de cet échange préliminaire, la tradipraticienne enclenchera le diagnostic (*nfasbane*) pour identifier la maladie, ses causes, sa typologie et le traitement (*nsabane*) adéquat. Puis viennent les « soins », qui consistent à mettre en œuvre des stratégies préventives et thérapeutiques à même de guérir (*e yet*) la maladie.

Toujours dans ce cadre sanitaire, la notion de « soin » renvoie également aux multiples sacrifices (*Metouna 'a*) destinés à contribuer à la guérison et à la protection de l'enfant contre la maladie. Lors des enquêtes, j'ai constaté que les mères, personnellement ou en groupe, à domicile ou chez la tradipraticienne, accomplissaient de tels actes (des sacrifices) pour voir leur enfant guérir. Il ne s'agit pas ici des sacrifices dans le sens de tuer un animal et de recueillir de son sang ou encore une partie spécifique de son corps. Il est question pour la mère d'être entièrement à la disposition de son enfant souffrant, de pouvoir accepter les recommandations de la tradipraticienne et de les mettre en œuvre. Les mères rencontrées révèlent que mettre en pratique ces sacrifices n'est pas une chose facile, car ils font doublement souffrir l'enfant. Mais en même temps qu'elles sont contraintes de le faire dès lors que l'objectif reste et demeure la guérison de l'enfant. Ces sacrifices se font en fonction des maladies, c'est-à-dire que chaque maladie a son type de sacrifices. Par exemple, dans le cas de la maladie infantile locale *Agnos*<sup>135</sup>, la tradipraticienne peut demander à la mère, pour une guérison rapide et efficace de son enfant, de cesser de lui donner du lait maternel (parce qu'il est souillé), de cesser d'entretenir des rapports sexuels ou encore de dormir tout près de son époux tout au long du traitement. La cessation de consommation du lait maternel à l'enfant a naturellement un impact sur l'enfant, surtout pour des familles moins nanties qui ne peuvent s'offrir le luxe d'acheter du lait artificiel. Dans ce cas, la tradipraticienne propose

---

<sup>134</sup> Selon mes enquêtes, « symptômes » et « manifestations » sont désignés conjointement par le terme « *Medem m'okon* », même si les premiers précèdent les secondes.

<sup>135</sup> Analyses approfondies à retrouver dans le chapitre 4 de la deuxième partie intitulée : nomination et classification des maladies chez les Bulu, notamment dans la sous partie intitulé : représentations et soins des huit maladies infantiles locales.

souvent des solutions alternatives qui consistent à donner à l'enfant des bouillies à base de féculents (notamment du manioc), à base de maïs, de soja, etc. Quant aux femmes enceintes, elles sont souvent contraintes d'adopter, au quotidien, une attitude rigoureuse (envers elles-mêmes et le cadre de vie) par rapport à tout ce qui est susceptible d'affecter la santé du futur enfant. Ainsi, elles doivent contrôler leur alimentation, les milieux et les personnes qu'elles fréquentent en communauté, les espaces qu'elles traversent au quotidien.

Dans cette socio-culture, les « soins », pris comme un fait social total (Mauss, 1997), mettent en évidence les dynamiques qui se construisent autour de la santé en général et celle des enfants en particulier à travers les valeurs locales d'humanisme, d'humanité et d'attachement des populations à celles-ci (ces valeurs locales). Cependant, ils (les soins), comme les savoirs et les pratiques d'ailleurs, n'ont de sens que parce qu'ils sont mis en œuvre pour une raison particulière (prévenir, soigner ou guérir les maladies) par un groupe culturel dans un environnement qui leur appartient naturellement et culturellement, c'est-à-dire un local.

#### **4. Le concept de « local » : le regard de l'anthropologie et des Bulu**

##### **4.1. Le local, c'est le quotidien et ses acteurs**

Galibert (2004) suggère que le local, le quotidien et les acteurs sont étroitement liés, la conjonction du local et de l'acteur produisant le quotidien. Selon l'auteur, « le local », vécu dans son quotidien, ne peut que se situer dans le temps, comme dans l'espace. En rapprochant l'histoire, la géographie d'analyse régionale ou la microéconomie, cette approche des sociétés locales par le quotidien rejoint l'ethnologie du présent (Althabe *et al.*, 1992), la socio anthropologie du contemporain (Bouvier, 1995), la sociologie du quotidien (Javeau, 1980, 1988, 1992 ; Juan, 1995) et les théories constructivistes (Corcuff, 1996). Concernant le local, Maffesoli (1988) souligne qu'il est :

---

*« L'aspect indispensable du substrat quotidien [...], matrice à partir de laquelle se cristallisent toutes les représentations : échanges de sentiments, discussions de café du commerce, croyances populaires, visions du monde et autres bavardages sans consistance qui constituent la validité de la communauté de destin » (p. 85-86).*

---

Dans le même ordre d'idées, Moles et Rohmer (1977, 1982) analysent les coquilles de la quotidienneté ; Fisher (1992) l'espace psychosocial ; Berque (1982) les relations qui fondent l'identité d'une société sur son substrat matériel autant que symbolique ; Noschis (1984) la signification affective du quartier ; De Certeau (1980) l'invention du quotidien ; et Rolin

(1993) « l'invention du monde ». Autant de formes particulières de la socialité qui s'accompagnent de la mise en avant de l'altérité du local, du renversement de point de vue (le local vécu), et qui poussent à considérer les spécificités du local en tant que domaine scientifique (Galibert, 2004). L'auteur (Galibert) va plus loin en montrant que, même dans la mise en scène de la vie quotidienne de Goffman (1975), le quotidien apparaît bien comme un objet local, voire hyper ou micro local.

Dans le contexte de cette thèse, le quotidien revêt deux aspects. D'abord, il s'inscrit aux différents rapports garantis par la tradition que les Bulu entretiennent entre eux, avec leur espace de vie (biotope, biocénose, savoirs et pratiques culturelles multiples, entités spirituelles et religieuses, etc.). Ensuite, il (le quotidien) se rapporte aux situations sanitaires vécues : maladies infantiles locales qui menacent la santé des enfants, non prise en compte des maladies infantiles locales aux programmes et stratégies de santé publique infantile, réticences autour de la vaccination et du vaccin, insuffisances de la biomédecine face aux maladies infantiles locales. À partir de là, le quotidien fait appel à la résilience des populations qui s'en réfèrent aux valeurs endogènes de soins et aux actions culturelles individuelles, collectives partagées afin de lutter efficacement contre ces maladies infantiles locales.

#### **4.2. Le local en anthropologie : une approche des différences et de la variabilité du fonctionnement des sociétés ?**

Galibert (2004) montre que l'approche du local peut être considérée comme une approche en anthropologie dans la mesure où elle s'accommode au quotidien avec les interactions individuelles, les bribes des expériences et les communications, et qu'elle constitue la socialité quotidienne. L'auteur, en s'appuyant sur les travaux de Lévi (1989) et de Corbin (1998), montre que l'approche anthropologique du local est une anthropologie « au ras du sol » qui analyse les logiques sociales et symboliques » (p. 86). Galibert précise que :

---

*« Le local ne cède pas à un quelconque vertige de l'individuel ou de l'exceptionnel : la diversité du social et l'efficacité des émotions qui font de la communauté une multiplicité de parcours individuels n'autorisent pas à opposer l'idée de culture à celle d'identité individuelle singulière » (p.91).*

---

Car, chaque culture se donne pour objet la définition de l'individualité et la détermination des identités (Augé, 1994).

Galibert (2004) poursuit ses réflexions en montrant, d'une part, que :

---

« Le local en anthropologie, c'est aussi le sens social, à l'image d'une vision du monde : un monde où les complicités du langage et les sous-entendus (avec les repères du paysage) permettent aux acteurs de se (et s'y) reconnaître et de partager une identité commune, un univers de (re)connaissance » (p. 91).

---

Et d'autre part, que :

---

*« Le local, c'est l'individu en tant qu'interlocuteur de son existence en relation sociale, il est le lieu même de l'activité humaine intense, cognitive et émotive, sociale et individuelle, le lieu d'interprétation et de construction du réel » (p. 91-92).*

---

En revenant à l'expérience singulière, aux mécanismes d'interaction, à la circulation des informations et des sentiments, l'anthropologue réduit le fossé que Bourdieu (1972) et Maffesoli (1985) relèvent respectivement entre « fait sociologique » et « fait sociétal » (Galibert, Ibid.). Ainsi, « les situations de la vie quotidienne font ressortir ce savoir local ou indigène qui transparait dans les relations et les constructions symboliques » (Ibid., p.91-92) et qui permet aussi « d'accéder à la compréhension du lien social à partir de paramètres non rationnels (rêves, imaginaire, ludique, plaisir de sens) » (Chérubini, 1994, p. 96).

Cuche (2010) apportera une contribution supplémentaire qui ne s'éloignera pas des précédentes. Ainsi, selon lui :

---

*« Le local est expression de la différence et de la variabilité du fonctionnement interne des sociétés. Comme l'homme est en même temps un être de culture et un acteur du local, c'est-à-dire de l'espace dans lequel il vit et exerce ses activités en s'appuyant sur la culture qui lui permet de s'y adapter, le « local » se réfère à la « culture » et inversement. Ainsi, c'est à l'échelle des relations quotidiennes, dans des espaces locaux, que les populations humaines se différencient, chacune inventant des solutions originales aux problèmes qui se posent à elles bien qu'elles possèdent le même stock génétique » (p. 5).*

---

En tant qu'expression de la variabilité du fonctionnement interne des sociétés, le local permet de saisir les attitudes particulières des populations données dans un espace déterminé.

C'est ainsi que le local est convoqué dans cette thèse. Partant de l'approche ethnographique des prises en charge de la santé des enfants Bulu, ce sont bien les savoirs et pratiques locaux qui se donnent à voir, en relation avec les différents acteurs du soin qui interagissent dans un

même espace. Cette symbiose contribue à saisir les dispositions, les orientations des uns et des autres dans l'unique but d'améliorer la santé des enfants.

### **4.3. Le localisme en anthropologie : un cadre des « sujets locaux »**

Dans son article intitulé « Le localisme au Québec », Schwimmer (1994) mentionne que :

---

*« Toute forme sociale stable se fonde sur des sujets locaux. Appréhender les personnes comme des sujets locaux revient à les définir en tant que porteurs de connaissances locales accessibles à l'observateur par la lecture de signes, par l'étude de formes d'échanges non verbaux : rites, performances, mais aussi par l'étude d'objets matériels ou encore de l'aménagement de l'espace. Les personnes désignées comme telles détiennent des savoirs particuliers, des « connaissances locales », inscrites dans la mémoire des individus, l'histoire locale, le mythe local qui s'en inspire » (p. 158).*

---

Ces sujets locaux ont pour rôle de protéger les richesses du local, le localisme n'étant jamais un acquis sûr : il est toujours le théâtre de confrontations perpétuelles entre les forces internes et externes (ibid., p. 157).

En s'appuyant particulièrement sur Appadurai (1995a) qui définit les sujets locaux comme des acteurs qui font partie d'une communauté localisée de parents, voisins, amis et ennemis, Schwimmer (ibid.) pense que le localisme, processus qui produit des sujets locaux, a toujours été « une réalisation sociale fragile », menacée sans cesse par les ennemis externes, les frictions internes. D'autre part, si, selon l'auteur,

---

*« [...] la production d'une localité est en partie matérielle (maisons, sentiers, jardins, espaces d'approvisionnement) et en partie idéologique (rites, cosmologies, performances cérémonielles), force est de constater que, malgré tous ces efforts, le localisme n'est jamais un acquis sûr, si bien que le discours de l'informateur à l'ethnographe saisit toujours l'occasion de réaffirmer la sociabilité locale de son groupe (p. 157).*

---

L'auteur (ibid.) rappelle que, du point de vue du localisme en anthropologie, la théorie d'Appadurai (1995a), qui s'appuie sur des modèles sémiotiques et phénoménologiques, s'intéresse à la « logique du monde vécu » du sujet local, système composé de textes et de « contextes, sociaux, écologiques et idéologiques ».

Dans cette étude, les acteurs du quotidien sont de deux ordres. D'un côté, les membres de la communauté (autorités traditionnelles, chefs COSA, membres ordinaires) qui participent partiellement aux activités liées à la santé infantile endogène. Leur participation partielle

s'explique du fait qu'ils ne sont pas directement impliqués dans les actes de soins infantiles proprement dits. Mais, y contribuent au quotidien à travers les services rendus à leur échelle de vie et de compétence. De l'autre côté, les acteurs qui œuvrent principalement à la préservation de la santé des enfants. En tant que principaux acteurs, ils sont ceux qui sont au cœur de cette santé infantile endogène au quotidien et qui lui donnent un véritable sens (tradipraticiens (mères âgées, matrones, blindeurs), enfants, mères).

#### **4.4. Le local : entre « localisme globalisé » et « globalisme localisé »**

Dimitrova (2005) montre que le local n'est pas séparé du global. À ce sujet, elle enrichi son argument avec les concepts de « localisme globalisé » et « globalisme localisé ». Selon elle, le « localisme globalisé » est ce processus par lequel un phénomène local donné réussit à se globaliser (exemple : le *fast food*). Tandis que le « globalisme localisé » est ce qui se traduit par l'impact particulier de pratiques et d'impératifs transnationaux sur des conditions locales ainsi déstructurées et restructurées (par exemple : les droits de l'homme). Elle montre que, traditionnellement, une pratique est considérée comme locale lorsqu'elle est géographiquement circonscrite et identifiable à un contexte spatialement et géographiquement déterminé.

Elle montre également que le local est en règle générale le village, le quartier, la commune ; c'est là où tout sujet possède des bases de tradition et d'identification. Il (le local) n'est pas une constante, mais une variable. Il se réfère aussi à quelque chose de très petit et de proche, plutôt qu'à quelque chose de plus grand et éloigné en termes de mesures réelles. Il s'estime non seulement en termes objectifs, mais aussi subjectifs, à savoir la manière dont les individus le perçoivent et l'expérimentent. Sous cet angle, l'auteure (Dimitrova, 2005) s'appuie tout d'abord sur Bauman (1998) pour qui le local est ce qui est interne, proche, connu, même intime, puis sur Appadurai (2001) pour qui la localité est avant tout une question de relation et de contexte, plutôt que d'échelle ou d'espace. Par conséquent, le local n'est pas figé et n'est pas toujours ancré dans un espace géographique. Il est aussi porteur d'un sentiment de familiarité, de proximité, d'identification et de sécurité (Dimitrova, 2005).

#### **4.5. Le local chez les Bulu**

Au-delà de tout ce qui précède, les Bulu ont une perception particulière du « local ». Cette perception se rapproche beaucoup plus des analyses de Dimitrova. Mes enquêtes montrent que, certes pour les Bulu le local correspond à leur milieu rural et ses composantes. Mais s'il ne se limite pas seulement à leur espace vie singulier, car les Bulu des autres zones géographiques expriment les mêmes sentiments au sujet du local et ses composantes. Ici, le

« local », c'est avant tout le « *djal* ou *nlam* » (le village) et la manière particulière dont s'y expriment les relations humaines, culturelles et sociales. Cela se traduit par des expressions telles que : « *mame ya djal* » (les choses du village, de chez nous, propres à nous) ; « *mame ma ngan* » (des choses propres à nous, intimes, fondamentales à nous, ancrées en nous). Du point de vue de ces populations, ce qui leur appartient n'existe pas ailleurs, c'est-à-dire au-delà des frontières tribales, culturelles et géographiques. Et quand bien même elles existeraient ailleurs, elles ne sauraient être les mêmes, encore moins perçues de la même façon.

Mes enquêtes indiquent que pour ces populations, ce qui est local demeure locale, c'est-à-dire ancré dans leurs us et coutumes. Dans ce cas de figure on peut citer : les forces spirituelles visibles et invisibles, les savoirs et pratiques de soin, les voies et moyens de transmission générationnelles des savoirs, etc. Dans ce milieu rural circonscrit humainement, spatialement et géographiquement, les Bulu y possèdent les bases de leurs traditions et de leur identification culturelle médicale. C'est aussi ce cadre où s'exprime le sentiment communautaire, l'amour et les louanges aux ancêtres, aux génies et totems, qui offre aux Bulu des dispositions sociales, environnementales, religieuses et spirituelles pour lutter contre ces maladies infantiles locales.

Les savoirs et les pratiques n'ayant un sens, n'étant visibles et compréhensibles que parce que les soins existent ; les soins à leur tour n'ayant également de sens que parce que le local existe ; le local quant à lui doit être considéré comme tel, c'est-à-dire un espace (avec ses réalités) propre à un groupe qui lui-même a ses spécificités dans les manières de percevoir les maladies (causes, symptômes et manifestations), de les nommer et de les classer, de les décrire afin de trouver les voies de recours pour les prévenir, de les soigner ou les guérir.

## **5. Nosologie et nosographie**

### **5.1. Convergences et divergences théoriques et pratiques**

Le préfixe « *noso* » – en grec, « maladie » – qui est commun aux termes de « nosologie » et de « nosographie » détermine d'emblée leur rattachement à la cause de « l'être-malade » en médecine, et ce depuis des siècles (Grenouilloux, 2010). Dans la même lignée, *Le dictionnaire médical*<sup>136</sup> indique que la nosologie et la nosographie appartiennent toutes deux à la pathologie, c'est-à-dire à la maladie, au mal-être corporel et psychologique. Le même dictionnaire médical mentionne également que l'autre convergence entre la nosologie et la nosographie se situe dans la complémentarité apparente de la bonne compréhension des

---

<sup>136</sup> Définitions à retrouver en ligne sur : <https://www.dictionnaire-medical.fr/definitions/336-nosologie/>.

maladies et de leur classification. Sans oublier que dans les faits, bien que la nosographie et la nosologie soient souvent confondues, la première est l'application de la seconde. Plus précisément, la nosologie détermine les critères employés pour la classification des maladies et constitue un discours complet sur la maladie prenant en compte la sémiologie (symptômes), l'étiologie (origine ou causes de la maladie), la pathogénie ou pathogénèse (mécanisme de provocation d'une maladie par un agent pathogène). Tandis que la nosographie désigne la classification méthodique des maladies assortie de leur description à partir des informations fournies par la nosologie (Grenouilloux, 2010).

Afin de saisir quelques convergences théoriques et pratiques de ces deux termes (nosologie et nosographie), j'ai fait recours au système médical avicennien<sup>137</sup> décrit par Sanagustin (1995). En effet, le système médical avicennien est un modèle de convergence théoriques et pratique de la nosologie et de la nosographie. Selon l'auteur (Sanagustin), bien que, dans ce système médical, la nosographie soit confrontée à des difficultés d'ordre terminologique et sémantique, voire épistémologique, elle n'est pas seulement la base sur laquelle repose toute la thérapeutique avicennienne. Elle est aussi un maillon essentiel de cette médecine qui permet de définir les entités nosologiques signifiantes d'une situation pathologique ancienne. Mais, pour y parvenir, il est impératif de surmonter le problème de l'interprétation du nom des maladies et de faire le départ entre observation, spéculation et mythe. Cela dit, d'après l'auteur, dans la médecine avicennienne, les rôles de la nosologie et de la nosographie sont inversés par rapport au sens médical commun ou biomédical, puisque la nosologie, à travers les entités nosologiques, devient une composante de la nosographie et est définie également par cette dernière.

En prenant cet exemple de la médecine avicennienne, j'ai voulu mettre en valeur le fait que la nosologie et la nosographie peuvent être définies culturellement et socialement et que leurs convergences – de même que leurs divergences – peuvent aussi varier d'une médecine à une autre, d'une culture à une autre selon les maladies qui y sévissent et leurs représentations.

---

<sup>137</sup> Avicenne, de son véritable nom Abu Ali al-Hussein Ibn-Abdullah Ibn-Sina est probablement né vers 980-1037 près de Boukhara en perse, aujourd'hui en Ouzbékistan. Avant même d'être un homme politique, Ibn Sina est un médecin, remarquablement doué. Il traduit lui-même certaines œuvres de Galien et d'Hippocrate, pratique la dissection pour « pénétrer les secrets du corps humain ». Son apport en médecine est fondé avant tout sur ses propres observations, sur son expérience directe, mais aussi sur une utilisation rigoureuse de la logique (il pose des prémisses dont il déduit ensuite les conséquences logiques). Son œuvre majeure reste le *Canon de médecine* (*Kitâb al-Qanûn fi Al-Tibb*, littéralement le *Livre des lois médicales*). Ces informations sont à trouver sur : <https://www.medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/avicenne.html>.

Historiquement, Grenouilloux (2010) nous renseigne sur l'évolution du domaine de la nosographie et de la nosologie. Il montre qu'au fil du temps, la première est devenue de plus en plus « classificatoire » (plus pratique, plus concrète, plus palpable) et la seconde, « évanescence » (plus théorique, plus littéraire, moins palpable) » (p. 137). L'auteur montre également que le terme de « nosographie » est attesté pour la première fois en français chez Pinel en 1728 et en anglais chez Whitlock en 1954, même si le souci de classer les maladies était déjà présent dès les premiers siècles de notre ère. Quant au terme de « nosologie », dont les tout premiers utilisateurs ont été des dermatologues, ce terme appliquera aux maladies les principes de définition et de classement prônés par Linné (pour les espèces animales et végétales) au XVIII<sup>e</sup> siècle et son usage courant ne prendra véritablement place qu'à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle (ibid. p.137).

Jusqu'à Laennec<sup>138</sup>, la nosologie avait été inexistante ou confuse (Bariéty & Coury, 1963) compte tenu de la multi formalité des natures des maladies, qui ne sont pas comme des plantes qui présentent toutes leurs informations à la fois (Kovess-Masfety & Masson, 2014). Bariéty et Coury (*ibid.*) montrent que la nosologie n'était jamais parvenue à son objet qui est de définir autant que possible des maladies autonomes dans leur déterminisme, cohérentes dans leurs manifestations, et de faire ressortir les relations ou les oppositions qui existent entre elles.

Kovess-Masfety et Masson (2014) vont dans le même sens que Bariéty et Coury. Cependant, ils mettent en relief la distinction entre ces deux termes en insistant surtout sur la définition théorique de la nosologie. Cette dernière comme « classification scientifique » des maladies est comparable à la « taxonomie » dans le monde médical qui a pour but de catégoriser les maladies à l'aide d'une variété de critères afin qu'elles puissent être plus facilement comprises. Cette comparaison va plus loin, car les auteurs indiquent que, comme la taxonomie, la nosologie vise à définir clairement le sujet discuté afin de le rendre plus compréhensible et plus perceptible. Par exemple, grâce à la nosologie, on sait désormais que le « diabète sucré » est une maladie spécifique qui peut être définie par un ensemble clair de symptômes. Comme la taxonomie, la nosologie a considérablement évolué au cours du temps,

---

<sup>138</sup> René Laennec (1781-1826) est considéré comme le breton qui a révolutionné la médecine, car il est celui qui a mis au point le stéthoscope, inventé l'auscultation et décrit les symptômes de la péritonite et de la cirrhose. Par ailleurs, il a fondé une pratique qui a permis d'analyser les bruits corporels internes et de les relier à des lésions anatomiques, ce qui se révélera très utile pour le diagnostic des maladies respiratoires dont la tuberculose... ces informations sont à retrouver sur : [https://www.lepoint.fr/sante/rene-laennec-le-breton-qui-a-revolutionne-la-medecine-17-02-2016-2018919\\_40.php#1](https://www.lepoint.fr/sante/rene-laennec-le-breton-qui-a-revolutionne-la-medecine-17-02-2016-2018919_40.php#1)

car l'une des premières tentatives de classification des maladies a eu lieu dans le monde arabo-musulman vers le X<sup>e</sup> siècle. Autant il existe plusieurs façons de classer les maladies, autant il existe plusieurs catégories de nosologies. Il existe d'un côté la nosologie qui se concentre sur l'étiologie ou sur la cause de la maladie, en l'utilisant comme une caractéristique clé de définition des maladies et, de l'autre côté, d'autres disciplines médicales qui examinent, d'une part, la pathogenèse et le développement physique de la maladie et, d'autre part, qui se concentrent sur la symptomatologie de la maladie.

Pour conclure, Kovess-Masfety et Masson (2014) soulignent que la nosologie a un tout autre aspect de discussion qui porte sur le ou les systèmes organiques impliqués dans la maladie, lequel ou lesquels permettent de diviser les choses en catégories telles que les « troubles rénaux » ou encore la « maladie mentale ». Ils soulignent que, dans ce contexte précis, il est nécessaire de travailler en laboratoire pour prouver la nature cachée de la maladie et de mener en parallèle des recherches sur le terrain pour observer et interagir avec les patients. Selon les auteurs, ce travail en arrière-plan de recherche, que pratiquent d'ailleurs de nombreux médecins au quotidien, consiste à interroger des patients et à rassembler leurs symptômes comme des pièces de puzzle pour déterminer l'origine de leur affection. C'est pourquoi, pour y parvenir, de nombreuses maladies sont classées par étiologie.

## **5.2. Nosologie et nosographie en anthropologie de la santé**

Tout comme la médecine, la psychopathologie et la psychiatrie – des domaines où la nosologie et la nosographie sont utilisées de manière clinique ou empirique –, l'anthropologie en général et l'anthropologie de la santé en particulier recourt à la nosologie et à la nosographie. Cependant, elle (l'anthropologie) va saisir ces catégories depuis des « systèmes de soins » situés, c'est-à-dire en rapport avec la culture (Bibeau, 1978 ; Young, 1982 ; Dozon, 1987 ; Massé, 1995 ; Rossi, 1997, etc.). L'anthropologie médicale a démontré que les « représentations sociales » de la maladie (Herzlich, 1996) ainsi que le « pluralisme médical ou thérapeutique » (Laplantine, 1992 ; Janzen, 1995 ; Benoist, 1996, etc.) sont au cœur des analyses anthropologiques sur la nosologie et à la nosographie. Grâce à son modèle étiologico-thérapeutique, Laplantine (1992) a démontré que c'est toujours l'étiologie – la recherche des causes proches ou lointaines d'une maladie – qui détermine le thérapeutique. En d'autres termes, la connaissance de l'étiologie, qui se fait grâce à la nosologie, est indispensable pour une guérison réussie. Il faut donc connaître au préalable les contours étiologiques d'une maladie afin d'engager une quelconque démarche de quête de guérison. Lorsque dans un espace socioculturel donné (urbain ou rural) coexistent et interagissent une

multitude de savoirs et de pratiques médicaux (biomédecine et médecines alternatives ou parallèles), le choix de l'une ou l'autre médecine se fait en fonction des nosologies et des nosographies de la maladie dont on souffre.

Par ailleurs, depuis le XIX<sup>e</sup> siècle, comme l'indique Halpern (2010), les ethnologues ont étudié les pratiques de soin et de guérison de peuples lointains, ainsi que leurs conceptions du corps humain, des maladies et de la reproduction. L'anthropologie médicale s'est véritablement constituée en spécialité lorsque, dans les années 1950, des anthropologues anglo-saxons ont participé à des enquêtes d'épidémiologie touchant notamment à l'alimentation et aux soins du corps dans les sociétés occidentales. Depuis, elle s'est diversifiée en associant à son objet les théories, les pratiques et les institutions de la biomédecine moderne. Cette sous-discipline de l'anthropologie va, dans un premier temps, émerger timidement sous la plume des anthropologues anglo-saxons (Rivers, 1924) et Evans-Pritchard, 1972). Selon eux, religion et maladie ont, dans les sociétés dites « primitives », un lien étroit avec l'explication du malheur en général. Par la suite, au milieu des années 1960, comme le montre Fortes (1978), le développement nord-américain de l'anthropologie médicale répond à la nécessité de comprendre l'influence de la culture sur les rapports de l'homme à la santé et à la maladie. C'est alors que le courant de l'ethnomédecine, principalement axé sur l'étude des systèmes médicaux indigènes, s'enrichit des questionnements de l'ethnopsychiatrie sur les relations entre culture et psychologie (Mead, 1928, 1963 ; Devereux, 1972 ; Laplantine, 1988, etc.) et trouve un terrain d'investigation occidental.

Toutes ces sources de l'anthropologie médicale vont ainsi contribuer au développement de cette discipline qui permet l'analyse contextuelle des rapports de l'homme à sa santé et, plus largement, à son existence dans un univers communément partagé. Devenue une science sociale, elle va attirer, dans les années 1980, l'intérêt de scientifiques francophones qui contribueront à son essor dans cet espace et qui la dénommeront « anthropologie de la maladie » ou « anthropologie de la santé » pour se démarquer du vocabulaire classificatoire anglo-saxon (Fortes, 1978). Parmi ces scientifiques francophones on retrouve Zempleni et Augé, considérés comme les pionniers de cette anthropologie de la santé à travers leurs travaux fondateurs (Hours, 1999). Ainsi, Augé & Herzlich (1984) et Augé (1986) font partie des auteurs qui préfèrent parler d'« anthropologie de la maladie ou de la santé » plutôt que d'« anthropologie médicale ». Augé montre que cette dernière (anthropologie médicale), en raison de son penchant pour les schémas diffusionnistes et pour le recours aux typologies, n'éclaire pas suffisamment les débats toujours ouverts, depuis Lévy-Bruhl, sur la rationalité

des croyances « primitives » et sur l'étude des systèmes d'interprétation de la maladie. D'autres auteurs tels Sanni Yaya & Zerbo (2015), qui ne dissocient pas l'« anthropologie médicale » de l'« anthropologie de la santé » y apportent leur contribution. Ils montrent (Sanni Yaya & Zerbo) que ce domaine (l'anthropologie médicale), qui est une orientation de l'anthropologie, analyse, d'une part, les pratiques médicales dans les sociétés traditionnelles et modernes et, d'autre part, les représentations de la santé et de la maladie selon les cultures, tout en envisageant ces dernières comme un moyen d'accès à la connaissance des sociétés. Dès lors, l'anthropologie de la santé ne consiste plus seulement à appréhender les représentations et pratiques relatives à la maladie, parfois en vue d'améliorer l'efficacité des programmes médicaux (Hours, 1999). Elle s'élargit aux problématiques de la mondialisation tout en conservant la valeur relativiste et contextuelle de son objet d'étude : la culture d'une société donnée, à une époque donnée (*ibid.*). Selon Zempleni (1985), l'anthropologie de la santé ou médicale a postulé la décomposition de la maladie en une triple réalité :

---

*« [...] subjective, biophysique et socioculturelle : trois ordres de réalité discernables dont l'interaction, constante, efficace et attestable, est l'objet proprement dit de cette discipline aussi irréductible à la biomédecine qu'à la psychologie et à l'ethnologie » (pp. 14-15).*

---

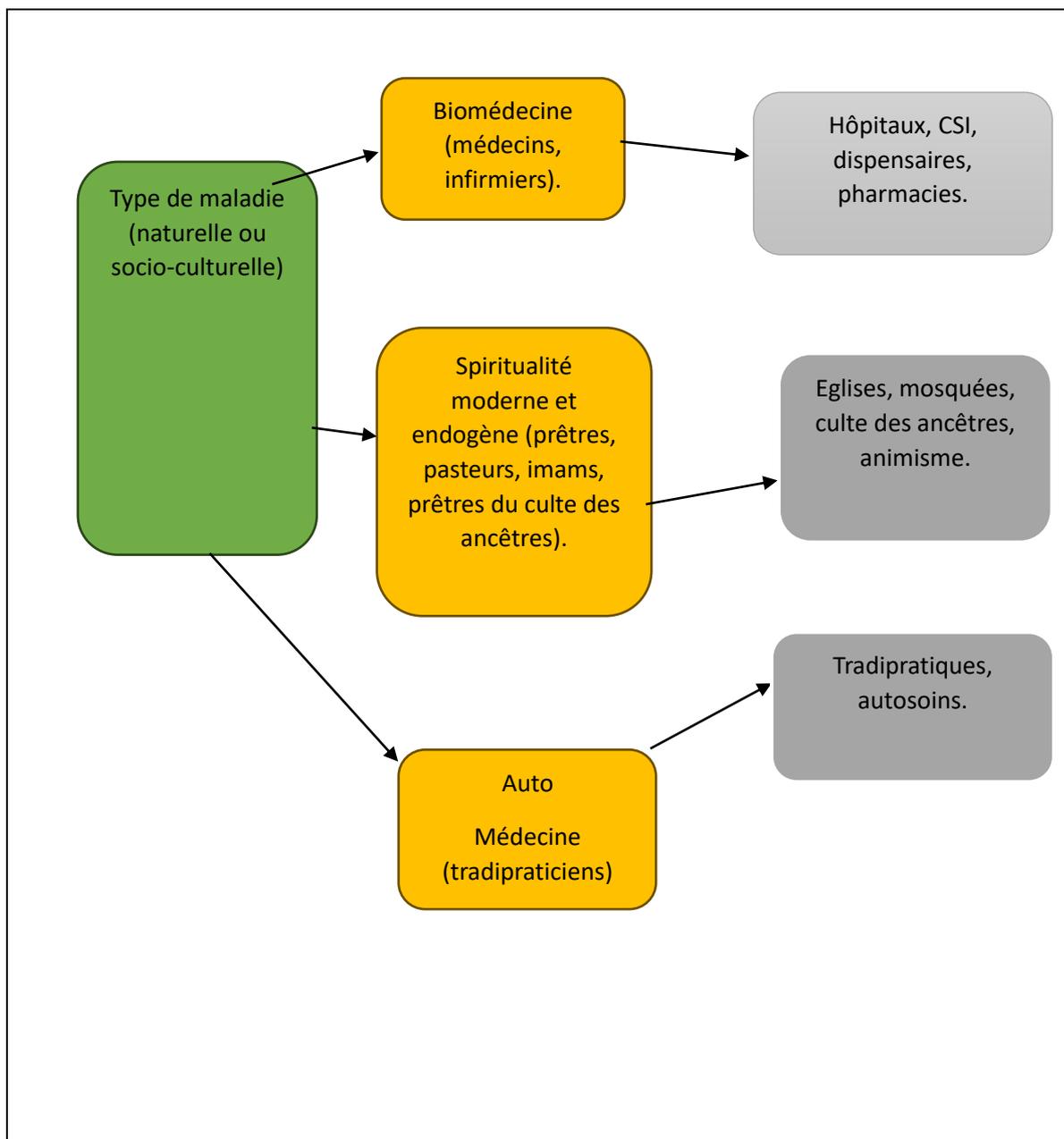
Concernant l'appréhension de son objet d'étude, l'anthropologie de la santé contribue à réviser certains préjugés (Benoist, 1995). En l'occurrence, elle défriche les représentations culturelles à l'intérieur desquelles s'inscrivent les modèles psychologiques et biophysiques de la maladie : *illness*, *sickness*, *disease* (Zempleni, 1985 ; Benoist, 1995 ; Sanni Yaya & Zerbo, 2015). De nos jours, l'on constate de plus en plus un recours constant aux analyses anthropologiques qui abordent les relations sociales, les modes d'organisation des politiques de santé, les programmes de lutte contre les épidémies, pandémies ou pathologies spécifiques (Hours, 1999).

De nos jours, les anthropologues de la santé s'intéressent à une vaste gamme de sujets (Hudelson, 2002). Ils (les anthropologues) renouvellent le regard anthropologique sur la maladie et sur l'organisation des soins de santé tout en élucidant le fonctionnement des services de santé, les rapports aux normes médicales, les rapports soignants-soignés, les comportements à risque face à la maladie, les recours thérapeutiques, le bien-être des malades et les modalités d'épanouissement des soignants dans leur activité, les rapports langues,

souffrances, anomalies, signes et troubles, les rapports sociétés, cultures et maladies, ainsi que les représentations populaires des maladies et les politiques publiques de santé (Fassin, 1996, 2000, 2001 ; Jaffré & de Sardan, 1999).

Concernant particulièrement les politiques de santé publique, Fassin (1996), dans une anthropologie politique de la santé, a montré que la santé est un espace politique à l'intérieur duquel naviguent des enjeux parmi lesquels les inégalités. Ces inégalités qui, selon lui, sont produites par la société et se manifestent dans l'état des rapports sociaux entre les individus (Fassin, 2000). Estimant que ces inégalités sont un ordre social qui s'impose aux sociétés, il montre qu'il revient aux sciences sociales de comprendre les processus par lesquels un ordre social se traduit dans les corps, qu'il appelle « l'incorporation de l'inégalité » (ibid. 1996). Pour y parvenir, Fassin propose de dépasser les habituelles approches comportementales ou culturelles qui consistent à relier catégories sociales et morbidité. Aussi, montre-t-il, ces inégalités sont construites au sens où la société les nomme et les catégorise pour les appréhender et pour agir dessus (ibid. 1996).

Le schéma ci-après met globalement en évidence la façon dont se configurent les recours aux soins dans ma zone d'étude ainsi que les itinéraires thérapeutiques qui y sont rattachés et qui sont soumis au choix des populations bulu lors des épisodes morbides. On verra bien que ce schéma est une représentation concrète de la théorie étiologico-thérapeutique de Laplantine (1992). Car, le traitement d'une maladie (locale ou biomédicale) dans cette zone se fait à partir de l'identification de sa nosologie et de sa nosographie.



**Tableau 6** : Configuration des deux types de médecines existantes complémentaires (ou recours aux soins) et itinéraires thérapeutiques. Source : mes enquêtes de terrain.

La liste des monographies de référence en anthropologie de la santé qui se sont intéressées aux études nosologiques et nosographiques étant longue, j'ai mis en lumière quelques-unes d'entre elles qui analysent les sociétés africaines. Notamment, l'étude d'Adler & Zemplini (1972) qui séjourneront chez les Moundang du Tchad pour tenter de comprendre chez ce peuple le rapport entre la divination, la maladie et le pouvoir. Et là encore, les deux auteurs se rendront compte que la divination – c'est-à-dire la prise en charge d'une maladie par l'usage de pouvoirs et d'objets mystiques traditionnels, notamment les génies, les totems, les morts, l'hydromancie, les gris-gris, etc. – est mise en place à partir de l'identification, de la dénomination d'une maladie.

Mallart-Guimera (1977), décrit le savoir médical des Evuzock du Sud-Cameroun. L'auteur s'est intéressé à la nosologie de ce peuple Beti en identifiant, en dénombrant et en classant des maladies par groupe selon leur morbidité. Sans oublier, les expressions vernaculaires par lesquelles elles sont nommées, leur nature ainsi que leur mode de traitement, y compris la liste des pharmacopées correspondantes à chacune des maladies identifiées. Bibeau (1978), chez les Ngbandi ou Sango de la République centrafricaine et de la République démocratique du Congo, met en exergue la manière dont les Ngbandi organisent les maladies. D'abord les nommer, puis les classer selon un ordre bien établi depuis des millénaires. Chez les Bisa du Burkina Faso, Fainzang (1986) établit un lien entre la maladie, la divination et la reproduction sociale. L'auteure met en évidence les manières de nommer, de décrire et de classer les maladies dans cette socio-culture ; les manières de les soigner et de les guérir ; ainsi que leur impact sur la reproduction sociale, c'est-à-dire sur les interactions et sur la structure sociale. Au Bas-Congo de l'ex-Zaire, Janzen (1995) a mené une étude sur la quête de thérapie. Dans cette analyse qui est fondée sur une « *Managing Therapy Group* », l'auteur montre comment dans cette société, à l'annonce d'une maladie bien connue, des populations mettent en œuvre une sorte de système de soins ou de groupe social aux ramifications larges pour en venir à bout. Monteillet (1998, 1999, 2005, 2006), s'est intéressé tout au long de ses recherches en Afrique à la manière dont les Yezum de la Région du centre Cameroun, notamment ceux habitant sur les rives de la Sanaga, classent et traitent leurs maladies. Comme ses prédécesseurs, il a étudié les savoirs et les pratiques mis en œuvre dans les processus de guérison à partir des nosologies endogènes des maladies.

Tous ces auteurs étudient donc les entités nosologiques populaires (Jaffré & De Sardan, 1999), en tant que représentations populaires des maladies, de façon à identifier ces dernières à travers leurs causes, symptômes (signes et troubles), à les nommer, à les étudier ou encore à les exprimer dans les discours. Dans cette étude, les maladies infantiles locales que j'ai identifiées sont des nosologies locales et populaires. Ces maladies sont exprimées et construites dans la langue locale (le bulu). Leurs représentations, qui ne diffèrent pas d'un village à un autre, sont communément partagées depuis toujours par des communautés soumises à la même langue, à la même culture, à la même tradition.

## **Conclusion**

Enfin de compte, ce chapitre a abordé les définitions, selon les Bulu, de l'enfance, de la santé et la maladie, des savoirs et des pratiques endogènes de soins, des soins, du local, de la nosologie et de la nosographie. Ainsi, il ressort que « *l'enfance ou la petite enfance* » (*mone*

*ou mone mongo*) et leurs perceptions ne sauraient être uniques encore moins uniformes. C'est dans cette logique que pour Bonnet (2010), l'enfance est une construction sociale constituée d'une variété de normes et de contextes. Chez les Bulu il existe toute une symbolique particulière attachée à l'enfance ou la petite enfance à laquelle est associée une multitude de perceptions contextuelles bien spécifiques. Sans oublier qu'elle (l'enfance) est considérée comme un indicateur essentiel pour saisir les dynamiques sociales et communautaires. « *La santé* » (*mvoe*) désigne certes « la bonne santé corporelle » d'un individu, d'une famille, d'un enfant. Mais elle intègre également une dimension sociale et communautaire. Elle réfère à l'état d'une personne qui dégage de la joie de vivre tout autour de son environnement immédiat et au-delà. « *La maladie* » (*okon*) est perçue dans cette socio-culture comme une rupture entre l'homme et son milieu social (punition et agression ; étape préliminaire à la mort), ce qui suppose une dysharmonie entre l'homme et son cadre de vie immédiat ou lointain, une distance d'avec son entourage extérieur. Ici, l'homme lui-même peut être responsable de son mal ou de sa maladie (cause endogène) tout comme cette maladie peut venir d'une force extérieure (cause exogène). Concernant « *les savoirs et pratiques endogènes de soin* » (*mi ye'elane a miboane*), et en s'appuyant sur une anthropologie des savoirs, il ressort que « *les savoirs* » (*mi ye'elane*) dans un contexte social déterminé (comme les Bulu) se construisent et se transmettent ; que des individus se les approprient socialement ; et que ces savoirs, constitués des supports de création et de transmission des savoirs, créent les caractéristiques propres de ces savoirs. Aussi, le « savoir » n'est pas un concept « figé » (Gérardin-Laverge & Collier, 2020) ayant un sens commun universel, mais qu'il est plutôt un concept culturel, dont les contenus peuvent varier selon les contextes et qui doivent être analysés en les « situant », c'est-à-dire en les reliant à la position, par exemple sociale, des personnes qui le produisent. « *Les pratiques* » (*miboane*) sont quant à elles des accomplissements concrets du savoir, la mise en œuvre du savoir dans un acte quelconque. Dans cette socio-culture, les savoirs et les pratiques endogènes sont détenus par des tradipraticiens. Ils (savoirs et pratiques) sont propres à des référents culturels, à une tradition partagée et s'acquièrent soit par initiation ou transmission auprès des ancêtres, soit par apprentissage et expérience auprès des parents ou de tout autre membre expérimenté de la communauté. Concernant « *Le soin* » (*e gnong ngap, nsabane*), il présente globalement deux mots référents : *care* et *cure* (Cléro & Hourcade, 2018) qui croisent la pratique et l'attention ; le souci de soin (*épimeleia*) et celui de la santé (*thérapeia*), car la santé exige un constant souci de soi et des autres (Resweber, 2012). Dans cette socio-culture, la notion de soin est polysémique et s'interprète selon les différents contextes socioculturels et sanitaires. Socio-culturellement, le « soin » cadre avec les valeurs

ancestrales de soutien, d'entraide et trouve son sens dans l'organisation sociale et culturelle du vivre ensemble communautaire. Sanitairement, le « soin » renvoie à la « prise en charge » (*e gnong ngap*) et au « diagnostic » (*mfasbane*). Concernant « le local » (*djal, nlam, mame magan*), il ne se comprend pas en dehors du quotidien, des acteurs, leurs interactions individuelles, les bribes de leurs expériences et leurs communications, et qu'elle constitue la socialité quotidienne (Galibert, 2004). Ce chapitre montre que, concernant les Bulu, le local c'est avant tout le « *djal* ou *nlam* » (le village) et la manière particulière dont s'y expriment les relations humaines, culturelles et sociales. Le local correspond donc à leur milieu de vie rural (cantons, groupements, villages et leurs savoirs et pratiques endogènes, etc.). Enfin, du point de vue de la « *nosologie et de la nosographie* » elles permettent d'identifier les maladies, de les décrire, de les nommer (nosologie) et de les classer selon leur ordre, leur classe, leur genre et leur espèce (nosographie). Même si l'anthropologie médicale a démontré que les représentations sociales de la maladie (Herzlich, 1996) ainsi que le pluralisme médical ou thérapeutique (Laplantine, 1992 ; Janzen, 1995 ; Benoist, 1996, etc.) sont au cœur des analyses anthropologiques sur la nosologie et à la nosographie, force est de rappeler que la nosologie et la nosographie sont des termes adaptatifs qui peuvent être définis culturellement et socialement comme la maladie et la santé.

Dans cette première partie de la thèse (que je considère comme fondamentalement théorique) qui s'achève, et afin d'établir le lien entre elle et la deuxième partie qui s'annonce (qui sera pratique ou appliquée parce qu'elle porte spécifiquement sur l'analyse des données de terrain relatives à la santé du jeune enfant bulu et ses déclinaisons), j'ai voulu mettre en évidence et analyser, afin de les rendre compréhensibles, tous les concepts, mots et expressions liés à la santé (nomination, médecine, tradipraticiens, soins, prévention, guérison, biomédecine et médecines alternatives ou parallèles), à la maladie (nomination, typologie, catégorisation), à la société (environnement, groupe, acteurs impliqués, local, social, vision du monde, politique, religion et spiritualité...), à l'enfance ou la petite enfance (nomination, symbolisme, évolution sociale, culturelle et temporelle) globalement et particulièrement (chez les Bulu). Cela dit, la compréhension de ces concepts, mots et expressions du point de vue global et local permettra, dans un premier temps, de ne plus à revenir plus haut pour trouver leur explication, et dans un second temps, à saisir leur portée dans les mécanismes de soins et de guérison mis en œuvre dans la médecine endogène de ce groupe culturel, notamment dans les démarches de guérison de ces maladies infantiles locales auprès des jeunes enfants. Ainsi, le lien entre ces deux grandes parties se situent donc dans la mise en œuvre de la compréhension

de ces concepts, mots et expressions qui apparaîtront dans cette deuxième partie mais dans une logique plus pratique. L'intitulée de cette deuxième partie : analyse ethno-anthropologique de la médecine endogène et de la pharmacopée bulu, montre bien que nous entrons dans le centre névralgique de cette thèse, c'est-à-dire dans le cadre où, d'une part, les discours des acteurs majeurs (tradipraticiens, mères), y compris ceux intermédiaires (chefs COSA, professionnels et responsables de santé publique) apparaîtront et vont se juxtaposer avec mes propres analyses, et d'autre part, seront abordées les questions pratiques et leurs dynamiques. Parmi elles, on retrouve : la notion de médecine chez les Bulu ; la place de la forêt dans cette médecine ; la médecine infantile endogène bulu ou l'ethno-pédiatrie et ses composantes ; la structure sociale de la vision du monde des Bulu ; le lien entre la vision du monde des Bulu et les soins ; la nomination et la classification des maladies chez les Bulu ; prévention et thérapeutique des maladies infantiles locales.

**DEUXIEME PARTIE**

**ANALYSE ETHNO-ANTHROPOLOGIQUE DE  
LA MÉDECINE ENDOGÈNE ET DE LA PHARMACOPÉE  
BULU**

Une action est dite ethno-anthropologique lorsque, à partir des données recueillies sur le terrain de recherche auprès de la population à étudier (ethnologie), elle permet de saisir les dynamiques fonctionnelles et structurelles aussi bien des faits qui étaient latents que ceux manifestes afin de les rendre compréhensibles dans la restitution (anthropologie). Cela étant, une analyse ethno-anthropologique de la médecine endogène et de la pharmacopée bulu va consister à : interroger le sens de la médecine endogène et de la pharmacopée traditionnelle pour ce peuple bulu ; à mettre en évidence les liens entre la médecine endogène bulu et la pharmacopée traditionnelle ; interroger les mécanismes de prévention, de soins ou de guérison existants dans cette médecine ; identifier ses acteurs, ses savoirs et ses pratiques, ses outils ; analyser les types de maladies dont cette médecine fait face, leur nomination et classification ; interroger le lien entre cette médecine et la manière dont les Bulu perçoivent le monde qui les entoure ; mettre en exergue les éléments qui constituent la pharmacopée traditionnelle et leur utilité dans les soins ; interroger les mécanismes préventifs et thérapeutiques spécifiques aux types de maladies identifiées dans cette zone en général et aux maladies infantiles locales en particulier. C'est pourquoi le chapitre 1 porte sur la médecine endogène bulu : un cadre rattaché à la forêt ; le chapitre 2 sur la médecine infantile endogène ou l'ethno-pédiatrie bulu à travers ses acteurs, ses savoirs et pratiques et ses outils ; le chapitre 3 sur la vision du monde des Bulu et les soins ; le chapitre 4 sur la nomination et la classification des maladies chez les Bulu ; le chapitre 5 enfin sur la prévention et thérapeutique des huit maladies infantiles locales.

# **CHAPITRE 1 : LA MÉDECINE ENDOGÈNE BULU : UN CADRE RATTACHÉ À LA FORÊT**

## **Introduction**

Ce chapitre expose les représentations de la médecine endogène bulu. Pour ce peuple, cette médecine représente fondamentalement deux choses. D'abord, elle est un héritage ancestral qu'il faut préserver de génération en génération, ensuite elle est un cadre traditionnel d'apaisement de douleurs (*mintae*) corporelles (*gnoul*) et spirituelles (*nsisim*) à travers les plantes, les parties d'animaux spécifiques et les rites. Il existe des cadres qui enrichissent sa réputation, car ils (ces cadres) constituent, en même temps, des pharmacies traditionnelles (espaces d'approvisionnement en richesses dédiées aux soins et à la guérison) et des espaces de communication sanitaire (lieu d'échanges multi dimensionnelle entre les populations, les ancêtres, les génies et les totems). La forêt fait partie de ces cadres-là. Il s'agira à cet effet de la mettre en évidence en analysant ses représentations symboliques, sacrées et profanes.

### **1. La notion de médecine chez les Bulu**

D'après de nombreuses sources étudiées, les Bulu reconnaissent naturellement la biomédecine, à travers l'organisation du système de santé camerounais et ses composantes, y compris les autres médecines alternatives (chinoise, camerounaises, etc.) qui sont présentes dans cette zone, notamment en milieu urbain. Cependant, dans le cas des maladies infantiles locales, ils (les Bulu) restent attachés à leur médecine endogène, composante de leur organisation sociale et culturelle et qui en préserve son équilibre. Encore peu explorées dans cette zone, les notions de médecine et de maladie se rattachent à des représentations qui ne peuvent se comprendre en dehors de leur ancrage local. Cela dit, elles (médecine et maladie) renvoient à des classifications (nosologie), à des arrangements dans une classification spécifique (nosographie) et à des dénominations locales (taxinomie) propres à cette socio-culture.

Si chacun peut apporter son expérience individuelle dans telle ou telle démarche de soin ou de guérison d'une maladie ou encore un soutien comme le veut la structure sociale de la société (Avembe, 2014), en revanche, soigner est réservé à ceux qui sont initiés (les tradipraticiens) et qui ont des pouvoirs – ou des dons – de guérison « naturels ». En effet, dans cette société pourvue de classes d'âge, à chacune des étapes de la vie correspondent des activités propres qui contribuent au maintien du tissu social. Autrement dit, chaque génération a pour mission de faire perdurer les valeurs traditionnelles ancestrales parmi lesquelles cette médecine traditionnelle autant qu'elle le peut pour l'équilibre et la survie de la structure sociale. Comme

Bibeau (1978) l'a analysé chez les Ngbandi du Congo Brazzaville, chez les Bulu, la médecine de prévention, de soin et de guérison relève d'un cadre ancestral (avant l'arrivée des Européens) pensé comme un héritage légué par les ancêtres, qui doit perdurer de génération en génération à travers des initiations théoriques et pratiques. C'est pourquoi, dans l'optique de mieux les préserver et de manifester leur attachement inconditionnel à cet héritage ancestral, il existe des personnes spéciales appelées *nguegan*, *nsa bot*, *mboo mebiang* ou *mvivi'i* qui sont initiées à la prévention et à la guérison des maladies, qui sont au service du bien-être des bulu, et veillent à leur santé et à celle de leur progéniture.

### **1.1. La médecine chez les Bulu : un cadre traditionnel d'apaisement et de soins des douleurs corporelles et spirituelles**

Les rapports des Bulu avec la médecine sont ancrés dans leurs référents culturels. Selon l'OMS (2002), la médecine dite « traditionnelle » ou « endogène » se définit de deux manières. D'une part, elle est « la somme totale des connaissances, compétences et pratiques qui reposent sur les théories, croyances et expériences propres à une culture et qui sont utilisées pour maintenir les êtres humains en bonne santé ainsi que pour prévenir, diagnostiquer, traiter et guérir des maladies physiques et mentales ». D'autre part, elle « se rapporte aux pratiques, méthodes, savoirs et croyances en matière de santé qui impliquent l'usage à des fins médicales de plantes, de parties d'animaux et de minéraux, de thérapies spirituelles, de techniques et d'exercices manuels – séparément ou en association – pour soigner, diagnostiquer et prévenir les maladies ou préserver la santé ».

Les Bulu, loin de dévaloriser la biomédecine (qui reste inévitable ans le traitement de certaines maladies), accordent tout de même une profonde considération et efficacité à leur médecine traditionnelle, faisant d'elle un cadre incontournable pour toutes sorte de maladies, qu'elles soient locales ou biomédicales. Mes enquêtes montrent que quelle que soit la maladie et bien que les maladies biomédicales nécessitent toujours des diagnostics dans les hôpitaux, les Bulu pensent d'abord et avant tout à leur médecine. Si un bulu ressent de la fièvre ou un début de paludisme, il ne se rendra pas à l'hôpital tout de suite. Ce dernier pense d'abord à la consommation de *l'Ekouk*, de *l'Ebam*<sup>139</sup> ou de tout autre élément de la pharmacopée traditionnelle susceptible de le soulager. Des exemples de l'efficacité de la médecine endogène bulu sur les maladies biomédicales sont nombreuses. Mes enquêtes auprès des tradipraticiennes, concernant la rougeole (*olata*) ou la varicelle (*mebata mekinga*), indiquent

---

<sup>139</sup> Écorces très efficaces dans la guérison des fièvres voire du paludisme. Après cueillette, on les fait bouillir et on recueille du jus. C'est ce jus que consomme le patient jusqu'à la guérison.

que peu de temps après avoir été vaccinés contre ces maladies, les enfants présentent à nouveau des signes qui se manifestent communément par de minuscules boutons qui envahissent le corps créant des démangeaisons. Dans ce cas, les mères se tournent vers elles (les tradipraticiennes). À ce sujet, une tradipraticienne (entretien du 15 janvier 2020 à Ndjantom, canton Afamba-Libi), révèle que :

---

*« Le vaccin apporte beaucoup de maladies aux enfants, car les enfants sont vraiment malades à cause du vaccin ; il n'est pas bien pour les Noirs : notre vaccin, ce sont les herbes, les écorces. Cette affaire de vaccin que nous apportent les Blancs, là on ne connaît pas ça. On s'est rendu compte que les périodes pendant lesquelles les enfants sont les plus malades ce sont les périodes de campagne de vaccination. Sinon comment comprendre que les enfants soient vaccinés, mais continuent d'être malades ? Par exemple, lors des grandes épidémies de rougeole (olata), c'est nous les guérisseuses qui souffrons, car nous sommes souvent submergées par les enfants qui en souffrent, alors que le vaccin pour la rougeole existe. Nous remarquons même que tous ces cas de rougeole s'accroissent toujours après les campagnes de vaccination dans les villages et dans la région, y compris la varicelle (mebata mekinga). Pour ma part, le vaccin dérange, car, normalement, quand on vaccine un enfant contre la rougeole, c'est pour que celle-ci ne puisse plus exister, mais comment comprendre que chaque année les enfants en souffrent ? »*

---

Dans le même ordre d'idées, la même tradipraticienne me présente une autre situation similaire. En effet, la situation de Pierre, âgé de deux ans, que sa mère a emmené chez elle et qui souffrait de la varicelle alors qu'il avait été vacciné neuf mois après sa naissance du RORV (rubéole, oreillons, rougeole, varicelle) comme cela est prescrit par le PEV. Mais, douze mois plus tard, les symptômes de la varicelle ont refait surface, notamment l'éruption de fièvre (environ 38°), des écoulements nasaux, de la fatigue constante, de fortes démangeaisons et des boutons de varicelle. Comme l'indique la tradipraticienne, à la suite de cela, la mère de Pierre n'est pas allée consulter une infirmière, un pédiatre et encore moins les responsables du PEV, convaincue que le vaccin n'avait pas été efficace et que ces spécialistes ne pourraient apporter de solutions à cette varicelle récidivante. Ainsi, explique la tradipraticienne :

---

*J'ai pris Pierre en charge, en consultant les esprits et les totems. Je lui ai fait trois bains à l'eau chaude avec des écorces et des feuilles. Ces bains avaient pour objectif de lui redonner de la vigueur, vu les fatigues et les écoulements nasaux. En plus, j'ai fait une décoction à base de racines de l'arbre « Nfo » et d'huile de palmiste noir (Mbone megnegue) à laquelle j'ai ajouté de l'« Aboé », une plante*

*spéciale pour le traitement des boutons, des démangeaisons cutanées et des cicatrices. J'ai remis cette décoction et cette huile à sa mère qui se chargeait de la lui faire boire et de l'en oindre matin, midi et soir. Après une semaine de traitement intense, sa mère est revenue m'annoncer que Pierre était guéri. Et jusqu'aujourd'hui, sa mère n'est plus venue non plus me dire que Pierre souffrait de la varicelle.*

---

Ces récits mettent, en même temps, en évidence les réticences des populations contre le vaccin dans cette zone, et les effets contre productifs du vaccin. Ces témoignages montrent que le vaccin n'est plus l'unique moyen de protection et de prévention, notamment contre les maladies infantiles. Car, en principe une fois vaccinés, les enfants ne devraient plus présenter les symptômes des maladies pour lesquelles ils ont été vaccinés. Mais s'ils les présentent encore cela interroge et génère par la suite des attitudes réticentes de la part des populations. Madame C, responsable du PEV à l'hôpital de district de Sangmélina et originaire de la zone, montrent que ces attitudes réticentes ne sont pas forcément dues au fait des effets contre productifs du vaccin, mais aussi à un problème de mentalités. Elle indique que :

---

*[...] dans nos activités de routine liées à la vaccination, le chef de district décide que nous vaccinons toutes les femmes en âge de procréer aussi bien dans la ville qu'en périphérie avec l'appui des partenaires, notamment l'OMS. Pendant les campagnes, nous avons eu des ripostes avec armes, des injures de la part des populations qui disaient qu'on était déjà venu avec le poison pour venir tuer leurs femmes et leurs enfants... « Vous passez votre temps à venir empoisonner les gens au lieu de nous donner à manger, à quoi ça nous sert ? Au temps de nos aïeux, est-ce qu'on se vaccinait ? Etc. »*

---

Pour cette communauté, la réticence à l'égard de la biomédecine, notamment le vaccin et la vaccination, conduit à un repli vers les pratiques médicales endogènes incarnées par les tradipraticiennes qui, par l'intermédiaire de la divination, se voient indiquer la démarche thérapeutique et préventive à suivre ainsi que les éléments de la pharmacopée traditionnelle à utiliser. Des mères interrogées à ce sujet ont expliqué qu'après la prise en charge par des tradipraticiennes de leurs enfants, ces derniers recouvrent toujours la santé et n'en souffrent plus par la suite. Comme dans toutes les communautés Beti, le recours à cette médecine endogène s'explique aussi par l'environnement dans lequel ces communautés bulu vivent : un environnement où règne certes le bien, mais aussi et surtout la sorcellerie et toutes autres malversations sociales. Les maux dont souffre un corps et qui l'affaiblissent tirent leur origine d'un cadre précis qui peut être visible ou invisible. Cela dit, cette socio-culture est fortement

marquée par une confrontation et une complémentarité permanente entre les entités « nocturnes » et « diurnes », qui revêtent des significations différentes et qui font l'objet de perceptions différentes.

Selon les Bulu, la nuit est le berceau des mauvaises choses, le cadre de la sorcellerie, de tout ce qui peut porter entrave à l'humain. Tandis que le jour est le berceau des bonnes choses, de la contre sorcellerie, de la lumière. Ces deux mondes s'affrontent au quotidien parce que, selon les Bulu, la nuit veut s'approprier le jour. Or, les composantes de la nuit ne peuvent s'exprimer le jour, car le jour est la lumière et, par ricochet, le révélateur des choses de la nuit, celui qui les annihile. En appliquant ce principe au domaine sanitaire, les tradipraticiennes révèlent que une fois la machination nocturne destinée à nuire à la santé d'un membre de la communauté est révélée au grand jour, elle ne peut plus avoir d'effet. Toutefois, la nuit et le jour, dans le cadre sanitaire, sont aussi complémentaires. Les tradipraticiennes sont souvent contraintes de se rapprocher des esprits de la nuit et de rechercher des compromis avec ces derniers, afin de venir à bout d'une maladie locale pernicieuse.

À travers ce cadre dualiste – qui est, selon une tradipraticienne, l'espace mystique communautaire à partir duquel ce peuple exprime le fonctionnement de sa structure, de son organisation sociale ainsi que sa propre vision du monde –, ce peuple parvient à décrypter les causes des maux et des maladies qui minent son environnement par l'entremise des initiés de sa médecine (tradipraticiens). Dans cette socio-culture, le corps est un ensemble constitué du physique (*gnoul* ou *missone*) et de l'esprit (*nsisim*). Un adage bien connu dit que « *mot a yane ba'ale missone, bevamba ki nsissim* », c'est-à-dire que « l'homme lui-même se doit de protéger son corps, sa chair, tandis que les ancêtres ou les dieux se chargent de son esprit ». Pour se soigner et se protéger, les Bulu font donc usage des pouvoirs et des forces qui sont à leur portée, tandis qu'ils permettent aux ancêtres et aux fétiches de sécuriser leurs esprits afin de rendre leurs actions sanitaires plus efficaces. Ce dualisme dont ils font état explique la spécificité, la singularité de leur médecine (Genest, 1985), qui associe les forces naturelles et/ou humaines aux forces invisibles.

## **1.2. Un espace régi par les plantes, les parties d'animaux et les rites**

Afin de comprendre pourquoi dans cette socio-culture la médecine est régie par les plantes médicinales, les parties spécifiques d'animaux et les rites, il faut, dans un premier temps, en saisir le sens du « mal » (*abé*). Ce sens est polysémique. Chaque tradipraticienne l'a défini selon ses sensibilités. Cependant, j'ai pris en compte les perceptions communément partagées. Selon certaines tradipraticiennes, le mal est un mot très ancien. Elles le définissent communément comme : « *djom dja tchoulane enying mot* », c'est à dire tout acte maléfique

destiné à nuire à autrui physiquement, moralement, socialement, psychologiquement. Ce « mal » peut arriver de trois manières. D'abord, de nous-mêmes quand nous transgressons un tabou ou traversons par hasard un sort qui ne nous était pas destiné, ensuite des autres dans un contexte de conspiration et de sorcellerie, enfin de la nature, lorsque ce mal, qui est irrémédiable, est déterminé dès la naissance tout en étant imprévisible. Les tradipraticiennes indiquent que la mort (*awou*) rentre dans ce cadre.

Pour d'autres tradipraticiennes, le « mal » se rapporte en particulier à la sorcellerie, qui cause la mort, des blocages et des entraves de toute sorte, aussi bien dans la vie privée que publique. Cette sorcellerie a pour moteur essentiel l'*évu*, qui agit consciemment et inconsciemment chez l'individu qui en est porteur et qui lui permet d'exercer des activités telles que des voyages nocturnes dans le monde astral dans un espace métaphysique appelé « *nseng mgbwel* » (Ndjalla, 2015). « *Nseng mgbwel* » signifie : terrain de sorcellerie où seuls les initiés se réunissent constamment dans le strict secret. Cet « *nseng mgbwel* » est le théâtre d'assises nocturnes. Des sorciers s'y rassemblent pour discuter du destin des personnes qui les ont offensés. Bouly de Lesdain (1994) ne circonscrit pas le mal uniquement à la sorcellerie et à l'*évu* comme c'est le cas chez les Bulu, car dans une analyse sur la migration camerounaise et la sorcellerie en France, elle montre que la sorcellerie, le maraboutage, les philtres d'amour et toute action de la sphère occulte postulent une origine extérieure au « mal ».

Mes enquêtes montrent que le sens du « mal » s'accompagne de ses deux vecteurs ou facteurs : l'*évu* et la sorcellerie (*mgbwel*)<sup>140</sup>.

Pour les Bulu, la santé et la maladie – tout comme d'autres aspects qui échappent au contrôle de l'être humain, notamment la vie et la mort, la procréation et la stérilité, la pauvreté et l'opulence, l'ordre et le désordre sociaux, les rapports de l'homme avec la nature et l'au-delà, le mal et le bien – sont soumises à une réalité complexe constituée de forces multiples qui s'affrontent au quotidien. Certains des aspects cités sont des épreuves auxquelles l'homme doit faire face et qui sont souvent la cause du bouleversement de l'ordre sanitaire. Dans cette socio-culture, le pouvoir maléfique de l'*évu* semble être au cœur du « mal », d'où l'émergence en Afrique de questions existentielles communément partagées et qui interpellent particulièrement les Bulu, à savoir : pourquoi le mal ? D'où vient-il ? Pourquoi la maladie ? Pourquoi la douleur et la souffrance ? Que faire face à ce mal ? Ce questionnement interroge l'origine et le développement du mal et de l'*évu* chez les Bulu.

---

<sup>140</sup> Ces deux termes ainsi que leurs composantes sont développés et analysés en profondeur dans la suite du travail, notamment dans le chapitre 3 de la deuxième partie intitulée : la vision du monde des Bulu et les soins.

Ainsi, l'origine et le développement du « mal » chez les Bulu s'explique dans leur mythologie. Selon cette mythologie beti, « le mal » trouve son essence dans une désobéissance à deux volets : d'une part, aux ordres de Dieu suprême (*Zambe, tate mbondé, ntondobe*), créateur de toute chose, à savoir que l'Homme devait vivre dans l'espace que Dieu a réservé pour lui, mais, poussée par sa curiosité, la femme s'en est allée dans la forêt pour découvrir d'où venait la nourriture que Dieu apportait. C'est ainsi qu'elle a été punie en devenant la proie de l'*évu* et en rapportant la mort au village. D'autre part, l'Homme n'avait pas le droit d'ensevelir les morts pendant que Dieu, qui habitait avec eux, était en voyage. Le faire, pour se débarrasser de l'odeur du cadavre et des mouches, l'exposait à une punition et à l'éloignement pour toujours de Dieu.

Laburthe-Tolra (1985) a largement contribué à mettre en lumière cette origine du mal dans les sociétés beti, notamment bulu. Pour les Beti, Dieu, le fondateur du monde et créateur des hommes, vivait avec ces derniers comme un bon père, qui se souciait de tous leurs besoins sans mesure et qui, à cet égard, leur interdisait de se soucier d'eux-mêmes. En dépit de toute cette attention du père (Dieu), l'Homme éprouvait toujours l'envie de se soucier de lui-même et d'être indépendant de son père. C'est alors que la compagne de l'Homme décida de se rendre à la pêche sans la permission de Ntondobe (Dieu). Selon Laburthe-Tolra, un tel acte n'allait pas rester sans conséquence, car la colère du père, même en son absence, agit toujours, dès lors qu'est sorti son souffle « sacré » de sa bouche (la parole) pour interdire certaines actions : tous les cours d'eau visités par la compagne de l'Homme furent vidés de tous les poissons. Tout près d'une grande mare d'eau, elle se dit : « Voilà la réserve aux poissons ». Mais ce qu'elle ignorait encore, c'était que cette mare avait une quantité importante d'eau et qu'elle était difficile à vider. Cela découragea la femme. Puis, la femme vit sur un des bords de la mare le corps d'un animal inerte. Elle s'en approcha pour le voir de plus près et constata que celui-ci était mort. Sur le corps de l'animal, elle ne vit rien d'étrange : aucune trace de blessure ni de corde à la patte, indice d'un piège dont il se serait échappé ; les pattes et la queue étaient intactes. Il ne lui était donc pas possible de s'imaginer de quoi cet animal était mort. Malgré ses doutes, elle s'en empara, car elle pourrait subvenir aux besoins des autres habitants du village, sans éveiller leur curiosité quant aux causes du décès de cet animal et aux conditions dans lesquelles elle avait pu le tuer. L'animal fut dépecé et cuisiné et tout le monde se mit à en consommer. Quelque temps après, les provisions de viande s'épuisèrent et, comme Ntondobe n'en fournissait plus faute d'obéissance, la femme reprit le chemin vers la mare dans l'espoir de trouver un autre corps d'animal. Le même scénario se reproduisit. Elle trouva

un autre corps d'animal étendu au même endroit. Il ressemblait au premier. Et la voilà partie heureuse au village. Cette scène se renouvela à plusieurs reprises. Puis, précise Laburthe-Tolra (*ibid.*), la femme tenta de comprendre pourquoi les corps des animaux se ressemblaient et se demanda s'il ne s'agissait pas d'un piège. Ce questionnement fut stoppé quand, près de la mare, elle vit un être étrange devant elle, un être tel qu'elle n'en avait jamais vu de semblable. Effrayée, elle commença à lui poser des questions, une conversation débuta. Cette conversation, selon l'auteur, révéla l'origine du mal, des maladies et de la mort dans les socio-cultures Beti. Voici cette conversation :

« Ami », dit-elle, « serait-ce toi qui tues ces animaux dont je trouve le corps à cet endroit ? » « C'est bien moi », répondit le monstre. « Et quel est ton nom ? », demanda la femme ; « Évu est mon nom », dit le monstre. « Et pourquoi ne manges-tu pas les animaux que tu chasses ? » « Moi », dit le monstre aquatique, « je n'ai que faire de la chair des animaux. Femme, je me nourris de leurs principes de vie. Je suis mangeur d'âmes ». « Ne pouvons-nous pas aller au village des hommes ? », proposa la femme. « Nous pouvons bien y aller, mais, femme, que vais-je y manger ? », demanda le monstre. N'ayant pas saisi le sens profond de la question, la femme répliqua : « qu'à cela ne tienne, tu ne manqueras de rien, car, au village des hommes, il y a de la volaille, il y a du bétail et bien d'autres êtres vivants ». Satisfait de cette réponse, évu demanda à être porté pour se rendre chez les hommes. Pour ce faire, la femme lui tendit les bras. Évu refusa. Elle lui montra son dos. Évu dit non. Elle lui montra son flanc. Évu s'y opposa. Toutes les positions habituelles pour porter furent refusées. La femme ne sachant plus comment faire posa la question : « comment veux-tu être porté ? » « Ah ! femme », gémit le monstre, « accroupis-toi et laisse-moi entrer par où sortent les bébés en naissant, car je ne suis pas un être de lumière, je suis fait pour vivre dans les ténèbres ». La femme s'accroupit et évu entra dans son ventre. Tous les deux rentrèrent au village des hommes. La femme portait le corps de l'animal sur son dos et évu dans son ventre. Une fois au village, le soir, la femme entendit une voix qui venait du fond de son ventre : « Amie, j'ai faim ». La femme tint promesse. Elle lui désigna la volaille et le bétail des villages environnants. Peu de temps après, la même demande fut faite : « Amie, j'ai faim ». Et ce fut ainsi chaque nuit. Tout y passa : volaille, bétail, etc., de sorte que les habitants de ces régions ne surent plus que faire des bêtes mortes. Ils pensèrent à une épidémie pestilentielle. Tous étaient effrayés par cette calamité publique. Jamais de mémoire d'homme ils n'avaient vu pareille chose. Ils se mirent à tenir des séances plénières pour exorciser le mal et implorer la clémence du ciel. Rien ne fut, le mal était au-dedans d'eux et parmi eux. Nul cependant ne pensa à l'infraction de la loi du Créateur. Mais au comble du malheur, après le carnage des animaux, ce fut au tour des hommes : leurs âmes furent mangées les unes après les autres. La mort régnait partout. Seuls restaient encore en vie, cette femme, son mari et ses enfants. Un jour, évu demanda à manger. La femme dut désigner son mari, ensuite ses enfants. Bêtes et hommes de ce canton étant tous dévorés, la femme se livra. Mais avant qu'évu devore son âme, il lui dit : « femme, vois-tu, j'ai déjà dévoré beaucoup d'âmes, aussi je suis en état de grossesse. Or, il est interdit que deux évu habitent dans le même ventre ». Alors, cette femme fit venir sa fille qui était en mariage dans un pays lointain. Évu, ayant accouché, fit pénétrer, par la même voie, le jeune évu dans le ventre de la jeune femme, laquelle, après la mort de sa mère, rentra dans son pays avec le jeune évu ». (pp. 112-113).

L'origine du mal, des maladies et de la mort ayant été élucidée, il fallait trouver des mécanismes traditionnels pour pallier le mal et les maladies afin de mieux préparer sa mort. Autrement dit, les Bulu, qui ont l'habitude d'être constamment exposés au mal et aux

maladies, prennent les précautions nécessaires afin de les combattre dans l'espoir d'avoir une mort digne. Comme l'a souligné Thomas (1963) sont à distinguer la bonne mort, la mauvaise mort et leurs sous-modèles (la mort proprement dite et la mort simulée ou symbolique). Ces précautions sont ancrées dans la médecine endogène qui permet qu'un univers d'entités tangibles et visibles relie la personne à quelque chose de puissant qu'il ne pouvait décrire, et qui l'animait (Hampaté Bâ, 1972).

### **1.2.1. Les plantes médicinales dans la médecine bulu**

Dans l'espace culturel bulu, comme dans d'autres contextes et d'autres sociétés, les plantes sont l'épicentre dans le contexte des soins et de la guérison. Leur usage peut, d'une part, prendre la signification de l'affirmation d'une identité culturelle dans un contexte de bouleversement de l'Être provoqué par la maladie et, d'autre part, révéler les modes de réappropriation des maladies par les populations locales et les tradipraticiens, notamment dans les processus de protection et de soins des enfants. J'ai distingué dans mes recherches deux catégories de plantes médicinales : celles « domestiquées », cultivées dans les jardins à proximité des maisons, et celles « naturelles », qui se trouvent dans la forêt. Ces deux catégories sont soumises, en fonction des besoins du malade et de la maladie dont il souffre, à deux types d'usage. Soit, elles sont « transformées » (usage homéopathique), soit elles sont consommées par voie orale, nasale ou par purges (usage phytothérapeutique).

Chez les Bulu les deux voies (homéopathie et phytothérapie) sont utilisés. Il existe certaines maladies infantiles locales qui nécessitent uniquement des soins homéopathiques, d'autres des soins phytothérapeutiques. Tout comme il existe des maladies infantiles locales qui nécessitent les deux soins en même temps. Cependant, dans la plupart du temps, c'est principalement la phytothérapie qui est utilisée. L'usage des plantes médicinales, au-delà de traduire une recherche pragmatique du soulagement, est le signe, comme Desprès (2011) le souligne à la Réunion, d'une réaffirmation de leur identité à laquelle ces pratiques sont symboliquement rattachées. Sur ce point, les plantes médicinales sont profondément inscrites dans le patrimoine culturel des Bulu. Cela traduit la relation intime qui existe entre les Bulu et les plantes. Elles témoignent le fait qu'une relation entre les Bulu et la nature est vivante, dans un monde qui n'exclut pas l'eau, l'air, les animaux, les plantes (Descola, 2015). Elles sont également un indice qui démontre qu'il existe une harmonie entre les Bulu et les plantes avec lesquelles ils partagent une intériorité et une disposition naturelle à travers la communication par le biais de rêves ou d'incantations magiques (Descola, 2015). Mes enquêtes, en liaison avec ces contributions de Descola démontrent que la médecine en pays Bulu est

ethnobotanique, car elle met en évidence les diverses relations que les Bulu entretiennent avec les plantes et leurs composantes (feuilles, racines, fruits, épines, écorces, sève) pour prévenir, soigner ou guérir les maladies en général, et celles infantiles locales en particulier. Cependant, l'entretien de ces relations ne va pas de soi, car les Bulu reconnaissent que les plantes ont des pouvoirs et des vertus inimaginables. Elles ne servent pas seulement à embellir leurs forêts, leurs espaces sociaux ou culturels, à leur renvoyer l'oxygène qui leur fait vivre. Au sujet des pouvoirs des plantes en Afrique, des auteurs tels que Laplante (2015), qui a mené des recherches sur, « *Umhlonyane* » aussi appelée « *Artemisia afra* », considérée comme la plus vieille et la plus documentée des plantes médicinales en Afrique du Sud. Au-delà du fait que cette plante pousse également dans d'autres régions d'Afrique, ses enquêtes montrent surtout comment les devins-guérisseurs Xhosa et les rastafarien végétariens s'en servent au quotidien pour soigner ou guérir leurs maux. Sans oublier que ses vertus thérapeutiques, indique l'auteure, ont récemment fait l'objet de recherches scientifiques qui ont abouti à la découverte d'une nouvelle molécule capable de guérir la tuberculose.

L'usage abondant des plantes médicinales chez les Bulu détermine la nature de cette socio-culture du point de vue sanitaire : un univers où sévissent des maladies et des maux de toute nature, notamment des maladies infantiles. L'ancrage de cet usage abondant des plantes médicinales représente un espace social de prise en charge de la maladie et de la santé (Cohen, 2000). Un espace social dans lequel les plantes attribuent ou conforte indirectement à chaque acteur sa position sociale. À travers les plantes, l'on peut comprendre le jeu de rôles des acteurs dans la médecine infantile endogène bulu, notamment dans le contexte de soins. Cela dit, les connaisseurs des plantes et leurs vertus préventives et thérapeutiques respectives (tradipraticiens et phytothérapeutes) les cueillent en forêt, les préservent chez eux pour des besoins homéopathiques ou phytothérapeutiques récurrents, peuvent les partager pour soulager un mal, une douleur dans l'entourage. Les autres acteurs (la population) passent des commandes et les prennent auprès des connaisseurs et les utilisent selon les recommandations prescrites par ces derniers. Elles (les plantes) sont jugées bonnes parce qu'elles sont naturelles et sans effet secondaire lorsqu'elles sont utilisées à bon escient. Elles préservent une certaine harmonie, un certain équilibre du corps, en ce qu'elles sont perçues par les Bulu comme nettoyant et purifiant l'organisme, à la différence de certains médicaments de la biomédecine considérée avec suspicion. Même si l'usage et la consommation des plantes occupent une place de choix dans les logiques de quêtes de soins et de guérison chez les Bulu, comme on peut le voir dans cette recherche, et notamment quand il s'agit de la santé des jeunes enfants,

cela peut cependant étonner les acteurs biomédicaux compte tenu de la vulnérabilité de cette population infantile à des effets d'une phytothérapie souvent mal adaptée et non contrôlée.

Quand une maladie survient en pays bulu, le traitement à appliquer ne découle pas toujours directement des symptômes présents, mais plutôt de sa cause supposée, qui relève de l'un des trois registres que sont : le physique, le social ou le divin (Andoche, 1998). Les plantes détiennent un double statut qui les situe dans une zone ambiguë : une action rattachée à leurs principes actifs (pharmacologiques) et un pouvoir spirituel, « une âme » (Desprès, 2011). Cette zone ambiguë, selon Benoist (2006), est « ancrée dans la chimie, mais aussi dans des pouvoirs autres qui plongent dans l'inconnaissable » (p. 11). Parmi les plantes qui sont utilisées et qui composent la pharmacopée traditionnelle bulu, on retrouve des essences bien connues de la grande forêt équatoriale. Certaines étant par ailleurs également utilisées à d'autres fins, notamment mercantilistes par des exploitants forestiers. Ainsi, l'on a : des plantes à fruits telles que le papayer (*fofoo*), le bananier (*odjoé*), le palmier à huile (*melen*), le citronnier (*ngombang*) ; des plantes rampantes telles que le concombre (*ngon*) pour élaborer des mets thérapeutiques, notamment en vue de soigner l'infertilité chez les femmes, etc., des herbes, et d'autres plantes cultivables telles que la canne à sucre (*mikok mi nlam*). Utilisées fraîches, sèches ou brûlées, suivant des indications, selon l'âge, le type de maux et les explications causales, toutes, à des degrés divers, possèdent des vertus et des substances préventives et thérapeutiques exploitées par les familles et par les tradipraticiennes pour prévenir, soigner ou guérir les maladies.

Certaines plantes sont utilisées pour prévenir, soigner et guérir plusieurs maladies en même temps. D'autres, pour une maladie particulière, mais, en même temps, elles peuvent parfois être utiles pour d'autres maladies pour lesquelles leur usage n'est à priori pas recommandé. Ces plantes sont utilisées par les tradipraticiennes dans le cadre de la complémentarité, c'est-à-dire qu'il est assez rare de trouver une plante qui ne prévient, ne soigne et ne guérit qu'une seule maladie et qui ne puisse pas être utilisée pour une autre. Durant mes enquêtes, j'avais souvent entendu les tradipraticiennes employer le terme de « compensation de médicaments », qui signifie le recours, pendant un traitement, à une plante qui aurait les mêmes vertus ou potentialités préventives et thérapeutiques que celle initialement prévue, ce qui se traduirait en langage biomédical, selon les tradipraticiennes, par l'expression d'« équivalence thérapeutique ou préventive ».

Ces plantes médicinales et leurs composantes constituent des remèdes pour le traitement des maladies dans cette socio-culture, et plus largement en Afrique et même en Asie où 80 % de la

population utilisent des médicaments « traditionnels » accessibles et mieux acceptés plutôt que les dits « modernes » dans des soins de santé primaires (Mbonji, 2009 ; Abondo-Ngono *et al.*, 2015). Dans le respect de leur tradition, les Bulu, notamment les tradipraticiennes, fabriquent elles-mêmes les remèdes avec ces plantes, ce qui est moins coûteux, les rend constamment disponibles. Ils sont dans ce sens un moyen pour les plus démunis de se soigner en dehors des centres de santé intégrés ou dans les hôpitaux en ville où elles représentent un premier secours. Ces plantes médicinales constituent ainsi un élément principal voire substitutif et salvateur dans le système de soin.

Seules les plantes médicinales ne suffisent pas toujours pour des soins complets et durables en pays bulu. Certains traitements nécessitent des parties spécifiques d'animaux.

### **1.2.2. Les parties d'animaux spécifiques dans la médecine bulu**

La médecine bulu est aussi un espace qui intègre les animaux, notamment certaines de leurs parties spécifiques. Cependant, toutes les maladies ne nécessitent pas de parties d'animaux dans leur soin. Certaines recourent soit exclusivement à des plantes ou à des parties d'animaux, soit sont traitées par un assemblage des deux. Le type d'animaux utilisé varie en fonction de la maladie diagnostiquée. La plupart du temps, les maladies dont l'étiologie est jugée mystique par les tradipraticiennes ont le plus besoin d'utiliser des parties d'animaux. Il arrive même souvent – dans le cas d'épisodes morbides très avancés (envoûtements, empoisonnements, sorts lancés, ensorcellements) – que la tradipraticienne exige que le ou la malade et sa famille apportent un animal pour l'offrir en sacrifice. Dans ce cas précis, il s'agit alors de tuer l'animal en question, de recueillir son sang, puis de consommer sa viande. En anthropologie comme en sociologie, des pratiques de sacrifice dans les soins comme dans d'autres domaines sociaux ont été étudiées par Mauss et Hubert (2016). En s'intéressant au sacré (espace du sacrifice) et au rapport au sacré, à la nature de la société car les choses sacrées sont choses sociales, à la nature et à la fonction du sacrifice, les deux auteurs posent que l'idée générique du sacrifice invitent à s'intéresser à toutes les formes de sacrifices rituels pour en tirer le schème général.

Dans ce contexte d'usage de parties d'animaux spécifiques pour ces soins, certaines maladies nécessitent d'associer des animaux domestiques et sauvages, tandis que d'autres n'exigent qu'un seul type. C'est la tradipraticienne qui, après divination, décide du type d'animal à utiliser ainsi que des parties à prélever quand il sera sacrifié. L'action de tuer l'animal peut, le cas échéant, être réalisée soit par la tradipraticienne elle-même, soit par la famille du malade

avec son autorisation. Mais, généralement la tradipraticienne préfère souvent qu'un spécialiste-initié, par exemple, procède à cet acte. À ce sujet, une tradipraticienne explique qu'« il faut être prudent dans la façon de tuer l'animal et dans la façon de le découper. En le découpant brutalement, on peut détruire la partie dont on a besoin pour les soins. Et si elle est détruite, elle ne pourra plus être utile aux soins ». C'est pourquoi cet acteur apparaît donc investi d'une certaine technicité ou d'un pouvoir spécifique qui lui accorde ce privilège. Aussi, l'intervention de cet acteur particulier explique tout le caractère sacré de l'acte de sacrifice dans les soins dont la « fonction sociale » (Scubla, 2005) est de réparer ou de rétablir un dysfonctionnement ou un déséquilibre social.

Parmi les animaux domestiques, la viande de chat et de chien est recommandée pour se protéger contre les sorciers et les esprits maléfiques. Dans la vision du monde Beti-Bulu, ces deux animaux sont perçus comme possédant quatre yeux chacun leur permettant de voir le mal et un sorcier rôder de jour comme de nuit. Souvent, les aboiements réguliers d'un chien dans un village sont les signes annonciateurs d'une mauvaise nouvelle, notamment la mort d'un membre important de la communauté. D'autres animaux, notamment la poule, le coq, le mouton ou la chèvre y sont également utiles pour les soins. Concernant la poule, elle est utile pour ses os, car les tradipraticiens spécialistes des fractures de toute sorte les utilisent pour rétablir les os humains fracturés<sup>141</sup> (*mbab mboui* ou médecine des cassures). Cette technique thérapeutique (de restitution des os fracturés), à laquelle j'ai plusieurs fois assisté sur le terrain, consiste, pour le tradipraticien spécialiste, à tuer une poule et à casser à l'identique de la fracture du patient les os de ses pattes. Les os de poule et du patient ayant les mêmes formes de cassures, le tradipraticien va ensuite tenter de restituer, dans ses mains, l'ossature de la poule et, pendant ce temps, le patient ressent, à son niveau, cette opération sans qu'il soit touché par le tradipraticien. Quant au coq, au mouton et à la chèvre, ceux-ci sont aussi utilisés pour des soins spécifiques. Le coq (noir ou blanc) est utilisé dans le cadre des désenvoutements de tout genre à travers son sang, dans le cadre de rétablissement des os brisés lors d'une fracture précédemment évoquée également. Le mouton et la chèvre sont utilisés, grâce à leur sang et à leur chair, dans le cadre des rites de purification ou de guérison. Cela dit, le sang est utilisé pour purifier le corps souillé, tandis que la chair est réservée à la consommation après la séance de purification.

---

<sup>141</sup> Alexandre Ndjalla (2012) a d'ailleurs étudié ce sujet chez le peuple Beti appelé les Yanda dans son mémoire de master en anthropologie soutenu à l'université de Yaoundé 1 dont le titre est : Le *mbap mbugi* ou médecine des cassures chez les yanda du Cameroun : contribution à une anthropologie médicale.

Par ailleurs, l'usage des animaux domestiques et sauvages diffère dans ce contexte de soin. Alors que les parties d'animaux domestiques sont utilisées pour les fractures (les os), les purifications (du sang, du foie) et les protections de toutes sortes, les animaux sauvages sont utilisés pour les soins préventifs. Par exemple, afin de prévenir la fragilité physique de l'enfant, un pendentif très fin d'ossements de gorille ou de chimpanzé accroché au cou a pour but de lui permettre d'avoir des os durs que ces animaux. Les poils de certains animaux sont utilisés pour cicatriser une blessure ou une brûlure. Certaines maladies infantiles locales (*okoncos*, etc.), qui ne font pas partie de celles que j'ai étudiées dans cette thèse, se soignent par les selles de la vipère ou par un animal avalé par une vipère ou par tout autre reptile (boa, crocodile, varan, etc.). Mes entretiens avec les tradipraticiennes, montrent que, souvent, des personnes les consultent pour être protégées contre les sorciers et les actions maléfiques. Elles utilisent alors les parties spécifiques de certains animaux dont les caractères cadrent avec la volonté du patient. Ainsi, la peau du serpent est recommandée pour les rendre fugaces, difficiles à attraper comme un serpent glissant dans les herbes, de façon que le sort glisse également sur eux comme l'eau sur une feuille de macabo (type de tubercules local). Il existe un adage qui accompagne ce caractère fugace : « *a sende a ne nyoo* » (il glisse comme le serpent ou encore il est difficile à voir, à attraper, à piéger, etc.).

L'usage de parties de certains animaux, qui ne relève pas du hasard, s'accompagne toujours de rites dont certains ont pu être observés sur mon terrain.

### **1.2.3. La médecine chez les Bulu : un environnement de rites**

En relation avec les mythes qui structurent chaque société (Lévi-Strauss, 1958), les rites thérapeutiques sont un cérémonial traditionnel qui se caractérise par des postures, des danses, des chants, des gestes, des paroles spécifiques, des symboles, des prières, des pénitences, qui font intervenir, physiquement et spirituellement, les initiés, les fétiches, les totems, les génies et les ancêtres défunts. À l'occasion d'un cas morbide faisant appel à l'usage des rites, cet ensemble composé des vivants (monde visible), des esprits (monde invisible) constitue un cadre complémentaire où chaque élément est sensé selon son rôle dans le processus de guérison. En fait, en plus de nous plonger dans l'univers du magico-religieux traditionnel, faire référence aux rites dans ce contexte de soin permet de comprendre la place fondamentale de ces rites dans les multiples prises en charge des maladies et processus de guérison. Il est difficile de comprendre le rapport entre les rites et les soins dans cette socio-culture si l'on ne met pas d'abord en lumière trois aspects essentiels. D'abord, les rapports que les Bulu entretiennent avec leurs croyances (culte des ancêtres, animisme), auxquelles sont rattachés

ces rites, ensuite les types de rites présents dans la culture beti-bulu, et enfin la place et le rôle des rites, surtout de guérison et de protection, contre les maux et les maladies.

Tout comme l'usage de plantes et d'animaux dans les processus de guérison des maladies, les rites revêtent le sens du sacré ou d'une force sacrée dans toutes choses dans les « croyances » traditionnelles africaines (Hamapaté Bâ, 1972). Pour les Bulu, toute action a un lien avec le sacré, c'est-à-dire avec ce à quoi et en quoi un culte voué, qui donne un sens à la vie spirituelle, ce qui doit faire l'objet du respect, de l'estime. Le contexte de soin n'est pas en marge de ce système de croyances qui enseigne, d'une part, que toute chose, tout objet qui entoure les humains a une âme et, d'autre part, que cet ensemble a été créé par Dieu pour être à leur service. En postulant qu'une religion s'exprimerait à travers la croyance en l'existence d'un monde invisible, transcendant et sacré, peuplé d'esprits ou de dieux auxquels les hommes vouent depuis toujours un même type de culte (Dortier, 2008), l'on comprend aisément que cette manière permanente et constante de faire usage des plantes, animaux et rites pour prévenir, soigner et guérir les maladies devient une religion pour les Bulu. Car, ces derniers sont liés à ces trois composantes eu égard au « bien-être » culturel, social, individuel, communautaire, collectif que celles-ci procurent.

Ce rapport au religieux qui s'exprime donc dans le contexte de soin à travers les rites se caractérise par une interdépendance entre la structure sociale (communauté et institutions traditionnelles) et les empreintes de la religion (culte des ancêtres, fétichisme, animisme). Thomas et Luneau (1995) révèlent cette interdépendance lorsqu'ils précisent que :

---

*« Les rapports entre la religion et la vie sociale s'entendent en plusieurs sens. Tout d'abord, la religion dépend directement des cadres sociaux qu'elle exprime. Ensuite, la religion, en tant qu'institution, modèle la structure sociale : elle imprime au groupe sa hiérarchie (degrés d'initiation), elle organise une multitude de sous-groupes à fonctions bien définies (sociétés secrètes à caractère initiatique, sociétés ouvertes), elle codifie certaines activités (celles du prêtre, du magicien, sans doute, mais aussi celle du travailleur, du paysan, du forgeron, du cordonnier, du tisserand, du pêcheur, du chasseur, du père ou de la mère de famille). » (p. 57).*

---

Ce rapport, qui existe depuis la nuit des temps dans cette socio-culture, se voit à travers le culte des ancêtres, le fétichisme, le naturisme, le mânisme et l'animisme<sup>142</sup>, qui se situent au cœur des croyances traditionnelles de cette socio-culture. Religions traditionnelles africaines –

---

<sup>142</sup> Plus de précisions et d'analyses à retrouver dans le chapitre 3 intitulé : la vision du monde des Bulu et les soins, notamment dans la sous partie intitulée : la dimension de l'invisible ou de l'insensible, du monde micro cosmique et du commun des mortels.

dans le sens d'« univers religieux largement séculaires » (Luneau, 1976, p. 38), de « sources de valeurs de civilisation » (Tabard, 2010, p. 191) et de religions ethniques ou de la coutume (Ortigues, 2006) -- elles sont elles-mêmes constituées par des divinités diverses, protéiformes, plurielles, omnipotentes et omniprésentes. Elles sont des cadres de dévotion aux sarcophages pharaoniques, aux morts qui parlent et dansent dans les sociétés du golfe du Bénin, aux procédures de vengeance personnelle du mort chez les Sawa-Duala au Cameroun, aux cases de crânes et aux ancêtres morts (Mbonji, 2005).

Ortigues (2006) montre qu'il existe trois éléments qui caractérisent les religions traditionnelles africaines. D'abord, elles sont transmises par héritage ancestral, sans aucune vocation missionnaire ni universaliste. Ensuite, elles sont liées à un lieu, un sol, un foyer ou un autel qui garde les traces de leur ancêtre fondateur. Les dieux, qui animent ces lieux, les esprits et les ancêtres ayant acquis par leur passage dans l'au-delà, dans l'ailleurs, des puissances surhumaines, garantissent la perpétuité et le caractère bienveillant des forces naturelles (le soleil, la pluie) et la fécondité du sol. Enfin, elles n'ont ni credo ni systèmes de dogmes. Elles ne visent pas un salut individuel, mais la cohésion d'un peuple, l'union des vivants et des morts. Dans le même ordre d'idées – bien que ces croyances traditionnelles soient destinées à honorer les ancêtres, leur corps et leur âme, les dieux ou toute autre entité érigée en objet sacré et qui est susceptible de protéger, de purifier et de garantir la sécurité des populations africaines –, Hubert (1954) précise que leurs « [...] pratiques religieuses ont pour but de renforcer la vie, d'assurer sa pérennité en mettant en œuvre des forces naturelles » (p. 5).

Tous les rites ont pour rôle premier soit de restituer un ordre social, culturel, physique et spirituel, soit de sauvegarder ou de renforcer la vie individuelle ou sociale (Kabasele Lumbala, 2011). La société bulu n'est pas en marge de cette pensée de Kabasele Lumbala. Cependant, du point de vue des soins, tous les rites ne s'inscrivent pas dans une logique de soin, de prévention et de guérison des maladies. La classification des rites en Afrique Noire en général et chez les Beti en particulier s'opère de deux façons. D'une part, certains rites organisent l'expression (Bochet de Thé, 1970), c'est-à-dire qu'ils sont particulièrement nommés selon l'action spécifique pour laquelle ils sont utilisés. On distingue ici les plus connus : l'*esob gnoul*, l'*angan* et le *mevungu*. D'autre part, certains rites sont regroupés en séries (Kabasele Lumbala, 2011), c'est-à-dire par catégorie d'actions spécifiques ou par objectifs qu'ils poursuivent. Figurent ici les rites de propitiation, de purification, de protection contre le mal, d'initiation et de guérison (de Thé, 1970 ; Kabasele Lumbala, 2011).

Même s'ils ne sont pas célébrés à des rythmes réguliers, avec la même intensité et au même moment (Kabasele Lumbala, 2011), il faut noter qu'à l'intérieur de chacune de ces séries de rites viennent se greffer des sous-rites dont les objectifs poursuivis sont les mêmes que ceux de leur catégorie initiale. Par exemple, à l'intérieur des rites de propitiation et de purification (couplées), on retrouve les rites qui « organisent l'expression » cités plus haut (*l'esob gnoul*, *l'angan* et le *mevungu*). À l'intérieur des rites d'initiation, on recense les rites d'harmonisation des enfants à titres, des rites de veuvage, les rites d'intronisation, les rites de passage. À l'intérieur des rites de protection contre le mal, on peut énumérer les rites de consécration des saisons, d'éloignement du mal et des rites agraires. À l'intérieur des rites de guérison – qui m'intéressent particulièrement dans cette étude –, on trouve des rites de vénération des ancêtres (Kabasele Lumbala, *ibid.*). Tous ces rites ont en commun de suivre le cours de la vie afin de la rendre harmonieuse et de constituer une religion « anthropocentrique », dépourvue de la recherche de Dieu créateur de toutes choses (Kabasele Lumbala, *ibidem.*).

Je m'attarderai tout d'abord dans cette étude sur les rites de guérison et sur les rites de protection contre les maux et les maladies, quelle que soit leur origine, puis sur ceux retenus dans les soins à l'enfance. Ces rites m'intéressent dans la mesure où si la maladie est un mal (souffrances et douleurs) qui affecte le corps et la chair et que le mal en lui-même est un état de « mal-être » tout autant que la maladie, ils sont aussi des rites de guérison des maladies « locales ». L'usage des rites, en liaison avec les énergies visibles et invisibles, pour guérir des maladies et se protéger contre les maux de toute sorte n'est pas une réalité spécifiquement africaine, mais aussi européenne (Fainzang, 1989 ; Laplantine, 1992). Cependant, l'on remarque une différence dans les représentations et la mise en œuvre des mécanismes d'usage de ces rites de guérison et de protection. Autrement dit, si chaque socio-culture a ses rites, force est de constater que les savoirs et les pratiques qui les accompagnent, les espaces et les moments où ils sont utilisés, y compris les outils diffèrent également d'une société à une autre.

Dans mes enquêtes visant à comprendre les mécanismes et les dynamiques autour de la prise en charge des enfants malades, des tradipraticiennes m'ont apporté des éclaircissements au sujet des rites en général et de ceux de guérison et de protection en particulier. Ainsi, une d'elles (consultation du 11 février 2020 à Essam Esse, canton Ndou-Libi), assise près d'un feu

de bois sur un tronc de bananier, massant le ventre d'un enfant qui souffrait de l'*ebem*<sup>143</sup> avec ses mains qu'elle chauffait sur une machette que la mère de l'enfant plongeait dans le feu, m'a révélé ceci :

---

*« [...] Toute pratique de guérison est un rite, car c'est un acte ancestral et il se pratique constamment, avec les mêmes techniques, mêmes outils, mêmes gestes et postures. Tout ce que nous faisons et qui concerne la santé, on fait toujours appel à nos ancêtres, nos esprits, fétiches et génies. Nous avons des choses, des pouvoirs pour guérir, mais ces choses et ces pouvoirs n'ont aucun sens sans l'intervention des choses du noir. Le mal vit dans la lumière et dans le noir. Donc, pour le combattre, il faut travailler avec les choses du jour et les choses du noir ».*

---

Cet entretien témoigne en même temps de la fonction sociale des rites, de leur sens dans le mode de vie des Bulu et de toute la portée des cérémonies dans les processus de guérison. Les rites étant au cœur de toutes les actions entreprises, qu'elles soient d'ordre social, culturel ou sanitaire. Dans cet entretien, la tradipraticienne met en lumière, dans les processus de guérison, le caractère immuable des rites, qui permettent, lors d'épisodes morbides, d'entrer en contact avec le monde invisible et d'interagir avec ceux qui, culturellement, le constituent (génies, totems, fétiches, ancêtres défunts). Ainsi, si dans cette socio-culture, toute pratique de guérison est un rite – car c'est un acte ancestral qui se pratique constamment avec les mêmes techniques, les mêmes paroles, les mêmes outils, les mêmes gestes et postures –, alors toutes les méthodes de soins préventifs et thérapeutiques dédiées à la guérison des maladies sont également des rites.

Parmi ces méthodes rituelles figurent : les actions de scarification et de blindage contre les maladies récidivantes ; la fabrication et la consommation de décoctions à base de plantes ; les massages corporels à base de plantes, de cendre, de la chaleur au feu de bois ; les soins et la protection contre certaines maladies basées sur des sacrifices d'animaux ; le port de ficelles et de gris-gris pour la protection contre tout mal, quelle que soit son origine. Ces actions, leurs dispositifs, leurs gestes et postures ne varient pas, et leurs objectifs demeurent les mêmes : prévenir, soigner et guérir les maladies.

Dans la continuité de l'idée du témoignage précédent, une autre tradipraticienne (entretien du 16 février 2020 à Atong, canton Ndou libi) précise que :

---

<sup>143</sup> L'*ebem* est l'une des maladies infantiles locales étudiées dans cette thèse. Pour plus d'informations la concernant, bien vouloir se référer au dernier chapitre de la deuxième partie intitulé : prévention et thérapeutique des huit maladies infantiles locales.

---

« [...] puisque la maladie et le mal ont une même origine [l'évu], alors, les mêmes rites qu'on utilise pour les maladies, on les utilise aussi pour les maux. Pour nous, « guérir », ce n'est pas seulement soigner ; « guérir », c'est aussi délivrer un corps d'un mal. Ce mal peut être une malédiction, de la saleté d'origine mystique sur le corps, un envoûtement, une souillure corporelle. Dans ce cas-là, les rites qui sont utilisés sont des rites de guérison, parce qu'ils permettent au corps de retrouver son état normal, sa force, sa vigueur ».

---

Cette tradipraticienne indique aussi qu'il existe des rites de guérison initiaux et des rites de guérison adaptatifs poursuivant tous deux un objectif de délivrance afin que le corps retrouve son fonctionnement normal. Les premiers, par exemple pour le cas des enfants, ne se font qu'en présence de la tradipraticienne, de l'enfant et des parents. Tandis que les seconds mobilisent la plupart du temps soit toute la communauté, soit la famille entière du malade lors d'une cérémonie (*ébek*) sur un temps long. Cette mobilisation fédérant toutes les forces sur l'action qui va se dérouler s'explique par le fait que l'anéantissement de certains maux nécessite une très grande concentration d'énergies humaines et spirituelles. Ces rites (rites de purification, de propitiation et de sanation) entrent dans le cadre du culte des ancêtres : ces derniers sont vénérés, invoqués, leurs grâces sont implorées par les incantations et reliques traditionnelles. Dans ce contexte précis, ce n'est plus la tradipraticienne qui est la maîtresse de cérémonie, même si elle peut y participer parce qu'elle a diagnostiqué le mal. Mais plutôt un initié du culte (*fata e yebe bevamba*), qui maîtrise les stratégies pour purifier le membre de la communauté porteur du mal.

Sur le terrain, j'ai eu l'honneur d'assister à une cérémonie rituelle de sanation, alors que je n'en avais pas le droit n'étant pas un membre de la famille. Mais, pour des raisons que j'ignore encore, l'initié du culte qui devait animer cette cérémonie, et avec qui j'avais noué antérieurement de bonnes relations, m'a autorisé à y participer. Il s'agissait de guérir un jeune de la communauté qui avait des souillures sur son corps et qui rencontrait des difficultés au quotidien, y compris dans son lieu de service. Ce dernier est donc rentré au village soumettre ce problème à ses aînés. Les rites de sanation – comme ceux de propitiation – ont pour but de délivrer d'un mal, d'un cataclysme (de Thé, 1970). Ils interviennent pour purifier et rétablir l'ordre au sein d'un groupe ou d'un individu après un désordre causé par un sorcier malfaisant (*mgbwe mgbwel*) ou à la suite de la transgression d'un interdit (*e kop étchi*). Lors d'une telle cérémonie, tout a une importance : le décor, l'habillement, le moment, les assistants. La cérémonie, qui commence toujours par des chants traditionnels « *bia bilam* », se passe aux environs de 12 heures ou 13 heures, quand le soleil est à son zénith, moment propice pour

purifier et délivrer un membre de la communauté. Comme le rappelle l'initié : « le temps est très important, car à cette heure, les âmes de nos ancêtres se baladent dans le village, elles sont éveillées », car « les morts sont dans l'ombre qui s'éclaire, qui s'épaissit, ils sont dans l'arbre qui frémit, dans le bois qui gémit, dans l'eau qui coule et qui dort, ils sont dans la case, dans la foule [...] » (Diop, 1961, pp. 173-175).

Dans cette communauté, revenir au village lors de problèmes survenant en milieu urbain est un acte capital. Le village reste le repère essentiel pour tout Beti (Ela, 1982). Ce fils d'une quarantaine d'années est revenu dans son village pour rencontrer ses aînés afin que ces derniers le purifient et le délivrent de la malédiction de sa propre mère qui l'empêchait d'évoluer positivement dans la vie. Selon l'initié, tout mal, quelle que soit son origine, peut être expurgé dès lors que la personne qui le porte se confesse et accepte d'être purifiée et délivrée. Cependant, les rites de purification peuvent être complexes selon que la personne qui porte le mal en a été ou non responsable, c'est-à-dire qu'il ait été lui-même la cause. Si les causes du mal sont connues de la personne qui le porte, alors le déroulement du rite requerra davantage de temps et de sacrifices, et vice versa. En partant de la ville, le souffrant doit s'approvisionner de bouteilles de vin rouge et de bougies qui seront utilisées tout au long de la cérémonie de purification.

La cérémonie se déroule ainsi :

L'initié, accompagné de ses apprentis, de quelques vieillards et de membres proches du malade, conduit la délégation, en tenant le malade à la main, vers le cimetière communautaire à la recherche du tombeau de l'ancêtre des ancêtres, c'est-à-dire celui qui a fondé la communauté (ancêtre éponyme). Sur place, les bougies sont allumées et tenues par chaque participant, dont le visage est peint en blanc, des ficelles sont attachées à leurs mains et pieds nus, leurs torsos sont nus. L'initié, en même temps qu'il verse du vin tout autour du tombeau, récite à haute voix des paroles sacrées, fait des incantations en citant le nom de l'ancêtre, implore ses grâces tout en présentant ce digne fils (le malade) et sa situation. Seul l'initié a la possibilité de communiquer, avec le soutien des génies et des fétiches que lui seul voit, avec l'ancêtre défunt. À la fin de la cérémonie, l'initié et sa délégation rentrent au village, égorgent un mouton, recueillent son sang dans un récipient avec lequel le souffrant se lave. La viande est ensuite préparée en vue d'organiser un repas collectif rassemblant tous ceux présents au cimetière ainsi que d'autres personnes. Dans ce genre de cérémonies, le décor (postures, objets, gestes, paroles, tenues, etc.) détermine sa

réussite, et donc la guérison du mal. Ces cérémonies fonctionnent comme des structures sociales où l'absence d'un seul élément fragilise le fonctionnement de toute la structure. C'est pour cela qu'elles sont l'apanage des initiés du culte des ancêtres.

Ces rites de propitiation et de sanation, qui sont largement répandus en Afrique subsaharienne et qui suivent un modèle relativement uniforme (Fortes, 1987), représentent, selon Bonhomme (2008), l'essence même du « culte des ancêtres ». Car, ils sont mis en œuvre par les vivants pour s'attirer les bonnes grâces des défunts. Le culte des ancêtres joue en effet un rôle central dans la vie des communautés africaines. Il regorge d'« objets-personnes : fétiches, reliques, œuvre d'art » (Heinich, 1993). Il représente « la voie des ancêtres » (Falgayrettes, 1986) en les élevant au rang d'« Ancestors as elders in Africa » (Kopytoff, 1971). Et surtout, il repose sur l'idée que « [...] les vivants ont contracté une dette proprement inacquittable à l'égard des ancêtres qui leur ont légué la tradition » (Bonhomme, 2008, p. 162).

Au terme de l'analyse des éléments clés de la médecine traditionnelle bulu, on remarque que ces trois éléments (plantes, animaux et rites) ont en commun un espace qui les abrite : la forêt. Pour ce qui est des plantes médicinales et des animaux, même si cette médecine recourt parfois à des plantes et à des parties d'animaux domestiques, il est indiscutable que les plus efficaces dans le traitement des maladies proviennent de la forêt et sont sauvages. Quant au lien entre la forêt et les rites, bien qu'il me soit impossible d'énumérer et d'analyser tous les rites de guérison et de protection, certains se déroulent dans ce cadre, notamment dans les rivières situées à des distances importantes des villages, à l'abri des regards des membres de la communauté. C'est le cas par exemple du rite de *djoss*, qui consiste, après la mort d'un proche, à se purifier dans les eaux d'une rivière pour faire circuler la mélancolie et la tristesse qui habitent les survivants à la vitesse des eaux qui partent de l'amont vers l'aval.

En conséquence, malgré la présence abondante dans cette zone d'exploitants forestiers, les Bulu considèrent la forêt comme un espace symbolique et sacré, car elle est essentielle pour la survie et le rayonnement de leur médecine. Analyser sa place ici semble nécessaire à cet effet.

## **2. La place de la forêt dans la médecine endogène bulu**

Comme dans nombre de cultures africaines, le symbolique est un élément constitutif de l'organisation ainsi que de la structure sociale et culturelle de la société bulu. Les choses d'en bas sont le reflet des principes d'en haut, mais il s'agit d'un reflet habité, réceptacle ou lieu d'une Présence (Hampaté Bâ, 1972). À ce sujet, une tradipraticienne (entretien du 20 avril 2019 à Mekom II, canton Nlobo-Lobo) explique :

---

*« Ici chez nous, tout est presque symbolique et sacré. Tout ce qui est image, objet, idée, pensée, espace, personne, animal, etc., dès lors que ça apporte quelque chose de positif dans nos vies et dans notre culture et que ça nous permet de nous sentir bien dans notre environnement, de créer des choses en nous appuyant sur leurs forces et énergies, ça devient un symbole et on lui doit du respect, on lui célèbre des louanges, on lui voue un culte (sacré) ».*

---

Dans l'optique d'étayer le sens de la forêt comme espace symbolique et sacré dans la médecine bulu, je présenterai dans un premier temps, de façon synthétique, la littérature en sciences humaines et sociales concernant les deux notions de « symbolique » et de « sacré ».

Dans son ouvrage *De la Littérature*, Umberto Eco (2003) alertait ses étudiants sur l'usage du mot « symbole » – et de ses dérivés, comme « symbolique », « symbolisme », etc. – et sur la nécessité de toujours le contextualiser. À ce sujet, Dortier (2008) montre que les sciences humaines et sociales font de la pensée symbolique le critère de démarcation entre l'homme et l'animal et que ses expressions associées (fonction symbolique, pensée symbolique, pratiques symboliques, violence symbolique, etc.), qui ont une riche histoire dans les sciences humaines, ont des acceptions très différentes selon les auteurs et les disciplines. En conséquence, définir ce terme est complexe. Toutefois, j'ai retenu quelques-unes de ses acceptions en philosophie, en sociologie et en anthropologie.

Tout d'abord, « le symbolisme », courant littéraire et artistique qui prend naissance en France à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle avec des poètes comme Mallarmé ou Baudelaire (Dortier, 2008, p. 700), défend une certaine vision poétique du monde où l'homme noue avec la nature une relation sensible et où chaque objet, odeur, couleur et idée en évoque d'autres par un jeu de correspondances infinies (Dortier, 2008). Cassirer (1972) montre que le symbolisme englobe à la fois le langage, l'art et l'univers mystico-religieux et que ces trois domaines renvoient communément à des significations multiples.

En psychologie, notamment en psychologie de l'enfant, Piaget (1945) définit la fonction symbolique comme un stade du développement de la pensée de l'enfant. Toutes les activités mentales de l'enfant à l'âge de 18 mois – apparition du langage, imitation différée, jeux, rêve, images mentales et dessin – représentent communément une chose en son absence par le moyen d'un signe ou d'un symbole.

En anthropologie, le mot « symbolique » revêt deux significations. Une générale relative à la « représentation collective codifiée » et l'autre « plus étroite » (Dortier, 2008). Concernant la « représentation collective codifiée », Lévi-Strauss (2013) définit la culture comme un

ensemble de systèmes symboliques au premier rang desquels se placent le langage, les règles matrimoniales, les rapports économiques, l'art, la science, la religion. Dans ce cas, il est admis que les symboles sont organisés en systèmes, chaque signe prenant sens par rapport à un autre (Dortier, 2008, p. 701). Dans son sens plus étroit, le symbolisme désigne les rituels, les cérémonies, les mythes, les pratiques magiques et sacrées. Une « pratique symbolique » réfère alors une bénédiction, un baptême, un geste sacré (Dortier, 2008).

Mes enquêtes montrent que pour une meilleure compréhension de la forêt (*afane*) comme espace symbolique de la médecine endogène bulu, cela requiert deux éléments. Soit on est naturellement « à l'intérieur », c'est-à-dire d'être un membre à part entière (originaire) de la socio-culture, soit on est assimilé à celle-ci pendant une longue durée afin d'intégrer les savoir-faire endogènes qui donnent sens à cette socio-culture. La première position est préférable, car cette compréhension est inhérente à chaque membre. Analyser la forêt comme espace symbolique dans la médecine endogène bulu revient à deux choses. D'abord, à présenter son sens symbolique étroit (Dortier, 2008) à travers les pratiques magiques et sacrées, ensuite à mettre en évidence, par « un jeu de correspondances infinies » (*ibid.*), les différentes relations que les tradipraticiennes et les autres membres de la communauté nouent avec la forêt ainsi que les interactions mutuelles qui en découlent. Dans le contexte de la médecine endogène bulu, la forêt, dans son caractère symbolique, est bien plus qu'un cadre d'approvisionnement en richesses naturelles et animales. Sa symbolique est comparable à une « allégorie ». L'étranger en quête d'aventures palpitantes (Ela, 1982) découvrira un espace vert avec des essences diverses et variées. Or, au-delà de cette beauté naturelle et paisible se cachent de multiples mystères dont le sens n'est compris que par les membres de la communauté. Cette symbolique de la forêt va bien au-delà du « manifeste », du domaine de la médecine, pour intégrer le sacré et le profane, le communicationnel qui participent tout autant, mais autrement à la guérison des maladies.

### **2.1. La forêt comme pharmacie traditionnelle**

Cet espace traditionnel qu'est la forêt est une source de production et d'épanouissement de plantes et d'animaux multiples. Il existe des plantes et des animaux consommés quotidiennement, qui contribuent à renforcer les capacités du corps, à le protéger sans que cela soit pensé, organisé par une tradipraticienne. La forêt abrite trois types de plantes. Les plantes dites « médicinales », qui soignent, les plantes dites « magiques », qui protègent et les plantes qui ont les deux vertus de soin et de protection en même temps.

La forêt est le lieu par excellence des tradipraticiens et des initiés du culte des ancêtres, eux qui ont la connaissance profonde de sa structure et de son fonctionnement. Ils y vont tous (les tradipraticiens, les initiés du culte et les membres ordinaires de la communauté) pour des exercer leurs activités pastorales et agricoles : cultiver des champs, tendre des pièges, chasser ou encore pratiquer la pêche et la cueillette, autant d'activités qui contribuent à leur survie au quotidien. Mais, dans cette socio-culture la forêt permet d'établir plus facilement une différence entre un initié (personne ayant acquis des connaissances sur les choses cachées et sacrées de la communauté) et un non-initié (personne ordinaire de la communauté). La forêt étant un cadre important du culte des ancêtres, le premier (l'initié) ne s'y déplace pas comme le second (le non initié), car il maîtrise les espaces sacrés, les plantes et herbes qu'il est interdit de toucher ou de couper. Une tradipraticienne m'a révélé que, lorsqu'elle est en forêt, elle n'a peur de rien, car elle sait que ses ancêtres sont tout près d'elle ; elle les ressent ; les entend marcher dans l'eau, sur les feuilles mortes. Elle sait que quand un vent souffle ce sont eux qui passent et qui lui font comprendre qu'ils sont là. L'initié a une grande connaissance des richesses naturelles qui se trouvent dans la forêt. À ce sujet, Raponda-Walker & Sillans (1964) qui ont mené des recherches sur les nganga en Afrique affirment ceci :

---

*« Nous avons connu, tant en Oubangui qu'au Gabon, de vieux nganga à qui aucune plante médicinale n'était étrangère. Leurs connaissances s'étendaient jusqu'aux insectes, aux roches, etc., en un mot à tous les domaines botaniques : zoologique et minéralogique. Pour eux, tout avait un nom et ils ne faisaient que très rarement erreur ! » (p. 40).*

---

Par ailleurs, les tradipraticiennes ne sont pas les seules à s'approvisionner dans la forêt en plantes, animaux ou minéraux. Les musiciens et les artistes peintres s'y ravitaillent également en bois, en feuilles, en sèves, pour façonner leurs objets artistiques. J'ai eu la chance de rencontrer quelques artisans (menuisier, ébénistes, etc.) dans des villages et assister à leurs activités. Celles-ci consistent à aller dans la forêt, recueillir du matériel (tronc d'arbre spécifiques, des lianes, etc.) pour en faire des objets d'art. La plupart du temps, ces objets d'art en bois (flûte, tambours, statuettes, pots, paniers, etc.), en feuilles (balai traditionnel à base de feuilles de raphia ou de palmier à huile, chapeau en paille, etc.), en sève (objets en caoutchouc) servent à embellir les maisons certes. Mais ils sont également utiles pour la tenue des cérémonies traditionnelles dédiés à la guérison, à la protection, et aux conciliabules, comme le montrent Raponda-Walker & Sillans (1964) lorsqu'ils soulignent en effet que :

---

*« Depuis les costumes rituels, pour les danses et autres cérémonies, jusqu'aux boîtes à Byéri destinées à contenir les crânes et tibias des grands ancêtres, en passant par les breuvages d'initiation, certains fards rituels, les instruments de musique, statuettes rituelles, sans parler, évidemment, des temples, tout n'est que bois, fibres, écorces, racines, feuilles, poudres végétales et sucs divers » (p. 39).*

---

## **2.2. La forêt : entre le sacré et le profane**

Les forêts en général et communautaires en particulier ont une histoire dans cette zone. Cette histoire porte sur un ensemble de connaissances qui expliquent clairement leur nature, leur évolution, leurs composantes (minoritaires et majoritaires) et la manière dont les Bulu les ont intégrés dans leur vie. Mes enquêtes auprès des autorités traditionnels montrent que les forêts ont toujours existé, puisque ce sont des espaces naturels. Ils reconnaissent avoir trouvé des forêts à leur naissance. Avant l'arrivée des colons occidentaux (allemands, 1884-1916), français et anglais (1916-1960), précisent ces autorités traditionnelles, les forêts n'avaient pour utilité que : de protéger (à travers les grands arbres, la pharmacopée) contre les intempéries naturelles et les maladies, et de faire vivre les communautés (activités agricoles, pastorales et artistiques). Ce sont les colons qui apportent l'idée de valoriser la forêt autrement tel qu'on voit aujourd'hui, c'est-à-dire l'exploiter à une échelle macro-économique en dépit des conséquences écosystémiques qui s'en suivent. Cette échelle macro-économique a bouleversé la conscience collective. Désormais, les forêts vont être partagées. Chaque famille ou clan va ainsi sécuriser ou border juridiquement ses parcelles de forêts considérées comme héritages ancestraux. Cela n'ira pas sans conséquences. Car, ça va engendrer des discordes au sein de la communauté dans la mesure où certains membres estiment qu'il y a des clans qui ont plus de parcelles que d'autres ; d'autres, dont les ancêtres n'avaient presque ou pas assez de parcelles, sont allés plus loin en disant que les forêts sont communautaires et qu'elles ne devraient pas être sécurisées ou bornées. Ces discours expliquent relativement le taux élevé des plaintes auprès des autorités traditionnelles sur les contentieux liés aux forêts et aux terrains dans cette zone.

Je précise que ces parcelles de forêts ancestrales comportent des génies, des fétiches, des totems laissés par les ancêtres des familles auxquelles elles (ces forêts) appartiennent. Les Bulu ont eu le besoin de trouver un espace où leurs esprits protecteurs seront en sécurité. C'est ainsi que la forêt a été l'espace idoine. Ces esprits sont faits pour protéger les familles. Chaque génération ayant le devoir de les considérer et de les valoriser. C'est ainsi que les Bulu se sont appropriés les forêts et les ont intégrés dans leur vie.

Ainsi, par opposition au « profane », la notion de « sacré », dans les sciences humaines du début du XX<sup>e</sup> siècle, était généralement confondue avec celle de « religieux » (Dortier, 2008). Ainsi, le monde du sacré est celui de la transcendance et de l'au-delà, tandis que le monde profane est celui du commun, de l'ici-bas, du matérialisme et du sans mystères. Les choses sacrées sont celles qui font l'objet d'interdits et qui représentent les valeurs les plus hautes, alors que les choses du monde profane peuvent être échangées, données, vendues (*ibid.*). Boyer (1992) indique que, si le rôle de la religion est de transcender la mort, le sacré est synonyme de vie éternelle, il concourt aux fondements et à la perpétuation de la vie, tandis que tout ce qui est profane est temporel et périssable (Dortier, 2008). Enfin est sacré tout ce qui touche au Destin, à l'Absolu, à l'incarnation de la vie, c'est-à-dire à la permanence des êtres (Dortier, 2008.).

Chez les Bulu, la forêt en tant que cadre « sacré » et « profane » dans le contexte des soins met en exergue deux types d'entités : l'espace forestier lui-même (les plantes, les eaux, les minéraux et les animaux) et l'espace des esprits (ancêtres, génies, fétiches, totems, etc.). La forêt, dans cette socio-culture, est elle-même un espace à l'intérieur duquel, avec l'aide d'un initié, on peut délimiter le monde « sacré » et le monde « profane ». La forêt est dès lors un cadre hétérogène où coexistent les forces invisibles et visibles. Au regard de mes enquêtes, le « sacré » dans la forêt est caractérisé par la présence de portions d'espace qualitativement différentes les unes des autres. Certaines sont interdites d'accès sauf sur autorisation des initiés. Ndjalla (2015), qui a étudié la symbolique de la forêt dans les processus thérapeutiques chez les Ewondo, observe que les initiés communiquent avec les esprits de la forêt afin d'obtenir des précisions et des recommandations sur des initiations ou sur la guérison d'un malade.

La forêt recèle de mystères susceptibles de guider le tradipraticien dans sa tâche. C'est pourquoi la déforestation inquiète du fait du déséquilibre de l'écosystème et de la disparition de la dimension invisible. Celle-ci est d'autant plus inquiétante qu'elle fait disparaître des espèces animales et végétales essentielles aux soins. Les tradipraticiennes dénoncent la rareté de certaines essences qu'elles trouvaient facilement. Aujourd'hui cela n'est plus possible, car la déforestation accrue menée par des sociétés anonymes avec le soutien de l'État et des organismes internationaux, détruit les forêts et leurs ressources, et par ricochet la médecine bulu qui en dépend fondamentalement. Au-delà de cette déforestation qui détruit les forêts, l'autre problème est celui de la sécurité dans les villages qui ne pourront plus être protégés

contre les grandes tempêtes en saison pluvieuse. Une tradipraticienne explique que les populations sont inquiètes quand les pluies diluviennes tombent accompagnées de grandes orages. Or, ce sont les arbres qui les protégeaient si souvent. Malheureusement de nos jours, ils disparaissent. Cependant, la réalité est que la déforestation, y compris toutes les autres mutations socio-environnementales au Cameroun ne sauraient s'arrêter, car l'exploitation du secteur forêt-bois est un secteur clé de l'économie camerounaise. Les recettes s'évaluent à 60 milliards de FCFA (environ 90.822.772, 44 euros) par an de recettes fiscales. Conséquence, l'État ne tient pas en compte les revendications des populations rurales. Encore que cette exploitation forestière échappe quelques fois à son contrôle<sup>144</sup>. Face à cette situation, certaines populations développent des attitudes de résilience pour survivre, notamment les peuples Baka. La thèse de doctorat de Nguede Ngonu (2016) intitulé : *Résilience des Baka face aux mutations socio-environnementales*, montre comment ces peuples autochtones chasseurs-cueilleurs qui, jadis, nomades habitaient la forêt où ils tiraient l'essentiel de sa vie et survie jusqu'à ce qu'arrive les mutations socio-environnementales. Cette thèse identifie les différentes stratégies adopter par ces peuples pour s'adapter à cette nouvelle identité qui leur est imposée dans laquelle ils ne se retrouvent pas.

Une analyse de la structure de l'espace cacaoyer, espace forestier à part entière, – appelé également « la nourriture des dieux » (Etoga, 1971) – permet de mieux comprendre, dans le contexte des soins chez les Bulu, la distinction entre le « sacré » et le « profane ». Dans mes enquêtes, j'ai parcouru quelques cacaoyères avec l'aide des cacaoculteurs dont certains sont initiés du culte des ancêtres. Du point de vue du « sacré », j'ai découvert un cadre organisé : la case de campement au centre de la cacaoyère, toujours remplie de nourriture et de fruits ; des cabosses toujours rassemblées en un endroit précis et jamais ailleurs ; des rivières toujours à proximité pour se désaltérer ou se laver ; de grands arbres, plus loin de la cabane, pour se reposer ; des herbes médicinales pour soigner une blessure subite ; des endroits interdits de passage à une certaine heure de la journée ; la présence de certaines herbes qu'il est interdit de toucher ; des symboles visibles de protection, etc. Tous ces éléments situés dans chaque cacaoyère indiquent qu'il existe une symbolique mystique dans la cacaoyère.

Les pratiques mystico-religieuses, destinées à guérir, à protéger contre les maladies et les esprits maléfiques, ainsi qu'à promouvoir la procréation, reflètent également le caractère « sacré » de la forêt à travers la cacaoyère. Mes enquêtes montrent aussi que la façon dont est

---

<sup>144</sup> Ces informations sont à retrouver sur : [https://www.lemonde.fr/afrique/article/2023/06/08/cameroun-comment-l-exploitation-forestiere-echappe-au-controle-de-l-etat\\_6176769\\_3212.html](https://www.lemonde.fr/afrique/article/2023/06/08/cameroun-comment-l-exploitation-forestiere-echappe-au-controle-de-l-etat_6176769_3212.html)

composé l'ombrage de la cacaoyère par le cacaoculteur lui-même ne relève pas du hasard.



**Figure 8** : une maison communautaire toute proche d'une plantation cacaoyère à Mbom (village du canton Ndou Libi), source : mes enquêtes de terrain

Dans la pratique quotidienne, la plupart de ces arbres ombrageux – arbres sauvages et plantes domestiquées – sont exploités dans le cadre de pratiques rituelles. Selon les exploitants de ces plantations, *l'ayos*, *l'abang*, *l'élonge* ou *l'oveng* sont des essences maintenues dans les plantations cacaoyères pour servir de siège au totem familial ou pour abriter les pouvoirs protecteurs de l'ensemble du village. Aussi, sont secrètement plantés par les propriétaires des cacaoyères des *meyang* pour la protection et la promotion de la procréation de garçons ou encore pour le traitement des cas d'empoisonnement. Certains informateurs signalent le maintien, par endroit, de touffes d'herbe « *ekok* » pour dissimuler les victimes d'attaques de sorciers et particulièrement les adolescents après les interventions mystiques du *mgbwel* dans le village. Enfin, chez les Bété, dans le cadre des pratiques funéraires se tiennent des conciliabules qui se déroulent soit dans une des cases du village au moment du deuil, soit, pour des raisons de confidentialité, d'impartialité et de communication directe avec le pouvoir des ancêtres, dans un endroit neutre et isolé, la cacaoyère ayant été retenue dans cette socio-culture comme un endroit idéal pour tenir ce type de rassemblement.



**Figure 9** : aperçu d'une plantation cacaoyère avec deux grands arbres mystiques, notamment l'Ayos (extrême gauche) et l'Abang (au centre). Source : mes enquêtes de terrain.

### **2.3. La forêt, un espace de communication sanitaire traditionnelle**

Dans le contexte de la guérison, certains espaces forestiers sont érigés en cadres « culturels », du fait que des hommes y ont introduit un certain nombre d'éléments qui donnent du sens à leur vie et qui jouent un rôle essentiel dans la santé et le bien-être des communautés. En vue de maintenir leur bien-être, de bénéficier de promotions et de protections sociales à travers de voies communicationnelles, notamment celles de la médiation et la scénarisation, les Bulu entretiennent des rapports avec des esprits (ancêtres, génies, fétiches, totems, etc.) qui habitent dans ces espaces forestiers. Là encore, je vais m'appuyer sur l'espace cacaoyer pour mettre en lumière les interactions qui sous-tendent ces rapports et leur donnent sens.

En anthropologie comme en sociologie, nombreux auteurs (Goffman, 1975 ; Calame Griaule, 1977 ; Hymes, 1977 ; Mucchielli, 2001 ; Muchielli & Noya, 2005, Agnieszka, 2008, etc.) se sont intéressés aux mécanismes de la communication. Plus particulièrement, ce qui m'intéresse ici, c'est la communication de nature non verbale entre les esprits de cet espace forestier érigé en cadre culturel (la cacaoyère) et la communauté. Ce type de communication est défini par Winkin (1981) comme une « construction et un partage des significations qui arrivent sans emploi de la parole » (p. 24). Plus précisément, Watzlawick *et al.* (1972) indiquent que toute communication non verbale ne se restreint pas aux seuls mouvements corporels (la kinesthésie), car elle englobe :

---

*« Posture, gestuelle, mimique, inflexions de la voix, succession, rythme et intonation des mots, et toute autre manifestation non verbale dont est susceptible l'organisme, ainsi que les indices ayant valeur de communication qui ne manquent jamais dans tout contexte qui est le théâtre d'une interaction » (p. 60).*

---

Dans le même ordre d'idées, Goffman (1975) montre qu'il existe des actes non verbaux dotés de significations culturellement définies et partagées, et qu'au sein d'une culture, le même signe non verbal peut avoir des significations différentes. Argyle (1994) et Ekman (1972) établissent un continuum entre les éléments de la communication non verbale les plus manifestes (aspect extérieur et comportement spatial) et les moins manifestes (mouvements des parties du visage, signes vocaux, paraverbaux). Pour cela, Greene & Burleson (1980) préfèrent parler de communication qui emploie la parole et de communication qui ne l'emploie pas. Dans cette optique, Argyle (1988) nomme ce type de communication « *bodily communication* » (langage du corps), car plusieurs signes non verbaux sont exprimés à travers les gestes et les mouvements de parties du corps.

Concernant la communication dans le domaine sanitaire, Renaud & de Sotelo (2007) apportent une contribution à ce sujet. Elles définissent la communication à visée sanitaire comme l'utilisation de stratégies de communication interpersonnelles, organisationnelles et médiatiques visant à informer et à influencer les décisions individuelles et collectives propices à l'amélioration de la santé. Ces auteurs rendent en outre compte des différents contextes à l'intérieur desquels s'exerce cette communication. Dans la socio-culture bulu – contexte de croyances animistes et de culte des ancêtres –, tout espace (naturel, culturel, etc.) est susceptible d'apporter, à travers ses richesses et ses entités ou esprits, des solutions à la santé et au bien-être. Lors de la tenue de ces cérémonies, le malade et ses proches transmettent des doléances aux entités qui y habitent par l'intermédiaire des initiés du culte des ancêtres. Cette scène d'interactions (Watzlawick *et al.*, 1972) est caractérisée par des gestes, actions, postures, mimiques, paroles, chants, danses, etc. En cela, l'espace cacaoyer en pays bulu devient un lieu circonstanciel de juxtaposition de mouvements corporels et de mouvements lyriques destinés à guérir. D'ailleurs, un initié (rencontre de 2018 lors de la préparation du master religions et société à Assok-Yeveng, canton Nlobo-Lobo) m'a révélé ceci :

---

*« Même s'ils nous voient et savent que nous sommes là, c'est aussi bien que nous les invoquons et les implorons avec des chants, des éclats de voix, les couleurs que nous portons, des danses, des bruits, etc. Ils aiment ça. Les autres ne les voient*

*pas, mais, moi je les vois et on se parle. Quand nous avons un cas de maladie grave, nous devons faire des sacrifices, souffrir un peu pour eux à travers les chants, les pénitences multiples, les danses, les paroles, les incantations parce qu'on est sûrs qu'après on aura ce que nous sommes venus demander. ».*

---

## **Conclusion**

En définitive, il a été question de montrer que la médecine endogène bulu est fondamentalement rattachée à la forêt. Pour ce faire, il fallait tout d'abord interroger les représentations de la médecine chez ce peuple. De cette interrogation, il ressort que la médecine chez ce peuple est un cadre traditionnel d'apaisement et de soins des douleurs corporelles et spirituelles, et un espace régi par les plantes, les parties d'animaux spécifiques et les rites. Ensuite, mettre en évidence la place de la forêt au cœur de celle-ci (cette médecine). En fin de compte, mes enquêtes montrent que cette médecine endogène bulu reste et demeure attachée à la forêt pour trois principales raisons. D'abord, elle est considérée comme une pharmacie traditionnelle, car c'est de là que provient la majeure partie des éléments (plantes, écorces, racines, feuilles, fruits, etc.) que les tradipraticiens utilisent pour guérir les maladies. Ensuite, elle est un espace sacré et profane. Espace sacré parce qu'elle est constamment le théâtre de scénarisation et de médiation sacrées ou mystiques dédiées aux soins mettant en relation l'au-delà et le commun des mortels. Espace profane parce qu'elle est un cadre où les humains (les Bulu) organisent leur existence, assure leur survie à travers les activités agricoles et pastorales, la présence visible d'éléments protecteurs du mal, notamment des plantes et essences mystiques. Enfin, elle est un espace de communication sanitaire traditionnelle parce que les Bulu entretiennent des rapports d'échanges mutuels relatifs aux soins avec les entités (ancêtres, fétiches, génies, totems) qui y habitent, notamment dans l'espace cacaoyer.

À la suite, je traiterai spécifiquement de la médecine infantile endogène – ou ethno-pédiatrie - -, notamment ses acteurs, leurs places et leurs rôles spécifiques ; les savoirs et les pratiques et leur mise en œuvre lors des situations de soin ; ainsi que les outils et leurs divers usages.

## **CHAPITRE 2 : LA MEDECINE INFANTILE ENDOGENE OU ETHNO PEDIATRIE BULU** **: ACTEURS, SAVOIRS, PRATIQUES ET OUTILS**

### **Introduction**

Ce chapitre analyse la médecine infantile endogène – encore appelée « ethno-pédiatrie » par les communautés bulu –, à travers ses acteurs, ses savoirs et pratiques ainsi que ses outils en pays bulu. Il s'agira de mettre en évidence le rôle des acteurs qui contribuent à la faire exister et à lui donner un sens : les tradipraticiens dépositaires du savoir et savoir-faire médical maternel et infantile (mamans âgées, matrones et blindeurs) et les personnes non initiées (mères, enfants, chefs traditionnels, chefs COSA et d'autres membres de la communauté). Seront également exposées les techniques de soin préventives et thérapeutiques (divination, diagnostics et prises en charge locales, rites, massages, palpations et lavements, scarifications, etc.) ainsi que les outils utilisés (poire, ficelles, marmites traditionnelles, terre fraîche, pots en terre cuite, pierres traditionnelles, mortier, feu, eau, cendre, machettes).

#### **1. Les acteurs de la médecine infantile bulu**

Comme toute médecine, la médecine infantile endogène a ses principes, ses objets et outils, ses savoirs et pratiques, et surtout ses acteurs, c'est-à-dire ceux qui font sa force, participent à son évolution, à son rayonnement, et qui lui donnent un sens au quotidien. Dans une logique de complémentarité, chacun d'entre eux a un ou des rôles à jouer. Certains sont au cœur de la renommée de cette médecine, des références en matière de guérison des maladies infantiles locales : les mamans âgées, les matrones et les blindeurs communément désignés par les communautés de *nguegang*, *e sa bot* ou *dokita nlam*. D'autres (les mères, les enfants, les autorités traditionnelles, les chefs COSA), qui ne possèdent aucun pouvoir de guérison, sont des accompagnateurs et, quelquefois, des collaborateurs circonstanciels. Les enfants, en tant que récepteurs de soins, sont aussi des acteurs à part entière de cette médecine infantile endogène puisqu'elle leur est exclusivement dédiée. Elle est spécialement faite pour eux, est à leur écoute, à leur service et au service de leur santé et bien-être. Bien qu'ils ne participent pas véritablement à travers leur parole, ils sont le centre de gravité de cette médecine et contribuent, tout autant que les autres acteurs, à lui donner un sens.

##### **1.1. Les tradipraticiens**

Si chaque type de maladies se reconnaît à la partie du corps qu'elle atteint (poumons, ventre, tête, peau, dos, yeux, etc.), chaque *nguegang* (tradipraticien ou guérisseur) se caractérise par la maladie, le mal ou alors la tranche d'âge des enfants qu'il soigne. En pays bulu,

« *nguegang ou dokita nlam* » regroupe des personnes de la communauté qui mettent à son service, notamment des enfants, et à des degrés divers, leurs savoirs, leurs pouvoirs et leurs compétences en matière de soin et de guérison. Monteillet (2005) précise qu'elles font usage des pharmacopées de la forêt et qu'elles ont le mérite de la proximité, de l'écoute et de la pratique d'honoraires abordables. Laplantine & Rabeyron (1987) montrent que les *nguegan* font partie de « l'espace du guérissage laissé libre par les insuffisances actuelles de la médecine et qui ne relève pas du modèle expérimental sur lequel est fondée cette dernière (médecine officielle) » (p. 45). Ces insuffisances relèvent du décalage entre les perceptions de la maladie, l'acceptation de cette médecine par les Bulu, et le manque d'accès aux soins et de leur coût.

Ce grand groupe « *nguegan* » se cristallise en petits sous-groupes. D'une part, on retrouve : les « *e sae bone ou dokita bone* (tradipraticiens spécialistes des enfants), les « *e sae binga, e sae mibouboum* » (tradipraticiens spécialistes des femmes et des femmes enceintes), les « *dokita a kom gnoul* » (tradipraticiens spécialistes des blindages, protections), les « *dokita bivesse* » (tradipraticiens spécialistes des fractures, des entorses), les « *mboo mebiang* » (tradipraticiens spécialistes des maladies et des maux ordinaires qui ne nécessitent aucune intervention divinatoire comme les morsures de serpents, les plaies, la toux, le panaris, les furoncles, etc.). Les « *mboo mebiang* » sont la plupart du temps des généralistes (non-initiés) dans la médecine endogène bulu qui, du fait d'expériences personnelles et collectives, maîtrisent les petits traitements (décoction, tisanes, une herbe, une écorce, etc.) pour soulager rapidement une douleur.

En pays bulu, le *nguegan* établit le diagnostic, soigne, guérit et prévient les maladies. Il fait tout cela pour sa propre communauté et pour les communautés voisines ou plus lointaines. Sa place n'est plus à démontrer dans les médecines endogènes comme l'ont montré des études antérieures sur le continent africain (Monteil, 1931 ; Adler & Zempleni, 1972 ; Mallart-Guimera, 1977a, 1977b, 1977c, 1981 ; de Rosny, 1981, 1992 ; Leiderer, 1982 ; Gibril, 1984 ; Fainzang, 1986 ; Dozon, 1987 ; Laplantine & Rabeyron, 1987 ; Tonda, 1992 ; Janzen, 1995 ; Kalis, 1997 ; Eliwo *et al.*, 2001 ; Monteillet, 2005 ; Agnieska & Jouvelet, 2006 ; Mbonji, 2009, 1993 ; Abondo Ngonon *et al.*, 2015 ; Rakotomanana *et al.*, 2018 ; Barrier, 2019). Sans oublier celles de l'Occident (Bensa, 1978 ; Schmitz, 2006 ; Kesler-Bilthauer, 2013 ; Kessler & Evrard, 2018), ou encore de l'Amérique du Sud (Giglio-Jacquemot, 2004).

Chez les Bulu, les *nguegan* sont consultés tant pour des problèmes de maladies (chronique, rare, épidémique, endémique, contagieuse, etc.) que pour des difficultés d'ordre social ou

culturel empêchant d'évoluer (souillures corporelles, infortune, malchance, etc.). Certains, notamment les « *e sae bone ou dokita bone* », sont en même temps tradipraticiens (préviennent, soignent ou guérissent les maladies) et devin-guérisseurs (établissent des diagnostics à travers la divination). En matière de soin et de guérison des maladies infantiles locales, les tradipraticiens font partie d'une institution particulière recourant à l'usage des animaux et de la pharmacopée traditionnelle et aussi à la « divination », principal outil de diagnostic. Ils tiennent leurs savoirs des ancêtres et cette fonction se transmet généralement par voie généalogique. Ils tirent leur pouvoir des génies (Fainzang, 1986) et utilisent quelque fois les médicaments (*mebiang*) que ces derniers leur recommandent.

« *Mebiang* » – le pluriel de « *biang* » – désigne tout objet ou toute substance dotée d'un pouvoir spécifique qui peut être bénéfique ou maléfique selon l'objectif de son usage, en l'occurrence selon la volonté de celui ou celle qui vient consulter un tradipraticien. En fait, il existe deux types de « *biang* » : les thérapeutiques et les préventifs. Comme le « *nyese* » chez les Bissa du Burkina Faso (Fainzang, 1986), un « *biang* », pour avoir quelque efficacité, nécessite la complicité des puissances surnaturelles (Fainzang, 1986). Dans cette zone, mes enquêtes montrent que les tradipraticiens soignent et préviennent tous types de maladies, notamment celles naturelles et socio-culturelles. Cependant, il peut également être capable de procéder à ce qu'ils appellent dans leur jargon : « le retour à l'expéditeur », c'est à dire retourner le mal ou la maladie au responsable après la guérison du malade. Il est important de souligner que, dans le contexte de la guérison bulu, le tradipraticien ne s'intéresse pas exclusivement au patient et à ses douleurs, mais à la maladie dans son entièreté (étiologie, nosologie et nosographie, symptômes et manifestations).

Pour mener à bien ses stratégies de soin et de guérison, bien qu'ils soient initiés de la médecine endogène, certains tradipraticiens (*e sae bone*, surtout) travaillent en collaboration avec les esprits (ancêtres, génies), avec ses apprentis (quand ils en ont), parfois avec les mères et certains vieillards de la communauté, spécialistes de la pharmacopée traditionnelle<sup>145</sup>. Ces collaborations sont la preuve que le tradipraticien reconnaît que la guérison d'un patient est un exercice complexe qui requiert la fusion de forces multiples (culturelles, spirituelles, religieuses, mystiques, etc.). Ils intègrent également quelques adages de la philosophie bulu qui symbolisent la solidarité, le soutien et l'entraide en toute circonstance, notamment médicale. Parmi ces adages on a : « *woo woua woo tchindi ki djom* » (une seule

---

<sup>145</sup> De même, face à un patient qui souffre d'une maladie qui ne relève pas de leurs compétences, certains tradipraticiens choisissent de le recommander auprès d'un autre, plus compétent.

main ne peut attacher un paquet) ou « *sangoulou mot a woulou a mognang* » (l'union fait la force).

Par ailleurs, à partir des entretiens avec les membres de la communauté, deux types de tradipraticiens se dessinent. D'un côté, ceux dits « mauvais », qui vendent des illusions, mettent des personnes au service de leur notoriété, exigent d'importantes sommes d'argent avant toute consultation et sont rarement sollicités par les populations lointaines (hors de leur cadre de guérison). De l'autre, ceux dits « bons », dont la réputation les précède, vivent éloignées de la communauté, ne vivent pas aux dépens des présents des patients et sont peu disponibles du fait soit des travaux champêtres qu'elles exécutent, soit des multiples sollicitations qu'elles reçoivent. Une autre différence entre les « mauvais » et les « bons » tradipraticiens se situe au niveau des diagnostics. Les « bons » tradipraticiens évoluent dans le strict respect de la règle selon laquelle tel diagnostic correspond à tel remède, tandis que les « mauvais » prescrivent des remèdes sans avoir préalablement établi un diagnostic de la maladie qui permettra de déterminer la posologie adéquate et adaptée à chaque patient en fonction de son corps.

Dans cette zone, mes enquêtes indiquent que certains tradipraticiens n'exigent aucune contrepartie aux patients et leurs proches. En fait, un « bon » tradipraticien exige rarement une quelconque somme d'argent à un patient, mais seulement le matériau destiné à son traitement. L'argent (quelques pièces de monnaie) n'intervient que dans le cadre symbolique relatif au traitement, car il est toujours demandé au patient ou à un membre proche qui l'accompagne de jeter par terre de l'argent. Selon les tradipraticiens, le plus important dans ce geste symbolique, c'est, d'une part, de le faire avec la conviction de la guérison et, d'autre part, d'amener le patient et ses proches à contribuer au processus de guérison. Plus près des tradipraticiens, mes enquêtes montrent que l'argent jeté par terre en guise de symbole est mystiquement transmis aux esprits à travers desalebasses se trouvant à des endroits isolés et interdits aux étrangers (un coin, une chambre) dans leurs maisons. Cet argent est une preuve que le patient et sa famille expriment une volonté commune de voir un des leurs guérir. Certains tradipraticiens reconnaissent que ceux qui ne jettent pas ces pièces de monnaies par terre avant tout processus de guérison s'exposent à des difficultés de recouvrer leur santé. En effet, cet acte symbolique montre que la réussite de tout processus de guérison ne dépend pas seulement du tradipraticien. Mais aussi et surtout des esprits qu'il consulte et qui la guident. Cependant, il peut arriver, et cela arrive fréquemment, que une fois que le malade a recouvré

la santé, le patient et ses proches décident de manifester leur reconnaissance en offrant un cadeau ou des cadeaux.

Concernant l'habitat des « bons » tradipraticiens, il semble stratégique. J'ai remarqué que leurs maisons sont soit à l'entrée du village, soit à la sortie, soit éloignées de quelques centaines de mètres de la communauté. J'ai d'abord pensé que cette disposition de leur habitat relevait du hasard, mais quelques informateurs m'ont dit le contraire. Cette disposition permet en fait de protéger le village et la communauté des ennemis extérieurs. En effet, du fait de leurs pouvoirs mystiques, les tradipraticiens sont comme des éclaireuses : elles alertent (mystiquement) de jour comme de nuit de la présence ou du passage d'un ennemi dans la communauté. Souvent, m'ont confié les populations, cette disposition stratégique de leur habitat empêche certains ennemis de franchir le village, de même que des « choses » telles que le poison qui peut être amené par un individu malsain étranger ou membre de la communauté. Ces choses leur sont souvent révélées par des membres de la communauté qui ont « des yeux pour voir » leurs combats mystiques, mais qui n'y participent pas.

Outre cette disposition de l'habitat, mes enquêtes indiquent que des cours d'eau ou des sources sont à proximité de leur demeure, la plupart étant situés à une distance qui ne dépasse pas 500 mètres. Les tradipraticiens reconnaissent que leur eau est naturelle, bien froide et qu'elle provient directement de la source en forêt qui a un caractère pur et sacré. C'est pourquoi cette eau est meilleure que celle des forages ou des puits faits par la communauté. Elle (cette eau) est conseillée pour la guérison rapide de certaines maladies ; elle est utile pour la préparation de potions et de décoctions médicales ; elle permet aux patients, notamment aux femmes infécondes, de faire des lavages corporels. Enfin, les tradipraticiens expliquent que la proximité des cours d'eau facilite les purifications pour des maladies dites « mystiques » (envoûtement, lancement d'un sort, corps sale ou souillé, etc.). Lorsqu'elles reçoivent un patient atteint d'une maladie de cette nature, elles le conduisent vers ce cours d'eau, à l'abri de la communauté et des autres patients, afin que ce dernier s'y purifie.

À propos de la guérison par les eaux des cours d'eau et des sources, une tradipraticienne (entretien du 15 octobre 2021 à Mbom, canton Ndou-Libi) précise que :

---

*« L'eau des cours d'eau est froide simplement parce que c'est elle qui a les vertus de refroidir, de guérir et de rafraîchir. Elle a aussi les vertus de consolider et de conserver. Nos ancêtres utilisaient cette technique pour mieux conserver du manioc découpé. Pour mieux comprendre en réalité ce phénomène, observez*

*comment le forgeron adoucit ses instruments chauds : il les plonge dans de l'eau froide pour qu'ils puissent conserver la forme qu'il leur a donnée ; même certains rites de purification se font par l'eau ici, de chez nous. Quand une famille a perdu un de ses membres, la tradition exige que chacun d'eux se rende à la source ou à la rivière se baigner à l'eau froide. C'est ainsi que je peux expliquer ce phénomène dans le contexte de la guérison des maladies à travers les eaux ici, de chez nous. ».*

---

Le traitement des maladies par l'eau n'est pas propre à cette socio-culture bulu. Schmitz (2006), dans ses études sur les guérisseuses en Wallonie (Belgique), avait déjà fait des constats similaires en montrant les vertus thérapeutiques dont sont porteuses les « eaux guérisseuses » dans les soins dans les villages de Wallonie.

Concernant l'incarnation de la fonction de tradipraticien spécialiste de la médecine infantile, les femmes occupent une place de choix et sont parfaitement légitimes, car comme l'indique un adage bulu, « *djom dja ve enying dje dja kaman enying te* » (ce n'est que ce qui donne la vie qui peut mieux protéger cette vie ou la détruire). Ce constat a été confirmé lors de mes entretiens avec quelques informateurs. Ils reconnaissent que la femme, âgée surtout, peut mieux que quiconque traiter les questions de santé infantile parce qu'elle est en même temps « matrice vitale », « dépositaire de la fécondité », « expérimentée dans la maternité » et que la pédiatrie africaine en général et bulu en particulier est « l'art de la femme ». Des femmes, principalement âgées de 50 à 60 ans ou plus, contrairement à Bafia (région du centre Cameroun) où la majorité des tradipraticiens sont des hommes âgés (45-50 ans et plus) (Eliwo *et al.*, 2001).

Cette responsabilité particulière qu'endossent les femmes, notamment âgées, dans le cadre de la santé infantile locale, expose la perception des questions de genre et leur importance dans cette socio-culture. Elle (cette responsabilité) traduit clairement le fait que socialement et culturellement les tâches sont réparties par sexe, par âge, et par compétences. Concernant ces femmes âgées dans le contexte de la transmission du savoir médical infantile, Abega & Ossanga (2008) vont plus loin en montrant que :

---

*« Il existe [...] une filière de transmission des connaissances féminines qui va des femmes à leurs brus, à leurs nièces, à leurs filles. Elle est quasi étanche dans la mesure où les hommes sont très rarement initiés à ces savoirs. Les soins aux enfants, qui sont une spécialité féminine, s'enseignent à travers ces filières. C'est pourquoi c'est toujours d'une guérisseuse qu'il s'agit, presque jamais d'un homme » (p. 130).*

---

Toujours concernant les soins destinés à la petite enfance, les deux auteurs ajoutent que « Son art (de la tradipraticienne) se situe dans le prolongement du rôle de la mère, mais c'est une mère plus informée, plus expérimentée, plus savante que les autres » (p. 129). Sans oublier que les femmes ont été, durant des millénaires, les détentrices des savoirs liés à l'alimentation, à l'hygiène, à l'accouchement, aux soins à l'enfant et les actrices privilégiées des pratiques rituelles entourant le corps à des moments clés de l'existence (Bonnet & Pourchez, 2007 ; Saillant, 1999 ; Sargent, 1989). Les tradipraticiennes acquièrent donc leur savoir par initiation et aussi de façon naturelle, en tant que mère qui donne la vie. Cette tâche de spécialistes des maladies infantiles s'explique aussi par leurs expérience et connaissance des enfants, des maladies dont ils peuvent être victimes, du fonctionnement de leur corps et aussi des rapports parents-enfants. Sur ce dernier point, je précise que certaines maladies infantiles locales identifiées dans cette étude sont causées par des rapports sexuels entre parents, notamment l'*agnos*<sup>146</sup>.

La grande majorité des tradipraticiens interrogés (composés de mamans âgées, matrones et blindeurs) indiquent que cette fonction est une activité secondaire à côté du métier d'agriculteurs ou de commerçants. Aussi, la zone d'étude étant majoritairement chrétienne, la majorité déclare être chrétienne (catholique, protestante) tout en pratiquant les religions traditionnelles établies (culte des ancêtres, fétichisme, animisme, etc.). De plus, comme la majorité est des femmes nées avant l'indépendance du Cameroun (1960), soit la période où elles n'étaient pas encouragées à aller à l'école, la plupart d'entre elles déclarent ne pas avoir été scolarisées. Dans mes enquêtes, j'ai remarqué que, dans le cas de patients d'expression anglophone, les tradipraticiennes faisaient appel à un « traducteur communautaire », souvent un jeune de la communauté qui, bien qu'ayant un certain bagage intellectuel, n'a pas pu trouver une place dans la fonction publique camerounaise. D'autre part, la majorité d'entre elles ont des enfants, mais affirment être célibataires ou divorcées pour des raisons de liberté morale et psychologique dans le cadre de leur mission de soin. Sur ce point, elles déclarent que certains hommes qu'elles rencontrent les considèrent comme des sorcières dès lors qu'elles leur avouent être tradipraticiennes, et préfèrent partir. Celles qui disent être mariées m'ont révélé toute la difficulté à se situer dans l'intersection entre ce travail de soin, les activités de survie (agriculture ou commerce) et les tâches au foyer. Néanmoins, la famille

---

<sup>146</sup> Pour plus d'informations approfondies, se référer au chapitre 5 de la partie 2 intitulé : prévention et thérapeutique des huit maladies infantiles locales.

constitue pour elles un soutien moral important au quotidien. J'ai d'ailleurs souvent vu leurs enfants et leur époux participer aux actions de soin et de guérison.

À côté des tradipraticiennes, on retrouve des blindeurs – une catégorie « mixte » de tradipraticiens majoritairement incarnée par des hommes – qui sont chargés du blindage des membres de la communauté. En l'occurrence, avec leurs outils de travail (lames, ongles d'animaux spécifiques, mets divers à consommer, etc.), ils rendent les corps durs et invulnérables aux maladies, au malheur. La plupart des blindeurs rencontrés emploient les expressions suivantes : « *arranger le corps, durcir le corps* » (*e kom gnoul*) Ils sont consultés par des personnes qui, ayant guéri d'une maladie, souhaitent être blindées et immunisées contre celle-ci et par des personnes saines pour des raisons de protection et de prévention contre toute maladie, tout mal. Ces « blindeurs » sont aussi des spécialistes des maladies infantiles locales et aussi « non locales ».

Les composantes des trois premiers sous-groupes (*e sae bone ou dokita bone* ; *e sae binga a mibouboum* ; et *dokita a kom gnoul*) sont ceux avec lesquels j'ai principalement travaillé dans cette étude. Dans ce qui suit, il sera question d'analyser la place et les rôles des « mamans âgées » (*e sae bone ou dokita bone*), des matrones (*e sae binga, e sae mibouboum*) et des blindeurs (*dokita a kom gnoul*) dans la médecine infantile endogène bulu.

### **1.1.1. La place des « mamans âgées »**

Mes entretiens avec ces mamans âgées, aussi désignées comme « mamans inévitables<sup>147</sup> » par les populations, ont permis de saisir le sens qu'elles donnent à leur travail : la quasi-totalité se qualifie de « choisie, dévouée, élue, messagère ». Elles comparent ce métier de tradipraticienne à une mission divine pour laquelle elles ont reçu l'onction de délivrance, de soin, de protection, de guérison de la communauté, notamment des enfants. Selon elles, tout le monde ne peut pas être oint par « l'huile des soins et de la guérison » préparée par les ancêtres qui sont eux-mêmes, en même temps, représentants de Dieu dans la communauté, médiateurs et intercesseurs entre elle et celui-ci (Dieu). Confirmant le caractère sacré, divin et « électif » du statut de tradipraticienne, une d'entre elles révèle que dans la fratrie de dix enfants dans laquelle elle est née, c'est elle que sa mère, ancienne grande tradipraticienne de la contrée, a choisie pour perpétuer son œuvre. Avant la mort sa mère, dit-elle, elle lui a indiqué que les ancêtres étaient venus lui conseiller dans ses rêves de lui léguer cet héritage de soins. Ainsi,

---

<sup>147</sup> Cette désignation s'explique par leur âge avancé (50-60 ans et plus) et par leur maîtrise des causes et des traitements de toutes les maladies infantiles.

selon elle, être tradipraticienne (entretien du 27 avril 2019 à Monavebe, canton Nlobo-Lobo), c'est :

---

*« Être une personne qui n'est pas comme toutes les autres. Une guérisseuse, c'est quelqu'un qui connaît beaucoup de choses dans la nature. Vous voyez, quand je ne suis pas ici, chez moi, et qu'il y a un corps étranger qui est entré dans ma maison sans m'avertir, je le ressens tout de suite, car mes mains commencent à me démanger... Juste ce petit exemple pour vous montrer que je ne suis plus vraiment un être humain comme tous les autres ; je le suis peut-être parce que je fais tout ce qu'un être humain fait et qui est naturel et que je suis aussi mortelle, mais, en réalité, je me sens différente... »*

---

Dans le même ordre d'idées, elle continue à étayer davantage la nature sélective de cette activité :

---

*« Ce n'est pas tout le monde qui peut être guérisseuse. C'est une grâce qui se donne. C'est quelque chose qui se prépare pendant que tu es encore dans le ventre de ta maman. Ce que je veux dire par là, c'est que je suis née dans une famille de huit enfants (cinq garçons et trois filles). Je suis la dernière-née, mais c'est moi que ma maman, qui était elle-même guérisseuse, a choisie parmi nous tous pour l'initiation. Ça fait que j'ai des choses que mes frères n'ont pas, je vois des choses qu'ils ne voient pas et qu'ils ne peuvent pas voir. Je peux dire que je vis dans deux mondes. Tenez, par exemple, ma mère m'a laissé une calebasse avec de l'eau. Ce sont les attitudes de cette eau qui m'indiquent s'il y a quelque chose de bien ou de mal qui va arriver. Quand c'est quelque chose de bien, l'eau bout toute seule ; et quand c'est quelque chose de mal, l'eau tarit toute seule et change de couleur, généralement elle devient noire. Et il n'y a que moi pour savoir lire tous ces mouvements ».*

---

De manière beaucoup plus pratique, elle continue en expliquant ceci :

---

*« Vraiment, c'est beaucoup de concentration. En fait, je sais toujours à l'avance que je serai visitée par un malade. Et quand je ressens cela, souvent je le vois dans mes rêves, je commence à m'apprêter. Je consomme beaucoup de fruits et j'arrête de manger certaines nourritures qui ne purifient pas. Je bois beaucoup d'eau et je ne m'éloigne plus trop de chez moi. Et quand enfin arrive le malade, je commence mon diagnostic. Je commence toujours par entrer en contact avec les génies en portant cette tunique de panthère que vous voyez. Pour le diagnostic du « koe ebem », qui est la forme du paludisme la plus grave et qui a même une origine assez magique pour la simple raison qu'elle affecte la rate et qu'elle est souvent aussi causée par des attaques de sorcellerie, je suis obligée de me concentrer des heures pour tenter de porter la douleur de l'enfant et de mieux la sentir. Et pour la soigner, quand les convulsions sont finies, j'appelle mes apprentis, ils portent*

*l'enfant et l'amènent vers les latrines. Une fois arrivé, on le tient par les jambes, la tête vers le bas, dans les latrines traditionnelles. Le but est que l'enfant inhale l'odeur nauséabonde des latrines. Et ces odeurs vont l'amener à soit tousser, soit exténuer et là, il reprend conscience. ».*

---

Comme cela apparaît dans ces entretiens, on ne naît pas forcément tradipraticienne, on le devient. C'est un privilège. On le devient par choix et décision des ancêtres à travers les géniteurs. Une fois choisie ou élue, on est soumise aux multiples initiations y afférentes au métier. L'objectif est de perdurer cet héritage médical ancestral. Par ailleurs, devenir tradipraticienne suppose aussi qu'on a accepté de consacrer sa vie à ceux de « l'endo-communauté » (aux siens, à son clan), et à ceux de « l'exo-communauté » (ceux éloignés de son clan). Car, en tant que mission divine, la tradipraticienne doit être à la disposition des problèmes de santé locaux et globaux.

Des informations supplémentaires au sujet du métier de tradipraticienne ont fait surface. Les personnes interrogées affirment que les tradipraticiennes sont, peu importe le type de maladies, la finalité de tout processus de guérison. Autrement dit, bien que, du point de vue des soins, la socio-culture bulu se situe à la croisée de la biomédecine et de la médecine endogène, il demeure incontestable que, selon le type de maladies, les tradipraticiennes restent un recours primordial. Pour le cas des maladies infantiles locales, même quand les mères entament une automédication avec des décoctions ou des tisanes à base d'écorces et d'herbes médicinales recueillies à proximité, elles conduiront leur enfant chez une « maman âgée » pour s'assurer de l'efficacité des soins réalisés à domicile. Les tradipraticiennes sont disponibles, et ce quelle que soit l'heure, surtout la nuit, moment de tous les dangers, où les esprits maléfiques sillonnent le village. La nuit, m'a révélé une tradipraticienne, est ce moment où se tiennent des réunions de sorcellerie pendant lesquelles on conspire pour manger des fœtus et pour empêcher leur évolution ; où les sorciers en fin de vie cherchent à accaparer les âmes pures des nourrissons et des jeunes enfants pour se renouveler physiquement.

Du point de vue de leur disponibilité, la plupart des mères avec qui j'ai mené des entretiens possédaient le numéro de téléphone des tradipraticiennes de leur entourage et des villages voisins ou lointains. Au quotidien, ces mamans âgées sont partagées entre leur foyer, les travaux champêtres et les soins. Lorsque j'assistais à une situation de soins, j'arrivais souvent plus tôt que prévu chez elles et de longues files d'attente se formaient parce qu'elles étaient encore au champ ou en forêt à la recherche de plantes médicinales. À leur arrivée, elles déposaient le lourd panier rapporté et se mettaient au travail, la santé des enfants ne pouvant

attendre. Afin de rencontrer certaines tradipraticiennes des localités éloignées, il m'arrivait souvent d'y aller à l'aurore, avant leur départ en forêt. J'ai remarqué des lampes tempête sur la devanture des portes de leur maison qui signalent aux membres de la communauté qu'elles sont disponibles au cas où une maladie grave se manifesterait dans le village.

Le rôle de ces mamans âgées concernant la santé globale des enfants dans cette zone est capital. La plupart des mères affirment que lorsqu'elles leur confient leurs enfants, celles-ci trouvent toujours des solutions de guérison définitive. Ainsi, une d'entre elles (focus group du 21 janvier 2020 à Avebe Yekombo, canton Ndou-Libi) confie que :

---

*« À chaque fois qu'un de mes enfants souffre du koé ebem, je préfère le confier à une guérisseuse, car elles ont des pouvoirs pour guérir une fois pour toutes cette maladie qui tue nos enfants ici. Mes enfants souffrent beaucoup plus de ce koé ebem si la guérisseuse spécialiste de son traitement n'est pas sur place ; à l'hôpital, on ne le soigne pas, seuls les remèdes traditionnels soignent cette maladie ».*

---

Une autre mère va dans le même sens en disant que :

---

*« J'ai un enfant qui souffrait constamment de l'ebem. Il souffrait vraiment. Quand ça a commencé, je me suis initiée à le traiter à la maison, ça n'a rien donné. Je l'ai même amené chez les vendeuses de médicaments des échoppes, ça n'a toujours rien donné. Par la suite, je me suis décidée à l'amener chez la guérisseuse spécialiste. Il s'est avéré que c'était effectivement l'ebem, et la guérisseuse a dit que c'était déjà une étape très avancée, mais qu'il ne fallait plus s'inquiéter, que l'enfant allait recouvrer la santé. Jusqu'aujourd'hui, il n'a plus jamais souffert de ça, mais d'autres maladies oui... »*

---

Une autre mère révèle un autre côté des tradipraticiennes basé sur leur magnanimité et leur absence de jugement des situations des familles. Ainsi, elle affirme que :

---

*« Moi, je pense que nous avons quand même la chance dans ce village d'avoir ces guérisseuses pour pouvoir combattre toutes ces maladies qui tuent nos enfants ici. Pour nous qui sommes pauvres et qui n'avons pas assez de moyens financiers, on se contente de consulter les guérisseuses, car elles, au moins, nous comprennent et sont moins exigeantes, contrairement aux infirmiers du centre de santé, d'après ce qu'on me dit souvent, puisque, moi, je ne pars jamais là-bas. À chaque fois qu'un de mes enfants souffre d'une maladie, je ne m'inquiète pas, même si je n'ai pas d'argent tout de suite, je peux le soigner grâce aux guérisseuses. Elles soignent*

*souvent même à crédit, parce que ce qui les intéresse, c'est la vie de l'enfant et non l'argent... ».*

---

Les mamans âgées interagissent donc fréquemment avec l'« autosoin » et l'« automédication », qui restent des pratiques essentielles pour les mères. Par « autosoin » ou « médecine domestique » (*self care*), Schmitz (2006) entend :

---

*« L'ensemble des pratiques de soins non médicamenteuses que mettent en œuvre les individus, sans qu'il ne soit fait appel à un spécialiste des soins, médecin ou guérisseur. Entrent dans cette définition : les recettes de la médecine populaire et domestique : remèdes empiriques à base de plantes et d'ingrédients naturels ; certaines pratiques plus ou moins rituelles relevant de la religion populaire : "rites dévotionnaires" fixés par la tradition ; prières de guérison, attouchement d'objets saints, recours aux saints guérisseurs... » (p. 36).*

---

« L'automédication », quant à elle, est tout d'abord la propre réponse des ménages aux problèmes de santé (Gruénais, 2004), et ensuite :

---

*« Il peut y avoir l'utilisation de plantes médicinales que l'on a à sa disposition dans sa cour ou sa concession, il y a aussi l'utilisation de médicaments dont on peut disposer dans sa pharmacie domestique, il y a évidemment le recours au pharmacien et le recours aux vendeurs ambulants de médicaments de toute nature qui proviennent de trafics divers et variés... » (ibid., p. 15).*

---

Afin d'élargir mes connaissances autour de la place des tradipraticiennes dans le cadre de la santé des enfants dans cette zone, je ne me suis pas seulement limité à interroger les membres de la communauté bulu. C'est ainsi que je suis allé à la rencontre des professionnels de santé publique (médecins, pédiatres, infirmiers, etc.) tant en milieu rural qu'urbain. L'objectif de cette extension était d'avoir un regard croisé de la place de ces tradipraticiennes tant de la part des communautés bulu, notamment les mères que ceux qui sont « théoriquement » considérés par les populations comme leurs concurrents (les professionnels de santé publique). Mes enquêtes montrent que globalement, les professionnels de santé publique ont des avis partagés à l'égard de ces mamans âgées. Certains pensent qu'elles occupent une place primordiale dans la santé des enfants dans cette zone, tandis que d'autres estiment qu'elles n'ont aucune légitimité professionnelle à exercer ce métier, car elles mettent en danger la santé des enfants parce que n'ayant aucune pédagogie médicale, et que leurs méthodes de travail sont rudimentaires et ne reposent sur aucune logique scientifique louable.

En effet, ceux qui ont des avis positifs se basent sur le contexte de pauvreté, de précarité et de désert sanitaire dans lequel sont plongées les populations, surtout en milieu rural. Dans ce contexte, les tradipratiques sont, selon eux, utiles dans la mesure où elles pallient, tant en milieu rural qu'urbain, les défaillances du système de santé. Par exemple, ils estiment que, compte tenu de l'importance des frais de consultation de certains examens liés à certaines maladies chroniques (diabète, cancer, cardiopathie, etc.), infectieuses (rougeole, varicelle, gonococcie, pneumonie, choléra, etc.) endémiques (paludisme, VIH-sida, tuberculose, hépatites virales, etc.), ces tradipratiques constituent un itinéraire préventif et thérapeutique de référence nécessaire pour les plus démunis. Ainsi, une infirmière en chef d'un dispensaire protestant de la ville (entretien du 18 janvier 2020 dans son bureau) affirme ceci :

---

*« Les tradipratiques sont importantes tant pour les maladies infantiles que pour toutes sortes de maladies dans cette ville. Tenez, par exemple, le cas des hépatites virales – et nous sommes unanimes là-dessus – : le traitement est assez long dans la biomédecine, mais court dans les tradipratiques. Juste pour vous dire que ces hépatites se traitent mieux par des produits naturels que par des produits pharmaceutiques... donc moi, je pense que les tradipratiques pour ces populations sont une habitude traditionnelle et, par conséquent, elles sont ancrées dans leurs mœurs, leurs habitudes... voyez-vous, moi-même je suis dans la santé publique mais il y a des maladies qui m'amènent souvent à y conduire mes enfants... »*

---

Par la suite, un de ses collègues pédiatre (entretien du 18 janvier 2020 dans son bureau) me confie que :

---

*« Les soins traditionnels sont utiles, car il arrive souvent que notre médecine ne satisfasse pas ces populations, notamment les souffrances des enfants ; et là, elles se retournent vers leurs tradipratiques. Si vous faites le tour de toutes les structures de soins de cette ville, vous verrez que les examens de paludisme qui dérangent beaucoup les enfants ici coûtent excessivement cher et les populations sont pauvres. On dit dans les médias que le traitement du paludisme simple, par exemple, pour les plus petits est gratuit et que c'est le président qui l'a ordonné. Or ce n'est pas vrai, vous-même vous constatez que ce n'est pas vrai... Alors, dans ce contexte où la hiérarchie décide et ici en bas on fait ce qu'on veut, que voulez-vous... chacun se débrouille donc autant qu'il peut et c'est comme ça que les tradipratiques gagnent du terrain puisque, là-bas, les consultations sont abordables... »*

---

Contrairement à ses deux précédents collègues, l'infirmier chef du PMI (protection maternelle et infantile) (entretien du 18 janvier 2020 dans son bureau) d'un centre de santé urbain qui

s'oppose à la place primordiale qu'on accorde aux tradipraticiennes dans la santé des enfants dans cette zone, me confie que :

---

*« Ces guérisseuses traditionnelles sont un véritable danger pour la santé en général et celle de nos enfants en particulier. Je n'arrive pas à comprendre comment les populations tournent le dos aux institutions hospitalières pour se rendre là-bas quand leurs enfants sont souffrants. Et pourtant, l'État met tout en œuvre pour améliorer la santé des enfants en créant des structures spécialisées pour eux. Comment comprendre qu'une mère préfère emmener son enfant dans ces lieux où les diagnostics sont mal faits, on ne sait pas sur quoi elles se basent même pour établir ces diagnostics, pire encore prescrire des posologies. De toutes les façons chacun est libre de faire ce qu'il veut de son enfant ou encore de l'emmener où il veut quand il est souffrant. Le problème c'est que souvent nous recevons ici des mères qui viennent avec leurs enfants nous disant qu'elles ont commencé à les traiter chez une guérisseuse et que ça n'a rien donné. La question qu'on leur pose souvent est que : pourquoi êtes-vous d'abord allées là-bas au lieu de venir ici ? malheureusement nous n'avons jamais de réponse... c'est triste tout ça... ».*

---

Au fond de cet entretien il ressort deux choses. D'abord, que cet infirmier est contre les guérisseuses du fait que leurs méthodes de travail, notamment leurs diagnostics n'obéissent à aucune logique scientifique ou médical établie. Par conséquent cela met en danger la santé des enfants, car avec de tel diagnostic improbable il y a de forte chance qu'on ne puisse pas diagnostiquer la maladie proprement dite. Conséquence, l'enfant ne pourra pas guérir. Ensuite, il ressort à travers cet entretien les mauvais choix qu'opèrent les mères qui se retrouvent souvent auprès des « mauvais guérisseuses » qui leur extorquent des sommes d'argent et n'ayant aucune compétence en matière de soins infantiles. Car, la plupart des mères rencontrées et qui se sont dirigées vers des « bonnes » tradipraticiennes ont toujours été satisfaites des résultats.

Après la place des tradipraticiennes, dans la suite il sera question de celle de leurs collègues matrones.

### **1.1.2. La place des matrones**

Existe-t-il des similitudes entre les mamans âgées ou mamans inévitables et les matrones dans la façon d'exercer leur métier ? Dans les pratiques ? Abega & Ossanga (2008) montrent les matrones sont des sage-femmes traditionnelles, officiellement reconnues comme telles et, au même titre que les mamans âgées. Elles sont aussi : « [...] réputées pour leurs connaissances des maladies infantiles, et sont censées les guérir une fois pour toutes. Il existe donc autour

d'elles une construction sociale qui en fait les artisans incontournables de la guérison des soins infantiles » (p. 129). Dans cette socio-culture, les matrones sont autorisées à s'occuper de la santé des femmes enceintes (*mibouboum*) et de la naissance (*abiale*) de leurs enfants (*bone*). Cependant, bien qu'elles concentrent leur travail sur tout ce qui a trait à la santé maternelle et infantile, il n'est pas exclu de les voir prescrire aux fœtus, aux nouveau-nés et aux nourrissons souffrants d'une maladie infantile biomédicale ou locale des plantes médicinales et des rites de guérison afin de les fortifier.

De nombreuses études relatives aux savoirs et aux pratiques des matrones à travers le monde, aussi bien en milieu rural qu'urbain, ont montré leur rôle central dans la santé maternelle et infantile. Ainsi, au Cameroun (Eliwo *et al.*, 2001), au Nigéria (Imogie *et al.*, 2002), au Niger (Olivier de Sardan, Moumouni & Souley, 1999), au Burkina Faso (Carton & Zerbo, 2011), au Tchad (Staderini, 2011), au Mexique et au Burundi (Koller, 2011), en Europe et en Inde du Sud (Hancart, 2011, 2011a, 2011b), en Île de la Réunion (Pourchez, 2011), en Martinique (Lavra, 2011), au Cambodge (Nikles, 2011), en Afghanistan (Sauvegrain, 2011). Toutes ont revisité un certain nombre de questions contemporaines autour de « l'art des matrones » et des naissances. Cet « art des matrones », qui n'avait pas encore été étudié dans la médecine endogène bulu, est abordé dans cette sous-partie. Pour ce faire, je mettrai tout d'abord en évidence les sources de leurs pouvoirs de guérison, leurs savoir-faire dans les soins ainsi que les techniques et les outils qui les accompagnent. Ensuite, je présenterai leurs représentations locales par la communauté. Enfin, j'exposerai les rapports qu'elles entretiennent avec leurs homologues tradipraticiens (mamans âgées et blindeurs) ainsi qu'avec le personnel des maternités modernes (sage-femmes).

Concernant les sources de leurs pouvoirs, mes enquêtes montrent que la majorité des matrones (*dokita mibouboum*), tout comme les mamans âgées, exercent ce métier après avoir vu leur propre mère ou une autre femme de leur famille le faire. Des affirmations personnelles telles que : « Toute jeune, je voyais ma mère faire accoucher les femmes à la maison », « je voyais souvent ma grand-mère soulager les femmes qui avaient des douleurs au bas ventre quand elles étaient enceintes », ou encore « je me souviens, j'ai vu la femme de mon oncle demander à une femme de se coucher sur le lit et mettre des doigts dans son vagin pour vérifier la position du bébé », étaient légions. Rares sont celles qui m'ont affirmé avoir reçu un apprentissage d'un membre de la communauté n'appartenant pas à leur famille proche. Quelques-unes ont par ailleurs déclaré avoir appris ce métier dans les hôpitaux lorsqu'elles y travaillaient avant de prendre leur retraite et de continuer à l'exercer au village. En outre, j'ai

aussi rencontré des matrones qui ont déclaré avoir été initiées mystiquement ou encore avoir reçu une onction mystique des ancêtres ou des ascendants. En somme, les sources de leurs pouvoirs sont familiales (par apprentissage) pour certaines et professionnelles (métier exercé dans les hôpitaux) pour d'autres. Aussi, ce métier de matrone requiert également une initiation dans le choix et l'usage des plantes médicinales (écorces, herbes, racines, feuilles), des rites et des parties d'animaux dans le cadre des grossesses et des naissances. C'est ainsi que certaines matrones ont révélé que, en plus d'observer comment procédaient leur mère, tante, grand-mère, elles les accompagnaient aussi en forêt quand elles allaient chercher des plantes médicinales ou quand elles soumettaient, dans une rivière, les femmes qui présentaient les caractères inféconds ou infertiles, etc. aux rites appropriés.

Quant aux savoir-faire des matrones – c'est-à-dire toutes les connaissances qu'elles possèdent, la manière dont elles les mettent en pratique (techniques) ainsi que les objets (outils) qu'elles utilisent pour garantir le bien-être, la protection des femmes, des femmes enceintes et de leurs enfants (foetus, nouveau-nés) –, ceux-ci sont fondamentalement traditionnels. Même lorsqu'une femme accouche dans un hôpital, un dispensaire ou un centre de santé, une fois au village, des soins traditionnels indispensables « post-partum » lui sont prodigués par des matrones. De mes observations, ces soins sont composés de bains (*misobane*) et de massages (*mibabane*) quotidiens à l'eau chaude (*medim meyong*) pour décoaguler le sang (*metchi*) resté dans le ventre et pour faciliter la perte du volume du ventre. Dans ces soins il y a également la consommation de mets gluants de façon à laver la saleté ou les résidus restés dans le ventre après la sortie du placenta, et la consommation de décoctions visant à fortifier le vagin, etc. Le savoir-faire des matrones, en liaison avec celui des maternités modernes, a deux fonctions. La première consiste à protéger le foetus, à le fortifier et à garantir son évolution jusqu'à son terme. La deuxième est de garantir la fécondité de la femme, les soins de chaque grossesse préparant déjà le corps à en recevoir une autre ; de fortifier sa flore ; de renforcer son corps, car, en accouchant, elle s'affaiblit physiquement, moralement et psychologiquement.

Dans cette médecine infantile endogène, l'un des points importants a trait à la gestion du placenta (*essok*), qui détermine le bon déroulement des futurs accouchements. Les matrones sont alors chargées d'enterrer discrètement ce placenta dans un endroit sécurisé et difficile d'accès. En l'occurrence, elles se rendent généralement dans un de ces trois endroits pour procéder à cette opération : les fosses d'aisances (*eduk*), la cacaoyère (*afup keka*) et au pied de bananiers (*atchine ekone*). J'ai eu l'occasion d'appréhender la symbolique de ces trois

endroits dans le contexte de la reproduction et de la protection contre le mal. Ainsi, le bananier est le symbole de la reproduction en raison de son feuillage qui est toujours verdoyant (signe de régénérescence), toujours frais (signe de vitalité) et de ses rejetons qui poussent rapidement (signe de reproduction rapide). Quant aux fosses d'aisances et aux cacaoyères, ce sont des symboles de protection : les premières sont le réceptacle des déchets humains familiaux ou claniques, communautaires ; et les secondes sont la loge des ancêtres défunts, des génies, totems et autres esprits protecteurs de la famille, de la communauté. Concernant particulièrement les fosses d'aisances, il faut comprendre que dans cette socio-culture, tout comme dans les autres socio-cultures Beti, la famille, unité sociale et culturelle, doit disposer d'espaces privés où tous les membres vont déposer leurs déchets, la cohésion familiale se manifestant aussi à travers cet acte culturel. Jeter un placenta dans ces fosses d'aisances le met en sécurité et contribue à la cohésion et à la perpétuation du cercle familial parce que les déchets sont aussi une partie de chaque membre qui se déverse à l'extérieur. En déposant ces déchets, il est fort probable qu'ils soient aussi porteurs de pouvoirs de toutes sortes.

Du point de vue des grossesses, même si les soins des femmes enceintes incombent à la biomédecine (hôpital, dispensaire ou centre de santé) et à la médecine endogène, les matrones interviennent toujours en amont (premiers soins traditionnels) et en aval (soins traditionnels post-partum). Cela implique que les femmes enceintes ne se rendent généralement à l'hôpital ou au centre de santé (quand il y en a) que pour réaliser des examens plus approfondis dans le cadre du suivi de leur grossesse, pour accoucher ou encore pour faire des vaccins. Certaines femmes enceintes (celles qui sont particulièrement démunies) affirment être allées à l'hôpital seulement pour accoucher, estimant que, pour cet acte, le recours à une matrone n'est pas fiable. En tous les cas, la majorité d'entre elles ne voient pas de différence entre les « sage-femmes » de la ville et les matrones traditionnelles, hormis le fait que les premières utilisent des méthodes et techniques de consultation modernes.

Les représentations locales des matrones font état d'une appellation spécifique locale qui indique culturellement leur valeur aux yeux de la communauté : celle de « *Beta mvolo miboumboum* ». Dans ce groupe de mots, « *Beta* » signifie « incontournable », « inévitable », « indispensable », « ce sans quoi » ; « *Mvolo* » correspond à « aidant », « soutenant », « disponible », « accompagnant » ; « *Miboumboum* », pluriel de « *Mbouboum* », renvoie aux femmes enceintes et s'oppose à « *Megnong aboum* » (nouvellement enceinte), « *Ndou aboum* » (moment de la grossesse proche de la délivrance) et à « *Nkokom* » (femme inféconde

ou infertile). Si leurs homologues, « mamans âgées ou mamans inévitables », s'occupent des maladies infantiles biomédicales et locales, les matrones sont les spécialistes incontournables des grossesses, des accouchements et des naissances, surtout dans les milieux ruraux extrêmement enclavés et éloignés de la ville qui font face à un manque de centres et de professionnels de santé qualifiés (infirmiers, etc.).

Les matrones sont également sollicitées pour des questions relatives au col de l'utérus, à l'évolution du fœtus, du nouveau-né, aux hémorragies pré- et post-partum, aux déchirures pendant la grossesse, aux ruptures utérines, aux décès des bébés, aux bébés qui ne bougent pas dans le ventre, au manque d'appétit de la femme enceinte, aux mets et décoctions pour rendre la peau de l'enfant claire. Elles peuvent déterminer le sexe de l'enfant, le jour et l'heure de sa naissance. Sans oublier qu'elles sont capables de préparer le périnée pour l'accouchement, d'empêcher la survenue de contractions douloureuses et longues, de conseiller sur l'alimentation et d'enseigner les interdits dans la communauté. Toutes ces choses peuvent, quand elles ne sont pas observées scrupuleusement, avoir un impact négatif sur la grossesse, son évolution et sur la femme elle-même.

Un autre rôle important de la matrone dans cette socio-culture est la recommandation de prières aux femmes enceintes en tant que quête de santé et de bien-être. Comme les matrones ne peuvent assumer à elles seules cette finalité, il faut aussi associer à leurs pouvoirs celui des prières soit vers Dieu créateur du ciel et de la terre, soit vers les entités spirituelles (ancêtres, génies, fétiches, totems, etc.). Dans ce contexte particulier et difficile de grossesse, d'accouchement et de naissance, où la femme se situe entre la vie et la mort au regard des épreuves qu'elle traverse (perte de sang, transformations physiques, observation de divers interdits, malaises et maladies diverses, etc.), la prière est un symbole qui incite à remettre sa confiance à Dieu et aux entités spirituelles. Selon les matrones, prier garantit tout autant la santé et le bien-être des femmes enceintes que les écorces et les herbes médicinales prescrites. Invoquer Dieu et les entités spirituelles à travers les prières est une grâce.

Dans ce contexte particulier (l'exhortation aux prières), des études diverses ont été menées dans des contextes spécifiques. Bien que le sujet des femmes enceintes et des prières n'y soit pas développé, est analysé le rôle de la spiritualité (Dieu, ancêtres, fétiches, totems, génies, etc.) dans le contexte de la santé et de la guérison. Quelques-uns de ces écrits, qui ne traitent pas seulement de l'Afrique, permettent de mieux comprendre ce lien (Rivers, 1924 ; Zempleni, 1977 ; Mallart-Guimera, 1981 ; Tonda & Kouvouama, 1990 ; de Rosny, 1992 ; Tonda, 1992, 2002 ; Ter Haar, 1996 ; Dorier-Apprill, Kouvouama & Apprill, 1998 ; Hebga,

1998 ; Monteillet, 1998, 2006 ; Rocchi, 1999 ; Gruénais, 2004 ; Mbonimpa, 2005 ; Schmitz, 2006 ; Rossi, 2007, 2008 ; Menick, 2010 ; Kabassele Lumbala, 2011 ; Kouvouama, 2016 ; Seraphin, 2016 ; Guitard & Van Beek, 2017 ; Sariette & Batibonak, 2017, etc.).

Les recherches spécifiques à l’Afrique subsaharienne mettent notamment en lumière que les prières et les reliques (traditionnelles et modernes) dédiées à Dieu, aux ancêtres, aux génies et aux totems constituent des moyens pour prévenir, soigner et guérir les maladies. Car, il existe un lien « organique » entre religion et guérison (Gruénais, 2004) et que la religion peut guérir tout autant que la médecine, car « le médecin, comme le religieux dit la norme, donne les « bons conseils », tente de modifier les comportements néfastes et connaît, mieux que le patient [...], le sens à donner à leur vie » (p. 31). Kouvouama (2016) et Tonda (1992) ont respectivement apporté leur contribution sur cette question du lien entre religion et guérison en Afrique subsaharienne. Kouvouama aborde cette question en prenant pour exemple le centre thérapeutique matsouaniste où s’élabore une production de la croyance et du don de la guérison. Tonda quant à lui met en évidence le concept de « traitement religieux » qui signifie quatre choses :

---

*« (a) le fait de soigner, de dispenser des soins définis comme religieux dans un cadre présenté comme religieux par des spécialistes revendiquant leur caractère religieux. Il s’agit donc de considérer ici le terme traitement religieux dans le sens de cure religieuse distincte en cela de la cure médicale ou de toute autre manière de soigner ; (b) le fait de produire et d’imposer un discours présenté comme religieux sur les moyens ou les pratiques non seulement de la cure religieuse, mais aussi de la cure relevant d’autres domaines ; (c) le fait de produire un discours défini comme religieux sur les causes et les origines [...] de la souffrance ; (d) le fait de considérer la cure et le discours religieux sur la souffrance comme des séquences caractérisant les usages religieux du corps souffrant [...] ce que nous appellerons le “traitement religieux (ou chrétien) du corps souffrant” a pour conséquence de faire entrer les spécialistes religieux de la guérison dans le champ des pouvoirs : un champ où le caractère irréductiblement symbolique du corps rend problématique toute tentative de séparation de ce que les théologies chrétiennes constituent comme religion “pure”, avec ce que par ailleurs, ces mêmes théologies peuvent définir comme magie. Autrement dit, parce que le corps, et particulièrement le corps souffrant, incarne les pouvoirs du sorcier ou des nganga (tradipraticiens) et en porte souvent les stigmates en cas de maladie, le traitement religieux du corps souffrant expose les pouvoirs chrétiens de guérison à tous les risques de compromission avec des pouvoirs considérés comme magiques. » (pp. 76-77).*

---

Entre l’Afrique subsaharienne et l’Europe, il n’existe pas de différence fondamentale concernant l’intervention de faits religieux et spirituels dans le contexte de soin et de

guérison, mais plus certainement dans les pratiques. C'est dans cette optique que Schmitz (2006) montre que toutes les sociétés connaissent ainsi des pratiques thérapeutiques plus ou moins associées à des croyances religieuses. Selon lui, dans les sociétés dites « traditionnelles », « [...] il n'est d'ailleurs jamais facile de démêler le médical du rituel. Le guérisseur ne s'y distingue guère du prêtre et le bien-être du corps n'y est jamais totalement coupé de celui de l'esprit... » (*ibid.*, p. 7). De plus, il montre qu'au temps où l'Église catholique reconnaissait la médiation des saints auprès de Dieu comme un moyen légitime de vivre sa foi et dispensait, par la même occasion, des réponses religieuses aux demandes individuelles des laïcs touchés par le malheur tant économique que biologique (par la distribution d'onctions aux malades, d'eau et de sel bénits). Il précise que : « le discours religieux était alors sur le même pied d'égalité que le discours médical et le prêtre était reconnu par ses paroissiens comme le détenteur d'un pouvoir thérapeutique qui, dans certaines circonstances, l'assimilait aux guérisseurs » (pp. 42-43).

Chaque entité joue un rôle pour la santé des mères et de leur nouveau-né. C'est pourquoi chacune d'elles doit être invoquée de façon complémentaire. Ainsi, Dieu (*Zambe, Mbondé si, Nkom bot, Ntondo obe*), créateur de toutes choses, règne, commande et contrôle les activités des autres entités (ancêtres, génies) et leur donne des pouvoirs à transmettre aux hommes qui sont destinés à les protéger et à rendre leur vie meilleure. Les ancêtres (*Beyem*), en tant que « Voie » (Falgayrettes, 1986) et « *Elders in Africa* » (Kopytoff, 1971), sont ceux à travers qui elles (les mères) sont venues sur Terre. Ils sont leurs dieux sur Terre, la lampe qui les éclaire quand elles sont égarées. Enfin, les génies et les totems (*goulmelan, mikouk*), en tant qu'« objets-personnes » (Heinrich, 1993) du fait qu'ils peuvent communiquer avec les humains, sont des forces spirituelles symboliques laissées par les *Beyem* (ancêtres) afin de protéger la communauté. Ils sont les garants invisibles de la paix (*mvoe*), de l'harmonie (*mvoe a bot*), de la solidarité (*nlem woua*) et de la bonne santé (*mvoe misone*) dans la communauté.

J'ai choisi quelques entretiens parmi ceux menés avec des femmes enceintes (nouvellement enceintes, enceintes de plusieurs mois, prêtes à accoucher ou ayant accouché) afin d'appréhender leur usage des prières adressées à Dieu et aux entités spirituelles pour des raisons de santé et de guérison. J'ai pu obtenir trois entretiens par catégorie de femmes enceintes<sup>148</sup>. La majorité des femmes nouvellement enceintes (30)<sup>149</sup> déclarent être allées

---

<sup>148</sup> Afin de rencontrer ces femmes enceintes, je me suis rapproché des chefs des 16 groupements que compte la zone de Sangmélima, lesquels se sont chargés de relayer l'information dans leur circonscription administrative respective à l'aide de leurs canaux de communication (notables, conseillers de la cour, etc.).

<sup>149</sup> Ce chiffre représente le nombre de femmes nouvellement enceintes interrogées.

consulter un prêtre ou un pasteur qui leur a annoncé qu'elles venaient de tomber enceintes et avoir ensuite accompli des neuvaines pour rendre gloire à Dieu de cette grâce qu'il leur a accordée. La plupart d'entre elles révèlent avoir trouvé les neuvaines spéciales et efficaces. D'autres énoncent que le prêtre ou le pasteur leur a demandé de prier tout le temps, de se rendre constamment à l'église, de faire régulièrement des pénitences, de participer à des retraites spirituelles afin de maintenir la bonne évolution de leur grossesse et de se protéger des esprits maléfiques mangeurs de fœtus et de toute situation susceptible de nuire à elles et à leur fœtus. D'autres encore déclarent avoir déjà été ointes d'huile spirituelle et avoir reçu de l'eau bénite à utiliser constamment dans l'eau du bain et à asperger dans la maison avant de dormir.

Concernant les femmes enceintes de plusieurs mois (20)<sup>150</sup>, la plupart reconnaissent, dans le but de préserver leur santé et celle de l'enfant qu'elles portent ainsi que de se protéger de toute maladie, avoir déjà adressé, de jour comme de nuit, des prières à leurs ancêtres défunts, aux génies et totems de la famille. Elles expliquent être allées, durant plusieurs semaines, sur la tombe d'un ancêtre, s'y être agenouillées et lui avoir demandé du soutien, de l'aide et des protections diverses. À l'issue de cet acte symbolique, elles précisent que l'ancêtre est apparu dans leurs rêves pour venir prescrire les recommandations à observer pour leur santé et celle de leur enfant : des potions à base d'écorces et d'herbes médicinales protégeant contre les maladies, les maux et les esprits maléfiques.

Enfin, la majorité des femmes ayant déjà accouché (15)<sup>151</sup> déclarent avoir adressé des prières à Dieu créateur de toutes choses et aux ancêtres, génies et totems de la famille pour atteindre une santé optimale.

Concernant l'attitude de ces trois types de femmes à l'égard des matrones, les femmes nouvellement enceintes déclarent se rendre à l'hôpital pour des suivis de grossesses, mais que, pour le reste, elles s'en remettent aux matrones qui leur prescrit des décoctions à base d'écorces et d'herbes médicinales. Notamment, des tisanes, des purges à faire, des rites dans l'unique but de préserver et de protéger le fœtus et de lui permettre d'évoluer normalement.

Les femmes enceintes de plusieurs mois déclarent – en plus d'avoir reçu des prescriptions multiples de la part des matrones tout au long de l'évolution de leurs précédentes grossesses – avoir accouché au village, sur un lit au domicile d'une matrone. Étant donné la distance entre le village et le premier centre de santé, après l'accouchement elles ont été conduites à

---

<sup>150</sup> Ce chiffre représente le nombre de femmes enceintes de plusieurs mois interrogées

<sup>151</sup> Ce chiffre représente le nombre de femmes ayant déjà accouché interrogées

l'hôpital en ville pour d'autres soins. Dès les premières douleurs des contractions, elles ont été prises en charge par une matrone qui leur a fait boire des tisanes pour atténuer leurs douleurs. Aussi, elles déclarent avoir accouché avec peu de douleurs, car durant leur grossesse, elles ont consommé des décoctions à base d'écorces et d'herbes dédiées à rendre leur périnée beaucoup plus souple.

Quant aux femmes ayant accouché, elles déclarent n'avoir pas ressenti de difficultés particulières pour cela du fait du suivi par la matrone. Aussi, depuis qu'elles ont accouché, la matrone continue à leur prescrire des purges à base d'écorces et d'herbes médicinales ; des mets gluants pour nettoyer les résidus de placenta et de liquide amniotique restés dans le ventre ; des lavements et des massages à l'eau chaude pour tonifier à nouveau le corps qui a souffert pendant neuf mois ; et certaines interdictions à observer pour elles-mêmes et pour le nouveau-né, notamment certaines nourritures à ne pas consommer pour une bonne qualité du lait maternel.

Je ne me suis pas limité à l'analyse des représentations de la figure de la matrone par ces trois catégories de femmes. J'ai élargi mon champ de recherche afin de comprendre les rapports que les matrones entretiennent avec les sage-femmes et avec les responsables des maternités des institutions sanitaires modernes de l'arrondissement (hôpitaux, dispensaires, centres de santé ruraux et urbains, etc.). À cette fin, j'ai parcouru les huit aires de santé (AS) qui constituent le district de santé de Sangmélima à la rencontre des dix sage-femmes des services de maternité.

La majorité de ces services de maternité se trouvent en milieu urbain. En milieu rural, ces services existent (quand il y a un centre de santé), mais les soins qui y sont offerts ne sont pas toujours de qualité du fait que les infirmiers qui en ont la charge ne sont pas toujours spécialement formés pour cela. Sur les dix responsables (sage-femmes principales) des services de maternité interrogés dans chaque institution sanitaire urbaine, y compris les huit responsables (sage-femmes spécialisées ou non, infirmières) des centres de santé intégrés (CSI) qui constituent les huit aires de santé, la majorité déclare collaborer avec les maternités traditionnelles dans une logique de complémentarité (échange d'informations relatives aux femmes enceintes des zones reculées et enclavées, etc.).

Ce d'autant que la plupart des matrones, comme l'explique la sage-femme de l'hôpital de district, participent souvent aux séminaires pratiques que l'hôpital organise et que celles qui ont été formées par l'hôpital gardent des liens quand elles partent en retraite. Ainsi, les

matrones peuvent recommander des femmes enceintes aux sage-femmes dans le cas de situations auxquelles elles ne sauraient apporter de solutions (grossesse qui nécessite une césarienne), et réciproquement. Sur tous les actes et initiatives relatifs à la maternité – les 35 à 40 accouchements par mois de l'hôpital de district, les rendez-vous fixés par la maternité à tout type de femmes, les causeries éducatives afin de sensibiliser sur les grossesses précoces – , cette même sage-femme me révèle qu'il est difficile de dire le nombre de fois qu'une matrone (venant d'un village proche ou éloigné ou vivant en ville) a été sollicitée pour apporter son savoir-faire.

Sur les dix responsables des services de maternité interrogés, six sont originaires de la région du Sud et sont bulu. Ces personnes accordent une importance aux soins traditionnels pendant et après une grossesse. Dans les milieux ruraux, la majorité des sage-femmes ou infirmières reconnaissent leur complémentarité avec les matrones. Cependant, elles déclarent que les femmes enceintes ne les consultent pas suffisamment, sauf lorsque des campagnes de vaccination sont annoncées. Certaines sage-femmes affirment avoir déjà fait, dans l'urgence, appel à des matrones dans des situations où une femme du village ne pouvait se rendre en ville accoucher. Dans ce genre de situations d'accouchement en milieu rural pauvre et enclavé, surtout quand l'infirmière n'est pas spécialiste de la maternité et lorsque la sortie de l'enfant devient complexe, les matrones sont incontournables.

Dans ce qui suit, j'aborderai la place et le rôle d'un autre type de tradipraticiens : les blindeurs.

### **1.1.3. La place des blindeurs**

Comme les mères âgées et les matrones, les blindeurs (*mpwelé bot*) occupent une place importante dans cette médecine infantile endogène bulu. Grâce à l'aide des deux premières avec qui les blindeurs collaborent au quotidien, j'en ai identifié seize dans cette zone, dont douze hommes. « Blinder » (*mpwélé*) « pratiquer le blindage » (*mpwelane*) sur un enfant va bien au-delà de la simple protection ou prévention contre une force venant de l'extérieur. Cet acte symbolique consiste à rendre son corps dur comme le marbre, moins vulnérable et difficile à attaquer par les maladies, les maux ou les esprits maléfiques. Le blindage a pour objectif principal le « *mbanane* », c'est-à-dire mettre l'enfant à l'abri de toute force extérieure maléfique, capable de l'atteindre et de nuire à sa santé. Pour ce faire, le blindeur recourt à des bracelets traditionnels, des amulettes, au port de ficelles et effectue des scarifications par des lames ou des griffes d'animaux spécifiques. Les blindeurs peuvent, en outre, être consultés

par des adultes. Soit qui, après avoir été malades, souhaitent être immunisés, soit qui sont sains en vue d'être protégés contre toute maladie.

Concernant le blindage des enfants en particulier, cette pratique, hormis la protection contre les maladies, les maux et les forces maléfiques, trouve notamment son sens dans la « construction » de « l'être-monde ». Cette volonté communautaire qui émane des ancêtres et des génies veut que tout enfant en bas âge soit préparé au monde de demain, extérieur à celui dont il est le reflet, et qu'il devienne un adulte honorable, difficile à atteindre physiquement, socialement et mystiquement. En bulu, cette volonté, dont le blindeur n'est que l'intermédiaire ou le messager, est concentrée dans l'adage : « *e kom mone, e yanle mone* », c'est-à-dire faire éclore – à travers les scarifications, les lavements dans des récipients spécifiques (*etok*) à des heures précises – toutes les étoiles qui sommeillent en un enfant.

Il est important de signaler ici que le blindage n'a d'influence positive sur l'enfant qu'à travers l'homme (sexe masculin), considéré, dans cette socio-culture fondamentalement patriarcale, comme celui qui détient la parole, l'autorité de la bénédiction, de la construction humaine. D'ailleurs, un adage communautaire dit ceci : « *minga a kom ki mone ve da a ba'ale nye* » (la femme ne construit, ne bâtit et ne prépare pas un enfant, mais le protège tout de même). Selon les blindeurs, l'homme n'est pas le seul qui protège, mais il est le seul qui a le pouvoir de garantir à l'enfant un avenir prometteur par sa parole et ses actes sacrés, car c'est lui qui est la première source de vie, qui porte les germes de la vie, la femme étant la seconde source en tant que réceptacle et donatrice de la vie, ce qui explique la prédominance des hommes dans cette activité de blindage. D'ailleurs, de mes entretiens avec les blindeuses, elles reconnaissent qu'elles sont souvent consultées, mais que les populations conduisent plus fréquemment leurs enfants auprès de leurs homologues masculins.

En ce qui concerne la source de leurs pouvoirs, tout comme les mamans âgées et les matrones, la majorité des blindeurs exercent ce métier parce qu'ils en ont hérité (de leur propre mère ou d'un autre membre de leur famille proche) et qu'ils y ont été initiés. Pour blinder un enfant contre une maladie locale, il faut bien connaître cette maladie pour qu'il n'en souffre plus jusqu'à sa mort. La plupart du temps, les maladies sur lesquelles ils interviennent sont celles récidivantes et chroniques. Certains blindeurs déclarent que le corps humain est constitué de parties spécifiques où passent les maladies. C'est donc en ces endroits qu'ils accomplissent les actes de blindage (scarifications) pour fermer définitivement les portes d'entrée de ces maladies dans le corps, surtout dans le cas d'une maladie contagieuse.

Afin d'appréhender ce que représentent véritablement les blindeurs dans la médecine infantile endogène bulu, je me suis rapproché des membres de la communauté (hommes, femmes et personnes âgées) ayant vécu une expérience de blindage et s'étant impliqués dans cette médecine. Ainsi, aux yeux des mères, les blindeurs sont des « spécialistes du corps », car ils maîtrisent son fonctionnement et connaissent les parties du corps à travers lesquelles les agents pathogènes s'introduisent (les points méridiens). Pour les autres membres de la communauté, ils sont considérés comme « des génies du corps humain » dotés d'un savoir ancestral dédié à immuniser le corps de toute force maléfique et à faire passer de l'ombre à la lumière ce qui était caché ou qui n'était pas vu. Selon la communauté, les blindeurs sont aussi les « éveilleurs des vies », c'est-à-dire ceux qui préparent à l'avenir à partir d'éléments qu'ils implantent dans le corps. Cela étant, un blindeur m'a révélé que le blindage a deux aspects. L'un est visible (scarifications, rites de protection, lavements à base d'écorces et d'herbes, etc.), l'autre est invisible (leurs interactions avec les ancêtres et les génies).

En outre, certaines mères déclarent que leurs enfants souffraient constamment de certaines maladies infantiles biomédicales ou locales et que, une fois conduits chez un blindeur, ils n'en ont plus souffert. D'autres déclarent que le blindage est une nécessité pour leur communauté qui se caractérise par la présence de forces maléfiques visibles et invisibles de toute sorte. Les autres membres des communautés (hommes, femmes et vieillards) m'ont affirmé que, outre les maladies infantiles biomédicales ou locales dont ils ont souffert dans leur enfance, ils tombent rarement malades, car ils ont été blindés dans leur jeunesse ou pendant leur adolescence contre toute force extérieure. D'autres encore sont certains qu'ils ne mourront pas d'une maladie ou d'un sort et que seul Dieu pourra décider de leur départ de ce monde. Même en période de grandes épidémies (choléra) et pandémies (Covid-19), ils ne s'inquiètent pas parce qu'ils savent qu'ils sont à l'abri.

Les rapports que les blindeurs entretiennent avec leurs homologues tradipraticiens (mères inévitables et matrones) sont fondés sur la collaboration et la complémentarité. L'union de leur force est en effet nécessaire dans la mesure où les forces du mal s'unissent également. Tous utilisent la « divination » comme moyen de diagnostic et des écorces, des racines, des feuilles et des herbes médicinales ainsi que des rites comme moyen de guérison et de prévention.

Abordons maintenant la place des mères.

## 1.2. Les mères

Les mères (*be gnia*) font également partie intégrante des acteurs de cette médecine infantile endogène bulu. Elles sont les intermédiaires entre les tradipraticiens et leurs enfants. Elles interprètent et traduisent le ressenti de ces derniers, car l'enfant, souffrant et ayant une expression orale encore peu développée, n'est pas en mesure de le faire.

À partir des récits de vie recueillis auprès des mères, j'ai identifié deux principaux rôles qu'elles jouent lors d'une relation préventive et thérapeutique : un rôle maternel et un rôle d'intermédiaire culturel. Le premier s'instaure exclusivement entre elles et leur enfant, tandis que le second fait également intervenir les tradipraticiens et les autres acteurs de la médecine infantile endogène. Ce dernier rôle inclut des sous rôles, notamment les rôles de médiation, d'interprétariat et de co-tradipratique.

Comme certains l'ont étudié ailleurs, par exemple Fucci (2020) en contexte italien, les mères, quel que soit l'âge de leurs enfants, oscillent entre une position de reconnaissance de leur capacité à interagir avec le pédiatre et une position de protection de leurs enfants qui, selon elles, ne disposent pas de compétences linguistiques et relationnelles suffisantes pour communiquer efficacement sur les symptômes et les événements. D'autres auteurs (Aronsson & Rundstrom, 1988 ; Alderson & Montgomery, 1996 ; Bath, 2013 ; Carter, 1998 ; Christensen, 1998 ; Clark, 2004, 2005, 2011 ; Clarck *et al.*, 2003 ; Coyne, 2008 ; Mayall, 2005, etc.) ont également abordé cette question, mais dans d'autres contextes et en retenant certains âges d'enfants. Fucci (2020) attribue aux mères le rôle d'« *advocacy* », c'est-à-dire de « soutien », d'« accompagnatrice » de leur enfant, tandis qu'Aronsson & Rundstrom (1988) montrent que, dans cette relation préventive et thérapeutique, les mères jouent le rôle d'« intermédiaires culturelles ». Quel que soit le rôle qui leur est attribué, sans elles, la relation préventive et thérapeutique ne pourrait produire de résultat positif, car la réussite d'un diagnostic et l'espoir de guérison dépendent de la manière dont sont exprimées les douleurs et les souffrances (Gaudillière, 2008).

### 1.2.1. Le rôle maternel

Trois aspects caractérisent la maternité dans cette zone. D'abord, la maternité est un domaine de la biomédecine, proche de la pédiatrie, qui se charge des soins de santé et du bien-être de la mère et de l'enfant. Ensuite, il s'agit de la période qui s'étend de la grossesse jusqu'à la vieillesse, car dans cette socio-culture, l'enfant (mort ou vivant) reste toujours un enfant aux yeux de sa mère, quel que soit leur âge respectif. Enfin, la maternité est un cadre d'expression

de la bienveillance et de la bienveillance (*advocacy*) envers l'enfant. Sur ce point d'ailleurs, dans cette socio-culture, une mère ne doit jamais tenir de propos malveillants envers son enfant, encore moins porter atteinte à son physique. En tant que déesse (*nane*) sur terre pour tout enfant, tout acte qu'elle accomplit et toute parole qu'elle prononce peuvent soutenir l'enfant comme lui porter préjudice. C'est pourquoi la mère est désignée par « *ntout* », celle qui doit avoir un cœur tendre et fort, qui endure des peines, qui relativise les événements de la vie.

De ces trois aspects qui caractérisent la maternité, seuls les deux derniers correspondent au rôle maternel, puisqu'ils situent les mères par rapport à leur enfant dans le cadre des dispositions culturelles auxquelles elles sont soumises. Le premier aspect ne cadre pas véritablement avec ce rapport culturel, mais instaure un rapport plutôt de nature « institutionnelle », mère et enfant étant tous deux soumis aux exigences sanitaires de l'institution hospitalière et entretenant avec cette dernière, à travers la maternité comme service de soins de santé qui leur est dédié, des rapports de santé et de bien-être.

Dans la socio-culture bulu, la mère est au service de l'enfant, car ici l'enfant est d'abord celui de la femme avant d'être celui de l'homme (*mone ane ve gnia*). Elle est en même temps ses yeux, ses oreilles et son cœur. La mère accompagne son enfant lors de ses premiers mots et premiers pas ; elle est au centre de son épanouissement et du développement de tous les stades de son évolution. En somme, elle est capable de donner sa propre vie pour son enfant, comme le disent les Bulu : « *gnia a wou a bouta'ane mone* ». La plupart des mères sont fières de l'être et estiment qu'il s'agit d'une grâce divine. Ce rapport de maternité va plus loin encore dans la mesure où la majorité d'entre elles révèlent que, avec le temps, leurs enfants deviennent le centre de leur vie, au détriment de leur mari. Elles élèvent et protègent leur enfant au moyen d'attentions multiples (allaiter, bercer, laver, habiller, nourrir, porter au dos, etc.). L'enfant, en retour, leur permet d'acquérir un statut particulier au sein de la communauté (qu'elles soient mariées ou non). Leur contribution à la perpétuation de la lignée de leur époux, du clan et de la communauté fait qu'elles sont respectées et qu'elles possèdent un pouvoir de parole. Ce rapport privilégié avec leur enfant n'exclut pas que les mères entretiennent d'autres relations : notamment avec les entités spirituelles (les ancêtres, les génies et les totems) en contact avec leurs enfants.

En mentionnant que dans cette socio-culture l'enfant est d'abord celui de la femme avant d'être celui de l'homme, il n'est pas question ici de remettre en question la paternité des pères

confirmé juridiquement, encore moins leur rôle social, culturel et pédagogique à l'égard de l'enfant. Il s'agit tout simplement, en m'appuyant sur mes enquêtes, de montrer que les tâches sont culturellement partagées tant dans la société (comme je l'ai montré plus haut sur les soins infantiles qui sont l'apanage des mamans âgées) bulu que dans les foyers. L'ordre culturel établi étant au-dessus des individus, pendant que les pères vaquent au quotidien à leurs occupations génératrices de revenus afin de mettre leur famille à l'abri du besoin, les femmes quant à elles sont tout prêt des enfants et assurent les travaux domestiques. Même si cette socio-culture n'est pas à l'abri des mouvements d'acculturation ambiants qui impactent considérablement les cultures et les sociétés, la culture bulu reste rigoureuse dans le contexte de la division des tâches entre les hommes et les femmes. Concernant le domaine médical, par exemple, de mes enquêtes je me souviens avoir rencontré très peu d'hommes aux consultations chez les tradipraticiennes. C'étaient toujours les mères et les enfants. Les raisons données par les mères rencontrées au sujet de ces absences de leurs compagnes étaient toujours celles des occupations, des déplacements, etc. Quand bien même le père venait, ce dernier repartait quelques minutes plus tard, puis revenait à la fin de la consultation chercher sa famille. Sans pourtant remettre en cause ces raisons, paradoxalement j'avais rencontré des mères enseignantes ou encore commerçantes qui étaient venues avec leur enfant malade ayant sacrifié des journées de travail et de vente. Tout cela démontre du pouvoir inexplicable du lien mère-enfant dans cette socio-culture, tout comme dans d'autres sociétés africaines.

Ce lien mère-enfant renvoie à la « pratique du maternage » (Falta, 2008), qui est définie par le *Dictionnaire de la réadaptation*<sup>152</sup> comme « l'ensemble de soins corporels donnés à une personne dans un climat protecteur et affectif qui évoque le comportement d'une mère à l'égard de son enfant ». Cet « art d'être mère », propre à chaque socio-culture, assure au nourrisson les soins et la protection nécessaires à sa survie. Référent au maternage revient à montrer comment les mères développent elles-mêmes des compétences pour le bien-être de leurs enfants. Dans cette socio-culture, le maternage est constitué de rites ancestraux (de protection, de croissance, de passage, etc.) dédiés à l'enfant et auxquels participent impérativement les mères. Mes enquêtes montrent que la naissance est considérée comme un rite de passage du monde des ancêtres (perçus comme des dieux par la communauté) à celui des vivants, de sorte qu'il est nécessaire que les rites soient employés pour accueillir l'enfant dans ce nouveau monde qu'est la communauté et pour empêcher qu'il retourne d'où il vient. Les actes rituels constamment observés, notamment la conservation du cordon ombilical,

---

<sup>152</sup> Définition à retrouver sur : <http://www.med.univ-rennes1.fr/sisrai/dico/>

l'enterrement du placenta, le choix du nom, la cérémonie de baptême, etc., protègent l'enfant au quotidien et assurent sa survie dans la communauté. Car, il est considéré comme un être fragile, non encore véritablement intégré dans la communauté, puisqu'appartenant à deux mondes (celui des ancêtres et des vivants). La mère joue également le rôle d'intermédiaire culturelle (qui se décline en interprétariat et co-tradipratique). Ce rapport d'intermédiaire culturelle porte le sceau social et culturel du rapport de maternité dans le sens où les mères sont au service de leur enfant avec abnégation, équilibre et souplesse, trois priorités essentielles conditionnant ce rapport et ses déclinaisons.

### **1.2.2. Le rôle d'intermédiaire culturelle**

Les mères ont pour rôle d'intermédiaire culturelle, l'interprétariat et d'autres fonctions contribuant à la bonne santé de leurs enfants, notamment celle de co-tradipratique où, en tant qu'« actrices de soins désignées » par les tradipraticiennes lors des situations de soins, elles « alertent » sur leurs maladies. Dans ce contexte de relation préventive et thérapeutique qui met en scène les tradipraticiennes, les enfants et leurs mères, Latifa (2001) indique que l'interprétariat n'a qu'un seul but : soutenir l'enfant dans ses difficultés langagières, sociales et culturelles. Dans cette socio-culture, lorsqu'un enfant est malade, sa mère va alors écouter et observer attentivement toutes les expressions corporelles (cris, pleurs, mimiques, timidité, pâleurs, mouvements multiples, etc.) qui traduisent sa douleur, puis elle transmettra son interprétation à la tradipraticienne. Ayant assisté à ce type de consultation, j'ai remarqué qu'en certains moments, il est difficile de distinguer qui de la mère ou de l'enfant est réellement souffrant. La mère, dans ce rôle d'interprète, s'identifiant particulièrement à son enfant souffrant, ressentant avec beaucoup d'acuité ses douleurs afin de les signifier parfaitement à la tradipraticienne. Les mères sont réellement écoutées par les tradipraticiennes, ce qui crée un climat de confiance entre les deux parties. Les tradipraticiennes, comme mères aussi, savent que les explications qui leur sont fournies sur l'état de l'enfant sont sérieuses et indiscutables. L'espace d'échange qui se crée ainsi à ce moment-là entre elles est fondé sur la compréhension, la prise de parole et le faire entendre (Moussaoui, 2006), la confiance et le dialogue (Larchanché & Bourdin, 2015).

Ce rôle d'interprétariat confère à la mère une place primordiale. En son absence, la tradipraticienne et l'enfant ne pourraient pas se comprendre durant la consultation. Grâce à ses interprétations, elle facilite les actes de soins de la tradipraticienne et elle lui permet d'établir un diagnostic fiable qui aboutira à une prise en charge adéquate et efficace. Au sujet du rôle de l'interprète en milieu de soins, Flores (2005) avait déjà montré que l'interprète

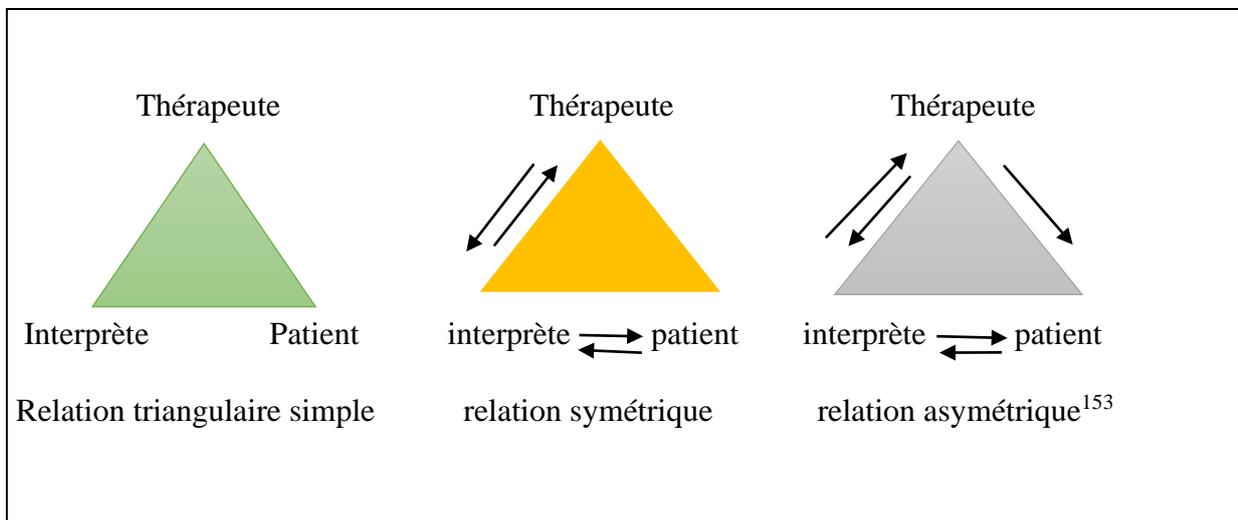
facilite un bon diagnostic et permet aux deux parties (patients et soignants) d'atteindre leur objectif respectif. Il est certes vrai que les mères rencontrées ne sont pas des interprètes professionnelles. Mais, le rôle qu'elles jouent dans ce contexte concorde avec la pensée de Flores. C'est ainsi que l'auteur affirme que: « *Evidence suggests that optimal communication, patient satisfaction, and outcomes [...] occur when patients have access to trained professional interpreters or bilingual providers.* » (p. 255)

Quels que soient les milieux de soin, il s'avère que les interprètes (mères ou non) – en ce qu'ils facilitent l'intercompréhension entre le patient et le soignant en restituant les discours dans l'intégralité du sens, avec précision et fidélité, sans additions, omissions, distorsions ou embellissements du sens (Tabouri, 2009) – sont nécessaires pour l'établissement du diagnostic, l'usage des médicaments ou la prévention (Ibid.). Kotobi et al. (2013) montrent que ce ne sont pas les croyances et les pratiques culturelles qui constituent la première difficulté à l'établissement d'un contact avec une institution de soin, mais bien la communication (la transmission de l'expression corporelle et langagière).

Considérées comme stratégies préventives et thérapeutiques lors des situations de soins, les mères (interprètes) seraient semblables aux « instances sociales et culturelles » que décrivent Fainzang (1986) chez les Bissa du Burkina Faso et Janzen (1995) chez les Bakongo du Bas-Zaïre. Ces « instances sociales et culturelles » sont mises en œuvre pour soutenir les institutions de soin et de guérison traditionnelles, pour permettre la compréhension et le traitement des maladies afin de « s'en rendre maître et de les enrayer » (Fainzang, 1986, p. 98). Ici, les mères (interprètes), comme le « groupe organisateur de la thérapie », participent à fabriquer l'itinéraire thérapeutique à suivre en alliance avec la tradipraticienne. Les mères permettent d'éviter tout obstacle à la relation préventive et thérapeutique (Gaudillière, 2008). Elles connaissent mieux leurs enfants que quiconque et elles connaissent la plupart des maladies infantiles locales. Toutefois, il est assez rare de décrire le rôle d'un interprète (sa place) dans une consultation sans évoquer sa position (sa posture) dans le dispositif de cette consultation (patient, interprète, soignant) aussi appelé dans le jargon de l'interprétariat le « pas de trois ».

Où se situent respectivement l'interprète, le patient et le soignant ? Mon expérience antérieure à la consultation de médecine transculturelle à l'association Mana (CHU de Bordeaux) montre que la position de l'interprète se définit par « la relation thérapeutique » (Ozenne, 2015) et « la relation triangulaire » (Bonafé-Schmitt, 2004). Dans cette disposition triangulaire, l'interprète et le thérapeute agissent dans un rapport souvent symétrique (échange de

retransmission) et, parfois, asymétrique (si le thérapeute ne peut pas s'entendre avec l'interprète, il peut directement échanger avec le patient). De façon illustrative, cela se présente comme suit :



**Tableau 7 :** Pas de trois ou relation triangulaire dans la relation thérapeutique entre les tradipraticienne, les mères et les enfants, source : mes enquêtes de terrain.

Ces schémas représentent la position des trois inter actants dans une consultation ou situation de soin (le cas de cette étude). En contextualisant ce schéma, il ressort que l'interprète (la mère) et le patient (l'enfant) sont assis face au thérapeute, chacun occupant une position spécifique dont l'envergure donne lieu à un triangle. Il convient de préciser que, même si l'envergure pyramidale ne connaît pas de modification, les positions des participants ne sont pas figées. Elles peuvent changer selon les consultations et selon l'espace du cadre de consultation. Ainsi, le schéma n° 1 (relation triangulaire simple) illustre la concertation entre le thérapeute (tradipraticienne), l'interprète et le patient. Le schéma n° 2 (relation triangulaire symétrique) montre que les échanges s'effectuent du patient à l'interprète, de l'interprète au thérapeute, du thérapeute à l'interprète et de l'interprète au patient. Ici, l'interprète est au centre de chaque échange entre les parties. Dans le schéma n° 3 (relation triangulaire asymétrique), bien que l'interprète transmette au thérapeute ce que dit le patient et inversement, le thérapeute a cette fois la possibilité de s'adresser directement au patient s'il n'a pas été satisfait par l'interprète ; et celui-ci peut à son tour lui répondre s'il dispose de quelques compétences communicatives dans la langue du thérapeute.

<sup>153</sup> Ces schémas sont le fruit de ma propre conception dont les bases se situent dans l'interface entre mes recherches, mes observations et mes participations aux consultations de médecine transculturelle à Mana.

Dans le dispositif de situation de soin de la médecine infantile endogène bulu, la relation triangulaire asymétrique n'existe pas. Il n'existe que la relation triangulaire simple et la relation triangulaire symétrique. Dans ces consultations traditionnelles, le positionnement des participants est plutôt « linéaire » : la mère, portant son enfant souffrant sur ses jambes, et la tradipraticienne sont assises côte à côte sur un banc dans la case d'attente. Parfois, dans des consultations de groupe où plusieurs mères se présentent avec leurs enfants souffrant de la même maladie, la tradipraticienne s'assoit face à elles. Par conséquent, les positions des participants peuvent varier selon les situations auxquelles la tradipraticienne fait face, selon la disposition des places assises et de l'ordre d'arrivée des mères. De telles variations de positionnement ont une incidence directe sur la dynamique de l'échange ; sur la confiance qui pourra s'établir entre la mère, l'enfant et la tradipraticienne (Bourdin & Larchanché, 2015) ; ou encore sur l'expression d'aspects tels que la confidentialité et le décentrage (*ibid.*). Elles (les variations de positionnement) permettent également de comprendre davantage combien la mère est toujours partagée entre son enfant (dont elle écoute les maux) et la tradipraticienne (à qui elle transmet son interprétation des maux). Rebet (2006) montre à cet effet que non seulement l'interprète se situe dans « l'inter », mais aussi qu'il devient le point de rencontre entre deux mondes (enfantin et divination) sans lesquels son métier n'a de sens.

Ce rôle d'interprétariat participe avec d'autres rôles au cadre de soutien des patients dans les milieux de soin (hospitaliers, traditionnels, etc.). Cette démarche se perçoit souvent en fonction des réalités inattendues auxquelles l'interprète est confronté lors du déroulement de la relation préventive et thérapeutique. Même si je n'ai pas vécu une situation similaire lors de mes enquêtes à Sangmélima, mais plutôt lors de celles au sein de l'association Mana, il arrive souvent que l'interprète devienne un médiateur quand il constate que les stratégies communicationnelles mises en place font obstacle au bon déroulement de la consultation ou créent un climat de discordance entre patient et soignants. Selon Bourdin & Larchanché, (2015), ce passage de l'interprétariat à la médiation :

---

*« [...] s'opère généralement à partir du moment où le déséquilibre inhérent à la relation soignant-soigné et à l'opposition entre "discours expert et discours profane" entrave la mise en place d'une relation transférentielle positive, nécessaire au processus thérapeutique. Il s'agit alors pour le médiateur de mettre en place, à la fois par le biais d'un savoir-être (empathie avec le patient) et d'un savoir-faire (maîtrise de son rôle de tiers), un processus de triangulation qui permette au thérapeute de rendre accessible son travail aux besoins et aux représentations du patient d'une part, et au patient de trouver en la personne du*

*médiateur un allié pour transmettre son histoire avec des “modèles explicatifs qui lui sont propres” » (p. 54).*

---

Les mères comme médiatrices s'expliquent sur bien des aspects. Cela se voit dans les rapports entre leurs enfants et les tradipraticiennes, entre leurs enfants et les entités spirituelles, entre leurs enfants et les autres acteurs ou les autres membres de la communauté. Concernant les autres acteurs de cette médecine infantile endogène, mes enquêtes montrent que tout acte que l'un d'entre eux accomplit dans une perspective de bien-être d'un enfant doit passer par l'accord de sa mère. Par exemple, si le chef COSA veut transmettre une information relative à la santé des enfants dans la communauté ou qu'un vieillard doté d'une sorcellerie positive qui prédit l'avenir souhaite alerter sur la présence d'un poison très toxique dans la communauté, ils doivent en informer les mères. Sur cet aspect précis, la mère, parce qu'elle ne « laisse rien passer » sans sa volonté, est comparée à un ce que les Bulu appellent : « *mieuk* », c'est-à-dire un « barrage impénétrable » qui empêche que l'espace réservé par les femmes pour prendre du poisson dans le lit d'une rivière soit inondé pendant qu'elles y sont. Les mères sont donc la liaison entre leurs enfants et ces acteurs, elles sont le miroir à travers lequel on voit les enfants et leurs aspirations.

Concernant les entités spirituelles (ancêtres, génies et totems), le rôle de médiatrice des mères est le même que celui avec les autres acteurs. Ces entités communiquent avec les enfants à travers elles de trois façons : grâce aux initiés du culte des ancêtres, grâce aux rêves, et grâce aux rites. Certaines mères m'ont révélé avoir déjà été conduites dans la cacaoyère avec un initié pour rencontrer un totem communautaire et implorer ses grâces et sa protection pour leur futur enfant ou pour leur petit enfant. D'autres ont reconnu avoir eu un contact, à travers les rêves, avec leurs ancêtres venus leur témoigner leur soutien. D'autres, enfin, attestent avoir constaté, après avoir pratiqué un rite de grossesse ou de naissance, la manifestation du pouvoir des ancêtres et des génies sur leur santé et celle de leurs enfants. L'une des raisons fondamentales pour lesquelles ces entités communiquent avec les enfants à travers leur mère est que, pour elles, il n'existe aucune différence entre une mère et son enfant, qu'il soit encore un fœtus ou déjà né. La mère étant le premier souffle de vie de l'enfant, qu'elle partage avec lui de telle sorte qu'ils ne forment qu'une seule personne.

Les mères sont aussi souvent co-tradithérapeutes, c'est-à-dire que, à certains moments du processus de guérison, elles peuvent jouer les rôles d'« alerteuses » de maladie ainsi que d'« actrices de soins désignées » par les tradipraticiennes. Sans oublier qu'elles aident et

accompagnent souvent les tradipraticiennes dans leurs tâches, consultations comme suivis du traitement de la maladie à domicile. Par exemple, quand une mère consulte une tradipraticienne pour son enfant, avant le début des actes de soin, la mère peut se permettre d'engager des actes de soin dont est sensée poser la tradipraticienne. Elle peut se charger de prendre la poire pour purger<sup>154</sup> l'enfant avec une décoction à base de feuilles, de racines et d'écorces. Elle peut déshabiller l'enfant, pendant que la tradipraticienne prépare les remèdes dans une marmite traditionnelle (*minkin*) près du feu. Pendant les actes de soins proprement dits (déversement d'eau, massage du corps, etc.), la mère tiendra l'enfant de façon à faciliter le déroulement des soins.

Dans la plupart de ces actes de soin, les mères exercent aussi des fonctions essentielles pendant que la tradipraticienne s'occupe des soins d'un autre enfant, notamment allumer le feu ; préparer les plantes médicinales utilisées pour les soins ; piler des écorces sur une pierre traditionnelle (*nkol mbonda*) afin d'en recueillir la poudre ; ou encore, mettre des plantes dans une marmite posée sur le feu. Ces actes aussi anodins soient-ils, sont pourtant d'une importance capitale pour les tradipraticiennes : ils allègent leurs tâches, elles qui ont souvent, au même moment, plusieurs enfants à consulter.

En second lieu, les mères, quand elles constatent l'apparition des premiers symptômes d'une maladie infantile locale, bien qu'elles puissent commencer à effectuer les premiers soins à domicile, iront les déclarer à la tradipraticienne la plus proche. Cette attitude traduit les représentations associées aux maladies infantiles locales : leur complexité nécessite toujours la combinaison de forces et d'énergies multiples afin de les enrayer définitivement. Le choix de telle tradipraticienne dépend de ses compétences, donc de la nature de la maladie dont souffre l'enfant.

En dernier lieu, certaines maladies infantiles locales assez complexes (*Koé ebem* et *ebem*) nécessitent des soins supplémentaires à domicile. Dans ce cas, les mères sont actrices de soins désignées par les tradipraticiennes. En autorisant que le traitement se poursuive à domicile, les tradipraticiennes leur donnent des instructions et restent en contact permanent avec elles afin de contrôler à distance le respect des directives relatives à la prise des remèdes, au lieu où trouver les écorces et les herbes médicinales utilisées en cas de pénurie à domicile. Si la maladie récidive, la tradipraticienne demandera à la mère de ramener l'enfant afin de trouver de nouvelles stratégies de guérison.

---

<sup>154</sup> L'acte de purger consiste à déterminer le type de maladie à travers les selles de l'enfant.

Dans ces trois rôles que jouent les mères (co-tradipraticiennes, « alerteuses » de maladies et actrices de soins désignées par les tradipraticienne), elles ne sauraient se « substituer » aux tradipraticiennes. Elles ne sont que des relais qui les aident dans leurs actes de soins. Cette aide aux tradipraticiennes est aussi une manière pour Ces mères d'accompagner certes leurs enfants dans cette épreuve difficile (la maladie), mais surtout de contribuer au processus de guérison de leurs enfants.

J'aborde à la suite les acteurs à part entière de cette relation préventive et thérapeutique : les enfants.

### **1.3. Les enfants**

S'il est démontré que la relation thérapeutique est caractérisée par la communication entre les sujets qui y participent (Alderson & Montgomery, 1996 ; Fucci, 2020) et que la question de la participation des enfants dans les processus de décision et de thérapie qui concernent leur maladie est délicate (Favreto, Fucci & Zaltron, 2017), mes enquêtes montrent une autre réalité. Bien que les processus de décision et de thérapie qui concernent leur maladie soient également considérés comme délicats dans le contexte bulu, ici les jeunes enfants souffrants (de zéro à cinq ans) que j'ai étudiés sont dans un cadre culturel différent et bien défini. Ils sont certes au cœur (en tant que objets) des interactions dans les relations thérapeutiques, car ils y participent (en tant que personne souffrante) parce que se sont eux la véritable raison d'existence de celles-ci (relations thérapeutiques). Mais leur participation est presque une formalité du fait de « l'omniprésence » de leurs mères. Ce sont elles qui sont écoutées par les tradipraticiennes. Cependant, cette participation est entourée d'éléments latents qu'on ne peut comprendre que lorsqu'on assiste aux consultations. Ce qui a été mon cas. Je voulais comprendre les dynamiques fonctionnelles de cette participation des enfants. C'est ainsi que mes observations directes et participantes m'y ont aidé.

En effet, « L'*agency* et la compétence » des enfants peuvent s'exprimer et se manifester différemment selon les cultures (James & Prout, 1990 ; James, 2009 ; Salvatore & Righetto, 2020). Mes enquêtes montrent que dans cette socio-culture, les jeunes enfants souffrants participent symboliquement, mais ne contribuent pas véritablement aux processus de leur guérison. Ils ne sont peut-être pas considérés comme « constructeurs actifs » (James, 2009), mais ils restent et demeurent, aux yeux des adultes, des « reproducteurs interprétatifs » (Corsaro, 1992, 1997, 2005) à bien des égards, notamment des êtres porteurs de savoirs et dotés de créativité en tant qu'humain. Cependant, ils ne sont pas des « reproducteurs interprétatifs » au sens donné par Corsaro qui est celui de l'interprétation, de la production ou

de la participation au changement et à l'innovation des cultures, du monde des adultes et des pairs dont ils font partie. En pays bulu, concernant particulièrement le contexte des soins, la relation préventive et thérapeutique met en place un dispositif qui ne favorise pas vraiment leur écoute et le développement de leur *agency*. Ce dispositif mis en place est celui des mères qui s'occupent de tout (interprète, médiation, etc.). Ce qui traduit le fait qu'ils ne sont pas des « participants actifs » (James, 2009 ; James & Prout, 1990 ; Salvatore & Righetto, 2020), mais plutôt des « participants passifs ».

Au-delà du contexte des soins voire de la tranche d'âge ciblée dans cette étude (zéro à cinq ans), mes enquêtes montrent également que le fait pour les enfants de ne pas pouvoir contribuer aux processus de décision social encore moins les concernant vient de la culture bulu. Cela dit, c'est un principe culturel qui dit que : quel que soit son âge, un enfant, lorsqu'il est entouré d'adultes, ne peut prendre la parole que par autorisation de ses ascendants ; il faut attendre d'être un adolescent (sur proposition d'un des ascendants) ou un adulte pour espérer participer et contribuer à des conclaves communautaires ou prendre des décisions te concernant. Bien que les douleurs empêchent les jeunes enfants étudiés dans cette thèse de s'exprimer, y compris leurs faibles capacités à s'exprimer oralement, ce principe culturel s'ajoute naturellement parmi ces éléments qui réduisent l'expression de ces jeunes enfants dans les relations préventives et thérapeutiques.

De mes observations, notamment participantes, il ne m'a été aisé de me rapprocher personnellement des enfants, car les mères me regardaient d'un « mauvais œil ». Kotobi (1995), en milieu rural iranien où elle a mené des recherches sur la vaccination infantile, a vécu des situations similaires. En effet, les mères iraniennes la regardaient d'un « mauvais œil » également, estimant qu'elle pouvait venir contaminer leurs enfants, les ensorceler ou encore leurs jeter des mauvais sorts. Cette expérience de Kotobi m'a aidé à surmonter cette situation inattendue sur ce terrain, car elle m'a fourni des outils nécessaires (attitude à adopter dans ce cas de figure...) afin de ne pas m'éloigner de l'objectif de ma recherche ou encore de ma présence à ces consultations. Les mères bulu ne me donnaient pas vraiment accès à leurs enfants, estimant que je suis un étranger, un inconnu, c'est pourquoi elles ne pouvaient pas me faire confiance. Nombreuses allaient très loin en disant que si je porte leurs enfants dans mes bras, je pourrais les contaminer les maladies des « blancs » qui pourront les conduire à l'hôpital, et qu'elles n'avaient pas d'argent pour y aller ; que je pouvais davantage fragiliser la santé de leurs enfants en leur lançant des mauvais sorts ou même les ensorceler. Ces réticences m'ont permis de prendre du recul tout en m'interrogeant : Pourquoi craignent-elles

les étrangers ou du moins ceux qui viennent de loin ? Y a-t-il déjà eu un étranger qui a lancé un sort à un enfant dans la région ? Et pourtant culturellement je ne suis pas un étranger, car nous parlons la même langue mais pourquoi me craignent-elles ? J'ai finalement compris que relativement dans certaines parties de cette zone, quand on vient de loin la familiarité ne s'exprime pas dans tous les aspects de la vie. Il y a des domaines accessibles et il y en a d'autres qui ne le sont pas. Cela m'a conduit à n'être qu'un observateur passif des enfants, même si je pouvais m'approcher quand cela était nécessaire. Les moments de rapprochements étaient pendant le déroulement de la consultation où, avec l'autorisation de la tradipraticienne, je pouvais aider les mères à bien tenir leurs enfants lors des bains ou des massages à l'eau chaude, à la machette chauffante, etc. J'intervenais à ce moment parce que les enfants, sous le coup de la douleur quand la tradipraticienne les massait, criaient et bougeaient énormément. Et cela rendait la tâche de la tradipraticienne assez complexe.

Quelles sont les places des autorités traditionnelles, des chefs COSA et des autres membres de la communauté dans cette médecine infantile endogène ?

#### **1.4. Les autorités traditionnelles, les chefs COSA et les autres membres de la communauté**

Ces trois composantes de différentes natures – traditionnelle (les autorités traditionnelles), sanitaire (les chefs COSA) et communautaire (les autres membres de la communauté) – jouent respectivement un rôle non pas directement dans la relation préventive et thérapeutique, mais plutôt dans le développement et l'épanouissement de cette médecine infantile endogène. Comme les mères et les enfants, ces acteurs ne possèdent aucun pouvoir de guérison. Ils accompagnent et soutiennent au quotidien, par des voies diverses, les dépositaires du savoir-faire médical de cette médecine infantile endogène (les tradipraticiens).

##### **1.4.1. La place des autorités traditionnelles**

En tant que garants du pouvoir traditionnel, et par ricochet de la tradition, les autorités traditionnelles sont de fait les garants des éléments qui constitutifs de la culture et donc de la médecine infantile endogène. A cet effet, elles jouent leur partition dans cette médecine infantile endogène bulu. Quelques questions émergent ici : quelle place les autorités traditionnelles occupent-elles dans cette médecine infantile endogène ? Comment contribuent-elles à son développement ? Mes enquêtes montrent que les chefferies traditionnelles, tant pour les communautés, cette médecine infantile endogène que pour la santé en général, occupent une place stratégique dans la communauté. Elles sont le centre de gravité et la tour

de contrôle des villages ; elles sont culturellement le centre d'identification spatiale de tout le village, quelle qu'en soit la disposition géographique ; elles sont les cadres où s'exerce le pouvoir (traditionnel et politique) dans la communauté, des lieux de ralliement, de rassemblement, d'information et de communication. En somme, elles sont les lieux vers lesquels tout ce qui est destiné à la communauté, au village, doit d'abord converger. D'ailleurs, toute initiative au profit de la communauté doit au préalable être soumise au chef pour approbation. Si tout doit converger vers les chefferies, tout autre pouvoir est aussi contrôlé et garanti par elles. Une telle disposition implique que les autorités traditionnelles fassent partie des acteurs majeurs de cette médecine infantile endogène.

Comme les autorités traditionnelles sont aujourd'hui majoritairement des intellectuels, de hauts cadres de l'administration, des hommes politiques dirigeant des cellules du parti au pouvoir (le RDPC), etc., ils utilisent leurs propres réseaux (intellectuels, économiques, sociaux, politiques, culturels, gouvernementaux) pour soutenir cette médecine infantile endogène. Parmi leurs contributions majeures à cette médecine infantile endogène, elles mettent des moyens logistiques à la disposition des chercheurs ; elles offrent des contacts, incitent les mères à s'ouvrir aux chercheurs (ce qui a été mon cas) ; elles font le relais entre l'extérieur (chercheurs étrangers) et l'intérieur (la communauté) ; elles encouragent, facilitent et, parfois, financent toute initiative qui contribue au rayonnement de cette médecine infantile ; elles organisent des campagnes de sensibilisation. En somme, au sein de leur circonscription de commandement, les autorités traditionnelles jouent, dans le cadre de la médecine infantile endogène, les médiateurs interculturels, les communicateurs et les initiateurs. Ces autorités traditionnelles entretiennent un certain nombre de rapports avec les autres acteurs de la médecine endogène infantile.

#### **1.4.2. La place des chefs COSA**

De tous les acteurs de cette médecine infantile bulu, les chefs COSA – aussi appelés chefs de « comité de santé » – sont, en dehors des mères, les plus proches des tradipraticiens. Considérés eux aussi par la communauté comme des médiateurs communautaires, ils se situent à l'interface entre les tradipraticiens, les mères et les autorités traditionnelles. Ils sont en contact avec les institutions chargées de la santé des niveaux central (ministère de la Santé publique), intermédiaire (hôpitaux de district et de référence, etc.) et périphérique (centres de santé intégrés desquels ils collaborent avec les infirmiers). En tant que chefs de comité de santé, avec d'autres membres, choisis ou désignés, qui les accompagnent au quotidien, ils sont chargés de partager à la communauté les informations sanitaires. Ils sont reconnus par

l'organigramme sanitaire du Cameroun (au niveau périphérique), mais ne possèdent pas un réel statut juridico-économique, de sorte qu'ils ne reçoivent pas systématiquement une rémunération mensuelle. Sur les seize chefs COSA interrogés (un par groupement), tous déclarent être autochtones et avoir délibérément choisi d'effectuer ce travail de veille sanitaire au quotidien.

Hormis le travail de sensibilisation et de veille sanitaire auprès de la communauté, les chefs COSA, connus de tous dans les villages des groupements, ont également pour rôle de faciliter la tâche aux chercheurs qui viennent travailler dans la zone en mettant à leur disposition des informations difficiles à obtenir, parfois sensibles, des statistiques, etc. Sans leur soutien, je n'aurais pas pu organiser mes entretiens avec les mères, recueillir des informations sur les matrones, rencontrer certains blindeurs (même si les mamans âgées m'en ont recommandé certains). Enfin, je n'aurais pas pu appréhender certains aspects sous-jacents à cette médecine infantile endogène, notamment le rôle des tradipraticiens et des entités spirituelles. Finalement, les chefs COSA sont certes des médiateurs interculturels de santé, mais aussi des éclaireurs de la zone (surtout pour les chercheurs), car ils en maîtrisent les réalités sanitaires infantiles locales, géographiques, sociales et culturelles.

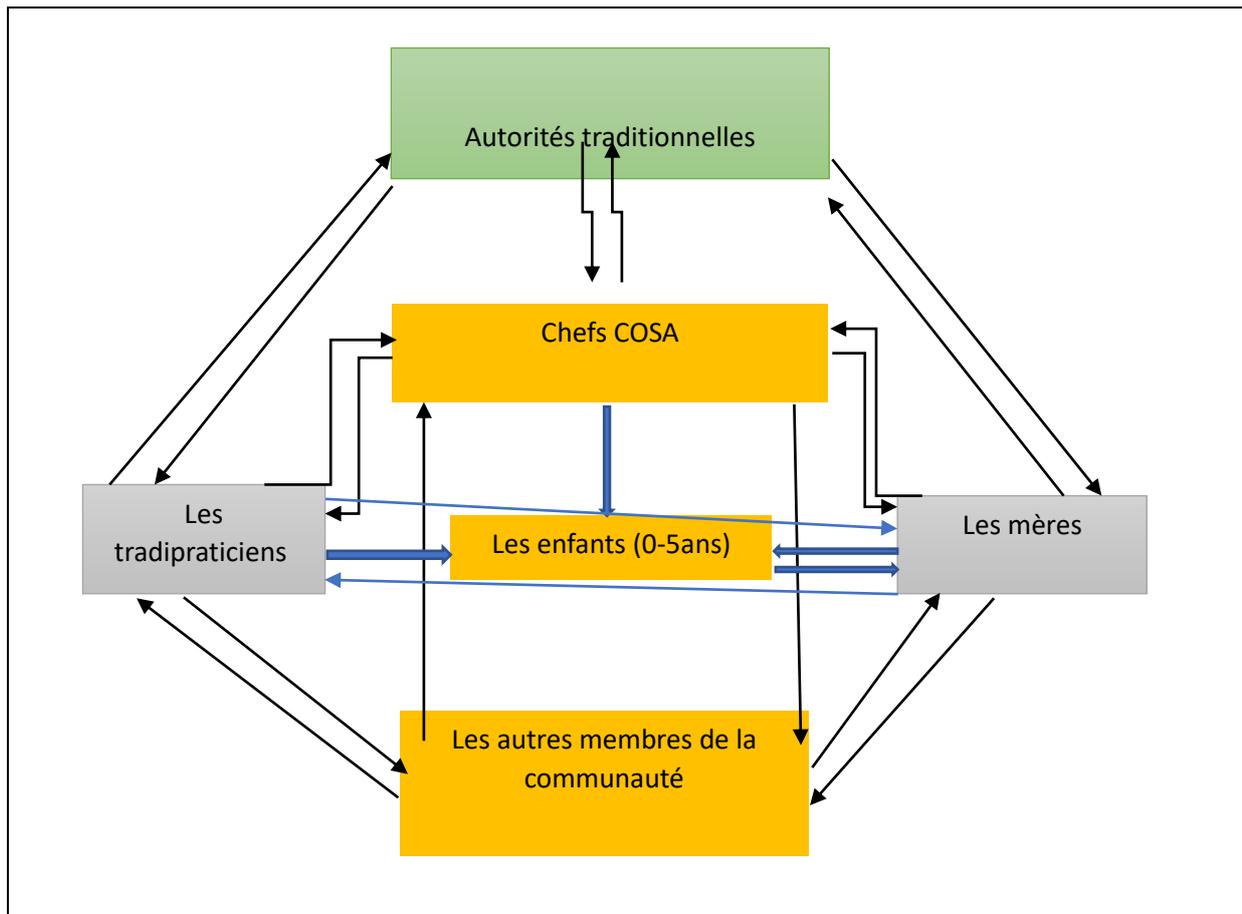
#### **1.4.3. La place des autres membres de la communauté**

Tout comme les mères, les enfants, les autorités traditionnelles et les chefs COSA, les autres membres de la communauté (les hommes, les femmes, les personnes âgées, les jeunes, etc.) n'ont aucun pouvoir de soin et de guérison, mais occupent cependant une certaine place dans les parcours de soins, puisqu'ils détiennent des informations utiles relatives aux réalités locales en général et sanitaires en particulier. C'est grâce aux membres de la communauté que j'ai pu appréhender deux catégories de tradipraticiennes (mauvaises et bonnes). Les « mauvaises » ou « moins compétentes » et les « bonnes » ou « plus compétentes », et ceci en fonction des maladies à traiter et à guérir. Ce sont également ces autres membres de la communauté, à partir de leurs expériences individuelles et collectives, qui m'ont indiqué le chemin à suivre pour récolter des informations au sujet des sources des pouvoirs de soin et de guérison des tradipraticiennes selon leurs compétences pour telle maladie.

Ces membres de la communauté, souvent les premiers contacts dans les villages, ont toujours été disponibles pour me conduire vers un cadre difficile d'accès ou pour me fournir telle information. Sur mon terrain, grâce à eux, j'ai ainsi pu trouver la localisation des chefferies, des tradipraticiennes, des matrones, des blindeurs. Durant mes heures de repos, je jouais avec

eux au songo. Plus qu'un jeu passionnant, le songo est aussi un espace de conversation qui m'a permis de recueillir des informations relatives à la santé des enfants, aux maladies infantiles locales, aux tradipraticiens, aux chefferies de manière spontanée.

L'ensemble des analyses précédentes concernant les différents acteurs de cette médecine infantile endogène bulu est représenté dans l'organigramme du système de communication sanitaire de cette médecine infantile endogène ci-après :



**Tableau 8 :** Système de communication sanitaire entre les différents acteurs de la médecine infantile endogène bulu. Source : mes enquêtes de terrain.

Ce système, véritable synergie d'énergies et de forces locales, a pour but de faire rayonner les savoirs et les pratiques endogènes de soin et de guérison dédiés aux enfants, de façon à assurer leur bien-être et leur protection. Sa structuration s'explique comme suit : au-dessus se trouvent les autorités traditionnelles représentant toutes les communautés (garantes des pouvoirs traditionnels, notamment du pouvoir de soin et de guérison, et garantes de la convivialité sociale et culturelle). Juste en dessous se trouvent les chefs COSA, médiateurs communautaires, relais entre les autorités traditionnelles et les autres acteurs (tradipraticiens, mères, autres membres de la communauté). À leur droite figurent les tradipraticiens (dépositaires et initiés des savoirs et pratiques de la médecine infantile endogène). À leur

gauche, les mères (génitrices, nourrices, éducatrices, interprètes, cotradithérapeutes et actrices de soins désignées par les tradipraticiennes). Au centre de l'organigramme se trouvent les enfants (qui donnent sens à cette médecine infantile endogène) ; en bas se trouvent les autres membres de la communauté (toute couche confondue).

Cet organigramme matérialise également deux types de communication. Le premier est « symétrique » et se produit, d'abord, entre les autorités traditionnelles, les chefs COSA, les tradipraticiens et les mères. Ensuite, entre les chefs COSA, les tradipraticiens, les mères et les enfants. Enfin, entre les chefs COSA, les tradipraticiens, les mères et les populations. Le deuxième est « asymétrique » et intervient entre les autorités traditionnelles et les autres membres de la communauté.

J'aborde à présent les savoirs et pratiques mis en œuvre par les tradipraticiens afin de surmonter les maladies infantiles locales.

## **2. Les savoirs et les pratiques**

La médecine infantile endogène bulu repose sur des savoirs et des pratiques qui la caractérisent, la singularisent et lui donnent un sens. Cet ensemble (savoirs et pratiques) est transmis, de sorte qu'un temps important d'initiation et d'apprentissage systématiques est nécessaire afin de le maîtriser. En l'occurrence, les savoirs sont transmis oralement et, parfois, par écrit, tandis que les pratiques le sont par exercices constants afin de tester et de s'assurer les compétences de l'initié. Dans cette socio-culture, les savoirs sont analogues à une lumière dans l'âme des tradipraticiennes qui éclaire le chemin de la guérison (Hampaté Bâ, 1972) et qui est héritée des découvertes dans le domaine médical et de la santé de leurs ascendants (ancêtres ou grands-parents). Quand une tradipraticienne met en œuvre les savoirs qu'elle possède pour soigner et guérir une maladie infantile locale, c'est-à-dire quand elle les transpose dans les actes de soin et de guérison, on parle alors de « pratiques culturelles de soins ». Cet ensemble combiné (savoirs et pratiques) s'accompagne d'une certaine organisation ainsi que d'outils (objets matériels et spirituels spécifiques) qui jouent un rôle précis dans la guérison.

Lors des consultations auxquelles j'ai pris part chez les tradipraticiens, notamment chez les mamans âgées, j'ai pu appréhender l'expression de ces savoirs endogènes de soin à travers les actes de soin mis en œuvre. Les principaux savoirs endogènes sont exposés à la suite.

## 2.1. La prise en charge locale et le diagnostic

De mes enquêtes, dans cette médecine infantile endogène bulu, le diagnostic (*Nfasbane*) peut être considéré comme un élément de la prise en charge locale (*E gnong ngap ya djal*). Prendre en charge un enfant souffrant signifie « s'en occuper », « en prendre soin », « y être attentif » ; le diagnostic ne porte principalement que sur des aspects liés à son phénotype (taille, poids, couleurs des yeux, etc.) et à son âge. Il n'existe pas une procédure ordonnée à respecter systématiquement : tout dépend du mode de travail de chaque tradipraticienne et de la gravité de l'état de santé de l'enfant. Toutes les démarches entreprises au moment de cette prise en charge locale ont pour objectif de préparer le terrain pour le diagnostic qui va suivre.

Du fait du caractère dualiste des étiologies des maladies infantiles de cette zone, qui sont en même temps visibles et invisibles, les mécanismes de la prise en charge le sont également. Cependant, comme certaines maladies infantiles de nature différente peuvent présenter des similitudes de symptômes, leur prise en charge peut alors être identique, tout comme différentes maladies infantiles locales peuvent être traitées et prévenues par les mêmes plantes médicinales ou les mêmes parties spécifiques d'animaux.

La prise en charge est constituée de quatre étapes fondamentales successives : l'accueil, le diagnostic, la mise en place d'une stratégie préventive et thérapeutique et la prescription de remèdes.

Durant la phase d'accueil (*E yangan, e gnon'ane ngap*), les enfants et leur mère sont reçus par ordre d'arrivée soit par la tradipraticienne, soit par un (e) auxiliaire. Il peut cependant arriver qu'un enfant se trouve dans un état critique, par exemple qu'il souffre d'un *koé ebem* et soit dans le coma. Il devient alors la priorité. Dans de pareilles situations, la tradipraticienne s'occupera d'abord de l'enfant, puis pourra procéder à la prise en charge proprement dite en enregistrant l'enfant dans son cahier et en prenant quelques informations à son sujet. En fonction du cas auquel elle fait face, une tradipraticienne peut par exemple décider de commencer par la mise en place de la stratégie préventive et thérapeutique, puis poursuivre par la prescription des remèdes, pour finir par le diagnostic et l'accueil, etc.

Concernant le diagnostic<sup>155</sup> (*Nfasbane*), qui nécessite que la tradipraticienne soit particulièrement concentrée, la démarche a pour support l'examen approfondi de la situation de l'enfant souffrant, l'analyse, l'interprétation de la maladie et leurs résultats au moyen de la divination. Dans ce contexte précis d'établissement du diagnostic se met en place un jeu de

---

<sup>155</sup> Lors de mes enquêtes, j'ai pu suivre de bout en bout le déroulement de plusieurs séances de diagnostic.

rôles entre les trois participants : la tradipraticienne, l'enfant et la mère. Cela dit, durant la phase d'examen approfondi, se crée entre la tradipraticienne et la mère de l'enfant un moment d'échange sous forme de questions-réponses qui permet à la tradipraticienne de mesurer l'ampleur du mal et la souffrance qu'endure l'enfant, mais, pour établir son diagnostic, cette dernière ne se fie pas seulement aux dires de la mère ou de son entourage, mais à ses expériences et à ses compétences sur les maladies infantiles locales. C'est ainsi que, après avoir déshabillé l'enfant, elle l'installera sur ses jambes et posera une série de questions à la mère. Ces questions se rassemblent en quatre grands groupes. Les premières sont relatives à l'identification et à la dénomination de la maladie en tenant compte de ses terminologies, nosologies et nosographies ainsi que de ses significations du point de vue social, culturel, magique, religieux, spirituel, etc. La deuxième série de questions porte, d'une part, sur le rapport entre l'enfant et la maladie dont il souffre (par exemple, est-ce la première fois qu'il en souffre ou est-ce habituel ?) et, d'autre part, sur les démarches entreprises par la mère lors du constat des premiers symptômes de la maladie. Le troisième groupe de questions se rapporte aux causes et aux symptômes de la maladie. Le quatrième s'attache à identifier les manifestations et les variables de la maladie. À partir des réponses données par la mère, la tradipraticienne mettra en œuvre son savoir-faire au moyen d'outils spécifiques, notamment l'observation approfondie, les palpations de certaines parties du corps à travers lesquelles se lisent plus facilement les symptômes de la maladie. Cet examen approfondi conduira aux interprétations des symptômes de la maladie par la tradipraticienne, lesquelles relèvent non plus du cadre collaboratif, mais de ses compétences.

En ce qui concerne justement cette phase d'interprétation, la tradipraticienne va associer les données collectées auprès de la mère à ses examens personnels, pour tirer des conclusions. Cette dernière phase du diagnostic exige que la tradipraticienne investigue le visible (observations approfondies, palpations, etc.) et l'invisible (divination) en entrant en communication avec des forces invisibles à qui elle soumet le problème. Le sous-ensemble visible est appelé par les tradipraticiennes le « diagnostic primaire » ; le sous-ensemble invisible, le « diagnostic secondaire ». C'est à partir de ces deux types de diagnostics qu'elles peuvent identifier l'origine, la cause, les contours de la maladie et mettre en place une stratégie préventive et thérapeutique efficace, car adaptée. Certains diagnostics secondaires peuvent prendre du temps du fait de leurs difficultés à entrer en communication avec les forces invisibles. Dans ce cas, elles prescriront des remèdes calmants à l'enfant à partir de leur

diagnostic primaire, bien que ce soit le diagnostic secondaire qui détermine la stratégie préventive et thérapeutique à établir.

La mise en œuvre de la stratégie préventive et thérapeutique et la prescription des remèdes vont de pair. Durant cette phase, la tradipraticienne fera usage d'outils traditionnels. Par exemple, concernant en particulier la poire (*mvouane*), elle la remplira de décoctions et purgera l'enfant souffrant qui fera des selles au bout de cinq à dix minutes, leur couleur permettra de déterminer la maladie dont il souffre<sup>156</sup>. La tradipraticienne préparera donc le nécessaire (éléments de la pharmacopée traditionnelle, bains, etc.) afin de soigner la maladie de l'enfant, puis lui donnera certains remèdes, le massera, etc. La mère poursuivra le traitement à domicile.

Les remèdes pour prévenir ou soigner ces maladies sont souvent des huiles faites à base d'écorces, d'herbes médicinales et de noix de palme ; des écorces et des herbes à écraser et à bouillir pour faire des décoctions buvables ; ou encore des herbes médicinales pour des massages corporels. Les mères peuvent les administrer à leur enfant, avec autorisation de la tradipraticienne accompagnée de la posologie. Les tradipraticiennes soulignent en effet l'importance dans les processus de soin du respect du rythme de leur prise et des moments de la journée. Selon elles, le temps exerce une influence sur la guérison des maladies locales : ce qui se précipite s'arrête vite, mais ne tient pas dans la durée, tandis que ce qui prend du temps mûrit, s'aguerrit, se reconstruit de telle sorte que chaque fibre retrouve sa cavité et se fixe une fois pour toutes.

## **2.2. Les observations**

En fonction de la dualité des étiologies (visible et invisible) des maladies, l'observation (*E lemban*) peut être flottante ou métaphysique. Concernant l'observation flottante de l'enfant souffrant, la tradipraticienne prendra sa température, examinera son allure (si l'enfant présente des signes de fatigue, s'il est pâle, etc.), la couleur de ses yeux, du bas de ses pieds, de ses ongles. Elle observera également ses gestes, notamment s'il se gratte, si son ventre est ballonné ou s'il pleure quand on le touche, etc. Par cette auscultation, la tradipraticienne peut déjà émettre une hypothèse sur la nature de la maladie dont souffre l'enfant et la confirmer par l'observation métaphysique qui relève de l'ordre de la divination.

---

<sup>156</sup> Dans cette zone, les maladies telles que *Medime*, *Mindip* ou *Mefulu* s'identifient à la couleur des selles de l'enfant.

Durant l'observation métaphysique, la tradipraticienne, en « retournant ses yeux », afin de voir ce que nul œil normal ne peut voir, met en œuvre ses compétences d'initiée, ses enseignements reçus lors des initiations, pour entrer en contact avec le monde invisible (les ancêtres, totems, génies, etc.). C'est à ce moment-là qu'elle remonte à la source du mal pour mieux le comprendre. Certaines n'ont pas voulu préciser ce savoir endogène de soins. Néanmoins, elles ont expliqué ne plus être elles-mêmes pendant ce moment de contact direct avec les esprits qui leur facilitent la tâche et les protègent également contre les esprits maléfiques, qui cherchent à empêcher ces visions qui trahiraient leurs plans maléfiques contre les enfants.

### 2.3. Les bains

Les bains (*misoban*) sont le moment de la consultation où il est fait usage de l'eau dans laquelle sont ajoutées des plantes médicinales. Ces bains ont plusieurs vertus. Utilisés pour les traitements, ils purifient et vivifient le corps. Même si toutes les maladies infantiles locales étudiées ici ne nécessitent pas de bains pour leur traitement, certaines, notamment l'*ebem* et le *koé ebem*, en ont impérativement besoin. Il existe trois types de bains : à l'eau froide, à l'eau tiède (par exemple, pour lutter contre l'*ebem*) et à l'eau chaude (dans le cas du *koé ebem*). Les deux derniers sont beaucoup plus utilisés, les enfants supportant mal l'eau froide quand ils sont souffrants. Selon les tradipraticiennes, la température de l'eau dépend de la durée de guérison d'une maladie : plus son traitement est long (*koé ebem*), plus il nécessitera d'eau chaude ; plus son traitement est court (l'*ebem*), moins il nécessitera d'eau chaude. Il ressort de mes observations que le bain d'un enfant souffrant du *koé ebem* se fait dans la marmite posée sur le feu, tandis que, dans le cas l'*ebem*, la marmite est hors du feu. Entre ces deux maladies, les différences ne sont pas seulement fondées sur la température de l'eau du bain, mais aussi sur le sens que la tradipraticienne donne à chaque élément de la pharmacopée traditionnelle qui y est intégré. Si ces deux maladies partagent les mêmes écorces et les mêmes herbes médicinales, ces dernières n'ont pas le même rendement sur chacune de ces maladies. Parmi leurs autres vertus, les bains permettent de purifier le corps avant de pratiquer les massages, dont le rôle est de rétablir le tonus du corps, sa vitalité, ses forces et ses énergies. Les tradipraticiennes m'ont révélé qu'on ne saurait rétablir la vitalité d'un corps s'il est encore souillé, d'où l'importance des bains avant les massages.

## 2.4. Les massages

Les massages (*mi mbabane*), tout comme les bains, sont récurrents dans le processus de guérison des maladies infantiles locales. Il en existe deux types qui peuvent être faits concurremment : les massages à chaud (à eau chaude, à la chaleur du feu, aux écorces et herbes réchauffées) et ceux à froid (à huiles aux essences végétales, à la cendre). Le massage avec de l'eau chaude est employé dans le traitement de toutes les maladies qui nécessitent des massages, l'eau, sous toutes ses formes, étant d'ailleurs indispensable dans le traitement des maladies infantiles locales. Quant aux massages à la chaleur du feu, ils sont réalisés de deux façons : soit la tradipraticienne place pendant quelques secondes ses mains au-dessus des flammes, puis les pose sur le corps de l'enfant, notamment sur les parties où il souffre ; soit elle place une machette dans les braises, puis claque rapidement ses mains jointes sur la machette chaude que la mère de l'enfant tient avant de les poser sur le corps de l'enfant. Pour les massages aux plantes réchauffées, la tradipraticienne dépose celles qui sont appropriées au traitement sur du feu tout en les tenant. Elle s'assure qu'elles ne sont pas trop chaudes pour ne pas brûler l'enfant. Quand la chaleur est suffisante, elle les frotte à tour de rôle sur le corps de l'enfant. Concernant les massages à huiles aux essences végétales, ils consistent à oindre l'enfant de ces huiles. Ils peuvent être confectionnés soit par la tradipraticienne, soit par la mère à domicile selon la posologie et le temps indiqués par la tradipraticienne. Enfin, en ce qui concerne les massages à la cendre refroidie, ils ne sont pas seulement utilisés dans les processus de guérison, mais aussi dans les contextes de post-scarifications et post-blindages.

## 2.5. Les scarifications et les blindages

Les scarifications (*e pwelan*) et les blindages (*e bana'ane*) sont associés. En effet, pour être blindé contre une maladie, c'est-à-dire immunisé de l'intérieur comme de l'extérieur, il faut passer par les scarifications, des actes de soin et de protection caractérisés par des marques faites sur le corps au moyen d'objets spécifiques. Dans les deux cas, des objets locaux sont utilisés : des lames, des griffes d'oiseaux et d'animaux séchées, des ficelles traditionnelles, des gris-gris, des colliers spécifiques (blindages). En faisant porter ces objets à l'enfant, les tradipraticiennes sont dans une logique de croyance des deux côtés visible (diurne) et invisible (nocturne ou mystique), si bien que l'enfant est protégé tant le jour que la nuit contre les esprits malveillants susceptibles d'ébranler sa santé. Selon les tradipraticiennes, ces deux procédés sont utilisés seulement quand une maladie infantile locale est récidivante, notamment l'*Ebem* et le *Koé ebem*. D'autres, qui sont étudiées dans cette thèse, comme *Mefulu*, *Awo'o mbime*, *Medime*, *Agnos*, *Abobone avous*, *Midip*, disposent d'autres moyens de

prévention et d'immunisation. Le but des scarifications et des blindages est de rendre le corps de l'enfant dur comme le fer, en fermant mystiquement les portes d'entrée à travers lesquelles cette maladie récidivante passe. La grande majorité des scarificateurs et des blindeurs est constituée d'hommes.

Considérons maintenant les outils, c'est-à-dire les objets, les accessoires, les instruments locaux qui accompagnent le travail des tradipraticiennes.

### **3. Les outils**

Les outils (*biom bisae*) permettent à cette médecine infantile endogène bulu de prendre corps. Chacun d'entre eux détient un ou des rôles bien précis selon les contextes préventifs et thérapeutiques dans lesquels ils sont utilisés. Ils sont aussi bien naturels (empruntés à la nature), culturels (fabriqués par des artisans de la communauté et par les tradipraticiens) que spirituels (intervention des divinités). Parmi les premiers, on retrouve l'eau (*medim*), le feu (*djouane*), la cendre (*assoup*), le bois (*ndja'a*), la terre fraîche (*tya*). Selon les tradipraticiennes, les plantes médicinales, les fruits médicinaux et les parties spécifiques d'animaux, qui portent en eux des vertus médicinales, préventives et thérapeutiques, peuvent également être intégrés dans cette catégorie dans la mesure où ils contribuent aux actes de soin et de guérison en fonction de leur usage. Quant aux outils culturels, ils sont composés de poire (*mvouane*), pots en terre cuite (*ndek tya*), ficelles (*mikol*), marmites (*mevieuk*), pierres traditionnelles (*nkol mbonda*, *akok bulu*), mortiers (*ntchop*) et de machettes chauffantes (*ayong fa*). Enfin, les outils spirituels intègrent les ancêtres, les totems, les fétiches, les génies.

#### **3.1. Le bois, le feu, la cendre, l'eau et la terre fraîche**

Le bois, le feu, la cendre, l'eau et la terre fraîche sont des énergies que la nature offre et met au service de cette médecine infantile endogène.

Le bois (*ndja'a*) est utile pour allumer le feu qui servira à chauffer de l'eau pour réaliser les divers types de massages chauds ; la cendre et le charbon sont également utilisés pour des massages. Enfin, le bois permet à la tradipraticienne d'organiser son dispositif d'accueil : les troncs d'arbre servent de places assises pour les femmes et leurs enfants en consultation.

Le feu (*djouane*) est essentiel dans cette médecine infantile endogène. Il est au centre de toute préparation de soins. Cette médecine est une médecine « chaude », la plupart des actes de soin et de guérison étant reliés au feu. Sans feu, il est difficile de travailler, comme l'indique une tradipraticienne. Le feu et ses composantes (sa chaleur, ses flammes, ses étincelles, sa cendre)

ont également un but mystique réservé aux initiés. Le feu peut être utilisé pour un retour de flamme ou de chaleur à l'esprit malveillant responsable de la souffrance d'un enfant lorsque ce dernier a recouvré la santé ; le mal se retourne alors contre celui qui l'a engendré.

La cendre (*assoup*) s'obtient par la fusion du feu (combustible), du bois (comburant) et du vent (énergie d'activation), les trois formant le « triangle du feu ». La cendre a plusieurs usages. En premier lieu, elle est utilisée dans le traitement des maladies liées à la peau telles que les oreillons, qui se caractérisent par des gonflements des joues et des tempes. Afin de soigner les oreillons, les tradipraticiennes recueillent de la cendre, la mélangent avec de l'eau, de façon à former un mélange homogène pâteux, et elles l'appliquent sur les oreillons pendant une durée déterminée. En second lieu, la cendre se révèle utile pour soigner des brûlures de toutes sortes. En troisième lieu, elle est aussi utilisée dans le traitement des ventres ballonnés, symptôme du *koé ebem* et l'*ebem*. La cendre est une de ces substances médicinales locales qui contribuent à faire dégonfler certaines parties du corps des enfants. En dernier lieu, elle est aussi utile lors des cérémonies spirituelles dédiées à la protection et à l'invocation des esprits et des ancêtres défunts. Dans ces cérémonies, la cendre permet aux initiés qui la mettent sur leur visage de se distinguer des autres participants ; en outre, elle sert à délimiter le cadre de la cérémonie.

L'eau (*medim*) possède les mêmes vertus thérapeutiques que le feu. Dans le cas de certaines maladies infantiles, notamment l'*ebem*, l'enfant se fait masser le ventre ballonné à la fois avec de l'eau chaude et avec la chaleur du feu. L'eau est également utile pour des bains de toutes sortes, pour faire des décoctions buvables et des potions pour purger, etc. Enfin, grâce à l'eau, surtout celle ruisselante des rivières, la tradipraticienne peut procéder à des rites de purification afin d'enlever les souillures sur le corps d'un enfant. Dans les pratiques spirituelles africaines, une valeur symbolique lui est attachée. En effet, l'eau qui coule est de passage, elle ne stagne pas, elle emporte tout sur son passage, nettoie le lit de la rivière des insalubrités, purifie la rivière au quotidien. Par analogie, les souillures qui inondent le corps sont emportées par cette eau qui ruisselle abondamment ; on dit qu'elles quittent le corps pour ne plus jamais revenir, tout comme l'eau qui ruisselle ne remonte plus en amont.

La terre fraîche (*tya*), notamment celle du cimetière, est souvent utilisée pour la guérison de la maladie infantile locale appelée *abobone avous*, une des huit maladies infantiles locales étudiées. Elle permet en outre de confectionner des pots en terre cuite, des marmites

traditionnelles, qui sont des outils constamment utilisés par les tradipraticiennes, qui seront décrits à la suite.

### **3.2. La poire**

La poire (*mvouane*) est le premier outil utilisé au début de tout processus de diagnostic. J'ai constaté que toute tradipraticienne possédait unealebasse remplie d'une potion à base d'herbes médicinales et une poire, posée à côté. La tradipraticienne s'en sert pour purger les enfants, qui, au bout de quelques minutes, feront des selles, lesquelles, selon leur couleur et leur odeur, sont un moyen d'identifier la maladie. Elle est utile pour des traitements à base de décoction que l'enfant ne peut consommer par voie orale.

### **3.3. Les pots en terre cuite**

Les pots en terre cuite (*ndek tya*) sont réalisés par des potiers à base de terre rouge qui est par la suite cuite dans des foyers chauffants afin de la solidifier. Ces pots en terre cuite servent à la conservation non seulement de certaines écorces, herbes, racines et fruits médicinaux, mais aussi d'objets tels que des griffes d'oiseaux, certaines parties d'animaux fraîches ou séchées. À l'intérieur de ces pots, la tradipraticienne conserve en outre la nourriture dédiée aux totems, génies et autres esprits avec lesquels elle communique lors des séances de consultation. Ils (ces pots en terre cuite) permettent de dissimuler la visibilité de ces divinités et esprits. Ils sont toujours bien placés : soit dans la chambre à coucher de la tradipraticienne, soit dans un coin spécifique de sa maison auquel personne n'a accès. À défaut de marmites, c'est également dans ces pots en terre cuite que les tradipraticiennes font des décoctions dédiées aux divers bains des enfants.

Au fil du temps, toute une symbolique s'est créée autour de leur usage. D'une part, c'est de la terre – l'humus – que l'Homme vient, de sorte que les matières nécessaires aux traitements des maladies qui menacent le corps se conservent le mieux dans la terre. D'autre part, la forme creuse que le potier donne à ces pots est le symbole de la réception, de la conservation et de la protection ; de la réception parce que tout ce qui est creux peut contenir des choses multiples ; de la conservation et de la protection parce que ces choses peuvent y être dissimulées sans risque d'être prises par des profanes, encore moins d'être endommagées par les températures.

### **3.4. Les ficelles**

Les ficelles (*mikol*) sont portées surtout au cou, aux poignets, aux reins, aux pieds. Chaque ficelle est propre à une seule maladie. Elles sont utilisées dans deux cas : soit pendant le traitement d'une maladie afin d'accélérer le processus de guérison, soit après le traitement d'une maladie pour éviter sa récurrence. Il en existe deux types : les ficelles naturelles cueillies dans la forêt, qui ont des vertus préventives et thérapeutiques naturelles ; et les ficelles culturelles faites par les tradipraticiennes, auxquelles sont attribués des pouvoirs de prévention, de protection ou de guérison, d'où les appellations populaires de « gris-gris », « cauris », etc. Le rapport entre le port des ficelles, la prévention, la protection et la guérison s'explique du fait même des parties du corps sur lesquelles elles sont attachées : elles sont attachées sur les parties du corps considérées comme des portes d'entrée des microbes, des virus et de tout autre agent pathogène pour servir de barrières.

### **3.5. Les marmites, les pierres traditionnelles et le mortier**

Les marmites (*mevieuk*), les pierres traditionnelles (*nkol mbonda*, *akok bulu*) et le mortier (*ntchop*) sont trois outils importants. Les marmites servent d'abord de conservation des remèdes (préparés), qui peuvent ensuite être réchauffés et consommés selon les prescriptions de la tradipraticienne. Ensuite, elles (les marmites) permettent de chauffer l'eau destinée aux massages et aux bains. Enfin, elles permettent de faire cuire les remèdes, composés d'écorces, de feuilles, etc., dédiés aux traitements. Les pierres traditionnelles sont constituées à partir d'une pierre granitique qui est taillée pour leur donner une forme plate et de boule ; elles sont ensuite polies. Elles permettent d'écraser tout objet dur ou sec, notamment les écorces médicinales séchées et les fruits secs, afin d'obtenir de la poudre, à partir de laquelle seront créées des huiles pour les massages. Le mortier détient le même rôle que les pierres traditionnelles : son pilon permet d'écraser des écorces dures et sèches. Il en diffère seulement en ce qu'il est plus efficace : il permet de piler une plus grande quantité d'écorces, et ce d'autant que plusieurs personnes, détenant chacune un pilon, peuvent piler en même temps.

### **3.6. Les machettes chauffantes**

La machette chauffante (*ayong fa*) est utilisée pour réaliser les massages chauffants, surtout dans le cadre du traitement de l'*ebem* et du *koé ebem* qui impliquent des maux de ventre. Durant les massages, la chaleur a pour but de dilater plus facilement l'*ebem* qui vient se greffer sur le diaphragme, faisant gonfler le ventre et empêchant par la suite que l'enfant puisse bien respirer. Car cet *ebem* au fur et à mesure qu'il évolue dans le ventre de l'enfant

bloque ses voies respiratoires tout en créant un dysfonctionnement dans son système corporel, d'où la mort subite si rien n'est fait rapidement.

### **Conclusion**

En conclusion, j'ai analysé la place des acteurs impliqués dans la médecine infantile endogène : les tradipraticiens, les enfants et leur mère, les autorités traditionnelles, les chefs COSA et les autres membres de la communauté. Les mamans âgées (spécialistes des maladies infantiles et de la santé des enfants), les matrones (spécialistes des accouchements et de la santé maternelle et infantile) et les blindeurs (spécialistes des blindages et protections multiples) sont les trois types de tradipraticiens qui constituent cette médecine infantile endogène bulu. Ils travaillent en étroite collaboration. Les mères comme actrices de cette médecine infantile endogène jouent deux types de rôle lors des situations de soin (pas de trois). Le rôle maternel parce qu'elle est capable de constater la dégradation de l'état de santé de l'enfant et d'interpeller une tradipraticienne, et le rôle d'intermédiaire culturelle parce qu'elle facilite les soins et du fait qu'elle exprime mieux les douleurs ou l'état de l'enfant à la tradipraticienne. Dans ce rôle d'intermédiaire culturelle il ressort des rôles sous-jacents, notamment l'interprétariat, la médiation, l'alerte de maladies, la co-tradipratique, et d'action de soins désignée. L'enfant, en tant qu'acteur de cette médecine infantile endogène est au cœur de celle-ci, car c'est lui sa raison d'être, son centre de gravité. Enfin de compte, ces acteurs, qu'ils soient initiés ou non, contribuent à des degrés divers à l'épanouissement de cette médecine infantile endogène et à sa perpétuation. J'ai également examiné les savoirs (connaissances) et savoir-faire (pratiques) qui caractérisent cette médecine infantile endogène. Ainsi, au-delà du fait que les savoirs sont des enseignements ou connaissances, que les pratiques sont la mise en œuvre de ces savoirs et qu'autant les savoirs que les pratiques n'ont de sens et ne sont perceptibles que dans l'accomplissement des soins, il ressort que chacun des outils qui accompagnent les pratiques a son rôle et son usage spécifiques.

Les acteurs, les savoirs et les pratiques endogènes de soin ainsi que les outils de la médecine infantile endogène et leurs composantes ayant été analysés, j'aborde à la suite la vision du monde des Bulu en lien avec les soins.

### **CHAPITRE 3 : LA VISION DU MONDE DES BULU ET LES SOINS**

#### **Introduction**

Ce chapitre s'attache à montrer comment les Bulu intègrent la médecine, la santé et les maladies dans leurs différentes interactions avec le monde visible et invisible qui les entoure. Ce chapitre invite à comprendre le fondement et le fonctionnement de la médecine bulu à travers les soins, la guérison et la vision du monde chez ce peuple afin de mieux saisir les mécanismes de prévention et de traitement des maladies en général et des maladies infantiles locales en particulier. Le lecteur se rendra compte, par les illustrations concrètes fournies dans La suite (notamment au chapitre 4), que, chez ce peuple, les soins et la guérison n'ont de sens que dans la complémentarité et l'interaction constantes des mondes visible et invisible.

En effet, mes enquêtes m'ont permis de saisir le sens profond de la vision du monde de ce peuple Bulu, laquelle intègre trois instances (macro, méso et microcosmique) et deux dimensions (le visible et l'invisible). Bien avant que Tylor, Malinowski et Levi Strauss démontrent respectivement dans leurs démarches « évolutionniste », « fonctionnaliste » et « structuraliste » que la culture est un ensemble constitué d'éléments interdépendants, les Bulu estimaient que, pour comprendre certains aspects de leur culture, il est nécessaire de découvrir le sens des « choses cachées » de l'intérieur, c'est-à-dire ces choses qui ne sont à priori pas perceptibles, compréhensibles ou visibles au simple contact de cette socio-culture.

C'est pourquoi, dans ma démarche ethnographique visant à comprendre le sens de la nosologie et de la nosographie des maladies de cette zone, je suis allé – en suivant la recommandation d'une tradipraticienne – à la rencontre d'un patriarche, l'un des plus âgés de la zone, en vue de comprendre la « vision du monde » des Bulu.

En pays Bamiléké<sup>157</sup> par exemple (partie Ouest du Cameroun)<sup>158</sup>, les spécialistes des « choses du dedans » disent : « on ne construit pas une nouvelle case sans employer de vieux bambous » (Djetcha, 2003). Chez les Bulu, on dit plutôt : « *ba bi ki nyoo e kouk zang* », littéralement « on n'attrape pas le serpent par le milieu ». Il est donc conseillé de l'attraper par le cou, plus proche de la tête, pour ne pas être mordu. À première vue, cette phrase semble banale, mais les initiés diront le contraire. Cette phrase explique en fait ce qui précède, c'est-à-dire que, pour comprendre certains aspects socioculturels, il faut d'abord connaître leur

---

<sup>157</sup> Les bamilékés, souvent considérés comme des semi-bantous, sont une des ethnies du Cameroun qu'on retrouve dans la partie Ouest et Nord-ouest du Cameroun.

<sup>158</sup> Se référer à l'introduction, notamment sur la présentation physique et géographique du Cameroun

perception locale (c'est-à-dire la tête, le début de tout). Deux sections constituent ce chapitre : la structure sociale de la « vision du monde » des Bulu et l'analyse du rapport entre la vision du monde des bulu et les soins.

### **1. La structure sociale de la « vision du monde » des Bulu**

La « vision du monde » est un concept global et adaptatif, ce qui signifie que tout groupe culturel peut l'incorporer (global) et le définir selon ses propres aspirations (adaptatif). Dans les sciences humaines et sociales, notamment en philosophie et en psychologie sociale, la vision du monde désigne l'ensemble des représentations métaphysiques, physiques, sociales, culturelles, religieuses et spirituelles qui orientent l'action ou les actions des êtres humains (Dortier, 2008). Quant à la « structure sociale », elle désigne la hiérarchisation des instances sociales et culturelles qui constituent tel cadre culturel et qui lui donnent sens. Elle désigne également l'ordre de positions différenciées entre les individus membres d'une société et les instances sociales et culturelles, ainsi que les différents rapports dynamiques et fonctionnels qui les lient. Godelier (1984) parle de « sociétés organisées en ordre », c'est-à-dire de sociétés dont le fonctionnement social est fondé sur une organisation culturelle structurelle et fonctionnelle bien établie.

En effet, la société bulu est organisée en ordre bien établi et bien hiérarchisé. Mes enquêtes montrent que la « vision du monde » des Bulu fait référence à leur manière propre d'appréhender, d'interpréter, de sentir, d'expliquer le monde, l'univers et les objets célestes ; ainsi qu'à leur vision propre des lois générales par lesquelles le monde physique et métaphysique est régi et gouverné. Cela étant, deux choses fondamentales interpellent : ses représentations pour ce peuple bulu ; les trois instances et les deux dimensions qui constituent cette vision du monde et qui lui donnent sens, ainsi que les rapports dynamiques et fonctionnels qui existent entre elles.

#### **1.1. Les représentations de la « vision du monde » des Bulu**

« Une représentation est un système de valeurs, de notions et de pratiques [...] » (Moscovici, 1996, p.11). Elle est aussi, d'une part, cet ensemble de valeurs, de normes sociales et modèles culturels pensé et vécu par des individus d'une société, et d'autre part, la manière dont s'élabore, se structure logiquement et psychologiquement l'image des objets sociaux (Herzlich, 1996). Kotobi (1995) montrera que toute représentation se plie toujours à une interprétation puisqu'elle confère des explications. Évoquer les représentations de la vision du monde des Bulu revient tout simplement à mettre en lumière la manière avec laquelle celle-ci (la vision du monde) est pensée ou élaborée, vécue, perçue, interprétée, structurée par les

Bulu en liaison avec leur mode et cadre de vie. Car ils l'ont imaginée, la contrôlent, la dirigent et l'ont adaptée à leur mode de vie au quotidien.

### **1.1.1. Un patrimoine culturel immatériel**

La vision du monde des Bulu est, avant tout, fondée sur un véritable patrimoine culturel immatériel. Elle a été inventée par les ancêtres fondateurs de la tribu, a perduré dans le temps et a surtout su garder, grâce aux processus de transmission générationnelle, son intégrité en dépit des dynamiques sans cesse croissantes de la culture, de la tradition et des mentalités. En tant que telle, elle est porteuse de quatre principaux critères définis par l'UNESCO<sup>159</sup>. En effet, du point de vue des patrimoines culturels immatériels, cette organisation internationale avait défini quatre critères qui caractérisent un patrimoine culturel immatériel : le patrimoine culturel immatériel doit être « traditionnel, contemporain et vivant à la fois, inclusif, représentatif et fondé sur la communauté » (p. 3).

La vision du monde des Bulu est une tradition faite de pratiques propres à ce peuple. « Inclusive », elle est un cadre porteur d'expressions culturelles qui évoluent et qui contribuent à la cohésion sociale, car celles-ci procurent un sentiment d'identité, d'identification et de continuité, établissant un lien entre le passé de ce peuple, son présent et son futur. « Représentative », elle est intimement liée à la communauté, se développe à partir d'elle et dépend des initiés qui transmettent au reste de la communauté, de génération en génération, des traditions, des savoir-faire et des coutumes. Enfin, « fondée sur les communautés », elle est reconnue par ce peuple comme un héritage précieux, qui doit être entretenu et transmis.

En tant que patrimoine culturel immatériel, la vision du monde des Bulu renvoie, d'une part, à une religion traditionnelle et, d'autre part, à un héritage ancestral. Pour les Bulu, la religion apporte des solutions adéquates à leurs problèmes sociaux, culturels et spirituels. De mes enquêtes, il apparaît qu'il n'est pas rare que des initiés du culte des ancêtres ou encore des devins-tradipraticiens (microcosmique) organisent des séances de désenvoutement d'un enfant ou d'un adulte tout près d'une tombe d'un ancêtre éponyme décédé (mésocosmique, dimension invisible) dans le but d'acquiescer ses grâces, ses pouvoirs afin de guérir le patient. D'autre part, cette vision du monde, en sa qualité d'héritage ancestral, doit être préservée ; à cet effet, les Bulu ont le devoir moral de la faire rayonner, de la perpétuer de génération en

---

<sup>159</sup> Se reporter au rapport des États parties à la Convention de 2003 pour la sauvegarde du patrimoine. A retrouver sur le site : <http://www.unesco.org/culture/ich/> ; <http://www.unesco.org/culture/ich/fr/convention/> (texte de la convention) ; <http://www.unesco.org/culture/ich/index.php?lg=fr&pg=00024> (liste des États parties).

génération, car la survie et la protection de leur communauté, de leur cadre et mode de vie en dépendent.

### **1.1.2. Un cadre de confrontations et d'interactions**

La vision du monde selon les Bulu est aussi un cadre de confrontations et d'interactions de toutes ces instances culturelles et dimensions précédemment citées. En tant que telle, elle est un cadre où coexistent toutes ces instances culturelles. Et c'est de cette coexistence que naissent des confrontations, des interactions, voire des foisonnements. À travers leur représentation du monde, les Bulu expriment leur culture qui s'exprime par un certain nombre de pratiques et d'interactions visibles et invisibles entre les vivants, les astres, les morts et le monde de la nuit, afin de favoriser un espace vital socialement, culturellement, spirituellement équilibré et multidimensionnel correspondant à leurs aspirations.

Des points de vue fonctionnaliste et structuraliste, chaque instance a un ou des rôles à jouer pour le maintien de l'équilibre social et culturel, pour la solidification du tissu social, pour la survie de la société et de ses membres dans leurs entreprises sociales, culturelles, sanitaires, économiques, etc. Les éléments (ces instances) qui les constituent respectivement, à des degrés divers, communiquent, interagissent. Selon les Bulu, le monde ne s'appréhende pas seulement sous l'angle de ce qui est visible. Il est un espace de médiations et de scénarisations multiples. Vu sous cet angle, leur vision du monde est ordonnée et présente une cohérence symbolique de l'ensemble de leurs pratiques (sociales, économiques, politiques, religieuses, spirituelles, sanitaires, médicales, etc.) (Cuche, 2010).

Dans ce qui suit, je présenterai et analyserai les différentes instances et dimensions qui composent la vision du monde des Bulu et mettrai en évidence leurs convergences et divergences.

## **1.2. Présentation et analyse des différentes instances et dimensions au cœur de la « vision du monde » des Bulu**

Ndjalla (2016) – qui a travaillé sur les Ewondo, un peuple Beti comme les Bulu – indique que cette division en trois instances reste communément partagée chez les peuples Beti, mais à des degrés divers. À l'intérieur de chacune d'elles, on retrouve Dieu (macrocosmique) ; les morts, les entités et les esprits (mésocosmique) ; et les humains, la faune et la flore (microcosmique). Dieu (*Ntondobe*, *Zambe*, *Nkombat*, *Yehovah*) est perçu comme omniscient, omnipotent, créateur de toutes choses, entité supérieure et superpuissante. Concernant particulièrement Dieu, Ndjalla (2012) montre que Dieu est, chez les peuples Beti, notamment les Ewondo : « Seul vrai Dieu qu'ils appellent '*ntondobe*' ou plutôt '*ntondo bod*' ou

“*ntondo obe*”, c’est-à-dire celui qui fait sortir l’Homme à la manière d’un doigt de banane qu’on épluche. Autrement dit, celui qui donne la vie. Dieu est aussi appelé “*Nkombot*” (le créateur de l’Homme), “*Zamba elo fege*” (Dieu siège de la sagesse), “*Zamba esia ngul mese*” (Dieu le père tout puissant) [...] » (p. 37). Dieu serait celui qui a engendré le premier ancêtre Beti-Bulu (*Nanga*), lequel a engendré tous les autres groupes beti, notamment : Kolo Beti, Eton Beti, Mvele Beti, Mvam Beti, Meka Beti, Bulu Beti. La légende explique que Dieu vit à l’écart des préoccupations des hommes, car ces derniers ont transgressé une loi qu’il a mise en œuvre, ce qui l’a offensé. Laburthe-Tolra (1985) dévoile l’origine de cet écart. Ainsi, dit-il :

---

*« Au commencement, le tragique phénomène qu’est la mort n’existait pas chez les hommes et ils vivaient quotidiennement en contact direct avec Dieu. Les premiers hommes, ou le premier couple humain, engendré par Zambe ne connaissaient pas la mort ; ils ne connaissaient que le sommeil, ngal oyo : sommeil femelle. Zambe leur dit : “je pars en voyage ; si votre enfant tombe dans le grand sommeil : nnom oyo : le sommeil mâle, ne le mettez surtout pas en terre. Conservez-le et attendez que je revienne”. Peu après, l’enfant mourut, et ses parents voulurent conserver son corps comme Zambe le leur avait prescrit. Mais la décomposition du cadavre suscita une odeur insupportable et attira des essaims de mouches. Les hommes délibérèrent et décidèrent, en attendant le retour de Zambe, de déposer le cadavre dans un caveau souterrain, ils se débarrasseraient ainsi des mouches et de la puanteur. Ils firent donc une chambre mortuaire creusée sur le côté d’une fosse, y mirent le corps, la fermèrent avec des écorces et recouvrirent la fosse de rondins et de terre. À son retour, Zambe aperçut le tertre : “quel est ce monticule ?” On lui répondit : “l’enfant que nous avons eu est enterré là”. Alors Zambe se fâcha et dit : “Puisque vous avez transgressé mes ordres, désormais tout homme mourra et sera enterré comme vous l’avez voulu.” Ayant ainsi parlé, Zambe se leva et disparut pour toujours. » (pp. 29-30)*

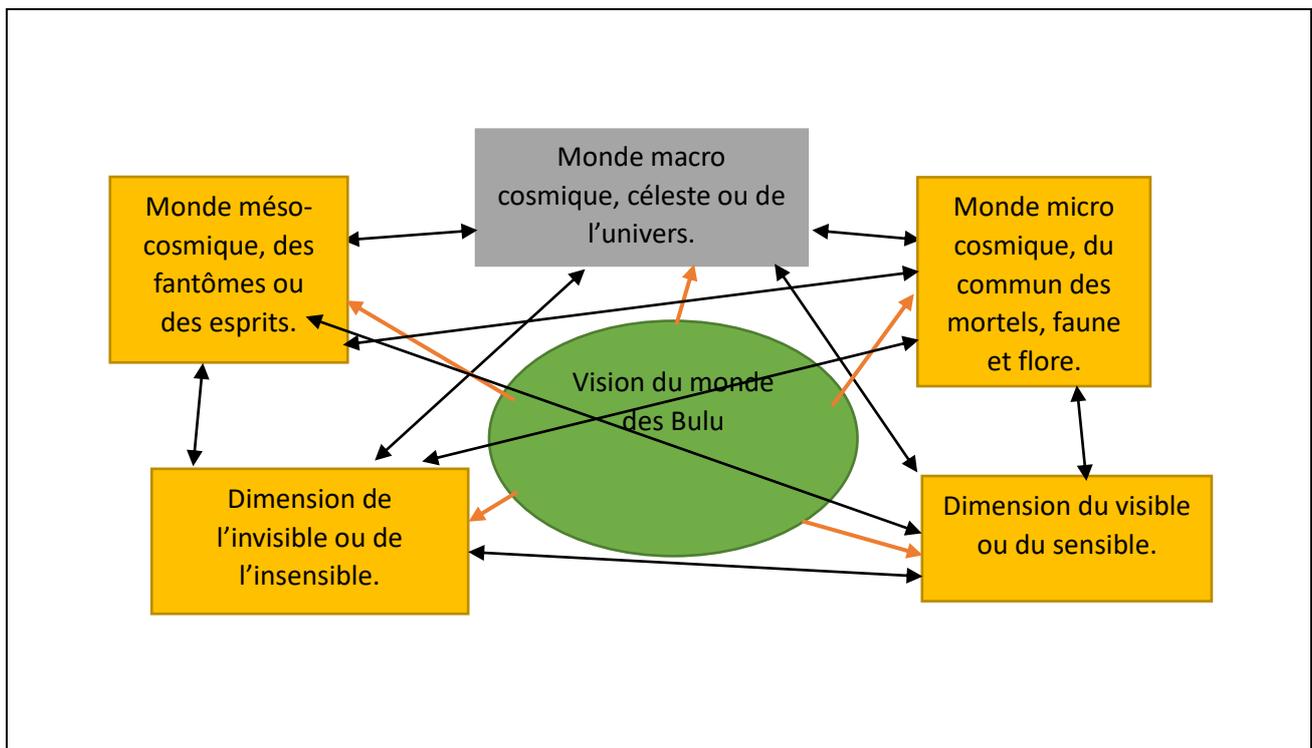
---

Malgré cette désobéissance qui a entraîné la colère de *Zambe*, il est incontestable que le monde microcosmique bulu a besoin de *Zambe* et qu’il lui est toujours resté fidèle bien qu’il ait lui-même créé des entités spirituelles autour de lui. Ces entités ne sont pas des substituts de *Zambe* : elles lui sont complémentaires. Elles sont plus proches du monde microcosmique. Elles jouent le rôle d’intermédiaires ou d’intercesseurs entre ce dernier et *Zambe*.

Quant aux esprits (*misisim*), les fantômes (*bekon*), les ancêtres défunts (*bevamba*) et les génies et totems (*mikouk*) sont considérés comme des dieux ou des entités spirituelles intermédiaires entre Dieu et les humains, desquels ils sont proches pour assurer leur protection et contribuer à résoudre leurs problèmes au quotidien, notamment les maladies, les maux de toutes sortes. Les humains (*bot*, *bewou*), la faune (*betsit*, *biyem*) et la flore (*afan*, *bilé*) sont des créatures

divines. Les humains sont des pèlerins venus sur terre par l'intermédiaire d'une femme (*nane*, génitrice et déesse sur terre) et d'un homme (*tate*, géniteur et dieu sur terre). Sur ces trois instances se greffent les dimensions de l'invisible (ou de l'insensible) et du visible (ou du sensible), qui leur sont interreliées. Les interactions symétriques entre les acteurs (leurs composantes) sont également constamment vivantes.

Le schéma qui suit présente la vision du monde des Bulu, de laquelle les cinq composantes tirent leur origine et leur sens. Les explications de ce schéma seront données dans la suite, au moment des analyses portant sur chacune des instances (macro, méso et microcosmique)



**Tableau 9 :** Schéma représentant la vision du monde selon les Bulu. Source : mes enquêtes de terrain

### 1.2.1. Le monde macro cosmique, céleste ou de l'univers (*yop, mikout*)

Ce monde met en lumière les différents rapports entre Dieu, les anges, les entités spirituelles, les Bulu et leur santé. Les Bulu – en dépit des déclarations de Sir Baker (1995)<sup>160</sup> qui, revenant du Haut-Nil en 1866, assurait aux membres vénérables de la Société ethnographique anglaise qu'« aucune des races du Bassin du Nil, sans exception, ne possède une croyance en un Être suprême ni aucune forme de culte ou idolâtrie [...] » (p. 9) – partagent la pensée judéo-chrétienne et reconnaissent qu'il existe une puissance invisible, un Être suprême appelé Dieu, qui est le créateur du ciel, de la terre et de toutes choses. Hampate Bâ (1972) montre d'ailleurs que « l'homme africain est un croyant né » (p. 119), car ayant la conviction de

<sup>160</sup> Cité par Louis-Vincent Thomas, *La terre africaine et ses religions*, L'Harmattan, 1995, p. 9.

l'existence d'une Force, Puissance-Source des existences et motrice des actions et mouvements des êtres. Or, pour lui, « cette Force n'est pas en dehors des créatures. Elle est en chaque être. Elle lui donne la vie, veille à son développement et, éventuellement, à sa reproduction » (*ibid.*, p. 119).

C'est également dans ce monde macrocosmique que, en dehors de Dieu, les Bulu reconnaissent l'existence d'anges, d'archanges, de chérubins et de séraphins dans leur environnement (la terre, l'eau, la forêt, etc.)<sup>161</sup>. Toutes les entités de ce monde sont omnipotentes, omniscientes et omniprésentes. S'il est impossible de voir Dieu et ses anges (sauf quand ils le veulent), les Bulu estiment que Dieu leur parle à travers ces entités spirituelles (réseaux culturels intermédiaires) entre les communautés et Dieu. Dans une certaine mesure, les Bulu situent les ancêtres défunts dans ce monde macrocosmique, bien qu'appartenant aux mondes méso et microcosmique. La légende bulu montrent qu'il existe une trinité du corps meurtri. Cela dit, quand un ancêtre meurt son corps se divise en trois parties. Une partie va dans les cieux habiter avec Dieu (monde macrocosmique), une autre intègre le monde des divinités (méso cosmique), et une autre auprès de la communauté (monde micro cosmique).

### **1.2.2. Le monde méso cosmique ou des fantômes et des esprits (*si bekon, si beyem*)**

Fondamentalement, ce monde, composé des ancêtres défunts, des morts, des génies, des fétiches, des totems, n'est pas très différent du monde macrocosmique. Cependant, contrairement à Dieu et aux anges, ces entités interagissent directement avec la communauté, par l'intermédiaire des initiés du culte des ancêtres, des devins-tradipraticiens ou des tradipraticiens. Ce monde joue un rôle capital entre Dieu et la communauté. Quand une tradipraticienne procède à une divination, elle entre en contact avec ces entités et elle n'oublie pas d'invoquer aussi Dieu, qui est au-dessus de tout et sans qui rien n'est possible. Pour la tradipraticienne, toute guérison émane de Dieu, mais passe par ces entités spirituelles. La plupart des tradipraticiens m'ont révélé qu'ils prient toujours avant toute action de soin. C'est dire à quel point Dieu est au centre de leur action en dépit de l'existence des entités spirituelles plus proches d'eux. Pour les Bulu, le monde méso cosmique est aussi celui de la régulation sociale et culturelle. Car, il impose le respect des lois divines, sociales et culturelles dans les dimensions Espace-Temps-Terre, y compris l'interdiction de leur transgression de sorte que la guérison d'une maladie dépend aussi du respect de ces règles mises en œuvre par

---

<sup>161</sup> Mes enquêtes montrent que 80 % de Bulu sont chrétiens (catholiques, protestants, évangélistes, etc.).

Dieu à travers les ancêtres. En fin de compte, le monde méso cosmique se caractérise par sa palpabilité, son concret et sa proximité.

### **1.2.3. Le monde micro cosmique ou du commun des mortels (*si done, si bot, si bewou*)**

C'est le monde des vivants, de ceux qui attendent leur heure pour s'en aller (*bewou*). Ce monde microcosmique doit sa survie aux deux précédents mondes. En effet, selon certains tradipraticiens, des épidémies dangereuses, telles que le choléra ou l'Ébola, sont souvent éradiquées de cette zone grâce aux pouvoirs conjugués des mondes macro et méso cosmique. Cela dit, quand l'épidémie perdure, la communauté fait appel, par l'intermédiaire des autorités traditionnelles, des tradipraticiens et des initiés du culte des ancêtres, à Dieu et aux entités spirituelles pour l'éradiquer. Certaines tradipraticiennes déclarent que cet appel donne souvent lieu à différentes réunions nocturnes afin de trouver des solutions qui seront mises en pratique le jour auprès de la communauté. Chez les Bulu, la nuit et l'invisible « génèrent, construisent », tandis que le jour et le visible « reçoivent et appliquent ». En fait, tout ce qui concerne le bien-être et le mieux-être de l'humain, notamment sa santé, dépend en grande partie du monde invisible et de ses entités (mondes macro et méso cosmique).

Par ailleurs, dans ce monde microcosmique, il existe une catégorie de personnes physiques appelées « ascendants » (parents, grands-parents, oncles et tantes, etc.), qui jouent un rôle prépondérant dans la régulation sociale et culturelle. Considérés comme des dieux, ces ascendants, notamment les parents ou géniteurs (*be mbiaie, be mbonde*) – « *tate* » désignant le père et « *nane* », la mère –, transmettent la vie par Dieu – aussi appelé « *tate* ». Puisque toute vie émane de Dieu selon les Bulu, les parents sont ceux par qui vient et passe cette vie. Considérés comme des dieux sur terre par leurs enfants à qui ils donnent la vie, ils ont tous les pouvoirs sur eux, tout comme Dieu sur les humains. Ils ont ainsi les pouvoirs de bénir, de protéger, d'orienter, et aussi de maudire et de détruire leurs enfants, puisque celui qui donne la vie a aussi la possibilité de la retirer. Selon les Bulu, il ne s'agit pas de mettre au même niveau Dieu et les ascendants. Ce serait d'ailleurs inadmissible. Mais, les considérer comme des dieux sur terre pour leur progéniture signifie qu'ils sont, à des degrés divers, tout aussi vénérés, sacrés et honorés que Dieu. Ils sont la main de Dieu. D'ailleurs, les Bulu s'appuient scrupuleusement sur les saintes Écritures (la Bible), notamment sur les dix commandements, qui rappellent aux humains d'honorer et de respecter leurs parents, afin d'exister pendant longtemps sur terre et combien ces parents sont sacrés dans leur vie comme toute personne âgée de la même génération qu'eux.

Ces trois instances s'accompagnent de deux dimensions essentielles qui favorisent la compréhension des dualités complémentaires jour *versus* nuit et visible *versus* invisible : la dimension de l'invisible ou de l'insensible (ancestralité, monde des disparus, sorcellerie) et celle du visible ou du sensible (monde des humains, des animaux et de la forêt).

#### **1.2.4. La dimension de l'invisible ou de l'insensible**

Pour les Bulu, la dimension de l'invisible intègre le monde surnaturel, aussi considéré comme le monde de la nuit, pris ici comme cadre secret des choses réservées aux initiés. Autrement dit, pour voir et sentir ce qui se passe dans ce monde invisible, y compris interagir avec ceux qui le constituent, il faut acquérir un minimum d'initiation. L'entité la plus importante de ce monde est Dieu, créateur des Bulu et de leur univers.

Trois composantes constituent la dimension de l'invisible. L'Ancestralité, le monde des disparus et le monde de la sorcellerie.

##### **1.2.4.1. Ancestralité (*bekon, bevamba*)**

Chez les Bulu, tout ce qui se rattache à l'ancestralité (*elik be mvamba*) concerne les ancêtres et leur culte. Le terme « *bevamba* » (les ancêtres, les aïeuls) est le pluriel de « *mvamba* » (ancêtre, aïeul). Mes enquêtes m'ont conduit à mieux comprendre ce terme. Je me suis rapproché des initiés du culte des ancêtres (*e yebe bevamba*). Ainsi, les initiés de ce culte indiquent que pour être élevé au rang d'ancêtre à qui est voué un culte, il faut avoir été un modèle social et culturel, un homme bon, juste, honnête, conciliant, une référence morale dans la communauté. Par ailleurs, ce statut n'est pas uniquement réservé aux morts, mais les vivants ne bénéficieront pas du même degré de louanges ou de sublimation, puisqu'il existe des ancêtres immédiats et des ancêtres lointains (Thomas & Luneau, 1995). Les premiers (ancêtres immédiats) sont les arrière-grands-parents d'Égo<sup>162</sup>, tandis que les seconds (ancêtres lointains) sont les fondateurs de la tribu, du groupe ou du clan, c'est-à-dire les parents des arrière-grands-parents d'Égo. Du fait de l'organisation sociale et culturelle de la société bulu, une société à tribu ou à clan, ces ancêtres lointains ou fondateurs sont aussi appelés « ancêtres éponymes », c'est-à-dire qu'ils ont donné leur nom à leur tribu ou clan, et ceux-ci s'en distinguent et s'y réfèrent constamment.

Les croyances traditionnelles sont au cœur de cette socio-culture (culte des ancêtres, fétichisme, naturisme, mânisme et animisme). Malgré la présence de religions importées, les Bulu croient tout autant à leurs ancêtres, dont le culte est enraciné dans leur culture, qu'à Dieu

---

<sup>162</sup> Ego est un terme pris comme référence lorsqu'on aborde des questions relatives à la parenté, aux alliances, aux filiations, aux parentalités, etc.

ou à Allah. Pour des problèmes relatifs à la santé, dont les causes relèveraient de l'ordre de l'infortune, les Bulu estiment que s'en remettre aux ancêtres constitue une des solutions parmi tant d'autres, puisque les ancêtres, s'ils sont bien traités, consultés et honorés constamment, veillent sur leurs descendants. Dans le même ordre d'idées, Laburthe-Tolra (1994) précise que, en dépit de la forte présence, dans cette région du Cameroun, des religions monothéistes (catholicisme, christianisme réformé, islam, etc.) et de leur influence sociale à travers leurs édifices et croyances, il n'est pas exclu de voir, en milieu urbain comme rural, des familles, avec des postures et des vêtements particuliers, à des heures bien précises, se prosterner, honorer, prier et s'exprimer devant des tombeaux à proximité des maisons, faire des offrandes ou pratiquer des rites et des jeûnes en faveur d'un ancêtre disparu. De même, il n'est pas rare de rencontrer un patient chez une tradipraticienne qui déclare avoir prié sur la tombe de ses arrière-grands-parents et avoir reçu, dans ses rêves, leurs recommandations de consulter une tradipraticienne. Il m'est aussi arrivé de rencontrer de dignes fils de cette zone qui, lorsqu'ils éprouvent des difficultés dans leurs services, rentrent au village se prosterner devant les tombes de leurs ancêtres, afin de leur demander des grâces ou des solutions à leurs problèmes. En effet, de tels actes ont des significations particulières. Dans ce sens, Bonhomme (2008) affirme que :

---

*« non seulement ceux qui sont partis conservent par-delà leur trépas un lien avec la communauté des vivants, [...] ils interviennent activement dans leurs affaires, pour le meilleur ou pour le pire ; [ils] continuent en effet d'entretenir un commerce avec les vivants, avec leurs parents notamment ; ils les protègent et leur apportent bonheur et prospérité, ils les punissent en leur infligeant malheurs et maladies parce qu'ils se sentent négligés, ils les hantent sous forme de spectres, les possèdent même parfois en faisant irruption jusque dans leurs corps [...] » (p. 160).*

---

Ces croyances traditionnelles constituent ce que les Bulu appellent : « *ngul melan* », c'est-à-dire la croyance aux choses différentes du Dieu suprême créateur de toutes choses. Ces cinq composantes des croyances traditionnelles des Bulu ont en commun la présence du « sacré et ses interdits » en toutes choses, en raison de l'existence de richesses naturelles tangibles et visibles qui constituent l'univers qui entoure l'Africain (Hamapaté Bâ, 1972), notamment le Bulu. Concernant « le culte des ancêtres », les initiés pensent qu'il est le culte laissé par les ancêtres » ou encore « la manière dont les ancêtres exprimaient leur spiritualité ». Dans cette logique le culte des ancêtres chez les Bulu est un cadre par excellence de « l'Ancestrisme » et de « l'Ancestralâtrie » (Thomas & Luneau, 1995). « L'ancestrisme » réfère à la valeur et à

l'estime accordées aux ancêtres, tandis que « l'ancestraltrie » renvoie à la croyance ou au culte voué aux ancêtres. Cependant, ces auteurs rappellent que, même si tous les ancêtres font partie de la communauté des humains, leur degré de sublimation n'est pas identique, car sont distingués les ancêtres immédiats des ancêtres lointains. Le culte des ancêtres est une authentique institution rituelle, canonique, réglée par la liturgie et par le sentiment de la présence des morts.

Dans ce contexte précis, « les morts sont alors tenus pour vivants d'un genre particulier avec qui il faut compter ou composer et avec qui on s'efforce d'avoir des relations de bon voisinage » (Thomas et Luneau, 1995, p. 104). Celui qui pratique le culte des ancêtres doit intégrer la conscience intuitive et la reconnaissance tacite de la survie de l'âme après la mort ainsi que la possibilité de sa réincarnation (Loan-Luong, 2011). C'est ainsi que, notamment chez les Bulu, « on ne boit jamais de vin de palme ou de bière de mil sans en jeter quelques gouttes à terre pour les défunts ; on évite de jeter de l'eau chaude sur le sol de la case pour ne pas brûler les âmes des défunts favorables, etc. » (Thomas & Luneau, 1995, p. 104). Loan-Luong (2011) montre que ce culte des ancêtres s'enracine dans la notion de « survie post-mortem ». Thomas et Luneau (1995) ont montré que le culte des ancêtres prend une place de choix dans les croyances et les rites en Afrique traditionnelle, notamment chez les Bulu. Ainsi, celui qui pratique le culte des ancêtres doit, en revanche, s'enraciner dans la notion de « survie post-mortem » et intégrer la conscience intuitive et la reconnaissance tacite de la survie de l'âme après la mort ainsi que la possibilité de sa réincarnation (Loan-Luong, 2011). À travers cette notion de « survie post-mortem », Loan-Luong (2011) définit avec exactitude ce qui se déroule dans la société bulu. Ainsi :

---

*« Le mort devient soit divinisé, soit promu au rang d'intercesseur entre l'homme, le Dieu suprême, se manifeste dans les rites de la mort et des funérailles, par des invocations verbales aux défunts, par des offrandes individuelles et familiales, par des libations et sacrifices en des lieux déterminés, visant à les rendre favorables dans l'au-delà » (p. 37).*

---

C'est ainsi que, précisent Thomas & Luneau (1995), « [...] presque partout dans les brousses africaines, « on ne boit jamais de vin de palme ou de bière de mil sans en jeter quelques gouttes à terre pour les défunts ; on évite de jeter de l'eau chaude sur le sol de la case pour ne pas brûler les âmes des défunts favorables, etc. » (p. 104). Tous ces scénarios culturels montrent l'importance dans la vie des Bulu des ancêtres et de leur culte, notamment en ce qui

concerne la quête de solutions à leurs problèmes de santé. Cet ensemble de pratiques illustre bien ce que Bastide (1968) appelle « la vraie religion africaine », qui est l'expression d'un ordre, d'une harmonie entre les hommes et les choses. Et où, selon Bastide, les participations sont l'ensemble des réseaux subtils qui relient ces compartiments les uns aux autres pour les tisser en une tunique sans couture, car elles constituent le cosmos organisé.

Pour ce qui est du fétichisme, du naturisme, du mânisme et de l'animisme, je me suis principalement appuyé sur les travaux de Rivière (2008) et Descola (2015) pour comprendre ces notions. Ainsi, Rivière indique que le fétichisme, qui est chargé de connotations péjoratives, est une croyance au pouvoir surnaturel qui consiste en l'usage rituel d'objets, généralement fabriqués, doués de pouvoir et d'activités magiques (statuettes, talisman, gris-gris, éléments divers emballés dans un sac de cuir ou enfouis dans une poterie). Quant au naturisme, il correspond à une simple adoration de phénomènes extraordinaires de la nature, conçus comme doués de volonté et parfois personnifiés ; il s'agit en fait d'une attitude cosmomorphique de saisie du monde en tant qu'ensemble de messages à interpréter. Pour ce qui est du mânisme, selon Rivière (*ibid.*) qui s'appuie sur les travaux de James Frazer et Herbert Spencer, cette religion primitive qui s'explique par la crainte des morts est caractérisée par la notion de survie post-mortem de quelques éléments spirituels de la personne. Enfin, l'animisme est la croyance en des êtres spirituels. Elle attribue des âmes aux animaux, aux objets, cultes des mânes, etc.

Quant à Descola (2015), il apporte plus de précisions sur l'animisme. Selon lui, l'animisme est la propension à détecter chez les non-humains, animés ou non animés, une présence, une âme, qui permet dans certaines circonstances de communiquer avec eux. Alors que certains auteurs (comme Tylor, 1871 ; Marett, 1909 ; Frazer, 1930 ; Lévi-Strauss, 1962 ; Mauss, 1968-1969) ont beaucoup contribué à documenter cette notion d'« animisme » et l'origine des religions dites « traditionnelles », Descola (2007) a presque simplifié le sens et la compréhension de cette notion qui se définit comme un « mode d'identification », c'est-à-dire une façon de concevoir la relation entre le soi et l'autre, et surtout comme l'attribution à tous les êtres humains et non humains du même genre d'intériorité, de subjectivité, d'intentionnalité.

#### **1.2.4.2. Le monde des disparus (*si bekon*)**

Dans cet univers culturel, les morts, bien que devenus physiquement invisibles, occupent une place importante au même titre que les vivants. Ils vivent avec la communauté tout en demeurant dans le monde des esprits. Pour comprendre cette logique, il importe de saisir toute

la symbolique associée à la mort tant dans les communautés Beti que négro-africaines. En l'occurrence, ceux qui sont partis dans l'au-delà ne sont considérés ni comme défunts, ni comme fantômes, ni comme âmes retournant à la poussière, mais comme à la fois ceux qui étaient, qui sont, qui seront, ici et là, partout, nulle part avec et pour nous (Mbonji, 2005). Chez les Bulu, comme chez la plupart des peuples d'Afrique et de la forêt équatoriale, le monde des disparus – aussi appelé « monde des morts » ou « monde de ceux qui sont partis dans l'au-delà » (*si bekon*) – est en étroite interaction avec le monde des vivants (*si bewou*). Les vivants et les morts se voient, échangent, s'entraident. Les Bulu disent à ce propos : « *bot ba wou ba ke ki vom* », c'est-à-dire « ceux qui meurent ne vont nulle part ». De là, il est inutile de les enterrer loin des vivants, comme c'est le cas dans la plupart des villages de cette zone où les tombes sont à proximité de l'habitat.

Les morts vivent sous terre (où ils sont enterrés) et sur terre (où ils continuent de marquer leur présence auprès des vivants et d'exercer leur influence). Dans ce sens, ceux qui sont partis contribuent, autant que les vivants, à la cohésion sociale du groupe (Nguyen-Rouault, 2001). Dans ce sens ce monde des disparus, tout comme l'ancestralité, s'inscrit également dans la notion de « survie post-mortem », c'est à dire « la conception d'une continuité du phylum social et d'un renouvellement cyclique de la vie » (Loan-Lung, 2011, p. 37). Elles seraient nombreuses les sociétés africaines, comme celle des Bulu, qui ne considèrent pas la mort comme la fin de tout ou encore comme le plus redoutable de tous les dangers (Aristote (2014)). La mort selon les bulu n'incarne pas la fin de toutes choses.

Les Bulu ne craignent pas la fatalité de la mort, puisqu'elle est un passage qui permet d'entrer dans le monde de *bekon* qu'est l'éternité. Selon eux, il n'existe aucune différence entre les *bekon* (les morts, les fantômes, les esprits) et les *bewou* (les vivants), car l'univers des morts est le reflet de celui des vivants. Bonhomme (2008) explique dans ce sens que :

---

*« [...] ceux qui sont partis continuent d'entretenir un commerce avec les vivants, avec leurs parents notamment ; ils les protègent et leur apportent bonheur et prospérité, ils les punissent en leur infligeant malheurs et maladies parce qu'ils se sentent négligés, ils les hantent sous forme de spectres, les possèdent même parfois en faisant irruption jusque dans leurs corps [...] » (p. 160).*

---

Les Bulu entretiennent des rapports particuliers avec leurs proches partis dans l'au-delà. Dans la spiritualité africaine, les vivants et les morts sont socialement et culturellement liés. Pour les Bulu vivants, les morts sont des vivants invisibles, des esprits (*beyem*), qui continuent de

partager leur quotidien. Cette liaison intime est nourrie, entre autres, par des interactions dont les initiés sont les médiateurs culturels. Grâce à leur initiation et à leurs pouvoirs surnaturels, ils vivent dans les deux mondes, ils collaborent autant avec les morts qu'avec les vivants. L'exercice de collaboration directe entre les vivants et les morts n'étant pas accessible à tous, les Bulu ont mis en œuvre des canaux culturels afin de permettre aux populations, à travers les initiés, de s'initier à cet exercice sectariste. Cet exercice leur permet donc d'entrer momentanément en contact avec leurs proches défunts et de leur soumettre leurs difficultés existentielles, auxquelles les morts répondront.

Il existe des récits de personnes mortes qui continuent d'exercer leurs activités habituelles sur terre : certaines sont aperçues dans leurs plantations cacaoyères, pendant que d'autres se font ressentir à travers leur spectre ou encore leur voix. La symbolique autour de la mort chez les Bulu s'explique par trois principes. Le premier se trouve dans la tradition judéo-chrétienne qui enseigne que l'homme naît poussière et qu'il redeviendra poussière. Les Bulu, qui sont majoritairement chrétiens, estiment que ceux qui meurent doivent forcément être enterrés sous terre parce qu'ils sont faits de terre, comme l'illustre l'expression « *gnoul ene ty* » (le corps est une motte de terre). Le deuxième tire ses racines de la conception de la mort des anciens Égyptiens : persuadés d'une vie « post-mortem », les anciens Égyptiens enterraient leurs pharaons dans des pyramides bien ornées avec tous les biens que ces derniers possédaient sur terre. Le troisième principe émane de la philosophie grecque : la vie n'est qu'une étape parmi d'autres de l'existence humaine ; la chair est mortelle, tandis que l'âme est immortelle. Des légendes expliquent que certains grands chefs supérieurs de cette zone auraient été enterrés vivants avec certaines de leurs épouses qu'ils aimaient le plus, ainsi qu'avec quelques-uns de leurs valets. Si le chef quitte alors le monde des vivants, il maintient son rang de chef qu'il doit continuer d'assumer dans l'au-delà.

Globalement, pour ce peuple, la mort est plutôt la continuité ou le début d'une autre vie dans l'au-delà. Morin (1970), Thomas (1975) et Van Gennep (1981) ont apporté des contributions significatives dans ce sens.

Ainsi Morin (*l'homme et la mort*) voit dans la mort une sorte de prolongement qui permet à l'homme de se maintenir, de survivre dans cette même mort. C'est ainsi qu'il montre que : « il n'existe aucun groupe (...) qui abandonne ses morts ou qui les abandonne sans rites » (p.35). C'est pourquoi ils (les morts) sont soumis à des rites dédiés à les aider à atteindre le lieu qui doit les accueillir. Cela dit : « partout les morts ont été ou sont l'objet de pratiques qui correspondent toutes à des croyances concernant leur survie (...) ou leur naissance » (pp.35-

36). Enfin, ajoute-t-il, « la mort est donc, à première vue, une sorte de vie, qui prolonge, d'une façon ou d'une autre, la vie individuelle » (p.36). Dans la socio-culture bulu, toute mort rend triste, car la perte d'un être est toujours un moment douloureux. Cette douleur s'explique du fait que celui qui s'en va ne reviendra plus. Il y va pour toujours. Mais les morts sont vénérés après leur départ et préparés avant à aller dans l'au-delà à travers des rites et autres cérémonies traditionnelles. Le cas du rite de *l'Esani* est une preuve palpable de la célébration des morts après leur départ dans cette socio-culture. Mes enquêtes montrent qu'autrefois, dans cette socio-culture, les chefs traditionnels se faisaient enterrer avec des objets précieux qui leur servaient. Les épouses dévouées et les plus aimées l'accompagnaient avec honneur dans ce long voyage pour l'éternité. Les Bulu estimaient que le chef doit continuer son existence normale dans l'au-delà. Il ne doit avoir besoin de rien du tout. Appréhendée comme un long voyage pour le mort, cela implique pour les vivants de le préparer et de l'équiper.

Selon Thomas (*Anthropologie de la mort*), la mort n'est que très peu souvent associée à la « destruction totale », car il existe des « croyances en la perdurabilité de la personne » (p.497). De telles appréhensions de la mort s'expliquent du fait des représentations et des pratiques qui s'accordent à montrer que certes la mort est inéluctable et que cependant elle n'est pas l'arrêt de tout, mais plutôt un simple passage d'une vie (le commun des mortels) à une autre (l'au-delà) sous une autre forme d'existence. Thomas va insister sur le fait que la mort soit à cet effet définie comme « (...) un passage, une transition, une sorte de vie qui prolonge d'une façon ou d'une autre la vie individuelle » (p. 497).

Van Gennep (*les rites de passages*) montre que : « le voyage vers l'autre monde et l'entrée comportent une série de rites de passages dont le délai dépend de la distance et de la topographie de ce monde » (p. 219). Cela dit, pour atteindre leur destination finale, les morts doivent s'aguerrir des forces, à travers des rites. Ils doivent être entourés d'objets importants qui leur permettraient de voyager en toute tranquillité et de pouvoir s'adapter dans cet autre monde une fois arrivé. Ces objets ont bien entendu une signification particulière, car ils sont une sorte de bouclier pour le mort tout au long de son voyage et à l'arrivée. Chez les Bulu, la mort en tant que voyage du défunt est comparable à la préparation d'une partie de chasse d'un chasseur : ce dernier doit se munir de tous les objets importants dont il devra se servir au départ, pendant et en cours de chasse afin d'attraper du gibier.

#### **1.2.4.3. Le monde de la sorcellerie (*si mgbwel*)**

La « sorcellerie » en elle-même en tant que fait, tout comme le monde dans lequel elle se vit et se matérialise, sont trop « polysémiques pour fonder une épistémologie » (Yengo, 2016).

Ce propos de Yengo démontre toute la complexité autour de la définition de la sorcellerie. Cependant, Warnier (2017) propose une approche simpliste, celle de « l'épidémiologie » de la crise sorcellaire qu'il définit comme « épisode paroxystique au cours duquel un sujet, clairement identifié, acquiert la certitude, confirmée par son entourage, d'être victime d'une attaque sorcière » (p.127). De cette approche simpliste de Warnier, Yengo (2017) s'interroge tout de même :

---

*« Que permet une telle approche « épidémiologique », qui implique à la fois le sujet, victime dans son corps et ses biens, et l'entourage, dans la validation du diagnostic, mais nécessite aussi un recours à des tiers externes comme source (responsable présumé de l'attaque) et comme solution (thérapeute) ? » (pp. 138-139).*

---

Cette interrogation conduit au partage du sens de l'approche de Warnier par Yengo qu'il considère comme « approche dite herméneutique », tout en appelant à un engagement collectif. Car, il (Yengo) estime que cette approche dite « herméneutique » est l'unique voie pour saisir « de l'intérieur le vécu sorcellaire » et de pouvoir comprendre l'ensemble des connaissances et des techniques qui permettent de faire parler les signes et de découvrir leur sens (p.139).

Par-dessus tout, d'autres auteurs vont tenter de définir substantiellement la sorcellerie, y compris le mal, pris comme une de ses déclinaisons, à partir de leurs expériences individuelles et empiriques. C'est le cas de De Rosny (2006). Selon lui :

---

*« Dire qu'elle (la sorcellerie) n'existe pas, c'est nier tout simplement avec une certaine naïveté l'existence d'une certaine perversité dans ce monde [...]. Ce besoin pervers de nuire qui git au cœur de l'homme n'est ni accessible ni même concevable autrement que dans un système de représentation socioculturelle. Si vous dites que la sorcellerie n'existe pas, c'est que vous vivez les effets du mal selon un autre paradigme [...]. Car les racines du Mal demeurent un mystère en leur fond et chaque société a dû s'en protéger à sa manière et pour ce faire, se donner ou adhérer à une vision de la vie » (pp.28-29).*

---

Cet univers de la sorcellerie (*mgbwel*) existe théoriquement (on en parle ouvertement sans tabou) et pratiquement (on la vit, on y pratique, on y exerce sans scrupule) dans la société bulu. Dans l'objectif de mieux comprendre ce monde, je me suis également rapproché, à l'instar De Rosny (2006) chez les Duala du Littoral Cameroun, de « sorciers », de grands

maitres de la nuit, des différents villages où j'ai mené mes enquêtes. La théorie du don et du contre-don de Marcel Mauss (2007) s'applique scrupuleusement dans ce contexte. Car, m'a révélé un sorcier (rencontre du 20 octobre 2022 à Monavebe, canton Nlobo-Lobo) :

---

*« Il faut donner pour espérer recevoir. Si tu ne donnes pas tu ne recevras rien du tout. C'est comme ça, je n'y peux rien. Notre monde est ainsi fait. Même nous-mêmes, quand on veut quelque chose là-bas, on donne d'abord. Et quand tu reçois, il faut rester silencieux. On n'aime pas les gens qui bavardent beaucoup. Quand tu bavardes beaucoup tu perds tout et tu meurs vite. Là-bas, on cultive le silence... le vrai silence... ».*

---

En effet, ce sorcier m'a expliqué théoriquement en quelques mots le fonctionnement de leur monde : le monde de la sorcellerie. Un monde sélectif ; un monde où règne le silence ; et surtout un monde de sacrifices et d'échanges mutuels. Dans la suite de cet entretien, je lui avais demandé ce qu'il donne souvent en échange quand il sollicite une aide. Il ne m'avait pas donné de réponses, il a préféré ne pas répondre à cette question. Cela étant, ce monde secret et fermé est associé au monde invisible ou des ténèbres. Dans l'univers bulu, la sorcellerie est surtout considérée comme le monde où règne Lucifer (Satan). En général, les Bulu estiment que tout ce qui relève de l'ordre du mal, de l'infortune vient de la sorcellerie. Le mal (*abé, mintae*) et le bien (*abeng, mvae*) se côtoient au quotidien dans cette socio-culture, un dicton populaire dit : « *ngue osoane Zambe osoane fe satan* », soit « celui qui croit en l'existence du bien doit aussi croire en celle du mal, tout comme celui qui croit en l'existence de Dieu (représentant du bien) devrait aussi croire en celle du diable (représentant du mal) ».

En outre, les Bulu perçoivent l'*évu* comme la force de sorcellerie, le mal absolu (Blanchy, 2002) ou encore comme un polype viscéral que l'on suppose habité par un esprit doué des forces préternaturelles et capable d'agir indépendamment du corps qui l'abrite ; le mal qu'on lui fait, les blessures qu'il reçoit se ressentent sur le corps qui l'abrite (Ibid.). En lisant Blanchy, l'on se rend compte que sa définition expose le fondement même de la sorcellerie qui est, selon Augé (1994) : « un ensemble de croyances structurées et partagées par une population donnée touchant à l'origine du malheur, de la maladie ou de la mort, et l'ensemble des pratiques de détection, de thérapie et de sanctions qui correspondent à ces croyances » (p. 53).

Au sujet du *mgbwel* (sorcellerie) qui alimente l'*abé* (le mal) chez les Bulu, Mviena (1970) apporte un éclairage en montrant qu'elle (la sorcellerie) est : « l'art occulte qui consiste à tuer

et à manger mystérieusement des hommes par des méthodes spéciales. Les victimes peuvent être tuées et mangées à distance » (pp. 74-75). Le *mgbwel* est donc vu ici comme un espace d'exercice de l'*évu*, considéré quant à elle par les Bulu comme un fait invisible dont les sorciers (*mivuvu*, *mgbwe mgbwel*) sont les dépositaires. Car ils possèdent des pouvoirs d'immanence et de transcendance pour aller et venir à leur gré. Les Bulu pensent que le *mgbwel* – tout comme la divination dans la prévention, les soins et la guérison des maladies – est une affaire initiatique et héréditaire. Cela dit, le *mgbwel* ne meurt pas après la mort du sorcier, mais continue à se développer auprès des apprentis à son service.

Le monde du *mgbwel* est un monde invisible, un monde du « mal », du noir, un monde néfaste et dangereux. Selon une tradipraticienne, ce monde fait en outre preuve d'une solidarité incommensurable, puisque, souvent, les sorciers négatifs reçoivent du soutien de la part de leurs homologues des contrées proches et lointaines pour résoudre leurs conflits avec les personnes du monde visible et sensible. C'est un monde où les sorciers négatifs, avides de domination, « mangent les âmes » et cherchent à s'approprier la vie et la force des autres. Car, en fait, le respect mutuel dans ce monde est fonction des pouvoirs acquis certes, mais surtout du nombre d'âmes possédées maléfiquement. Aux pouvoirs acquis sont associés des instruments spécifiques qui leur permettent de posséder les âmes et de faire du mal, notamment l'*évu* des lances (*mekong*), celui des machettes (*mefa*), celui des flèches (*mfan*), etc. Aussi, il existe des armes latentes, qu'un individu ordinaire ne peut voir que lorsqu'elles agissent pour la cause maléfique pour laquelle elles ont été programmées. Il s'agit de « *ngal mveng* » (la foudre), « *ngal mgbwel* » (le fusil de la sorcellerie), « *nson* » (le ver) qui, une fois lancé dans le corps de la victime, la ronge et la tue lentement. Hormis ces trois armes latentes, tous les autres instruments des sorciers négatifs sont ordinaires à première vue. Cependant, seuls eux savent comment les transformer en instruments qui provoquent du mal quand ils sont utilisés dans leur monde du *mgbwel*.

Au sein de cette socio-culture, il existe des sorciers négatifs et des sorciers positifs. Les premiers sont adeptes de la sorcellerie qui consiste à faire du mal, à détruire. Dans cette zone, les expressions orales « *e kouï alou* » (sortir dans la nuit) et « *e bi meboum mebai* » (avoir deux ventres) désignent un sorcier négatif qui lance des sorts. Les seconds (sorciers positifs) protègent contre le mal, combattent le mal, le dévoilent au grand jour. Le sorcier positif a des dons de voyance approfondis, des yeux extraordinaires qui lui permettent de voir ce qu'un homme ordinaire ne saurait voir. Il est capable de repérer les manœuvres maléfiques

orchestrées par les sorciers négatifs contre une tierce personne dans le *mgbwel*, de les analyser et de les soumettre à la communauté.

C'est pourquoi, bien que la sorcellerie relève surtout du monde du mal, les Bulu la subdivisent en deux parties : la sorcellerie négative et celle positive. Les sorciers négatifs et positifs possèdent l'« *évu* » dans leur ventre, lequel leur permet d'être en contact permanent avec le monde du « *mgbwel* » qui est à la fois l'expression des actes de sorcellerie et le lieu privilégié où se déroulent les réunions et les rassemblements de nuit. Selon les sorciers rencontrés<sup>163</sup>, dont la plupart étaient des femmes âgées, c'est cet « *évu* » qui est à l'origine de leur transformation physique dans le monde du « *mgbwel* ». Quand les sorciers se retrouvent lors de ce grand rassemblement nocturne, solidaire, hiérarchisé, multiethnique, multi tribal, multi statut et où chacun a un aspect physique particulier selon l'estime qu'il souhaite avoir auprès de ses pairs, ils discutent, échangent comme dans une réunion du commun des mortels. Il est impossible de se rendre dans le « *mgbwel* » en ayant une forme humaine, celle-ci représente Dieu puisqu'elle est son image. Dans les discours populaires, qui n'ont pas été confirmés par ces sorciers, il se pourrait que certains se transforment en grands monstres, en dragons ou animaux avec des ailes, en gros serpents venimeux, d'autres en reines vénérées avec des personnes à sa charge, etc. Plus simplement, le monde du « *mgbwel* » est semblable au monde virtuel dans lequel on se dote d'une image qui n'est pas réellement la sienne. Ce genre de cérémonies a lieu à un moment bien précis : qui va d'une heure du matin à l'aurore (cinq heures du matin). Les sorciers me révèlent que ceux qui ne rentrent pas avant l'aurore sont contraints d'atterrir précipitamment, car ils ne volent qu'avec la puissance des ténèbres. C'est pourquoi il arrive souvent que, certains matins, soient retrouvées des personnes couchées toutes nues sur des toitures. Celles-là reviennent du monde du *mgbwel* très tard, et par conséquent sont rattrapées par la lumière du jour.

Dans ce monde du « *mgbwel* », qui est aussi « astral » et qui fonctionne comme celui des humains, c'est-à-dire avec une stratification et une hiérarchisation, les sorciers négatifs sont ceux qui sont tournés vers le mal dans son sens le plus large : anthropophagie, inoculation de maladies de toutes sortes, roueries visant à la division sociale et familiale, et à l'empêchement des progressions humaines. Quant aux sorciers positifs, les contrepoids des autres, ils combattent le mal au quotidien en escamotant les plans des sorciers négatifs, car ils ont le don

---

<sup>163</sup> Ma démarche a été la suivante : je choisisais dans chacun des quatre cantons et des seize groupements où j'ai mené mes recherches le sorcier ou la sorcière qui était considéré(e) par les tradipraticiennes comme le ou la plus reconnu(e).

de pénétrer ces plans. C'est pourquoi certains se rendent dans les réunions nocturnes du *mgbwel* pour y découvrir ces plans enracinés dans le mal ou pour défendre certaines causes nobles que les sorciers négatifs veulent détruire. Par exemple, si les sorciers négatifs ont décidé de tuer une élite du village, les sorciers positifs peuvent mener une lutte acharnée pour anéantir cette manœuvre.

Les tradipraticiens, hommes ou femmes, se reconnaissent comme sorciers positifs. Ils utilisent beaucoup plus leur « *évu* » le jour pour protéger les cibles de leurs confrères négatifs : les femmes sont visées pour leur instinct de fécondité et de fertilité ; les mères pour leurs trompes, constituants de la fécondité et de la fertilité, et leur placenta ; et les enfants pour leur âme pure et leur sang frais. Hormis les tradipraticiens sont également, dans cette zone, considérés comme des sorciers positifs de simples membres de la communauté qui n'ont pas reçu de quelconque initiation pour soigner ou guérir, mais qui sont visionnaires. Ils utilisent leur « *évu* » pour prévenir et anticiper les événements futurs. En plus de prédire l'avenir, certains ont des connaissances approfondies sur la pharmacopée traditionnelle, si bien qu'ils peuvent recommander discrètement à un patient, selon le type de maladie, une écorce ou une herbe, ou encore un rite à même de le guérir. Les Bulu disent de ceux-là qu'ils ont : « *l'évu dja yen* », c'est-à-dire « l'évu qui voit, qui prévient, qui anticipe et qui protège ». J'ai rencontré des sorciers positifs de ce type qui sont devenus officiellement tradipraticiens à la suite des retours positifs des patients à qui ils ont recommandé une stratégie thérapeutique efficace et efficiente. L'efficacité de leurs recommandations médicinales a ainsi contribué à leur renommée dans la communauté et au-delà, à défaut de leur initiation aux soins.

Mes investigations montrent que, dans bien des cas, la sorcellerie négative et la sorcellerie positive ne s'opposent et ne se confrontent pas toujours. Certains sorciers s'associent pour des causes nobles ou pour prendre des résolutions dans l'intérêt de la communauté. On peut ainsi constater que, lors de grands tournois de football intercommunautaires, le seul talent des acteurs sur le terrain ne suffit pas à expliquer certaines victoires : il s'exerce conjointement le combat des sorciers (négatifs et positifs) de tel village contre ceux du village adverse. Chez les Bulu, le sport en général, le football en particulier, est un domaine dans lequel s'observent les faits de sorcellerie en plein jour et qui permet de mieux comprendre la complémentarité entre les sorciers (négatifs et positifs) d'un même village. Ainsi, chez les Bulu, l'union et l'opposition entre les ténèbres (la sorcellerie négative) et la lumière (sorcellerie positive) sont une nécessité pour l'intérêt et l'équilibre communautaires.

Au terme de ces analyses sur la dimension de l'invisible et ses composantes, qu'en sera-t-il de la dimension du visible ou du sensible ?

### **1.2.5. La dimension du visible ou du sensible**

Si les deux dimensions de l'invisible et du visible et leurs composantes sont complémentaires et interagissent au quotidien, elles sont aussi égales. Dans la dimension du visible ou du sensible, les phénomènes sont appréhendés par tout un chacun et non plus seulement par une poignée de personnes initiées. Il est question ici, d'une part, d'actes concrets, qui peuvent être des cérémonies culturelles et rituelles, des séances de soin chez une tradipraticienne, des tontines communautaires, des cérémonies religieuses, la saison des semences et des récoltes, etc., et, d'autre part, de choses à la portée de tous, qui peuvent être des animaux sauvages et domestiques, des arbres, des cours d'eau, etc. En somme, pour les Bulu, cette dimension du visible ou du sensible est constituée des humains (principaux acteurs), des animaux ainsi que de la forêt.

#### **1.2.5.1. Le monde des humains (*si ndone, si bot, si bewou*)**

Les Bulu sont une composante de l'humanité et leur environnement est une partie du cosmos. Dans cet environnement qui est leur espace vital, ils exercent leurs activités, organisent leur vie et satisfont leurs besoins quotidiens. Le monde des humains met en scène les hommes, les femmes, les vieillards, les sorciers, les exclus communautaires, les déséquilibrés mentaux, les enfants, etc. Ici, tout ce qui possède un corps physique et une âme est considérable et considéré, contrairement à la dimension invisible où seuls sont estimés ceux qui portent l'« *évu* ». Chez les Bulu, le monde des humains est aussi celui où s'expriment ouvertement la structuration et la hiérarchisation sociales et communautaires, les règles et les normes sociales et culturelles, les principes de la tradition, les interactions entre les hommes, notamment l'entraide, la convivialité, le partage des biens et des services.

#### **1.2.5.2. Le monde des animaux (*si biyem, si betsit*) et de la forêt (*si bilé, afan*)**

Le monde des humains ne vit pas en autarcie, mais en harmonie avec les autres espèces animales et végétales qui contribuent à satisfaire ses besoins. Les animaux et la forêt occupent une place importante dans la vie des Bulu, puisqu'ils en tirent l'essentiel de leurs ressources. Quand ils ne se servent pas du bois pour se réchauffer, des planches pour construire meubles ou charpentes, de l'espace forestier pour planter, du gibier pour se nourrir, des chiens pour la chasse, les Bulu se servent des animaux et de la forêt pour le traitement des maladies qui sévissent dans son environnement. D'ailleurs, même les plantes domestiques que les Bulu cultivent dans les jardins de leurs villages pour tels besoins immédiats proviennent de la forêt. Certaines sont médicinales et utilisées dans le cadre de l'automédication ou de l'autosoin. En dépit de la déforestation due à l'exploitation abusive des forêts qui entraîne la disparition

d'essences médicinales, la forêt reste un cadre sacré et symbolique auquel les Bulu accordent une reconnaissance sans faille.

La forêt n'est pas qu'une pharmacie traditionnelle, un lieu où les tradipraticiens s'approvisionnent en médicaments, elle est aussi, dans cette socio-culture, le lieu par excellence de confrontations entre le bien et le mal, entre l'invisible et le visible, entre les humains d'une part et les esprits, d'autre part.

Quant aux animaux, deux catégories sont distinguées : les sauvages qui vivent en forêt et les domestiques qui vivent au village et qui partagent leur quotidien, notamment les chiens, les porcs, les chèvres, les moutons, les poules, les canards. Certains animaux sauvages sont aussi domestiqués, comme les singes, les gorilles, les hérissons, les perroquets, les lapins. L'un des animaux domestiques les plus appréciés reste le chien. Il est d'ailleurs assez rare d'entrer dans une concession sans en voir un, car il participe aux parties de chasse et garde la concession. La légende raconte que certains ancêtres se sont réincarnés en chien après leur mort pour continuer à veiller sur leur famille. C'est en référence à cela qu'est utilisé le vocable de « chien-homme » pour désigner un chien qui se comporte comme un humain.

Au terme de cette présentation et analyse des instances et des dimensions qui constituent les fondements de la vision du monde des Bulu, je vais dans la suite exposer la relation entre la vision du monde des Bulu et les soins. En effet, afin de mieux élucider et de comprendre le lien entre la vision du monde (instances et dimensions précédemment présentées) et les soins chez ce peuple, il était nécessaire d'exposer au préalable ces instances et dimensions.

## **2. Analyse du lien entre la « vision du monde » des Bulu et les soins**

La vision du monde des Bulu correspond à leur manière de percevoir le monde qui les entoure. Analyser le lien entre leur vision du monde et les soins revient à mettre en lumière les éléments de leur médecine qui font écho à leur vision du monde. Dans le contexte de soin, notamment chez les enfants, les tradipraticiens appartenant au monde visible collaborent avec le monde invisible composé des ancêtres défunts, des génies, des totems, etc., comme cela a déjà été observé dans d'autres socio-cultures, notamment les Bisa du Burkina Faso (Fainzang, 1986). Cependant, si je pars du principe que « l'institution divinatoire » est une construction sociale, au même titre que l'enfance, et qu'elle varie selon les normes, les contextes (Bonnet, 2010) et les visions du monde propres à chaque socio-culture, alors l'institution divinatoire bulu – la dynamique de ses mécanismes ou approches de collaboration, ses méthodes, ses outils, ses savoirs et pratiques de soin – serait différente de celle des Bisa.

Chez les Bulu, il existe, dans l'expression de ce lien (vision du monde et soins), des faits accessibles (ouverts à tous) et inaccessibles (réservés aux initiés uniquement). Par ailleurs, ce lien est similaire à celui entre la tradition et les soins étudié par Loux (1990) où elle montre la nécessité d'introduire la dimension culturelle dans tout acte de soin. Pour mettre en évidence la cohérence, chez les Bulu, entre leur vision du monde et leurs pratiques de soins, deux éléments fondamentaux seront traités. D'une part, l'espace et le temps et, d'autre part, la dualité complémentaire des mondes invisible et visible.

### **2.1. Le sens de l'espace et du temps dans les soins**

Les Bulu reconnaissent que l'espace et le temps appartiennent à la nature et que ces deux milieux sont régis par ses lois. De ce fait, les Bulu s'adaptent à leurs principes en les intégrant dans leur structure sociale et culturelle, c'est-à-dire leur espace vital, leur mode de vie, leur vision du monde, leur ordre social et culturel à l'intérieur duquel se trouve leur médecine endogène.

Les Bulu accordent en effet une importance capitale à l'espace (*afola, si*) et au temps (*awolo, eyong*) pour conduire leur existence sur terre et aussi leurs démarches de soins et de guérison lorsqu'ils sont souffrants. Comme cette existence parsemée de peines, de joies et de maladies diverses est perçue par ce peuple comme de très courte durée (*enyng ene etoun*), il convient de mieux bâtir sa vie dans la convivialité, le partage, l'harmonie avec ses proches et la communauté pour espérer avoir une fin de vie digne et un enterrement honorable dans un espace privé ou communautaire sécurisé. À ce propos, un adage dit : « *nying mvoe a bot deben woé jambe mvoe* » – littéralement, « vis en harmonie avec tout le monde pour espérer quitter ce monde dans la paix et dans la dignité ». Pour les Bulu, la qualité des cérémonies funéraires dépend en effet de la manière dont l'existence sur terre a été conduite.

Leur vision de l'espace et du temps les différencie des autres communautés du Cameroun sur bien des plans (social, culturel, médical, religieux, spirituel, etc.). Si le temps et l'espace sont des éléments qui rendent compréhensible le lien entre leur vision du monde et les soins, c'est parce que, dans leur médecine endogène, ils interviennent dans le processus de guérison des maux ou des maladies, notamment des maladies infantiles locales. Autrement dit, la guérison d'un enfant ne dépend pas seulement du traitement préventif ou thérapeutique prescrit par le tradipraticien. Mais aussi, d'une part, du respect des interdits et des règles en lien avec l'espace et, d'autre part, du respect des moments de la journée ou de la nuit pour la prise de ces traitements (le temps).

### **2.1.1. L'espace et les soins**

Concernant l'espace, les Bulu le divisent en trois parties : l'environnement social et culturel (cadre de vie, les Bulu), l'environnement physique (géographie, hydrographie, faune et flore) et l'environnement mystique (sorcellerie, entités spirituelles). Ces trois environnements sont interreliés, même si, du point de vue des soins et de la guérison, le premier dépend entièrement des deux autres. Puisque, pour tout mal ou toute maladie les tradipraticiens s'approvisionnent dans la forêt (pharmacie traditionnelle) en écorces, herbes, racines, feuilles médicinales, y compris en parties d'animaux spécifiques ; ils entrent en contact avec les ancêtres défunts, les génies, les totems auprès de qui ils suscitent des pouvoirs de guérison.

Mes enquêtes montrent que, tout au long du processus de guérison de tel mal ou de telle maladie, des interdits liés à ces trois parties de l'espace sont à respecter, qu'il s'agisse d'interdits de consommer certaines herbes ou parties d'animaux, des mets traditionnels, etc. ou encore, surtout quand des rites sont réalisés, d'interdits de traverser tel endroit du village ou de saluer d'autres membres de la communauté à certaines heures bien précises.

J'ai souvent observé les tradipraticiens exiger des mères d'enlever leurs chaussures avant d'entrer dans le périmètre de soin avec leurs enfants. Selon les tradipraticiens, comme les ancêtres et les génies, bien qu'invisibles, sont toujours présents dans les situations de soin, les pieds nus facilitent le contact avec eux. Ainsi, ces pieds nus leur permettent, à travers la mère, de mieux ressentir le mal ou la douleur que vit l'enfant, et ainsi d'identifier l'origine de la maladie dont les informations seront immédiatement transmises à la tradipraticienne pendant la divination.

En outre, les tradipraticiens peuvent demander aux mères de rester soit à l'intérieur de la maison, soit dans l'enceinte du cadre des soins après la prise en charge de l'enfant. Car, une sortie imprudente peut remettre en cause la réussite du traitement. Les tradipraticiennes révèlent que tout élément de l'espace (le vent, le soleil, la pluie, l'air, etc.) est une voie de transmission des sorts par les esprits malveillants, surtout dans le cas d'enfants souffrant d'un envoutement ou d'un empoisonnement mystique. L'extérieur du cadre des soins est toujours peuplé de ces esprits malveillants qui ne souhaitent pas leur guérison. Cela dit, en sortant du cadre des soins, ces esprits malveillants peuvent encore s'emparer de l'enfant sous traitement si ce dernier n'a pas été blindé.

Cet ensemble d'interdits illustre, dans cette socio-culture, le rôle de l'espace dans le processus de guérison. Ces interdits sont fondés sur la recherche du rééquilibrage ou du rétablissement de l'harmonie entre le patient et l'espace, lequel passe par le respect de lois et règles spatiales, car le patient est lui aussi une part entière de cet espace.

### 2.1.2. Le temps et les soins

Concernant le temps (*awolo, eyong*), les Bulu reconnaissent qu'il est indépendant, fugace, incontrôlable, et qu'il est une sorte de baromètre de leur existence sur terre. Certains adages l'attestent, notamment : « *mot a yem avale akiti é boo* » (nul ne sait ce que le lendemain lui réserve), « *gue obili na woo boo djom den, boo dje* » (ce qui doit être fait aujourd'hui ne doit pas attendre demain), « *eyong dja lot* » (le temps passe, il avance...), « *mot a bili ki emien melou menyng* » (nul ne détient le monopole de sa vie et de sa durée). Les Bulu utilisent le calendrier grégorien universellement reconnu, mais celui-ci ne cadre pas avec leur perception du temps. Dans le contexte des soins, le temps a une incidence sur le processus de guérison des maux ou des maladies. D'une part, j'ai observé que les tradipraticiennes accomplissent des actes de soin – qu'il s'agisse des diagnostics et des prises en charge ou de la préparation des traitements (la préparation des plantes médicinales, des décoctions ou des eaux pour les bains, etc.) – en fonction de moments précis de la journée. Ainsi, une tradipraticienne (entretien du 11 janvier 2020 à Koum Esse, canton Ndou libi) me révèle que :

---

*« Rien ne se fait au hasard dans ces choses que vous voyez. Tout a un sens et tout se fait selon les heures, les moments. Chaque acte que j'accomplis doit être fait selon son heure afin que le processus de guérison soit efficace. Le respect des heures est très important, car il permet de rendre homogènes les actes et de rendre aussi concordant tout le processus. Il ne faut pas non plus sauter les étapes. En fin de compte, vous devez savoir que ce respect des heures pour soigner ne vient pas de nous : ce sont nos ancêtres qui sont morts ou encore nos choses de la nuit qui décident de la manière dont se déroulera le processus avec toutes les étapes et les heures. Nous, on obéit seulement... »*

---

D'autre part, pour ce qui est des mères que j'ai rencontrées pendant ces situations de soin, elles m'ont également confirmé l'importance du temps dans le processus de guérison infantile. Certaines mères (focus group du 09 mars à Meyos, canton Mepho) reconnaissent que leur non-respect ralentit et trouble la guérison. Ce qui est dû, selon une tradipraticienne, à la colère des ancêtres défunts et des génies qui mettent en place ces prescriptions et qui, eux aussi, suivent de près le patient et l'évolution de sa guérison :

---

*« Il faut comprendre que le créneau horaire que les ancêtres et les génies mettent en œuvre pour qu'un enfant guérisse est fait selon leur vision à eux. C'est eux qui savent pourquoi tel créneau horaire est compatible avec la guérison de telle ou telle maladie. Nous autres sommes là pour mettre ce créneau en place et le transmettre aux mères pour leurs enfants. C'est pourquoi, si tu ne respectes pas ce*

*créneau horaire, non seulement ton enfant ne guérira pas rapidement, mais aussi tu retarderas la guérison et tu susciteras la colère des ancêtres et des génies. Et quand ils sont en colère, rien de positif ne peut se passer, car la guérison des maladies, surtout celles de chez nous, dépend à 70 % de leur volonté. »*

---

Hormis l'espace et le temps, l'opposition complémentaire entre le monde invisible et visible permet également de comprendre le rapport entre la vision du monde des Bulu et les soins.

## **2.2. Dualisme complémentaire des mondes invisible et visible**

Dans le domaine des soins, il existe chez les Bulu une sorte de dualité complémentaire entre les pratiques perceptibles (qui se déroulent ordinairement le jour), et non perceptibles (qui se déroulent la nuit, voire le jour, mais à l'abri des regards). Ces pratiques intègrent aussi l'espace et le temps précédemment analysés, de sorte que toute guérison se situe à l'interface entre les forces spirituelles du monde visible et celles du monde invisible. Dans cette « dualité complémentaire des pratiques » entre les mondes visible et invisible, à des degrés divers, le scénario reste le même que celui entre le jour et la nuit. La plupart des discours tournent souvent autour du fonctionnement ainsi que les rapports synonymiques du jour et la nuit en liaison avec les mondes visible et invisible.

### **2.2.1. Le jour et la nuit *versus* les mondes visibles et invisibles**

Certaines pratiques préventives et thérapeutiques de soin se font le jour, d'autres la nuit, et d'autres de jour comme de nuit. Pour les Bulu, le jour et la nuit sont respectivement synonymes des mondes visible et invisible, la nuit étant l'extension du monde invisible. Tout ce qui est visible et qui se fait le jour (massages, bains, purges, blindages, etc.) est perceptible par tous, mais tire son pouvoir de la nuit ou du monde invisible, tandis que tout ce qui est invisible et qui se fait la nuit – parfois, le jour, mais à l'abri des regards – est l'apanage des initiés. Autrement dit, le monde visible n'est pas toujours celui qu'on voit à l'œil nu, mais plutôt celui qui nous donne accès d'apprécier son fonctionnement. De même, le monde invisible n'est pas forcément celui qu'on ne peut voir, mais plutôt celui auquel les non-initiés ne peuvent avoir accès. Cependant, les Bulu estiment que, loin de son aspect fermé et si on part sur le principe que ce qui est visible est vu à l'œil nu, alors la nuit pourrait, dans une certaine mesure, intégrer le monde visible. Car, elle est bel et bien vue et aperçue aussi bien quand elle arrive que quand elle repart. On sait et on voit aussi bien quand elle arrive que quand elle repart.

Aussi, des auteurs tels que de Rosny (1981) et Monteillet (1998 ; 2006) ont, respectivement chez les Douala du Littoral et les Yezum du centre (Cameroun), travaillé sur le monde

invisible ou de la nuit dans le contexte des soins. Ils indiquent que ce monde invisible nécessite d'être secret pour garder sa valeur. Et que savoir qu'il existe, dans le cadre de la divination, des communications verbales et non verbales qui se construisent entre les initiés et les génies, les totems ou les ancêtres défunts est vrai pour la plupart des peuples du Cameroun. De Rosny a suivi les traces des initiés de ce monde de la nuit – qu'il appelle les « maitres de la nuit » – afin de mieux comprendre les enjeux et les jeux de rôles qui se déploient. Monteillet, quant à lui, a montré que, dans l'univers de guérison des Yezum, il existe un monde invisible, en l'occurrence des sociétés secrètes, qui sont l'exclusivité des initiés et qui contribuent à l'amélioration des conditions sanitaires de cette communauté depuis l'époque précoloniale.

Cette dualité complémentaire des pratiques va au-delà du jour et de la nuit, des mondes visible et invisible, pour faire appel à d'autres couples antagonistes, notamment le féminin (*minga*) et le masculin (*fame*), les matières solides et les matières liquides, les « entités nosologiques » souvent perçues comme positives ou négatives selon les circonstances.

Les tradipraticiens se servent des possibilités offertes par le jour et le monde visible en même temps que de celles de la nuit et du monde invisible. Une tradipraticienne m'a révélé qu'il lui arrive, dans le cadre de la divination et afin de découvrir l'origine d'une maladie infantile locale, de travailler en étroite collaboration avec des porteurs positifs de l'*évu* qui vont dans le *mbwel* – dont la véritable identité n'est pas connue des porteurs négatifs de l'*évu*. Cette collaboration est faite de compromis dont elle n'a pas voulu me révéler la teneur. Quoiqu'il en soit, ces tradipraticiennes vont au-delà de leurs capacités humaines pour trouver des solutions adéquates à l'annihilation de la souffrance des enfants.

### **2.2.2. L'espace vital bulu : un cadre où la cause d'une maladie est d'abord une affaire de l'autre**

La vision du monde des Bulu se réfère aussi à la façon dont ceux-ci perçoivent leur espace vital qui, lui-même, s'appuie sur les trois environnements précédemment cités (physique ou naturel ; social et culturel ; et mystique) en liaison avec le jour et la nuit, le visible et l'invisible. Une explication de la pensée populaire et communautaire de l'espace vital bulu comme un cadre où la cause d'une maladie est d'abord une affaire de l'autre afin de justifier le lien entre leur vision du monde et les soins s'explique clairement.

D'une part, cela s'explique du fait de la nature ontologique de l'humain qui, selon les Bulu, est perçu comme un être de culture, civilisé, mais qui ne peut quitter son état de nature. Au sujet de l'humain, certains adages éclairent la pensée bulu, notamment : « *Mot a yem ki mot* » (nul ne connaît véritablement l'autre), « *mot ane abé* » (l'humain est foncièrement

méchant), « *mot ane bikoo* » (l'humain est compact). Il en ressort envers l'homme une suspicion, une méfiance, de sorte que, quand un mal ou une maladie atteint un individu, toute personne est suspectée d'en être à l'origine. D'autre part, dans l'espace vital bulu coexistent et s'entrecroisent, de jour comme de nuit, les forces du bien et du mal, mais le mal prédomine. Les Bulu estiment en effet que le mal et ses adeptes, notamment les sorciers possesseurs d'esprits maléfiques, sévissent en permanence. C'est pourquoi toute douleur ou toute souffrance individuelle (physique, morale, psychologique), de même que tout dysfonctionnement social relèvent avant tout d'un esprit malveillant, de la sorcellerie (*mgbwel*), d'un mauvais sort lancé. Or, les maux et les maladies de cet ordre – considérés par les Bulu comme des maladies locales ou de leur environnement, des maladies de la nuit – ne peuvent être soignés que dans le cadre de la médecine endogène qui tire ses pouvoirs de la tradition, des entités spirituelles. Dans cet ordre d'idées, une tradipraticienne (entretien du 25 octobre 2022 à Bidjom, canton Ndou libi) m'a révélé que :

---

*« Tout ce qui se fait le jour se traite par et à travers les choses du jour et les choses de la nuit. Alors que ce qui se fait la nuit ou qui vient de la nuit ou de l'invisible ne doit être traité par et à travers les choses de la nuit. Et pour que cela soit possible, il y a toujours une confrontation entre les forces du jour et celles de la nuit à travers nous ».*

---

C'est ainsi qu'un envoutement mystique, causé par les choses de la nuit ou de l'invisible, ne peut pas être traité avec les choses du jour, mais uniquement avec celles de la nuit ou encore « du noir » qui en sont à l'origine. Les tradipraticiens entrent alors en scène et engagent des démarches collaboratives avec les ancêtres défunts et les génies en recourant à des moyens dont eux seuls maîtrisent les rouages.

### **Conclusion**

En définitive, deux parties ont constitué ce chapitre. D'un côté la structure sociale de la vision du monde des Bulu, et de l'autre l'analyse du lien entre la vision du monde des bulu et les soins. Cet ordre des choses, c'est-à-dire cette disposition formelle qui a consisté à mentionner la structure sociale de la vision du monde, puis le lien entre cette vision du monde et les soins, avait un objectif. Il était question de mettre en évidence les représentations de cette vision du monde (patrimoine culturel immatériel, cadre de confrontations et d'interactions), les instances (monde macro cosmique, céleste ou de l'univers, monde méso cosmique ou des fantômes et des esprits, monde micro cosmique ou du commun des mortels) et les dimensions

(dimension de l'invisible ou de l'insensible, dimension du visible ou du sensible) qui la caractérisent et leurs composantes afin de mieux comprendre le fonctionnement de sa médecine endogène. L'un des constats est que ces instances et dimensions sont complémentaires et interreliés. Concernant le lien entre la vision du monde des bulu et les soins, il s'agissait, d'une part, d'exposer le rapport entre la vision du monde et les soins, et d'autre part --- à partir de l'espace, du temps, de l'étiologie des maladies en général et infantiles locales en particulier --- de montrer l'influence de la vision du monde sur la mise en œuvre des savoirs et des pratiques endogènes de soins. En fin de compte, il ressort que pour mieux comprendre le fonctionnement et le sens des soins endogènes chez les Bulu, il faudrait déjà au préalable comprendre leur vision du monde : les deux sont interreliés. Autrement dit, les soins endogènes chez les Bulu sont liés à l'usage des richesses de la forêt certes, mais aussi à la complémentarité des éléments qui constituent les différentes instances et dimensions qui constituent leur vision du monde.

Le prochain chapitre sera consacré à la nomination et à la classification des maladies chez les Bulu.

## **CHAPITRE 4 : NOMINATION ET CLASSIFICATION DES MALADIES CHEZ LES BULU**

### **Introduction**

Dans la socio-culture bulu, toutes les nominations et les classifications des maladies s'articulent sur deux grands groupes constitués : le naturel (*si, yop*), et le social et le culturel (*metum*). Autrement dit, c'est à partir de ces deux grands groupes que les Bulu parviennent à différencier l'étendue des maladies selon leurs étiologies, leurs typologies et leurs symptômes. Leur vision du naturel et du socioculturel se rapproche de l'opposition entre « nature » et « culture » théorisée par Lévi-Strauss (1971), selon laquelle ce qui relève de la nature est universel à l'humanité et donc divin, tandis que ce qui relève de la culture est particulier et propre à chaque groupe. Ici, ce qui peut provoquer des douleurs, de la souffrance, mettre en péril la santé, comme la maladie, peut aussi directement conduire vers la mort ou être lié à la mort. La maladie est fondamentalement liée à la mort, comme en témoignent ces deux adages : « *okon one awou* » (la maladie est la mort, ou est comparable à la mort), « *okon ba awou bene djom djia* » (la maladie est proche de la mort). Considérée par les Bulu comme étape préliminaire vers la mort, la maladie provoque du mal au corps, le détruit, le fragilise, le fait souffrir. Un corps malade devient alors vulnérable et reste exposé à toute menace venant de l'extérieur. Les Bulu estiment que, puisqu'ils ne peuvent tomber malades que naturellement et socio-culturellement, alors c'est également de cette même façon qu'ils peuvent mourir. L'objectif de ce chapitre est de proposer un classement de la plupart des maladies qui constituent chaque grand groupe (en fournissant leurs noms en langue locale), et aussi de montrer comment la vision du monde des Bulu avec ses constituants précédemment analysés influence la nosologie et la nosographie de ces maladies, y compris les recours aux soins préventifs et thérapeutiques. Ainsi, le premier grand groupe est celui des maladies dites naturelles, tandis que le deuxième grand groupe est celui des maladies dites socio-culturelles.

#### **1. Les maladies dites naturelles**

Pour les Bulu, ce qui est naturel (*nkombane ou e yia'ane Zambe*) relève du divin, du global, de l'imprévisible. Par conséquent échappe à leur contrôle parce que difficile à éviter. Il convient dans ce cas de s'y adapter. Du point de vue médical, une maladie dite « naturelle » réfère à une maladie du sens commun médical ou de la biomédecine, connue et partagée par d'autres sociétés. Ces maladies biomédicales sont dites de : « *akon ya me nda me biang* » (maladies des hôpitaux, des centres de santé, etc.), « *akon mintan'ane* » (maladies des Blancs), « *akon ya messi messe, akon da soo oyap* » (maladies du monde, les pandémies). Elles sont indépendantes du sens médical endogène. Leur prise en charge et leur traitement se font prioritairement dans les institutions sanitaires dites « modernes ». Dans une certaine

mesure, les Bulu les perçoivent comme des maladies « non voulues », car leurs causes ne relèvent pas directement des pouvoirs de l'humain (sorcellerie, mysticisme, etc.), du patient lui-même, encore moins de son entourage. Mais des conditions naturelles, environnementales (climat, espace, agent pathogène, etc.).

Mes enquêtes auprès des institutions sanitaires modernes urbaines et rurales ainsi qu'auprès des tradipraticiennes montrent que, dans cette zone, il existe dix sous catégories de maladies dites naturelles. Il s'agit des maladies du corps tout entier (*akon ya ñoul esse*), des maladies liées à la tête (*akon ya nlo*), des maladies liées à l'alimentation (*akon bidzi*), des maladies liées à la toux (*akon ekoe*), des maladies liées au ventre (*akon ya aboum*), maladies liées à la peau (*akon ya ekop*), maladies liées aux os et aux articulations (*akon bives a bibok*), maladies liées au sang (*akon metsi*), maladies liées au foie (*akon ya essek*), et le grand groupe composé des épidémies (*akon ya biyong*), des endémies (*akon ya biyong bisse*) et des pandémies (*akon da yamtam si esse*). Je précise que certaines maladies naturelles peuvent appartenir à deux ou plusieurs catégories. C'est le cas par exemple du choléra<sup>164</sup> qui fait partie des maladies liées à l'alimentation et celles épidémiques.

Il existe une nomenclature des maladies dites naturelles en langue bulu. Toutes ne sont pas traduisibles en langue bulu. Celles qui sont traduites le sont soit en un seul mot, soit en groupe de mots. Par ailleurs, celles qui n'ont pas de nom en langue bulu sont désignées par les communautés à travers ceux établis dans la biomédecine. Je me suis particulièrement intéressé à celles qui touchent le plus les populations (les enfants comme les adultes) et qui constituent donc l'une des premières causes de morbidité et de mortalité dans cette zone. D'un côté on trouve les maladies naturelles infantiles (dont souffrent majoritairement les enfants), et de l'autre les maladies naturelles mixtes (dont souffrent conjointement les enfants et les adultes). Certaines maladies naturelles n'entrent pas dans les deux registres (naturelles infantiles et naturelles mixtes), car elles touchent majoritairement les adultes. Il s'agit de : l'hypertension artérielle, la goutte, les rhumatismes, les douleurs articulaires, le mal des os, de dents, les abcès et saignement des gencives, la gingivite, le mal d'estomac, l'infertilité ou infécondité et la stérilité.

J'ai établi trois tableaux dans la suite. Le premier tableau met en évidence l'ensemble des maladies naturelles infantiles et naturelles mixtes, le deuxième tableau expose également les

---

<sup>164</sup> Même si le choléra ne sévit pas autant dans la zone de Sangmélima que dans les parties Nord, où le ministère de la Santé publique camerounais a signalé déjà plusieurs cas graves, l'ensemble du Cameroun est en état d'alerte.

maladies naturelles infantiles et naturelles mixtes considérées comme pérennes et endémiques par le District de santé de Sangmélima et par les populations, et le troisième tableau met en exergue les noms locaux de certaines de ces maladies infantiles naturelles et naturelles mixte.

Maladies naturelles infantiles	Maladies naturelles mixtes
Rougeole, Rubéole, Varicelle Diphtérie, Tétanos néonatal, Poliomyélite, Fontanelle.	Fièvre jaune, Diarrhées à Rota Virus, Fièvre typhoïde, fièvre simple ou Hyperthermie, Choléra, Coqueluche, Tuberculose, Oreillons, Méningite, MST et VIH/Sida, Hépatites virales, Paludisme, Covid-19, Conjonctivite, céphalées, Cancer, Diabète, les vers, Dysenterie amibienne, les Anémies, les levures, Tétanos, la Grippe, le Rhume, les Amibes, la malvoyance ou cécité, la Cataracte, la Teigne, le Dartre, les Hémorroïdes, les empoisonnements, les fractures, les blessures ou ulcères, la hernie, les taches corporelles, le Panaris, les abcès, la hernie, le mal d'oreille, l'hémorragie nasale.

**Tableau 10** : maladies naturelles infantiles et maladies naturelles mixtes reconnues par le District de santé de Sangmélima. Source : mes enquêtes de terrain.

Maladies naturelles infantiles	Maladies naturelles mixtes
Rougeole, Varicelle, Fontanelle.	Fièvre jaune, Diarrhées à Rota Virus, Fièvre typhoïde, fièvre simple ou Hyperthermie, Choléra, Coqueluche, Tuberculose, Oreillons, Hépatites virales, Paludisme, Covid-19, Conjonctivite, céphalées, le Diabète, les vers, Dysenterie amibienne, les Anémies, les levures, la Grippe, le Rhume, les amibes, malvoyance ou cécité, la Cataracte, la Teigne, le dartre, les hémorroïdes, les empoisonnements, la malnutrition, les blessures ou ulcères, les fatigues corporelles, les taches corporelles, le Panaris, les abcès, la hernie, le mal d'oreille, l'hémorragie nasale, la Gale.

**Tableau 11** : maladies naturelles infantiles et maladie naturelle mixtes reconnues comme pérennes et endémiques. Source : mes enquêtes de terrain.

Noms des maladies infantiles naturelles et des maladies naturelles mixtes	Désignations en langue locale (le bulu)
Rougeole ; Rubéole ; Varicelle ; Diphtérie ; Tétanos néonatal ; Poliomyélite ;	<i>Olata ; rubéole ; mebata mekinga ; mintae ya egong ; tetanos abialé ; polio ; abobone</i>

Fontanelle.	<i>da da'abe.</i>
Fièvre jaune ; diarrhées à rotavirus ; fièvre typhoïde ; fièvre simple ou hyperthermie ; choléra ; coqueluche ; tuberculose ; oreillons ; MST-VIH/sida ; hépatites virales ; paludisme ; covid-19 ; conjonctivite ; céphalées ; diabète ; les vers ; dysenterie amibienne ; malnutrition ; les anémies ; les levures.	<i>Zom ; ntchui ; tite miya ; ayong gnoul ; cholera ; otou'ou ; ékoe ; mebwim ; bikanga bila ; bépatite ; tite ; covid-19 ; apolo ou bibolo ; nlo mintae ; nko'o ; minsong ; ntui meti ; abé e dji'ane ; teke meti gnoul ; bekoole ou odale.</i>
Grippe ; rhume ; malvoyance ou cécité ; cataracte ; teigne ; anémies ; dartre ; hémorroïdes ; empoisonnements ; fractures ; blessures ou ulcères ; taches corporelles ; panaris ; abcès ; hernie ; mal d'oreille ; hémorragie nasale ; gale ; fatigues corporelles.	<i>Mboman ou grippe ; mboman ; okon miss ou ndjim ; ognang ; mekoo ; teke meti gnoul ; tone ; etone ; missou ; mboui'i ; meveng ; mebat, bikot ya gnoul ; djonok ; djot ; oyong ; okon meloo ; meti ya djoé ; mitchang ; mintae ya bibok bi gnoul a missis ; e te'ane ghoul.</i>

**Tableau 12** : noms et traduction en langue bulu des maladies infantiles naturelles et des maladies naturelles mixtes

Certaines maladies sont désignées par un même vocable, comme la grippe et le rhume (*mboman*), car elles présentent des symptômes presque similaires, notamment de la toux, des maux de tête, une forte fièvre, etc. D'autres maladies sont dites « simples ou banales » (*zézé akon*) lorsqu'elles ne sont attribuées ni à l'action des ancêtres ni à celle des sorciers et qu'elles sont considérées comme un phénomène normal. Mallart Guimera (1977) chez le peuple Ewondo (peuple Beti comme les Bulu), montre que celles qui d'une part, ne s'articulent pas sur le système magico-religieux propre du peuple, et d'autre part, ne mettent pas en cause l'ordre de la société, car elles sont insignifiantes et dépourvues de toute incidence sociale. Pour ce qui est des vaccins, à l'exception de la fontanelle, les trois autres maladies naturelles infantiles pérennes ont des vaccins. Il y a des maladies naturelles mixtes qui disposent également de vaccins qui s'administrent à la naissance, quelques mois ou des années après la naissance. Parmi elles, on peut citer : la fièvre jaune, les diarrhées à rotavirus, la tuberculose, le choléra, la grippe et, récemment, la covid-19, dont les professionnels exigent un certain nombre de doses de vaccin en fonction de l'âge.

Par ailleurs, quelques maladies mentionnées dans les trois tableaux font partie des priorités en santé publique camerounaise. Des programmes spécifiques qui bénéficient des soutiens de l'État et des partenaires internationaux pour les prendre en charge existent. Par exemple, concernant la mère porteuse du virus du Sida afin de protéger le futur enfant. Cependant, Keugoung *et al.* (2015) s'interrogent sur la fiabilité de ce programme dans le renforcement des hôpitaux de district comme celui de la ville de Sangmélima en dénonçant des fragilités et des manquements dans sa mise en œuvre sur le terrain. En dehors de cette maladie, sont également particulièrement surveillés les hépatites virales A, B et C, le « Roll back Malaria », le paludisme (Programme national de lutte contre le paludisme) ou encore la tuberculose (Programme national de lutte contre la tuberculose). Sans oublier que, dans le cadre du PEV (Programme élargi de vaccination), pour les hépatites A et B sont injectées deux doses de vaccin à un intervalle de six mois dans tous les centres de vaccination agréés. En ce qui concerne le diabète ou encore le cancer, comme le VIH/sida et les hépatites, Sangmélima s'adapte aux normes sanitaires établies au niveau central, c'est-à-dire l'État et les services centraux de santé camerounais.

Concernant le diabète des enfants, une étude menée par Magaptché et Wamba (2017) a été faite sur l'alimentation des jeunes diabétiques scolarisés dans la ville de Yaoundé. Cette étude montre que la prévalence des diabétiques de type 2 est plus grande que celle des diabétiques de type 1 (estimée à 6 %, dont 6,7 % en milieu urbain, soit environ un million de personnes) et qu'environ 100 000 enfants ou jeunes sont atteints du diabète de type 1, soit 10 % de la population totale des diabétiques du pays. Grâce au programme « *Changing Diabetes in Children ?* », l'insuline est gratuite pour tous les moins de 25 ans sur tout le territoire national. En ce qui concerne le cancer, son programme de lutte est inscrit dans le PSNPLCa (Plan stratégique national de prévention et de lutte contre le cancer) qui vise à réduire de 10 % au moins la morbidité et la mortalité dues au cancer au Cameroun, une maladie qui tue de plus en plus au Cameroun<sup>165</sup>.

Du point de vue des parties du corps que ces maladies affectent, à l'exception du cancer, du paludisme et de la covid-19, toutes ces maladies touchent une ou deux parties du corps bien spécifiques. Sont distinguées deux parties du corps : la partie dite « supérieure » (la tête, les cheveux, le cou et la gorge) et la partie dite « inférieure » (la peau, les membres, le ventre avec toutes ses composantes, c'est-à-dire les appareils digestif, sanguin, respiratoire et

---

<sup>165</sup> Plan stratégique national de prévention et de lutte contre le cancer au Cameroun : <https://www.icc-portail.org>.

moteur). Ainsi, certaines maladies telles que les oreillons, la coqueluche, les maux de tête, la grippe, la teigne affectent la partie supérieure, mais leurs symptômes sont également visibles sur le reste du corps à travers des fatigues passagères et de la fièvre. De même, la rougeole, la varicelle, les blessures et ulcères affectent la peau, mais aussi le ventre et le sang. La poliomyélite et les fractures affectent l'appareil moteur en paralysant et en brisant respectivement les membres supérieurs et inférieurs, les articulations et les os. La fièvre jaune, les diarrhées à rotavirus, la fièvre typhoïde, le choléra, les vers, les amibes, la dysenterie amibienne affectent l'appareil digestif, l'appareil sanguin et la tête. Le diabète, les MST et VIH/sida, les hépatites virales, les anémies, les hémorroïdes affectent également l'appareil sanguin et l'appareil digestif.

Quant au cancer, au paludisme et à la covid-19, ils sont considérés dans cette zone comme des maladies à facettes multiples, c'est-à-dire qui peuvent attaquer n'importe quelle partie du corps humain et dont les symptômes sont pluriels. Pour la Covid-19, les professionnels de santé reconnaissent qu'elle affecte les individus de différentes manières avec des symptômes plus fréquents (fièvre, toux, fatigue, perte de l'odorat ou du goût), moins fréquents (maux de gorge et de tête, courbatures, diarrhée, éruption cutanée, décoloration des doigts ou des orteils, yeux rouges ou irrités) et graves (difficultés à respirer ou essoufflement, perte d'élocution ou de motricité, état confusionnel, douleur au niveau de la poitrine). Concernant le cancer, ses typologies sont construites selon la partie du corps affectée : cancer du sein, de la prostate, du poumon, de la zone tête, de la vessie, de la peau, de l'utérus, cancer colorectal, lymphomes non hodgkiniens, leucémies (sang). Ces typologies se répartissent aussi bien dans la partie interne qu'externe. Quant au paludisme, il est une maladie endémique qui affecte toutes les parties du corps. Les symptômes du paludisme simple (*zeze tite*) sont les maux de tête, la fatigue, les courbatures, la fièvre, le manque d'appétit, les vomissements ; le paludisme compliqué (*beta tite*), en plus des symptômes primaires, présente des manifestations au niveau de la tête, des nerfs, du sang, des voies capillaires, des vaisseaux sanguins, des ulcères, des intestins, etc.

Bien que le cancer, la covid-19 (pandémies) et le paludisme (endémie) ne puissent pas être classés selon la partie spécifique du corps affectée, ils peuvent être classés, comme toutes les autres maladies répertoriées, dans l'une ou l'autre des principales catégories identifiées et analysées dans la suite. Aussi, il ne sera pas seulement question de les classer dans une des catégories, mais présenter les manières de les prévenir ou les soigner tout en mettant en

évidence les éléments de la pharmacopée traditionnelle (herbes, écorces, racines, feuilles, fruits, etc.) y afférente.

### **1.1. Les maladies du corps tout entier**

L'expression « *akon ya gnoul esse ou akon da yamtam gnoul esse* » signifie « les maladies qui font souffrir le corps tout entier ». La fièvre simple ou hyperthermie (*ayong gnoul*) et les fatigues corporelles (*e te'ane gnoul*) qui en font partie présentent des symptômes sur les trois parties essentielles du corps : la tête, le tronc et les membres.

#### **1.1.1 Fièvre simple ou hyperthermie**

La fièvre simple ou l'hyperthermie est aussi désignée par les syntagmes de « corps chaud » et de « corps qui chauffe » (Bonnet,1985). L'auteure a analysé cette notion de « corps chaud » en montrant comment chez les Boose du Burkina Faso on aborde la fièvre. Comparativement au Boose, chez les Bulu la fièvre est aussi un état qui se caractérise par le corps qui chauffe et transpire, par des maux de tête et par une sensation de froid. Pour y remédier, les Bulu utilisent des plantes qui abaissent la température, empêchent la transpiration et redonnent de la vigueur au corps. Parmi ces plantes on trouve : le « *messep* » (*Ocimum gratissimum*), avec les feuilles duquel un bain est fait à l'enfant ou à l'adulte fiévreux. Au terme du bain, le fiévreux est oint avec de l'huile de palme « *mbone ekang* » (*Aleias guineensis*). Dans le cas des nourrissons qui prennent le lait maternel, la cause de la fièvre peut aussi venir de la mère et non du froid ou de la fraîcheur. Dans ce cas, la plante « *Alo'o mvu* » (*Emilia coccinea*) mélangée avec du vin de palme (*ébous, meyok malen*) est bue par la mère.

#### **1.1.2. Les fatigues corporelles**

Les Bulu pensent que les fatigues corporelles, qui sont à l'origine d'une fatigue musculaire et des articulations, sont causées soit par un manque de substances énergétiques dans le corps, soit par un excès de travaux champêtres, soit par une anémie sévère. Dans ces cas, les mêmes traitements que ceux des fièvres et des anémies sont utilisés. Pour que le corps retrouve sa vigueur, des bains sont faits à partir des feuilles de la plante de « *messep* » ou encore des jus d'« *essang* » (*Ricinodendron heudelotil*) ou d'« *aboé* » (*Alchornea Cordifolia*).

### **1.2. Les maladies liées à la tête**

Pour les Bulu, la tête (*nlo*) est un tout constitué d'une partie interne (composée des dents, du cerveau, des nerfs, des méninges, de la moelle épinière), et d'une partie externe (composée des cheveux, des oreilles, de la bouche, du nez, des yeux, des lèvres et du menton). Les maladies liées à la tête, outre les blessures ou ulcères qui peuvent apparaître, affectent la partie interne et/ou la partie externe. Parmi celles qui affectent la partie interne, on peut citer

les céphalées, migraines ou maux de tête (*nlo mintae*), le mal d'oreille ou l'otite ; celles qui affectent la partie externe sont la fontanelle, les oreillons, les maladies des yeux, l'hémorragie nasale et les maladies liées aux dents.

### **1.2.1. Les céphalées ou migraines (*nlo mintae*)**

Qu'elles soient chroniques ou temporaires, les céphalées se soulagent par des inhalations à base de citronnelle « *ayang* » (*Cymbopogon citratus*), de gingembre « *cocobianco* » (*Zingiber officinalis*) et de menthol (*mentholatum*). Certains utilisent également du tabac (*ta'a*) à priser auquel est ajouté du sel gemme (*nkou ékabela, kanwan*), qui permet d'éternuer constamment et ainsi de soulager la tête. Pour les enfants, les mères utilisent un tissu humide qui est posé sur le front de l'enfant, puis elles massent de temps en temps son crâne ainsi que ses tempes.

### **1.2.2. Mal d'oreille, Otite (*okon melo'o*) et oreillons (*mebwim*)**

L'oreille fait l'objet d'une prise en charge spécifique par les Bulu. L'otite, la maladie la plus récurrente liée à l'oreille, se manifeste à une étape avancée par des blessures à l'extérieur comme à l'intérieur de l'oreille accompagnées de pus. Pour traiter l'otite ou toute autre maladie liée à l'oreille, le premier traitement utilisé par les Bulu consiste à écraser un gros mille-pattes (*ngouan*) afin d'en extraire la graisse et à en introduire deux ou trois gouttes dans l'oreille. Pour les blessures à l'extérieur comme à l'intérieur, des gouttes d'huile de palme (*mbone ekang (Elaeis Guineensis)*) sont employées. Cette mixtion frottée sur les blessures de l'extérieur empêche les mouches de s'y poser. Le deuxième traitement consiste à mélanger du sel gemme (*nkou ékabala, kanwan*) ou du sel traditionnel (*nkou bulu*) à de l'eau, puis à introduire deux à trois gouttes dans l'oreille de l'enfant. Cela a pour effet de stopper l'écoulement du pus et de faire sortir une sorte de mousse de l'oreille. Le troisième traitement tient lieu de mélanger la plante « *alo'o mvu* » (ou *Emilia coccinea*) à de l'huile de noix de palmiste « *mbone megnegue* » (*Elaeis Guineensis Tenera*), puis à introduire deux à trois gouttes dans l'oreille de l'enfant jusqu'à la guérison. Le dernier traitement recourt également à de l'huile de noix de palmiste associée à du basilic sauvage « *ossim nlam* » (*Ocimum canum* ou *Perilla frutescens var. crispa*). Quelques gouttes sont introduites dans l'oreille de l'enfant jusqu'à la guérison.

Quant aux oreillons, les enfants qui en souffrent ne peuvent plus ouvrir la bouche normalement, ni manger ou mâcher convenablement, ni bouger le cou, ni jouer avec les autres enfants en raison de leur caractère contagieux. Les oreillons affectent les tempes, le cou, les joues, mais aussi les deux côtés extérieurs de la bouche et ils provoquent de la fièvre.

Pour traiter avec efficacité cette maladie infantile, les Bulu utilisent de la cendre chaude (*ayong assoup*) du feu domestique ou d'un arbre qui a brûlé dans la forêt à laquelle est ajoutée de l'eau, de préférence de pluie, de façon à obtenir une pâte épaisse qui sera frottée sur les tempes et les joues gonflées de l'enfant jusqu'à la guérison. Une certaine symbolique est attachée à l'eau de pluie. Dans le contexte des semences, la pluie est synonyme de « porte-abondance » et annonce un bonheur ou une joie. Dans le cadre de la santé, elle est synonyme de purification et de nettoyage des espaces : elle balaie les saletés apparentes. C'est dans cette logique qu'il en est fait usage dans le traitement des oreillons.

Toujours dans la logique du traitement des oreillons, il existe d'autres traitements dits « alternatifs » employés, même si cela est assez rare, lorsque le premier n'a pas été satisfaisant. L'un d'entre eux consiste à recueillir une petite quantité de terre fraîche (*nyimintya*) de l'endroit où l'enfant souffrant a uriné et à la frotter sur ses joues. Selon les tradipraticiennes, dans cette socio-culture, les urines sont une substance importante dans le cadre de la guérison de plusieurs maladies et maux (par exemple, à la suite d'un envoûtement), car elles ont symboliquement le pouvoir de purifier et, par conséquent, d'empêcher que le mal s'enracine.

Outre les urines, la boue ou la terre des nids de guêpes maçonnes ou guêpes potières « *afom* » (*Vespinae Eumeninae*) est également utilisée. Cette boue écrasée et mélangée avec de l'eau pour former une pâte est frottée sur les tempes et sur les joues de l'enfant. À propos des guêpes, les tradipraticiennes affirment que, symboliquement, ce sont des insectes protecteurs contre les mauvais esprits ou encore contre le mal. C'est pourquoi on retrouve des nids soit à l'intérieur, soit à l'extérieur de la plupart des demeures de cette zone. En effet, ces populations, qui sont en harmonie avec les guêpes, ne détruisent pas leurs nids de guêpes et les laissent se développer, car, plus un nid de guêpes est volumineux, plus la protection est importante, et inversement. Ainsi, recourir à la boue que les guêpes ont elles-mêmes utilisée pour bâtir leurs nids et donc à leur pouvoir, à leur intelligence et à leur puissance aura une action bénéfique sur l'enfant.

Hormis les urines de l'enfant souffrant et la boue des nids de guêpes, la terre des tombes (*tia ya mevous*) est également utilisée dans le traitement des oreillons. La pâte obtenue par mélange avec de l'eau est frottée sur les joues et les tempes de l'enfant. Cette terre provenant des tombes, et donc, indirectement, des morts eux-mêmes, possède également des vertus de protection, puisqu'elle met à l'abri de tout mal et empêche qu'il évolue, se propage et s'enracine. Selon les tradipraticiennes, et parce que les morts occupent une place centrale dans

cette socio-culture, toute terre de tombe est recommandable dès lors qu'il s'agit d'une tombe se trouvant dans l'espace ou dans le cimetière communautaire. En fait, concernant cette terre des tombes, ce n'est pas la terre en elle-même qui soigne véritablement des oreillons, mais c'est le lien filial ou culturel qui lie l'enfant à la personne qui repose à cet endroit.

Enfin, comme traitement des oreillons, il existe aussi le maïs séché « *nkot fon* » (*Zea Mays*), qui est braisé, puis écrasé. La poudre obtenue est appliquée sur les joues et les tempes de l'enfant.

### **1.2.3. La Fontanelle (*abobone da da'abe*)**

La fontanelle, qui se trouve au-dessus ou au centre de la tête, est une partie fragile du corps de l'enfant et est aussi le nom par lequel est désignée la maladie qui l'affecte. Cette partie, tout comme le nombril, est considérée comme une voie d'accès aux esprits maléfiques. Elle (la fontanelle comme maladie) se manifeste par le fait qu'elle bouge continuellement (*e da'abe*) au lieu d'être stable. Le traitement tient à deux procédés. Le premier consiste à écraser du « *ndodoo-si* » et du « *ndong* » (*Aframomum melegueta*) et à les mélanger avec de l'huile de palmiste (*mbone megnegue*). La pâte obtenue est frottée sur la fontanelle pour la solidifier. Le deuxième procédé consiste à casser des noix de palme « *mibang mi ekang* » (*Eleias guineensis tenera*), à les mâcher, puis à poser le résultat de la mastication sur la fontanelle.

### **1.2.4. Les maladies liées aux yeux (*akon ya miss*)**

En ce qui concerne les maladies liées à la vue (myopie, hypermétropie, cataracte, etc.), celle dont souffrent majoritairement les enfants de cette zone est la conjonctivite « *apollo ou Bibolo* ». Elle se traduit par des difficultés de l'enfant à ouvrir les yeux, surtout le matin au réveil, associées à des picotements et à l'écoulement d'un liquide blanc. Souvent, la consultation d'une tradipraticienne (bien qu'elle ne soit pas exclue) n'est pas nécessaire pour en guérir. La mère se charge elle-même d'emprunter différentes voies thérapeutiques en fonction des disponibilités et des moyens dont elle dispose. Tout d'abord, elle peut presser son sein, recueillir le lait dans une cuillère à café, mettre une ou deux gouttes dans chacun de ses yeux chaque jour jusqu'à ce que l'enfant guérisse complètement. Ce lait vient « raviver », « nourrir » l'œil pour le rendre sain. Elle (la mère) peut aussi recourir à l'*alo'o mvou* (*Emilia coccinea*). Elle doit la nettoyer, frictionnées se feuilles et pressées afin que le liquide qui en découle tombe sur chaque œil de l'enfant. La mère peut également remplir d'eau salée une assiette, qui sera ensuite mise au feu jusqu'à l'obtention d'une eau tiède avec laquelle les yeux et le visage de l'enfant seront lavés pendant une trentaine de minutes ou jusqu'au refroidissement de cette eau. Le rôle du sel est de nettoyer, de désinfecter les yeux et les

parties connexes. Enfin, la mère peut faire usage de jus de manioc râpé, dont elle versera les gouttes dans chaque œil de l'enfant.

Généralement, la conjonctivite guérit rapidement quand le traitement a été respecté et bien appliqué. Très souvent, il arrive que l'enfant guérisse au premier traitement choisi parmi tous ceux cités.

#### **1.2.4.1. La malvoyance**

Les enfants, les adolescents comme les adultes peuvent être malvoyants et aveugles, même si, selon l'ophtalmologue de l'hôpital de district de Sangmélina, le taux est plus faible chez les premiers (les enfants). Pour les Bulu, la malvoyance est une étape préliminaire vers la cécité, car « *miss ma yen ki fe mvoe me wo ke soulan dim* » (les yeux qui ne voient plus bien finissent par ne plus rien voir en fin de compte). Dans cette socio-culture, aucun mal ou aucune maladie n'est pire que la malvoyance ou la cécité. Des adages le montrent : « *ndim ene awou* » (la cécité, c'est la mort), « *me diba wou a na me tabe dim* » (plutôt mourir que d'être malvoyant ou aveugle). En somme, celui qui ne voit plus est un mort qui vit. Il est diminué socialement.

Les Bulu considèrent la malvoyance et la cécité comme des maladies naturelles certes, mais aussi comme des maladies socioculturelles quand une personne en est atteinte de façon mystique, à la suite d'un conflit avec des proches qui possèdent le pouvoir de faire du mal. À ce sujet, un adage dit : « *e woua dim miss* » (lancer la malvoyance ou la cécité aux yeux). Selon une tradipraticienne, sur dix cas de malvoyance ou de cécité lancés, seulement un ou deux peuvent complètement recouvrer la vue. En revanche, ceux dont les cas sont complexes nécessitent beaucoup de sacrifices. Or, les sacrifices à faire ne dépendent pas que des tradipraticiennes, qui ne peuvent que travailler dans l'espoir d'atténuer les douleurs. À cet effet, elles utiliseront un « *essongo* » (entonnoir traditionnel) dans lequel elles mettront dans les yeux du malade des gouttes d'une décoction à base de feuilles de certaines essences mystiques « *Doum* » (*Ceiba pentadra*) et de certaines plantes mystiques également « *Beyem elok* » (*Clerodendrum splendens*).

#### **1.2.5. Saignement du nez (*meti ya koui djoé*)**

Concernant les hémorragies ou saignements du nez (*meti ma koui djoé*), des problèmes dont les enfants souffrent régulièrement, surtout en saison sèche et de forte chaleur, il existe une façon particulière et très populaire de les prendre en charge. Celle-ci consiste à coucher l'enfant ou l'adulte dans une position latérale, à pencher sa tête vers le sol et à laisser couler ce sang que les Bulu considèrent comme du sang sale (*mvit meti*). Ensuite, faire asseoir le

malade et bouchées ses narines avec du coton. Cependant, d'autres manières (trois) de traitement existent. Le premier consiste à mettre des gouttes d'eau bien tiède dans les narines. La deuxième recourt à un mélange de charbon de bois (*mvila 'a*) écrasé et d'eau, qui est mis matin et soir dans les narines. Le troisième recommande l'utilisation d'un épi de maïs rouge sans graines, qui sera brûlé, avant que la cendre soit insufflée par voie nasale.

#### **1.2.6. Les maladies liées aux dents (*akon messong*)**

Les maladies liées aux dents ne concernent pas seulement les dents, mais, plus généralement, la bouche. Parmi elles on a les infections dentaires et buccales, les abcès ou saignement des gencives, la mauvaise haleine. Les enfants de quatre à sept mois sont concernés par ce type de maladies à partir de la poussée dentaire, surtout des molaires, qui leur cause bien souvent des fièvres et des maux de tête.

Même si les enfants jusqu'à cinq ans, ne sont pas les plus concernés par les maladies liées aux dents, à la bouche et aux gencives, j'ai tenu à mettre en évidence trois traitements collectifs qui sont communément utilisés dans le cas d'une dent cariée ou mal arrachée. Tout d'abord, un coton (*sout*) peut être imbibé de sève de papaye non mûre « *ekess fofoo* » (*Carica papaya*) puis placé sur l'endroit douloureux. Ensuite, les racines ou les écorces du même papayer peuvent être râpées afin d'en recueillir la sève fraîche. Cette sève peut être appliquée de trois manières : par brossage, par application sur du coton, par bain de bouche. Enfin, il est recommandé de faire bouillir des écorces de mangouier « *endoo ntan'ane* » (*Mangifera indica*), puis de faire un bain de bouche tout simplement.

Cependant, il existe des thérapies spécifiques à certaines maladies liées aux dents, à la bouche et aux gencives, notamment les abcès et saignements sur les gencives, des infections dentaires ou buccales avancées causant l'infection des joues et des tempes. Je précise que les enfants de cinq ans peuvent souffrir tout autant que les adultes de ces abcès sur les gencives et de saignements, y compris d'infections buccales avancées. En ce qui concerne les cas d'abcès et de saignement des gencives, les Bulu utilisent de la canne sauvage « *miane* » (*costus afer*) pilée, puis bouillie avec du petit piment rouge (*ndodoo belo'o*). La décoction obtenue est appliquée par bains de bouche jusqu'à la guérison. Pour les infections dentaires ou buccales avancées causant des infections (ulcères) des joues et des tempes, les Bulu utilisent les racines de « *abomedjang* » (*Piper umbellatum*) associées à du kaolin rouge (*évele si kaleba*), qu'ils appliquent sur la joue et les tempes enflées.

### 1.3. Maladies liées à l'alimentation (*akon bidzi*)

L'alimentation (*bidzi*), constituée d'éléments solides et liquides, est destinée à fournir des substances énergétiques et vitales au corps, et a aussi une vocation préventive et thérapeutique. Elle occupe une place importante dans la santé des Bulu. Cette alimentation se résume, dans cette socio-culture, par cet adage : « *cate ma djom woo dzi me cate woo ngue one mvoe* » (dis-moi ce que tu manges, je te dirai comment tu te portes). Réciproquement, une alimentation déficiente va engendrer nombre de troubles. En premier lieu, une eau impure, non potable va provoquer des maladies hydriques (*akon medime*) comme l'indigestion (*ntui*), la diarrhée simple (*zézé ntui*) et le choléra (choléra). Pour y remédier, les Bulu ont installé dans leurs villages, des fontaines, pompes, châteaux d'eau, des puits et autres espaces hydro-traditionnels susceptibles de fournir une eau potable. En second lieu, la consommation d'une nourriture impropre, notamment de fruits et légumes non lavés, expose à des maladies telles que la fièvre typhoïde (*tite miya*), les levures (*bekoolo* ou *odale*), les amibes (*bamibes*) avec pour conséquence la dysenterie amibienne (*ntui meti*). En troisième lieu, une absence d'alimentation saine et équilibrée, qui ne pourra fournir les nutriments essentiels au bon fonctionnement de l'organisme, peut conduire au marasme (*nkot gnoul*), à la malnutrition (*abé e djia'ane*), au kwashiorkor, à des fatigues corporelles (*nte a'ane gnoul*), etc. En dernier lieu, la consommation d'aliments solides non accompagnée de suffisamment d'eau conduit à la constipation (constipation) simple ou complexe avec des selles sanguinolentes et des hémorroïdes (*etone*, hémorroïdes).

L'une des solutions pour soigner cette maladie (la constipation) chez le nourrisson, selon les tradipraticiennes, est de frotter de la sève fraîche de l'arbre « *ange'ek* » (*Plasgeotil africana*) sur le téton de sa mère, ce qui lui déclenchera l'envie d'aller à la selle. Une autre thérapie consiste à râper de l'écorce sèche de ce même arbre (*ange'ek*) et à la mélanger à de l'eau, l'enfant devant boire la décoction obtenue jusqu'à sa guérison. Concernant les enfants de deux à cinq ans atteints de cette même maladie, il suffit de leur donner à mâcher et à avaler deux à trois graines de courge (*misoe mi ngon*). Dans les heures qui suivront, ils iront à la selle.

Les enfants souffrent constamment de maladies hydriques dans cette zone. Que ce soit la dysenterie amibienne, le choléra ou toute autre diarrhée, les Bulu utilisent généralement l'huile de palme (*mbone ekang*) qu'ils consomment à jeun, très efficace pour stopper rapidement la diarrhée, ou encore du citron pressé dans un litre d'eau avec du sucre que l'enfant boit chaque jour. Des féculents tels que le manioc (*mbong*), le plantain (*ekone*),

l'igname sauvage (*ndoui*) sont aussi utilisés sous des formes crues, de même que la plante « *kulu bivess* » associées à du sel (*nkou*), dont la pâte stoppe rapidement la diarrhée. Cette même pâte est également un antibiotique efficace contre les maux de ventre dus aux amibes.

Toujours dans le contexte de la diarrhée, les Bulu râpent la partie verte du tronc du papayer (*nkouk foofoo*), puis versent cette poudre dans un verre d'eau. Cette composition permet de stopper la diarrhée au bout de quelques jours. Puisque, dans cette zone, il est avéré que les diarrhées font partie des principales maladies liées à l'alimentation<sup>166</sup>, il est pertinent d'indiquer qu'elles ont des variantes et qu'elles peuvent s'accompagner d'autres troubles, notamment de vomissements (*e yoa'ane, dolo'o*). Concernant ce cas précis, causé par la mauvaise qualité des aliments qui engendre un fort taux de vers intestinaux dans le ventre créant ainsi des nausées, un traitement spécifique est mis en place. Il consiste à faire une décoction avec des feuilles de la plante « *adjom* » (*aframomum citratum*) accompagnées de six citrons (*citrus limonum*), qui symbolisent les six jours de durée du traitement. Ce premier « traitement interne » peut être accompagné d'un autre dit « externe » qui redonnera de la vigueur au corps, étant donné que les diarrhées et les vomissements sont physiquement et psychologiquement épuisants.

Ce traitement consiste à faire des bains à l'enfant ou à l'adulte sur la durée du premier traitement interne, dans l'eau desquels infusent des écorces des essences « *Asseng* » (*musanga cercropioides*), « *Ékouk* » (*alstonia congensis*) et *Ebebang* (*berlinia bracteosa*), qui ont des vertus préventives et thérapeutiques multiples. Les bains sont pris deux fois par jour à des heures bien précises : 6 heures et 18 heures. Selon les tradipraticiennes, la première heure correspond au moment où le corps n'est pas encore en contact avec l'extérieur ; le bain va ainsi le protéger contre les esprits maléfiques au contact de la société. Tandis que la seconde heure préconisée correspond au moment où le corps se replie sur lui-même après une dure journée ; le bain va le purifier de ce contact avec les autres tout au long de la journée avant le repos. Selon la philosophie Bulu, la journée est en effet le moment de toutes les incertitudes. C'est pourquoi il faut se protéger au préalable. Quant au sommeil, il est perçu comme semblable à la mort, de sorte qu'il est conseillé de ne pas aller se coucher avec un corps rempli d'impuretés ; il faut par conséquent se purifier bien avant. En outre, ces bains s'accompagnent de massages (*mimbaban, mibap*), de façon à redonner du tonus aux muscles,

---

<sup>166</sup> Ces informations m'ont été fournies par l'infirmier chef de la pédiatrie de l'hôpital de District de Sangmélina.

aux articulations. Car les diarrhées et les vomissements sèchent également le corps et rendent les muscles et les articulations fragiles.

Ces massages se font avec les écorces de deux essences également : *Abing* (*combretodendron africanum*) et *Eteng* (*pycnanthus angolensis*). Après ce traitement qui vise l'intérieur et l'extérieur du corps, la diarrhée et les vomissements sont normalement stoppés. D'autre part, le lait maternel peut causer de la diarrhée à l'enfant. Dans ce cas, la mère peut frictionner des feuilles de papayer dans de l'eau et consommer le jus extrait jusqu'à la guérison de l'enfant. Elle peut aussi plonger dans de l'eau des écorces de « *Ékouk* » jusqu'à l'obtention d'une couleur blanche issue de leur sève, puis boire ce jus tant que son lait n'est pas redevenu consommable. Le jus des écorces de cette plante a pour vertu de purifier le lait, y compris les seins, surtout les femmes qui allaitent

#### **1.4. Maladies liées à la toux (*akon ekoe*)**

Vu le climat équatorial guinéen se caractérisant par des températures assez fraîches et par une importante humidité atmosphérique liée à des pluies régulières – le taux de pluviométrie dépassant souvent les 4 000 millimètres d'eau par an (Bado, 2008) –, cette zone est favorable à la prolifération de maladies liées à la toux. Les Bulu établissent en effet un lien entre le froid, l'humidité et la toux (*ékoe*) sous toutes ses formes : la toux simple « *zézé ékoe* », la tuberculose (*ékoe*), la grippe « *mboman* », le rhume « *mboman* » et la coqueluche « *otou'ou* ». Hormis la tuberculose, les autres maladies sont considérées comme banales, non dangereuses ; elles se soignent facilement par des traitements connus et pratiqués de tous et ne nécessitent pas de consulter un médecin ou une tradipraticienne. Chacune de ces maladies a son ou ses traitements, même s'il existe des similitudes dans les remèdes utilisés (écorces, herbes, fruits médicinaux) et leur préparation.

Concernant la toux simple (*zézé ékoe*), il s'agit, selon les Bulu, de la première phase de la coqueluche (*otou'ou*). Pour guérir, il convient de préparer à l'enfant une décoction composée de gingembre « *cocobianco* » (*Zingiber officinale*), de miel (*woé*) et d'ail (ail), administrée jusqu'à ce qu'il cesse de tousser. Pour la grippe (*mboman*, *grippe*), il convient de recueillir le jus de feuilles de « *messep* » bouillies, qui ont la particularité de déboucher les narines, et de l'administrer dans les narines de l'enfant. Des tisanes chaudes à base de l'écorce « *essok* », de la plante « *ossang, ayang* » ou de citronnelle (*Cymbopogon Citratus*) sont aussi données à consommer ou à inhaler. Le rhume (*mboman*) n'est pas différent de la grippe dans sa prise en charge. Il suffit de faire bouillir du gingembre (*cocobianco*), de la citronnelle (*ossang, ayang*), du citron « *gnofioo* ou *ngobang* » (*citrus limonum*) et d'y ajouter du menthol, voire du sucre.

Ce jus est ensuite bu. Il est aussi possible de faire bouillir la plante « *ekoe* » simultanément avec d'autres plantes « *atiti* » et « *messep* ». Une fois la décoction tiède, du sel est ajouté ; des gouttes en sont versées dans les narines de l'enfant. Pour déboucher rapidement le nez d'un enfant, il suffit de verser des gouttes d'huile de palme « *mbone ekang* » dans ses narines, ce qui a pour effet de faire éternuer l'enfant et ainsi d'ouvrir ses narines.

Concernant la tuberculose (*ékoe*), l'enfant ne peut en souffrir que si sa mère ou un autre membre de sa famille en souffre. Les Bulu disposent d'un traitement spécifique traditionnel, à la fois préventif et thérapeutique, qui peut être employé pour toute autre maladie pulmonaire entraînant la toux. Il s'agit d'écraser sur une pierre traditionnelle (*nkol mbonda*) de l'ail, du gingembre, du citron et de l'eucalyptus. La pâte obtenue est mélangée avec de l'huile de coton (*mbone sout*). Ce mélange est à consommer trois fois par jour. Pour plus d'efficacité, il est conseillé de l'ingérer le matin à jeun et trente minutes avant chaque repas jusqu'à ce que la toux s'arrête, y compris les crachats simples ou sanguinolents.

### **1.5. Les maladies liées au ventre (*akon ya aboum*)**

Pour les Bulu, le ventre est la partie la plus importante du corps humain, car il porte la vie de l'homme, comme en témoigne cette expression : « *mot ane ve aboum* » (l'homme, c'est le ventre, sans le ventre, l'on n'existerait pas). Le ventre est aussi considéré comme le réceptacle de l'*évu* ou des choses de la nuit, comme l'atteste cette autre expression : « *o be'e evu aboum* » (tu es un sorcier ». Des tradipraticiennes m'ont révélé que le ventre est aussi parfois la loge des génies ou des totems familiaux, c'est-à-dire que les ancêtres peuvent désigner dans une famille un enfant ou un adulte (peu importe le sexe) comme porteur d'un totem ou d'un génie dans son ventre. Ce côté mystique du ventre permet de saisir l'attention particulière qui lui est portée dans cette socio-culture. Cependant, le ventre (comme simplement partie du corps humain) est également exposé aux maladies et maux lorsqu'on ne prend pas des précautions. Ainsi, trois types de maladies sont liés au ventre dans cette socio-culture : les maladies gastriques (*akon ya ossang*), les maladies de l'anus (*akon ya oduk*), les maladies des vers et les hémorroïdes.

Les maladies gastriques sont liées à l'estomac (*ossang*). Le mal d'estomac, qui est une maladie récurrente, peut provenir soit d'une consommation excessive de nourriture épicée, soit d'ulcères de l'estomac dues à une consommation d'aliments solides insuffisamment mastiqués, soit de stress et d'anxiété. Pour toutes ces maladies gastriques, les Bulu ont mis au point des traitements. La bonne santé du corps étant liée à la bonne évacuation des matières fécales, les constipations sont très surveillées. Ainsi, l'*Essok*, l'*Ognaye* ou *bita kola* (*Garcinia*

*Kola*) accompagnés du sucre et des arachides doivent être mâchés jusqu'à la guérison. Du charbon de bois (*mvila'a*) associé à du miel peut aussi être sucé. Pour les enfants comme pour les adultes, les purges sont aussi recommandées. Il s'agit de décoctions avec des feuilles de « *yoloyolo* ou *ndolè* » (*Vermonia amygdalina*) et du piment rouge « *évele ndodoo* » (*capsicum frutescens*), ou encore avec du savon (*soobo*) afin de provoquer l'envie d'aller à la selle.

Ici, pour traiter l'enfant qui souffre d'hémorroïdes, sont bouillis du gingembre (*cocobianco*) pilé et les feuilles de deux plantes (*otou'ou tou* et *eko'o ze*). Les selles remplies de sang (hémorroïdes internes) et « l'anus qui sort » (hémorroïdes externes) sont les signes qui définissent les hémorroïdes. De l'écorce de prunier ou safoutier « *élé sa* » (*Dacryodes edulis*) est pilée, puis mélangée avec du « *ndong* » (*Aframomum Melegueta- Maniguette*) pour obtenir une poudre, qui doit être séchée au soleil pendant une journée. Le malade en consommera une cuillerée à café trois fois par jour jusqu'à la guérison complète. Il existe d'autres traitements à base d'écorces, comme celle de la plante « *Anthocleista vogeli* », qui est prise en décoction trois fois par jour pendant deux à trois semaines. Certaines feuilles de la plante *abomedjang* sont utilisées comme papier toilette afin de renvoyer le rectum ressorti vers l'intérieur. Ces traitements sont normalement réservés aux adultes, sauf dans le cas où les enfants souffrent, comme certains adultes, d'hémorroïdes chroniques.

Les maladies des vers intestinaux (*akon minsong*) menacent également la santé des enfants. Les vers intestinaux sont des parasites qui peuvent être la cause de plusieurs sortes de symptômes comme des nausées, des maux de ventre et des démangeaisons au niveau du tube digestif ou de l'anus. Ils peuvent ralentir la croissance de l'enfant, l'affaiblir ou conduire à des anémies sévères. Dans cette zone, les vers intestinaux les plus récurrents sont les ascaris, les amibes, le ténia. Ils peuvent être transmis par l'entourage (école, famille) ou par tout ce que les enfants mettent dans leur bouche. Si les prises en charge peuvent être biomédicales et/ou endogènes, cependant, dans la plupart des cas, les Bulu préfèrent beaucoup plus traiter ces vers dans la médecine endogène. Les tradipraticiennes, bien qu'elles reconnaissent l'importance des diagnostics biomédicaux en vue d'identifier le type de vers ainsi que les traitements appropriés, m'ont présenté cinq procédés thérapeutiques à base d'écorces et d'herbes médicinales efficaces pour traiter les vers intestinaux.

Le premier traitement consiste à faire tremper des écorces « *d'Ekouk* » (*Alstonia congensis*) dans de l'eau, puis à donner le jus à boire à l'enfant pendant trois jours consécutifs. Pour le deuxième, il faut donner à l'enfant, pendant trois jours, de la poudre d'écorce « *d'ebebeng* » (*celtis sauvy ackii*). Le troisième soin consiste à lui donner, pendant trois jours, une décoction

de l'herbe appelée « *elok minsong* » (l'herbe des vers). Le quatrième traitement associe des écorces d'*ekouk*, de la poudre de *caloncoba glauba*, du fruit « *akpara* » (*albizia fastigiata*) et cinq citrons. Cet ensemble doit être bouilli, puis une fois refroidi, il est administré à l'enfant par voie anale pendant deux jours. Le dernier moyen de combattre les vers consiste à faire bouillir des écorces de « *nfoo* » (*enantia chlorantha*) et à y ajouter de la banane mûre. Le jus obtenu est donné à l'enfant pendant trois jours.

Pour ce qui est des ascaris, les Bulu utilisent des écorces de *Berlinia braectosa* associées à des bananes mûres qu'ils font boire à l'enfant à raison d'une ou deux cuillerées à café selon l'âge. Surtout dans le cas du ténia, ils mélangent du pétrole (*calasini*) à de la soupe ou à du sirop. En ce qui concerne les amibes, sont utilisées *yoloyolo* ou *ndolè*, ou encore des écorces d'*Entandrophragma utile*.

D'autre part, même si la plupart des maladies liées au ventre sont dites « naturelles », pour quelques-unes d'entre elles, les enfants et les adultes en sont eux-mêmes la cause. Des signes comme des douleurs abdominales inexplicables, entraînant parfois des ballonnements, des gaz, des selles présentant une forte odeur, etc. indiquent que le malade a « le ventre sale » (*mvit aboum*), soit parce qu'il a porté à sa bouche des objets sales, soit parce que des aliments ont été consommés sans les laver préalablement. Cette maladie se soigne en mettant dans de l'eau des feuilles de *yoloyolo* ou *ndolè* et en les frictionnant avec les mains. Puis, quand l'eau prend la couleur verte de ces feuilles, on purge l'enfant. Une seule purge suffit pour arrêter les douleurs, car elle stimule l'envie d'aller à la selle et ainsi d'évacuer toutes les saletés accumulées dans son ventre.

Les empoisonnements (*minsou*), en l'occurrence les intoxications dues à un aliment (solide ou liquide), rentrent aussi dans cette catégorie. Toutes les intoxications ne sauraient être des empoisonnements. Un tradipraticien est en mesure de confirmer ou d'infirmer qu'il s'agit d'un empoisonnement en procédant comme suit : le plus souvent, il fait cuire sur les braises du feu de bois des préparations constituées d'œufs, de sel et de plantes spécifiques (*ayang nsou* ou Liliacée). La qualité des selles de l'enfant ou l'adulte présumé empoisonné qui a consommé ce mets permet d'établir le diagnostic et d'identifier le type d'empoisonnement. Dans le cas d'un empoisonnement, le tradipraticien est capable d'en révéler l'origine, la date, la façon dont il a été causé. Les sources d'empoisonnements majeures étant : les repas, les boissons ou la nuit mystiquement. Quand il s'agit d'un empoisonnement mystique, les Bulu appellent cela « *bilok* ou *ewouwoua nsou* ». Une prise en charge se met en place : les feuilles de la plante « *oyan* » sont frictionnées dans de l'eau, puis le jus extrait est donné à l'enfant par voie orale ; le poison est ainsi évacué par les selles. L'*oyan* est un contrepoison et il stimule

aussi l'appétit. Comme autre traitement, les tradipraticiens recommandent de consommer du miel naturel (*woé*) et de l'huile de palme rouge. Enfin, comme autres contrepoisons, peuvent être bues des décoctions avec les fruits de la plante *tom* (*dacryodes macrophylla*), la sève de l'*ebom bulu* (*amonidium manii*), l'*ayang nsu*, que la majorité des Bulu cultivent dans leur jardin ou à proximité de leur habitat. Certains la consomment fraîche, d'autres l'écrasent et la mettent dans une boîte accompagnée de miel et en consomment constamment. Elle prévient et soigne en même temps.

#### **1.6. Les maladies liées à la peau (*akon ya ekop*)**

Pour les Bulu, la peau est la première couche qui le protège et qui permet le contact avec l'extérieur. Toutefois, elle est la porte d'entrée des maladies. Parmi les maladies qui affectent la peau dans cette zone, il y a la varicelle (*mebata mekinga*), la rougeole (*olata*), la gale (*mitchang*), le panaris (*djonok*), l'abcès (*djot*), la hernie (*oyong*).

La varicelle (*mebata mekinga*) affecte régulièrement les enfants de cette zone. La prise en charge endogène de la varicelle se fait par des bains soit avec des feuilles de la plante marguerite (*Leucanthemum vulgare*), des noyaux, des feuilles et des écorces d'avocatier (*Persea americana*) pilés et du citron ; soit avec la plante *Essang* (*Ricinodendron heudelotti*) et du citron. Lors de ces bains, le corps de l'enfant est frotté pour empêcher les démangeaisons, l'évolution des boutons sur tout le corps et pour nettoyer toutes les cicatrices. Ces bains ont généralement lieu derrière la concession, notamment sur l'espace réservé aux déchets. Symboliquement, il est souhaité que la varicelle quitte le corps de l'enfant pour devenir aussi un déchet. La rougeole (*olata*), tout comme la varicelle, est aussi perçue par les Bulu comme une maladie récidivante malgré le vaccin. Les mêmes bains que la varicelle sont préconisés, également sur l'espace de déchets situé derrière la concession, mais elle se soigne également de l'intérieur par des purges avec les feuilles de la plante *Essang*.

Quant à la gale (*mitchang*), cette maladie est aussi contagieuse que la varicelle. Il existe quelques traitements rapides et efficaces. Le premier consiste à frotter sur les parties infectées des citrons, dont le rôle est d'ouvrir ces petits boutons, puis à baigner l'enfant dans de l'eau tiède salée, qui a pour but de guérir et d'assécher ces boutons. L'enfant ressent dans le bain des brûlures, mais, à sa sortie, son corps est oint avec de l'huile de palme rouge qui calme les démangeaisons. Pour le deuxième traitement, des feuilles de *komen* (*Ongoka gore*) sont bouillies, puis frictionnées et mélangées avec de l'huile de palme rouge. La préparation est frottée sur les parties infectées du corps de l'enfant jusqu'à la guérison.

Les tâches corporelles (*mebat, mevende, bikot ya gnoul*) sont pour les Bulu tout ce qui entrave la peau. Leur environnement rural, où sont pratiqués la chasse, la cueillette, l'ensemencement,

les récoltes, expose nécessairement à des risques de taches, d'écrouchures, de blessures (*meveng*), de brûlures (*midia'ane*) laissant une cicatrice. Les tâches corporelles les plus récurrentes, chez les enfants et même chez les adultes, sont la dartre (*tone*), la teigne (*mekoo*), sans oublier celles causées par les ulcères et les brûlures. Il existe des traitements pour chacune de ces maladies. Pour lutter contre la dartre, des feuilles de *ndawolo ntan'ane* (*Cassia olata*) sont frictionnées dans les mains, puis frottées sur la partie du corps affectée. La sève de l'*aloe vera* (*Aloé*) est également recommandée. Le traitement de la teigne est simple : il suffit de prendre le cérumen (*mvit ya meloo*) de la mère ou du père et de le frotter sur la partie de la tête de l'enfant affectée. De la boue de nid de guêpes maçonnes peut également être frottée sur la partie affectée. Pour les blessures, les Bulu utilisent l'herbe des blessures (*élok meveng*) qui a pour but de guérir, de sécher et de la cicatriser par la suite. Une fois cette herbe cueillie, elle est frictionnée, on fait tomber son liquide sur la blessure et ensuite on dépose sur la même blessure quelques bout de feuilles frictionnées jusqu'à ce que la blessure guérisse complètement. Enfin, pour faire cicatriser les brûlures, les Bulu utilisent la sève de l'*aloe vera*.

Les panaris (*djonok*) et les abcès (*djot*) ont des similitudes formelles, car ce sont des inflammations qui se forment à l'intérieur du corps et qui apparaissent sur la peau sous forme d'enflure. Leurs traitements peuvent être communs ou spécifiques. La prise en charge du panaris consiste à râper les fruits de la plante *andia* (*Discorea bulbifera*) et à appliquer la pâte obtenue sur le panaris. Dans le cas où l'état du panaris est avancé, avec du pus qui se forme, cette même pâte est déposée sur le panaris afin d'accélérer la guérison. On peut aussi mélanger les feuilles vertes de la plante *yoloyolo* ou *ndolè* à de l'huile de noix de palme et appliquer le baume sur la partie infectée jusqu'à la guérison.

Quant aux abcès ou furoncles, les Bulu ont quelques traitements simples qui consistent à appliquer soit du cirage, soit du savon de macabo ou de Marseille (*sobo*), le but étant respectivement d'empêcher l'évolution de l'abcès et de le faire sortir rapidement. L'usage des fruits de la plante *andia* est également recommandé avec la même démarche de traitement que pour le panaris : les fruits sont râpés de façon à former une pâte à appliquer sur l'abcès. De plus, plusieurs massages de la partie affectée sont recommandés avec des écorces de *rosacée* (*parinari chrysophylla*), de *césalpiniée* (*Piptadeniastrum africanum*) et d'*oveng* (*Guibourtia tessmanii*) ainsi que de l'*elon* (*Erythrophleum micranthum*). Ces massages avec ces écorces peuvent se faire en même temps ou en parallèle. Chez les Bulu, l'abcès a tendance à affecter certaines parties spécifiques du corps, notamment les aisselles : on parle alors d'« abcès des

aisselles » ou « *djot ya mva'ane* ». Dans ce cas, le cérumen de l'enfant malade est appliqué sur l'abcès jusqu'à sa disparition. En outre, les tradipraticiennes recommandent d'extraire le pus de l'abcès et d'oindre un mille-pattes ayant la même couleur que la plante *Asseng* de ce pus, puis de le libérer tout en prononçant les paroles suivantes : « va-t'en rapidement très loin, retourne avec cette maladie d'où elle vient ». Cette formule « sacrée » est censée libérer le malade du mal au fur et à mesure que le mille-pattes évolue dans son parcours.

La hernie (*oyong*) est aussi une maladie récurrente dans cette zone. Les Bulu estiment qu'une hernie peut survenir de deux façons : certains enfants naissent avec une hernie, mais elle se développe et sort de sa cavité seulement à un certain âge ; les travaux difficiles peuvent également la faire sortir de sa cavité. La hernie se développe au niveau du pubis de l'enfant, un ou les deux testicules montent vers le ventre, ce qui cause souvent des douleurs. Le premier traitement consiste à piler, faire bouillir et à extraire le jus des racines d'*abomedjang*, puis à l'administrer en purge à l'enfant. Après les purges, il faudra piler les feuilles de cette plante et les mélanger à de l'huile de palme, puis masser le bas-ventre de l'enfant afin que redescende le testicule, ceci pendant deux semaines au moins.

Il existe un autre type de hernie récurrent dans cette zone que les Bulu appellent « *oyong dop* » (la hernie du nombril) et qui fait enfler le nombril entraînant des douleurs difficilement supportables chez l'enfant. On peut la prévenir en lui faisant des purges à base de décoction de feuilles de la plante *Cyathula prostrata* mélangées à des excréments de poule (*mebi mekoup*), à raison d'une fois par semaine à chaque nouvelle, pleine ou fin de lunaison. Parmi les autres traitements dédiés à la hernie du nombril, surtout quand elle est très avancée, c'est-à-dire quand elle n'a pas été découverte à temps, un est fait à partir des écorces des plantes *Barteria fistulosa* (espèce d'arbres à fourmis) et *Desmodium gangeticum* ; des feuilles de la plante rampante *Piper scandens*, de celles de *medjom* (*Aframomum melegueta*) et de celles de l'arbre à fourmis ; ainsi que des fourmis de ce dernier. Tous ces éléments sont écrasés afin d'obtenir une pâte homogène qui sera, d'une part, frottée constamment sur le nombril souffrant et, d'autre part, mélangée à de l'huile de palme et à du sel pour purger l'enfant.

### **1.7. Les maladies liées aux os et aux articulations (*akon bivess, akon bibok*)**

Parmi ces maladies, on trouve les fractures, les entorses et les douleurs articulaires. Les fractures forment un ensemble, désigné par le terme de « *Mboui'i* », qui regroupe les cassures ou fractures, les entorses ou les déboitements. Dans le cadre de leur prise en charge, les Bulu n'utilisent que des massages : aux huiles traditionnelles, à la chaleur du feu de bois, à la cendre, aux plantes médicinales ainsi qu'aux os de gallinacés du village (*koup nlam*) et de gorilles (*wo'o*).

Des tradipraticiennes sont spécialistes des « *Mboui'i* ». Je précise que je suis moi-même le petit-fils d'une telle spécialiste qui a hérité ce savoir médical de ses ancêtres. Masseuse reconnue de toute notre contrée, je l'ai souvent vue utiliser de l'huile de noix de palmiste noire (*mbone megnegue*), qu'elle préparait elle-même, ou de l'huile de boa (*mvom*), qui lui était vendue, car elle est assez rare. Comme autre traitement des « *Mboui'i* » (ouvertes ou fermées), les Bulu utilisent la méthode de « *mbap mi mboui'i* » qui consiste à masser au moyen de la chaleur du feu de bois (*ndouan ndja'a*), de plantes ou encore d'os des gallinacés du village (poule et coq). Une tradipraticienne m'a expliqué que, grâce à cette méthode, elle est capable de traiter une fracture en deux semaines.

J'ai d'ailleurs eu la chance d'assister à une séance de « *mbap mboui'i* » sur un enfant de cinq ans ayant eu une entorse sévère et des hématomes sur sa cheville gauche. La tradipraticienne opère à l'intérieur de sa cuisine, avant le lever du soleil (quand elle n'a pas encore touché d'eau) ou après le coucher (quand elle a déjà pris son bain pour se purifier), comme l'instaure l'exigence rituelle. Avant de commencer le traitement chez la tradipraticienne, l'enfant, accompagné de sa mère, doit d'abord jeter une pièce de monnaie par terre, car, pour guérir d'une maladie comme l'entorse ou le déboitement, il faut une contrepartie symbolique. Ensuite, assise tout près du feu, la tradipraticienne apposera ses mains au-dessus du feu afin d'en prendre la chaleur, puis les frictionnera pendant cinq à dix minutes sur la partie entorsée ou déboitée. Au terme des massages, elle déposera des cendres sur la partie traitée.

Hormis les massages, les tradipraticiens disposent de plusieurs pratiques rituelles pour traiter les fractures. La première consiste à mâcher une canne à sucre ou canne noble (*nkok ntan'ane* ou *Saccharum officinarum*) et à entrer en contact avec la partie fracturée du malade, de façon à lui faire ressentir des massages sans pour autant le toucher. Pour la deuxième pratique que j'ai déjà évoquée, le tradipraticien recourt au même principe, mais avec des os de poule ou de coq, respectivement selon que le patient est une fille ou un garçon. Le tradipraticien, par association symbolique, brise la patte au même endroit où le malade a sa fracture, puis procède au massage de l'os brisé, tandis que le malade en ressent les sensations sur la partie fracturée. Des massages aux os du gorille sont également pratiqués. Chez les Bulu, le gorille est considéré comme un animal téméraire dont les os ne se brisent pas facilement. Ces représentations émanent des femmes qui ont l'habitude de préparer sa viande et d'extraire ses os pour des usages comme ceux-ci. Pour ce traitement des fractures aux os de gorille, il suffit de mettre dans l'eau, où l'on trempe son membre fracturé, l'os de gorille. Des études sur ces pratiques de traitements des fractures, des entorses ou des déboitements, avec la méthode des « *mbap mboui'i* », ont été menées chez d'autres peuples Beti, notamment les Yanda du

Cameroun (Njalla, 2012). L'auteur présente un cheminement identique, mais plus approfondi, détaillé et outillé, à ce qui précède chez les Yanda.

Quant aux douleurs articulaires et musculaires (*mintae bibok*, *mintae minsis*), qui peuvent parfois affecter un enfant, là encore, les massages permettent de les traiter. Ces massages sont faits avec des feuilles d'*Abomedjang* chauffées au feu ou avec de l'*Abine ekone*, qui est la partie du régime de banane plantain semblable à de la corde.

### **1.8. Les maladies liées au sang (*akon ya metsi*)**

Pour les Bulu, les maladies liées au sang sont celles non seulement qui affectent le sang, mais aussi qui se manifestent à travers lui. Parmi elles, on retrouve l'infertilité, la stérilité et les anémies.

#### **1.8.1. L'infertilité et la stérilité**

Je ne saurais mener une étude sur la santé infantile sans aborder les aléas auxquels font face les parents : l'infertilité et la stérilité. L'infertilité survient lorsqu'une absence de grossesse est constatée en dépit de rapports physiques non protégés réguliers pendant une période d'au moins douze mois. La stérilité serait la résultante de l'infertilité, car elle survient lorsque les chances d'obtenir un enfant sont infimes, voire inexistantes. Les femmes et les hommes stériles et infertiles sont appelés « *nkokom* » (qui ne peut pas faire ou qui ne fait pas d'enfant). De mes observations, à chaque fois que je me rendais pour assister à des séances de soins chez les tradipraticiennes je voyais de jeunes femmes (20 à 30 ans) qui faisaient des bains, puis se purgeaient. Une tradipraticienne m'a alors confié qu'elles se faisaient traiter pour accoucher, car la majorité était stérile ou infertile. Selon certains professionnels de santé rencontrés, 30 à 40 % des cas d'infertilité concernent les femmes. Les premières causes étant : des cycles menstruels anormaux, des règles anormalement douloureuses, des rapports sexuels douloureux, une ménopause précoce, des lésions des trompes de Fallope, des anomalies de l'utérus et du col de l'utérus ou des troubles ovulatoires.

L'infertilité concerne également les hommes à travers notamment les IST chroniques mal traitées. D'après les tradipraticiennes, certaines femmes et certains hommes naissent infertiles ; quand d'autres en sont eux-mêmes responsables. En ce qui concerne les femmes, certaines le deviennent parce qu'elles ont avorté en empruntant des voies illégales, qu'elles ont participé à une pêche au barrage interdite, qu'elles ont transgressé une règle sociale ou culturelle, que leur utérus a été arraché par des sorciers pour des services multiples et importants dans le monde du *mgbwel* (la sorcellerie). Or, toute femme bulu risque d'être socialement exclue si elle n'a pas d'enfant. Il existe également des cas de femmes ayant eu un

enfant et voulant en avoir d'autres, mais ne pouvant pas. En ce qui les concerne, les tradipraticiennes expliquent qu'elles n'ont pas pris soin de leur placenta quand elles ont accouché la première fois. Je rappelle ici que, si le placenta n'a pas été enterré sous un bananier, dans une cacaoyère ou jeté dans une fosse d'aisances, il y a de fortes chances que les sorciers s'en approprient l'usage à des fins mystiques dans leur monde du *mgbwel*. Selon ces tradipraticiennes, c'est dans les fibres du placenta qu'on retrouve le nombre d'enfants que doit faire une femme. Or, lorsque ces fibres sont utilisées pour d'autres usages que ceux qui consistent à conserver le nombre d'enfants, il devient impossible pour une femme de faire à nouveau les enfants. Ces dernières rencontrent alors des tradipraticiennes et matrones pour des traitements spécifiques.

L'infertilité et la stérilité ont respectivement des traitements endogènes efficaces à base de feuilles, d'écorces et de racines de plantes. Ces traitements ne sont pas les mêmes selon qu'il s'agit d'une femme infertile ou stérile (*Nkokom*) ou d'un homme (*Eyel*). Je n'ai pas été autorisé à mentionner dans ce travail tous les traitements existants, notamment ceux des femmes. Mais en ce qui concerne les hommes, il existe deux traitements usuels bien connus de tous dans cette zone. Le premier est constitué de fruits médicinaux présents abondamment sur les marchés ruraux comme urbains : l'*ognae* ou *better kola* (*Garcinia kola*) et le *ndong*<sup>167</sup> (*Aframomum melegueta*). Selon les tradipraticiennes, le traitement consiste à mâcher constamment l'un des deux fruits, qui ont la même efficacité thérapeutique. Ces fruits, au-delà de leurs vertus thérapeutiques, jouent également le rôle d'aphrodisiaque. En fait, selon les représentations des Bulu, un homme infertile ou stérile n'est pas seulement celui qui n'a pas les capacités de procréer, c'est aussi et surtout celui dont les parties intimes ne fonctionnent pas normalement et celui qui n'éprouve pas de désir sexuel.

Le deuxième traitement consiste à tremper pendant quelques heures dans de l'eau des écorces des plantes *ekekam* (*ficus hochstetteri*) et de légumineuses mimosées (*Albizia adianthifolia*). Une fois que l'eau prend la couleur des écorces, le souffrant se purge matin, midi et soir pendant deux à trois semaines. L'efficacité de certains traitements à base de ces écorces selon la durée normale prescrite dépend de chaque patient.

---

<sup>167</sup> Le *Ndong* est par ailleurs souvent utilisé par les tradipraticiens (hommes surtout) dans le cadre de séances post-circoncisions afin de tester la puissance des parties intimes de l'enfant et de le préparer aux activités sexuelles. Le tradipraticien prend ce fruit à l'état sec, retire quelques grains, les mâche et ensuite les pulvérise sur la verge de l'enfant. Si la verge réagit, il en est conclu que l'enfant n'a pas et n'aura pas de problèmes d'infertilité ou de stérilité. Dans le contraire, le tradipraticien mettra en œuvre d'autres initiatives afin de trouver une solution.

### 1.8.2. Les anémies (*teke meti gnoul*)

Selon les professionnels de santé publique (infirmiers et médecins) rencontrés, les anémies<sup>168</sup> sont les maladies liées au sang les plus récurrentes et qui affectent constamment les enfants dans cette zone. Il existe deux types d'anémies : les anémies simples et les anémies sévère ou complexes. Ces professionnels de santé montrent qu'une anémie est dite sévère ou complexe quand le taux de sang est en dessous de dix grammes par décilitre de sang (10g/dL). Ces anémies sévères font partie des maladies que les tradipraticiennes soignent le plus chez les enfants dans cette zone. Elles (les tradipraticiennes) reconnaissent que ces anémies sévères sont dues, dans la plupart des cas, à la malnutrition. Mais qu'elles ont aussi pour cause, surtout chez les plus petits (jusqu'à cinq ans), la sorcellerie et les choses de la nuit, certains sacrifices dans le monde du *mgbwel* exigeant du sang frais et non souillé. Dans la journée, la mère constate que son enfant maigrit, devient pâle et frêle, perd l'appétit et que ses yeux deviennent blancs. Après cette constatation, la mère peut commencer l'automédication. Si rien ne s'améliore, elle conduira l'enfant dans un hôpital ou un centre de santé le plus proche pour que des médicaments lui soient prescrits. Là encore, s'il n'y a toujours pas de changement, elle le confiera à une tradipraticienne qui le soignera en peu de temps grâce à un traitement à base de décoctions d'écorces, d'herbes et de fruits. Pour une guérison durable, les mères préfèrent utiliser en même temps les deux traitements, endogène et biomédical.

Quand il est constaté qu'un enfant présente les symptômes d'une anémie, il se dit « *a djebane meti gnoul ou a bili ki metyi gnoul* » (il n'a pas de sang dans son corps ou du sang manque dans son corps). La plupart du temps, il n'est pas nécessaire de se rendre dans un hôpital ou un centre de santé pour réaliser ce diagnostic : en exerçant une pression sur les yeux, les ongles, la langue et les plantes des pieds, ces parties deviennent blanches en cas d'anémie. Des traitements variés existent pour en guérir. Les plus populaires sont les suivants : faire bouillir soit des feuilles d'*aboé* (*Alchornea cordifolia*), soit d'*Essang*, soit des écorces d'*Eteng*, puis recueillir le jus et en boire un verre matin, midi et le soir. Ces feuilles et ces écorces, une fois bouillies, ont la particularité d'avoir une couleur rouge similaire à celle du sang et de contenir des substances énergétiques supposées augmenter le sang dans le corps. C'est pourquoi les tradipraticiennes recommandent la consommation constante du jus de ces

---

<sup>168</sup> Je précise qu'au terme de mes recherches dans cette zone, il s'avère qu'il n'existe pas un nom approprié qui désigne l'anémie en langue locale. On la désigne toujours par un groupe de mots, notamment : O : « *meti me mane ya gnoul* ; a bili ki meti gnoul... » (pour signifier qu'il manque de sang dans son corps ou qu'il n'a pas de sang dans son corps...).

plantes médicinales. D'autres traitements existent. Un consiste à boire jusqu'à la guérison du jaune d'œuf mélangé à de la tomate rouge ou à du lait non sucré ; un autre, à boire du jus de betteraves bouillies avec du lait non sucré. Les tradipraticiennes recommandent également aux mères une alimentation équilibrée pour leurs enfants.

### **1.9. Les maladies liées au foie (*akon ya essek*)**

Pour les Bulu, le foie n'est pas qu'un organe régulateur du corps, de l'esprit, de la conscience, de la raison, comme en témoignent ces expressions : « *te wa tchak ma essek* » (ne me dérange pas, ne me gêne pas, tu m'agaces, etc.), « *nlem o dji boo ane essek* » (le cœur n'est pas comme le foie ou le cœur a ses raisons, ses aspirations, ses envies, ses désirs, ses choix que le foie ignore). À travers ces expressions, le foie représente bien plus qu'un organe pour ce peuple bulu. Selon les professionnels de santé du District de Sangmélina, les hépatites virales (A, B, C) font partie des maladies liées au foie les plus récurrentes de cette zone. Notamment, l'hépatite virale B, qui touche particulièrement les adultes, et qui a un taux de prévalence trois fois supérieur à celui du VIH/Sida. Ces hépatites enflamment le foie soit par un virus, soit par un excès d'alcool, soit par une intoxication due à un produit chimique.

Chez les Bulu, il existe un traitement naturel très efficace contre les hépatites qui consiste à découper en morceaux les tiges d'un aloe vera frais (*Barbadensis miller*) et à les faire sécher dans un lieu fermé, non accessible aux rayons du soleil (une chambre). Une fois bien secs, il faut les mélanger avec un litre et demi de citron (*Citrus limon*), laisser reposer une journée, puis boire chaque matin à jeun pendant au moins deux mois ou jusqu'à la guérison. Je précise que, dans ce genre de traitement traditionnel de maladies causées par un virus ou une bactérie, la confirmation effective de la disparition de la maladie se fait après un nouveau dépistage dans un centre de santé agréé.

### **1.10 . Les maladies épidémiques (*akon ya biyong*), pandémiques (*akon ya si esse*) et endémiques (*akon ya biyong bisse*)**

#### **1.10.1. Maladies épidémiques**

Durant les dix dernières années, le Cameroun a constamment fait face à des épidémies (choléra, rougeole, grippe, diarrhées à rotavirus, ébola, etc.) et à des pandémies (VIH/sida, hépatites virales, cancer, diabète et, récemment, covid-19). Pour l'année 2020, les professionnels de santé estiment que ces quatre épidémies ont fait des centaines de morts dont la plupart sont des enfants. D'après eux, le paludisme pourrait être ajouté aux quatre maladies épidémiques de cette zone, bien que perçu comme endémique étant donné qu'il y représente la première cause de morbidité et de mortalité. Une épidémie est une maladie qui se

développe et se propage rapidement pendant une durée bien déterminée. Certaines épidémies, comme le choléra et la grippe, sont récurrentes dans cette zone. Quand le territoire national est frappé par des épidémies, le gouvernement camerounais met en œuvre certaines exigences et mesures à prendre, notamment les états d'urgence sanitaire qui consiste, pour une région atteinte par une épidémie, à mettre à sa disposition des moyens sanitaires nécessaires afin de la mettre hors d'état de nuire de cette épidémie.

### **1.10.2. Les pandémies**

Une pandémie est une maladie qui part d'une zone localisée pour s'étendre dans le monde. On parle alors de maladie qui s'insère dans le cadre du « localisme globalisé » (Dimitrova, 2005). Certaines pandémies sont limitées dans le temps (covid-19), tandis que d'autres durent très longtemps (VIH-Sida, cancer, diabète). Je me suis intéressé à l'impact de la covid-19 sur les adultes et les enfants (jusqu'à cinq ans) ainsi qu'aux initiatives préventives et thérapeutiques mises en œuvre dans cette région.

#### **1.10.2.1. La Covid-19**

Dans le District de santé de Sangmélina, la covid-19 a été perçue en même temps comme une épidémie (vu sa rapide propagation dans la zone affectant plusieurs personnes en même temps) et une pandémie (au regard de sa propagation à l'échelle mondiale). Les professionnels de santé ont été saisis, à leur échelle d'exercice, afin de faire appliquer la distanciation sociale, le lavage des mains après utilisation d'objets à usage commun, le respect du port du masque. Cependant, la perception de la covid-19 par les professionnels de santé a différé de celle des populations. Un médecin explique que, aux prémices de la maladie (entre 2019 et 2020), les Bulu étaient peu inquiets, et ce d'autant que l'impact ressenti au Cameroun, particulièrement à Sangmélina, n'était pas le même qu'en Occident.

Certains, sans pour autant se faire dépister, se sont mis à consommer des décoctions à base de plantes médicinales, notamment de *Nfoo* (*Annikia chlorantha*), *Ekouk* (*Alstonia boonei*) et *Ebam* (*Picralinia nitida*), dédiées au traitement du paludisme et des fièvres, estimant que les symptômes de la covid-19 y étaient semblables. Mais d'autres, atteints par la maladie, ont dû recourir à un traitement biomédical, en plus des remèdes traditionnels utilisés. À l'arrivée du vaccin, certains étaient réticents, mais, avec l'insistance des pouvoirs publics et la recrudescence de la maladie, beaucoup se sont fait vacciner. Selon les responsables du PEV (Programme élargi de vaccination), dans ce District de santé, il s'est posé le problème de l'insuffisance des vaccins au vu de l'ampleur des demandes due à la prise de conscience de la dangerosité de cette pandémie. Les enfants et les femmes enceintes n'ont pas été épargnés. Les enfants n'étaient dépistés de la covid que lorsque leurs parents étaient positifs. Selon un

infirmier, dans certaines familles, quand un des parents était dépisté positif, il était exigé que toute la famille se fasse dépister. En ce qui concerne les femmes enceintes (asymptomatiques ou non), le dépistage était systématique. La vaccination était recommandée, mais non obligatoire, tout comme le dépistage. Pour les enfants, le port du masque n'était obligatoire qu'à partir de l'âge de dix ans. Quand un professionnel de santé souffrait de la covid, le respect de la mise en quarantaine pendant deux semaines et la prise des médicaments (vitamines, calcium, zinc, boissons chaudes) étaient de rigueur. À son retour, il devait confirmer sa guérison en se faisant dépister à nouveau.

Il faut cependant noter que même si la covid-19 a été une maladie qui a sévit à l'échelle mondiale (pandémie), les professionnels de santé et même les populations soulignent que les pertes en vie humaine, comme cela a été le cas en occident, ont été très négligeable et très faible. Autrement dit, la covid-19 n'a vraiment pas fait un écho retentissant comme dans d'autres parties du monde.

#### **1.10.2.2. Le Cancer et le Diabète**

Bien au-delà de leur caractère de maladies naturelles reconnues, deux principales représentations sociales entourent le cancer (cancer) et le diabète (*nko'o*) dans cette zone. D'abord, elles sont perçues comme sont aussi perçues comme des maladies chroniques (*akon ndimba*). *Ndimba*, signifie que ces maladies ne guérissent pas vite et que une fois qu'on est atteint on peut l'endurer toute sa vie sans jamais guérir. Dans mes enquêtes j'avais rencontré chez les tradipraticiennes des personnes (45-70 ans et plus... les femmes pour la plupart) qui souffraient de l'une ou l'autre des deux maladies et qui venaient pour suivre leur traitement traditionnel. Les récits de vie de ces dernières montrent que, que ce soit le cancer ou le diabète, certaines y endurent depuis l'âge de 20 ans, d'autres depuis l'âge de 30 ans, etc. certaines ont avoué avoir déjà parcouru des hôpitaux sans jamais trouver de guérison. C'est pourquoi, sur recommandation de leurs prédécesseurs, elles se tournent vers les tradipraticiens.

Le cancer et le diabète, sont également des maladies dites « *beta bakon* » (maladies bizarres, maladies nébuleuses) qui ne relèvent pas du fait du hasard, qu'un événement en explique l'apparition dans la vie de ceux qui en souffrent. Leur cause se trouve dans les choses de la nuit. Selon une tradipraticienne, dans les réunions nocturnes du *mgbwel*, les sorciers peuvent décider de lancer à un individu qui les a offensés une maladie qu'il endurera toute son existence sans jamais trouver un quelconque soulagement, le cancer et le diabète étant les maladies les plus indiquées, car elles sont chroniques et leur traitement durable et complexe. C'est pourquoi, en vue de leur guérison définitive, les tradipraticiens consultés sont souvent

contraints de collaborer avec le monde de la nuit et de faire des compromis avec les sorciers, car une maladie dont la cause première est l'offense ne peut guérir que de cette manière.

### **1.10.3. Maladies endémiques**

Une maladie est dite « endémique » quand elle sévit habituellement ou permanemment dans une région. Dans cette zone, il s'agit des fièvres et du paludisme (Menbenga Tamba & Nlate Nten, 2018). Selon les Bulu, les fièvres (simple, typhoïde) sont les composantes du paludisme, qui est lui-même une fièvre (hyperthermie) complexe.

#### **1.10.3.1. Les Fièvres et le Paludisme**

Le paludisme, qui est la plus importante des maladies parasitaires tropicales dans le monde aujourd'hui, touche principalement l'Afrique au sud du Sahara : 90 % des décès dus au paludisme y surviennent (OMS/RBM, 2001). Dans cette partie du continent, on reconnaît aujourd'hui que cette maladie est due à la pauvreté – les plus démunis n'ayant pas toujours accès aux soins et aux médicaments antipaludiques adéquats – et qu'elle est en même temps une cause de pauvreté (OMS/RBM, 2001), puisqu'elle participe au processus d'épuisement des revenus des ménages (Russel, 2004 ; Gallup *et al.*, 2001). Dans une même région, le risque de paludisme varie selon les saisons (il s'accroît à la fin des pluies, lorsque le taux d'humidité est élevé, favorisant la propagation des moustiques) et selon le lieu. Ce risque est plus important en milieu rural qu'urbain, surtout en Afrique au sud du Sahara, et en plaine qu'en altitude, car l'anophèle ne peut pas se reproduire aisément au-dessus de 1 500 m.

Concernant particulièrement le Cameroun, les statistiques sanitaires des Enquêtes démographiques et de santé et à indicateurs multiples (EDS-MICS, 2011, p. 188) indiquent que les groupes les plus vulnérables sont les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans. Aussi, le paludisme est responsable de 24 % du total des décès dans les formations sanitaires et il est à l'origine de 40 à 45 % des consultations médicales ; de 52 % des consultations chez les enfants de moins de cinq ans victimes d'un cas grave ou simple ; de 30 % des hospitalisations ; de 26 % des absences en milieu professionnel ; et de 40 % des dépenses de santé des ménages.

Du point de vue de Sangmélima, considérée comme une zone à transmission pérenne ou continue (zone équatoriale forestière) (Djeutchouang, 2010), et où les taux d'inoculation entomologique sont de l'ordre d'une centaine de piqûres infectantes par homme et par mois (EDS-MICS, 2011), les professionnels de santé s'accordent à dire que le paludisme se classe au premier rang des pathologies qui donnent « la chair de poule » aux populations, puisqu'il est la première cause de morbidité et de mortalité de cette zone.

Les premières causes de cette maladie sont d'abord celles des quatre espèces de *plasmodiums* qui la transmettent à l'homme, notamment le *plasmodium falciparum*, le plus répandu et le plus dangereux (Mbouzeko, 2010). Il existe des savoirs locaux de transmission de cette endémie, dont l'hérédité, le froid ou la fraîcheur.

Dans la plupart des cas, le paludisme se manifeste par une fièvre d'apparition brutale (39 à 40° C.), des blessures sur les lèvres, des frissons, de la fatigue, des courbatures, des maux de tête, des troubles digestifs. Selon les professionnels de santé rencontrés, ces symptômes apparaissent sept jours après une piqûre infectante. Cependant, la maladie peut demeurer latente pendant plusieurs semaines. Il est donc conseillé de réaliser un examen sanguin dans un laboratoire spécialisé pour confirmer qu'il s'agit effectivement du paludisme.

La lutte contre le paludisme au Cameroun est une priorité. Différentes stratégies antivectorielles et antiparasitaires ont été appliquées dès les années 1950 avec le concours des experts de l'OMS et de l'ORSTOM (Bado, 2010). Compte tenu du fait que, dans cette zone, le paludisme est une maladie difficile à guérir avec des symptômes évolutifs, variés, les populations associent les traitements thérapeutiques et préventifs biomédicaux (l'amodiaquine, la sulfadoxine-pyriméthanine et les dérivés de quinine) à la pharmacopée traditionnelle (décoctions à base d'écorces de *Nfoo*, *d'Ebam*, *d'Ekouk*, de fruits *d'Obetone*).

Au terme de ces analyses sur les maladies dites naturelles, j'aborde dans ce qui suit les maladies dites socio-culturelles.

## **2. Les maladies dites socio-culturelles**

Pour les Bulu, ce qui est socio-culturel s'oppose fondamentalement à ce qui est naturel. Cependant, le socioculturel et ses composantes, en tant que faits réels et construits, sont une composante du naturel (l'univers céleste et terrestre), car ils (le socio-culturel et ses composantes) existent, s'expriment et se perpétuent à l'intérieur de cet ensemble universel et céleste à travers les humains (les Bulu) qui sont eux-mêmes une part entière de cet ensemble. C'est pourquoi les Bulu, dans une certaine mesure, considèrent le socioculturel et le naturel comme deux cadres interreliés, entrecroisés, juxtaposés fonctionnellement, qui se confrontent et qui donnent un sens particulier aux choses, aux faits, aux objets mutuellement partagés.

Les Bulu désignent le « socio-culturel » par : « *afola dang, si djang, si be vamba be nga lik, e faa bi nga bialé*, etc. », c'est-à-dire : « notre espace à nous, notre terre, notre vie, la terre de nos ancêtres, là où nous sommes nés et où sont enterrées nos nombrils... ». Du point de vue anthropologique, le socioculturel est donc pour ce peuple sa demeure, sa source de vie, son patrimoine, sa richesse, son tout à partir duquel il s'identifie et se différencie des autres

peuples des autres régions camerounaises. Quand les Bulu accomplissent des actes en lien avec le socioculturel, ils disent : « *mame ma ngan, mame ya djal dang* », c'est-à-dire : nos choses à nous, les choses de chez nous, les choses de notre société, les choses de notre environnement, de notre localité, de notre espace de vie, de notre intérieur.

Si on transpose ce qui précède (représentations du socio-culturel par les Bulu) au domaine médical, il ressort que les maladies dites socio-culturelles (*okon ya djal, okon be bulu, okon bivindi, okon be vamba*), sont donc leurs maladies à eux, de chez eux, de leur société, de leur environnement, de leur village, de leur espace, de leur cadre de vie, de leur culture, qui existent depuis toujours. Ces désignations tiennent aussi compte des méthodes et moyens locaux mis en œuvre pour les prévenir, les soigner et les guérir.

En effet, la perception des maladies socio-culturelles par ce peuple traduit aussi la complexité préventive et thérapeutique qui les caractérise et les entoure. Elles ne sont pas soignées de la même manière que les maladies dites naturelles, dont le processus de guérison suit une démarche systématique bien établie (test, diagnostic, prise en charge, médicaments). Dans un environnement où tout mal, toute maladie n'est pas qu'un « événement » (un fait qui interpelle et rassemble), mais aussi un « étonnement » (un fait qui surprend, qui prend de cours...) dont l'évaluation s'étend bien au-delà des simples apparences afin de trouver ses causes et mettre en œuvre la démarche préventive et thérapeutique et de mobiliser les outils adaptés. Au cœur des démarches préventives et thérapeutiques se trouvent les tradipraticiens, les initiés de la médecine endogène, qui comprennent le sens de ces maladies et qui maîtrisent la gestion et la manipulation des forces des mondes visible et invisible en vue de leur guérison.

Au centre du « socio-culturel » se trouve l'humain (l'homme bulu), qui est lui-même responsable des maladies socioculturelles dont il souffre au quotidien. Quelques raisons expliquent cela : le fait de briser un tabou social ou culturel, le non-respect d'un pacte entraînant une perte de l'âme, l'usage de moyens tels que le maléfisme, le mysticisme, la sorcellerie, l'art de posséder les âmes pour nuire et faire du mal. Les maladies dites « socio-culturelles » sont, la plupart du temps, celles qui s'articulent avec le système magico-religieux propre au Bulu et qui mettent en cause l'ordre de leur société (Mallart-Guimera, 1977). Pour les traiter, il faut mettre en œuvre les savoirs et les pratiques de la médecine endogène.

Par ailleurs, le regroupement des maladies « sociales et culturelles » sous l'expression de « maladies socio-culturelles » est significatif pour les Bulu. Cela s'explique, d'une part, du

fait de leur caractère commun (maladies de leur société, de leur environnement, etc.) et, d'autre part, du fait que le social et le culturel forment une seule et même entité nosologique et nosographique avec deux ramifications distinctes (le social et la culture). La philosophie sociale et culturelle bulu le démontre clairement au moyen de certains adages : « *Nseng a déété bene djom djia* » (l'extérieur (le social) et l'intérieur (la culture) sont identiques) ; « *djom mongo a djo nseng a wok dje déété* » (ce que l'enfant répète à l'extérieur, il l'entend à la maison). Pour eux, bien que la culture (ce qu'ils sont réellement, cadre de socialisation) précède le social (où ils entretiennent des échanges, des rapports, etc.), le social vit en fonction de la culture. Il (le social) est la transposition de la culture. Concernant l'unité entre le social et le culturel en général et dans le contexte de la guérison en particulier, une tradipraticienne (entretien du 08 juin 2018 à Ngoulmekong, canton Nlobo lobo) m'a révélé que :

---

*Au temps de mes grands-parents, à l'époque, je n'avais que 15 ans, nous nous retrouvions tous les soirs pour écouter des contes. Dans la plupart de ces contes, mon grand-père nous faisait toujours comprendre qu'il n'y a pas de différence entre l'intérieur (le culturel), là où les individus apprennent à vivre en société, et l'extérieur (le social), là où ils mettent en œuvre ce qu'ils ont appris de l'intérieur et où ils effectuent des échanges avec les autres. Car, si l'extérieur est le reflet de ce qui est appris à l'intérieur, l'extérieur, quant à lui, est une unité de mesure de la valeur de l'intérieur à travers l'individu. Par conséquent, la culture et la société vont de pair et ne doivent pas se dissocier. De même, il arrive souvent que des gens viennent me voir souffrant d'une maladie sociale ou culturelle. Dans ce cas, je peux me servir des méthodes et des moyens de guérison de l'un ou de l'autre cadre, car, après tout, ceux qui sont souvent à l'origine de ces maladies vivent aussi bien dans ce social et ce culturel. Ce qui signifie que, s'ils vous lancent un sort pour non-obéissance d'un pacte (maladie sociale), il est tout à fait possible que je vous soigne avec les moyens culturels, car rien ne se fait dans le social sans l'accord du culturel, tout comme rien n'est possible dans le culturel sans l'aide et la contribution du social. C'est juste une question de recherche d'équilibre...*

---

Ces maladies dites socio-culturelles sont en même temps « lancées ou voulues ». « Lancées » par l'entourage immédiat ou lointain du patient à la suite d'un conflit social ou culturel ; « voulues », lorsque le patient lui-même transgresse une règle ou norme sociale ou culturelle qui peut être un interdit (*étchi*), un rite (*metum*) de purification, de veuvage, de sanation, de passage. Mallart-Guimera (1977), au sujet des maladies endogènes chez les Ewondo (Beti) qu'il a appelées « autochtones » parce qu'elles se caractérisent par leur fonction signifiante, montre que chacune d'elles est un signe ou un message qu'elles apportent à la société et, pour

l'interpréter, le groupe, les aînés et/ou le médecin spécialiste, doivent se tourner vers la logique de leur système social et magico-religieux.

Il existe six sous catégories de maladies appartenant au grand groupe de maladies socio-culturelles. Mes enquêtes montrent qu'elles sont considérées comme les maladies socio-culturelles plus récurrentes et les plus pérennes dans cette zone. Ces six sous catégories sont : les maladies liées à la sexualité de la femme affectant ses rapports avec l'enfant ; les maladies liées à la sexualité en communauté ; les maladies liées au corps, à l'esprit et aux difficultés sociales ; les maladies liées à l'hérédité ; les maladies liées à la grossesse ; et les maladies liées aux rapports intimes entre géniteurs. Toutes ces six sous catégories ont attiré mon attention. Cependant, je me suis intéressé de plus près à trois sous catégories, notamment aux sous-catégories des maladies liées à l'hérédité, des maladies liées à la grossesse, et des maladies liées aux rapports intimes entre géniteurs. L'intérêt particulier pour ces trois sous catégories s'explique du fait que les huit maladies infantiles locales étudiées dans cette thèse se répartissent respectivement à l'intérieur de celles-ci. C'est ainsi qu'on distingue des maladies infantiles locales héréditaires, des maladies infantiles liées à la grossesse, et des maladies infantiles locales liées aux rapports intimes entre géniteurs. Même s'il existe des similitudes dans les voies de transmission et de traitements de certaines maladies de ces sous catégories de maladies, le constat est que ces maladies ne sont pas les mêmes et non pas non plus les mêmes manifestations. L'on verra par exemple que la sous catégories des maladies liées à la sexualité de la femme affectant ses rapports avec l'enfant et celle des maladies liées à la grossesse peuvent se rapprocher dans les voies de transmission et même dans les traitements. Mais les différences se situent au niveau des maladies qui les constituent : elles ne sont pas les mêmes du point de vue de la nomination et de la classification.

Certaines maladies comme le *tcho'o*, *biyo'o* et *mibanane*, qui appartiennent respectivement aux maladies liées à la sexualité en communauté et aux maladies liées au corps, à l'esprit et aux difficultés sociales, sont des maladies des adultes (*Akon be nyaboto*). Elles s'opposent aux maladies infantiles (*Akon bongo*, *akon bone* ». À l'intérieur de ces deux sous catégories, comme pour les maladies dites naturelles, on retrouve des maladies « mixtes », dont peuvent souffrir en même temps les enfants et les adultes. Selon les tradipraticiens, cette mixité s'explique par la relativité du degré d'affection de certaines de ces maladies, tant pour les adultes que pour les enfants. Concernant en particulier *biyo'o* et *mibanane*, qui sont des maladies des adultes, je précise que les enfants peuvent toutefois en être porteurs tout au long de leur enfance et de leur adolescence et n'en souffrir qu'une fois adultes. Les Bulu

considèrent ces deux maladies – dont les causes peuvent être de mauvaises paroles prononcées par des ascendants ou un acte malveillant accompli à leur égard ou envers la communauté – comme des « *Akon da tae ki gnoul, Akon da tabe gnoul, Akon da tchoulane enying* » (des maladies qui ne font pas mal au corps, maladies qui restent longtemps dans le corps, maladies qui perturbent l’existence). En effet, leurs symptômes se ressentent au fur et à mesure que le temps passe, à une période bien déterminée à travers les multiples difficultés sociales inexplicables rencontrées.

Le tableau qui suit met en évidence les trois premières sous catégories de maladies (les maladies liées à la sexualité de la femme affectant ses rapports avec l’enfant ; les maladies liées à la sexualité en communauté ; les maladies liées au corps, à l’esprit et aux difficultés sociales) ainsi que quelques maladies qui les constituent.

Trois premières sous catégories de maladies socio-culturelles	Noms des maladies
Les maladies liées à la sexualité de la femme affectant ses rapports avec l’enfant	<i>Edipe</i> des femmes, <i>Edipe</i> des enfants
Les maladies liées à la sexualité au sein de la communauté	<i>Tcho’o</i>
Les maladies liées au corps, à l’esprit et à des difficultés sociales	<i>Biyo’o</i> (la malédiction), <i>Mibanane</i> (les blocages), <i>Biya</i> , <i>Medime gnoul</i> (l’eau dans le corps), <i>Meling</i> , <i>Mvit gnoul</i> (le corps souillé).

**Tableau 13** : représentation des trois premières sous catégories de maladies socio-culturelles et leurs différentes maladies, source : mes enquêtes.

### 2.1. Les maladies liées à la sexualité de la femme affectant ses rapports avec l’enfant

Parmi les maladies affectant la santé sexuelle et maternelle de la femme et ses rapports avec l’enfant, on trouve l’édipe des femmes (*édipe binga*) et l’édipe des enfants (*édipe bongo, édipe bone*). En tant que maladie infectieuse, l’édipe met sérieusement en péril la santé de la mère et de l’enfant. Elle est la cause de plusieurs « accidents de la procréation » (Journet, 1990), notamment de fausses couches, de mort-nés, de mortalité infanto-juvénile, d’avortements spontanés, voire de stérilité et d’infertilité, qui sont, entre autres, une source de conflits matrimoniaux. Ces accidents de la procréation n’ont pas laissé indifférents des chercheurs tels que Bley & Boetsch (1999) qui les ont intégrés dans le champ de recherche de l’anthropologie démographique qu’ils définissent comme science relativement récente ayant « pour objet d’étude des processus de reproduction et d’évolution des petits groupes humains

en utilisant les concepts et les méthodes de l'anthropologie, de la démographie et de la biologie des populations » (pp. 6-7). Dans ses études, elle (l'anthropologie démographique) se situe ainsi à la charnière entre de l'anthropologie (liens familiaux, parenté et transmission des patrimoines) et la démographie (dynamique et mode de constitution des familles, le mariage et la fécondité).

L'édipe – ou « *Idip* » ou encore « *Ndiba* » – est une maladie dont souffrent les femmes en âge de procréer et les femmes enceintes. Une femme en âge de procréer qui en souffre aura les trompes bouchées par cette membrane appelée « *édipe* » que les sorciers mettent dans son ventre pour absorber les spermatozoïdes qu'ils récupèrent par la suite à des fins mystiques. En ce qui concerne les femmes enceintes, l'édipe, en tant que maladie mystique, empêchera l'évolution normale du fœtus, ce qui précipitera l'accouchement et engendrera un enfant mort-né. Quand la maladie est découverte à travers ces effets, la tradipraticienne peut mettre la mère sous traitement, mais il arrive souvent que l'enfant naisse avec des malformations et décède, malgré tout, quelques mois après. C'est pourquoi l'édipe est perçue dans cette zone comme une « maladie qui mange les spermatozoïdes et les enfants nouveau-nés » (*okon woo di meyom a mitchen mi bone*) ou encore comme « une maladie qui tue les enfants dans le ventre et après la naissance » (*okon woo woé bone aboum été a abialé*).

Si les choses de la nuit à travers les sorts font partie des causes de l'édipe, les femmes en âge de procréer ainsi que celles enceintes peuvent elles-mêmes en être à l'origine. Pour ce qui est des femmes en âge de procréer, comme me l'a confié une tradipraticienne, dans la plupart des cas, celles-ci développent, au moment de la puberté, un sentiment de supériorité à l'égard de la communauté qui se traduit par un manque de respect à l'égard des aînés, un ton condescendant, l'appropriation d'objets, etc., autant d'actes qui ne laissent pas indifférents les sorciers et autres personnages maléfiques et qui exposent ces femmes à des représailles telles que l'édipe. En ce qui concerne les femmes enceintes, elles sont exposées à l'édipe si elles se vantent d'être enceintes auprès des autres femmes infertiles ou stériles, si elles traversent des zones interdites dans le village, si elles se livrent à des actions interdites culturellement aux femmes enceintes, etc.

Les tradipraticiennes reconnaissent qu'il existe bien des maux que les femmes sont capables de supporter. Mais un seul mal est insupportable voire insurmontable : ne pas pouvoir procréer ou encore voir son nouveau-né mourir. Car seule la maternité confère à la femme sa valeur de femme, comme dans de nombreuses sociétés africaines (Journet, 1990). Des rituels de purification interne et externe au corps sont fortement recommandés par les tradipraticiennes.

Comme ces dernières estiment que l'édipe se transmet mystiquement à travers le sang pour aller se loger dans les trompes ou l'utérus, il faut d'abord purifier l'intérieur du corps, en l'occurrence tuer cette membrane, en buvant des décoctions à base d'écorces et d'herbes médicinales spécifiques et en se purgeant. La purification de l'extérieur du corps se fait par des bains soit dans un seau encore neuf, soit dans une rivière ruisselante. Jaffré (1990) parle du rituel de Kanaalen, chez les femmes Diola de la Basse-Casamance et de la Guinée-Bissau, qui est comparable à celui de l'édipe car, même si les exercices rituels et les scènes ne sont pas les mêmes, l'objectif reste de restaurer l'équilibre procréatif en éradiquant la cause.

De mes enquêtes, il ressort que l'édipe a des variantes qui se manifestent aussi chez les enfants à travers la peau. Selon les tradipraticiennes, cette forme s'appelle aussi « édipe », mais n'a ni la même étiologie ni les mêmes symptômes que celui dont souffrent les femmes. L'édipe des enfants (*edipe bone*, *edipe bongo*) se manifeste de deux façons : par ce que les tradipraticiennes appellent « *bikot* », c'est-à-dire un autre type de teigne qui affecte la peau ; et par de minuscules boutons remplis d'eau sur la peau, eau qui peut rapidement se transformer en pus, et qui créent des démangeaisons et laissent des marques sur la peau.

Les causes de cette maladie, qui se développe dans le ventre et dans le sang de la mère et qui contamine l'enfant à la naissance, sont dues à un manque de prise des remèdes traditionnels de la part de la mère pendant la grossesse. Sans oublier le non-respect des interdits culturels. Les remèdes traditionnels sont composés de mets et de purges à base d'herbes médicinales. Tandis que les interdits culturels sont, par exemple, la non-consommation de certains aliments tels que la tortue, certains reptiles. Ces prescriptions médicales traditionnelles faites aux femmes enceintes, qui sont des rituels ancestraux, jouent deux rôles essentiels. D'une part, elles fortifient le corps de la femme enceinte en même temps qu'elles tonifient et protègent l'enfant contre toute maladie susceptible de l'atteindre, notamment l'édipe. D'autre part, elles préparent à une nouvelle procréation en réparant les fissures dues à l'accouchement.

Quand les mères constatent que leur enfant souffre de l'édipe, elles utilisent généralement des pommades ou des savons antiseptiques prescrits par les institutions biomédicales environnantes. Or, comme l'expliquent les tradipraticiennes, l'édipe est une maladie de « chez eux » qui ne se soigne alors que par des voies et moyens médicaux endogènes. Pour ce faire, les tradipraticiennes procèdent à des rituels de purification corporelle d'abord interne (qui concerne le sang) puis externe (qui concerne la peau), car elles considèrent que toute maladie à la naissance liée à la peau a aussi un lien avec le sang. C'est ainsi que, pour purifier

l'intérieur, elles recourent à des purges pour nettoyer le ventre de l'enfant et à des décoctions à base d'herbes et d'écorces médicinales, de façon à faire évacuer toutes les saletés internes à travers les selles. La purification externe consiste à faire prendre à l'enfant des bains à base de *ndaolo ntan'ane* (*Cassia alata*) dans un vase spécifique traditionnel (*etok*). Ensuite, une huile à base de noix de palmiste noir (*mbone megnegue*) accompagnée de feuilles bouillies de *ndaolo ntan'ane* pour le bain jusqu'à ce que disparaisse la maladie, y compris les cicatrices des boutons. Les tradipraticiennes estiment que, dans cette zone, l'édipe des enfants en tue chaque année des centaines âgés jusqu'à dix ans.

## 2.2. Les maladies liées à la sexualité au sein de la communauté

Les maladies liées à la sexualité au sein de la communauté sont celles qui transgressent les règles culturelles relatives à la sexualité entre les membres d'une même tribu, d'une même famille ou d'un même clan. Comme la plupart des sociétés beti, les Bulu sont en effet un groupe culturel à tribu régi par la parenté (*avouman*). Il est donc formellement interdit de trouver un conjoint dans sa tribu (*ayong*), dans son clan (*mvong mbot*), dans sa famille (*nda bot*). L'endogamie est associée à l'« inceste » (*ntchamane avouman*) et est considérée comme une maladie qu'il faut soigner et que les Bulu appellent « *Tcho'o* » – même si le sens de l'acte demeure le même que celui de l'inceste.

Le *Tcho'o* est une autre forme de malédiction. Mes enquêtes montrent qu'il était autrefois rare que de telles maladies puissent exister, car la parenté était scrupuleusement respectée. Hommes et femmes préféraient parcourir des centaines de kilomètres pour trouver un (e) conjoint (e) au lieu de le trouver tout près d'eux – ou, selon une expression de cette zone, « derrière la cuisine ». Souffrir du *Tcho'o*, c'est avoir eu des rapports sexuels avec une sœur, un frère, une cousine ou un cousin proche ou éloigné. Le contrevenant aura le corps souillé après un tel acte contre-culture. Pour y remédier, il faut se purifier par des rites, initiés par les ascendants, parents, grands-parents, en communion avec les ancêtres. Je n'ai pas eu la chance d'assister à une telle cérémonie rituelle. Mais une tradipraticienne m'a donné quelques détails sur son déroulement. En fait, quand un cas de *Tcho'o* est révélé au grand jour, les ascendants des deux conjoints se réunissent dans une case à palabres afin de décider du sort qui leur sera réservé et d'organiser la cérémonie qui se tiendra. Les conjoints sont ensuite invités à s'y présenter devant l'assistance et à reconnaître cet acte. Une fois l'acte reconnu, ce qui est un grand pas vers la purification et le traitement, une chèvre noire est égorgée, son sang recueilli et chacun des conjoints va oindre son corps de ce sang. Symboliquement, depuis toujours, les Bulu se servent d'une chèvre pour toutes leurs cérémonies rituelles ou culturelles, notamment

les dots. Les conjoints sont ensuite conduits dans une rivière qui ruisselle, de façon que leurs souillures soient emportées, et chacun à son tour se baignera en compagnie des grands-parents qui prononceront des phrases sacrées adressées à leurs ancêtres. Par la suite, une assise communautaire est organisée par l'autorité traditionnelle afin que les contrevenants promettent de respecter scrupuleusement, sous le contrôle des membres de leurs familles respectives et de la communauté, les règles socio-culturelles communautaires en matière de sexualité au sein de la communauté.

### **2.3. Les maladies liées au corps (*Akon ya gnoul*), à l'esprit (*Akon ya nsisim*) et à des difficultés sociales (*Akon midjouk ya enying*)**

Les maladies liées au corps (*gnoul*), à l'esprit (*nsisim*) et à des difficultés sociales (*midjouk ya enying*) sont celles qui affectent l'existence d'un individu dans sa globalité. Pour les Bulu, l'homme n'est pas qu'un corps et un esprit : il est également sa vie de tous les jours. Cela dit, si ces trois éléments sont affectés l'individu n'existe presque plus, il devient l'ombre de lui-même, il n'existe que par le nom, la chair, la respiration, la parole. Des signes comme ceux-là ne sont pas anodins pour les Bulu. Ils s'expliquent toujours par deux maladies qui peuvent être contractées soit dans l'enfance, soit dans l'adolescence, et dont les symptômes ne se verront qu'une fois à l'âge adulte, au moment de l'entrée dans la vie active. Ces deux maladies sont la malédiction (*Biyo 'o*) et les blocages (*Mibanane*).

Concernant la malédiction, il existe diverses façons de la contracter. Soit de ses géniteurs, soit de ses grands-parents, soit des membres de la communauté, soit à partir d'actes malveillants commis au sein de la communauté (par exemple, s'adresser avec condescendance à un aîné de la communauté, prendre un bien sans demander au préalable la permission au propriétaire, etc.). Mais, selon une tradipraticienne spécialiste des malédictions, la plupart des malédictions sont issues des géniteurs, qui sont considérés comme des dieux sur terre. Un enfant doit donc éviter que leur colère s'abatte sur lui, comme l'indique cet adage : « *oloun mbiae one messis* » (la colère d'un géniteur est dangereuse). Au centre de ce type de malédictions se trouvent des mésententes entre les géniteurs et leur progéniture, notamment le choix de partenaire pour le mariage. Dans ce cas, trois traitements sont possibles : soit l'enfant offre à ses géniteurs qu'il a offensés des présents, s'agenouille et leur demande des excuses ; soit il se tourne vers les ascendants de ses géniteurs qui joueront le rôle de médiateurs si ces derniers n'autorisent pas la rencontre ; soit il passe par les initiés du culte des ancêtres ou par des tradipraticiennes qui, afin de le purifier et de le délivrer de ce fardeau spirituel, procéderont, à des heures tardives

de la nuit, à des rites spécifiques dans les cimetières auprès des tombeaux des ancêtres défunts.

Pour ce qui est des blocages, leur forme et leur prise en charge ne sont pas totalement différentes des malédictions. Certaines tradipraticiennes estiment même que les blocages seraient équivalents à des malédictions, car leurs symptômes sont presque identiques : toute entreprise est vouée à l'échec et la malchance est de mise. Dans ce cas, l'individu affecté par des blocages peut commencer par rencontrer ses géniteurs, ensuite les autres ascendants, puis les initiés du culte des ancêtres et les tradipraticiens qui initieront un certain nombre de rites de purification. Dans le cas où les blocages sont chroniques, les tradipraticiennes proposent des bains de purification et des huiles à base de plantes médicinales à mettre dans le lait de toilette. Comme les blocages rentrent dans le cadre mystique, sont utilisées dans ces bains de purification et pour les huiles à appliquer sur le corps les écorces et les feuilles des essences mystiques *Eyen (Distemonanthu angolensis)* et *Oveng (Guibourtia tessmannii)*.

### **Conclusion**

En définitive, dans ce chapitre j'ai mis en évidence les deux grands groupes de maladies distinguées par les Bulu, les sous-catégories qui les constituent, les noms en langue locale de la plupart des maladies, ainsi que leurs traitements préventifs et thérapeutiques traditionnels y afférents à titre illustratif. Il ressort que les Bulu distinguent dix sous catégories de maladies naturelles (les maladies du corps tout entier, maladies liées à la tête, maladies liées à l'alimentation, maladies liées à la toux, maladies liées au ventre, maladies liées à la peau, maladies liées aux os et aux articulations, maladies liées au sang, maladies liées au foie, et le groupe de maladies épidémiques, pandémiques et endémiques). Ces sous catégories de maladies naturelles et leurs composantes sont, elles-mêmes, divisées en maladies infantiles dont souffrent majoritairement les enfants et en maladies mixtes dont souffrent conjointement les enfants et les adultes. Par ailleurs, ce peuple distingue aussi six sous catégories de maladies socio-culturelles (les maladies liées à la sexualité de la femme affectant ses rapports avec l'enfant ; les maladies liées à la sexualité au sein de la communauté ; les maladies liées au corps, à l'esprit et aux difficultés sociales ; les maladies liées à l'hérédité ; les maladies liées à la grossesse ; les maladies liées aux rapports intimes entre géniteurs). C'est respectivement à l'intérieur des sous catégories des maladies liées à l'hérédité ; des maladies liées à la grossesse ; et des maladies liées aux rapports intimes entre géniteurs qu'on retrouve les huit maladies infantiles locales étudiées dans cette thèse (*Ebem, Koé ebem, Mefulu, Awo'ombime, Medime, Mindip, Abobone avous, Agnos*). Le constat final qui se dégage est que les

maladies naturelles, qui nécessitent conjointement des soins biomédicaux et endogènes, sont perçues comme des maladies venues d'ailleurs, des hôpitaux, des blancs (*akon ya messi messe, akon ya meda mebiang, akon mintan'ane*). Tandis que les maladies socio-culturelles, notamment ces maladies infantiles locales, sont perçues comme des maladies propres à ce peuple, de chez lui, de sa culture, de son environnement, etc. (*akon ya djal, akon bivindi*, etc.), se préviennent et se soignent uniquement dans la médecine endogène.

La nomination et la classification des maladies en général ayant été posées, qu'en sera-t-il alors de la prévention et du thérapeutique des huit maladies infantiles locales identifiées ? Autrement dit, comment se préviennent et se soignent ces huit maladies ? quelles sont les stratégies mises en œuvre par les tradipraticiennes ? Dans ces stratégies, comment les savoirs sont traduits dans les pratiques ? L'usage des outils est-il spécifique à chaque maladie ?

## **CHAPITRE 5: PRÉVENTION ET THÉRAPEUTIQUE DES HUIT MALADIES INFANTILES LOCALES**

### **Introduction**

Les analyses de ce chapitre portent sur les maladies infantiles locales identifiées et sur la manière dont sont mis en œuvre les savoirs et les pratiques endogènes de soin pour les prévenir et les guérir. Chez les Bulu, l'organisation préventive et thérapeutique (paramètres de mobilisation pré, médio et post guérison) des maladies infantiles locales dépend fondamentalement de leur nosologie (causes, manifestations, voies de transmission, prise en charge, diagnostic) et de leur nosographie (principes généraux respectifs qui permettent de les classer dans ce système de soin endogène bulu). Cette approche de guérison des maladies, qui consiste à tenir compte de chaque détail spécifique, est ancestrale chez les Bulu et commune à tous les Beti. Ndjalla (2015) a fait des constats similaires dans ses recherches sur la santé infantile en milieu culturel Ewondo (région du centre du Cameroun). Sa recherche fondée sur les maladies infantiles en général, il (Ndjalla) montre que les thérapeutes Ewondo ont une méthode assez fine, détaillée, méthodique et efficace pour diagnostiquer les maladies, les soigner, voire les éradiquer.

Deux sections seront abordées ici. La première interroge la démarche adoptée pour identifier ces huit maladies infantiles locales. La deuxième, sachant qu'elles appartiennent toutes au grand groupe de maladies socio-culturelles, a pour but de les classer respectivement dans leurs sous-catégories socio-culturelles, de mettre en exergue leurs perceptions, ainsi que les soins préventifs et thérapeutiques y afférents.

### **1. Modèles d'identification des huit maladies infantiles locales**

L'identification de ces huit maladies infantiles locales a été établie grâce à deux méthodes de collecte de données : les entretiens et les observations. Les entretiens ont été faits auprès des tradipraticiennes, des mères et des chefs COSA, et les observations ont été faites lors des situations de soin chez les tradipraticiennes.

#### **1.1. Identification par entretiens des huit maladies infantiles locales**

Je tiens à préciser que j'ai identifié quinze maladies infantiles locales, c'est-à-dire les huit maladies infantiles locales étudiées (*Ebem*, *Koé ebem*, *Mefulu*, *Awo'o mbime*, *Medime*, *Mindip*, *Abobone avous*, *Agnos*) associées aux sept sous-maladies composantes de *Mefulu*. En effet, bien qu'une analyse approfondie soit effectuée au sujet de cette maladie infantile locale (*Mefulu*), elle est un tout composé de sept sous-maladies appelées *fulu* : *fulu* étant le singulier de *Mefulu* qui est, quant à lui, le pluriel. C'est ainsi qu'on distingue : *fulu so*, *fulu koe*, *fulu*

*osen, fulu ndji, fulu woo, fulu nyoo, fulu koss*. Je me suis donc concentré sur le *Mefulu* comme groupe plutôt que de m'intéresser à chacune de ces *fulu* en raison de leur traitement communément partagé.

Mes enquêtes montrent que de toutes les maladies infantiles locales existantes dans ce cadre de vie culturel bulu, ces huit maladies infantiles locales, encore appelées « Maladies évitables par les tradipratiques » (MET), sont les premières causes de morbidité et de mortalité infanto-juvénile. Selon les tradipraticiennes, sur cinq enfants âgés de zéro à cinq ans reçus en consultation avec leurs mères, en moyenne, quatre meurent au quotidien de l'une ou l'autre de ces maladies infantiles locales<sup>169</sup>. L'*ebem*, le *koé ebem* et le *mefulu* étant les plus diagnostiquées. De ces informations, j'ai donc voulu comprendre leurs représentations sociales ; leurs savoirs locaux de transmission ; leur prise en charge et diagnostic, y compris les outils utilisés et leur usage ; les auteurs impliqués et leurs interactions partagées ; les savoirs et les pratiques mobilisés ainsi que les manières de les prévenir et de les soigner.

Pour cela, il fallait se rapprocher davantage des tradipraticiennes. Si elles travaillent de façon complémentaire, chacune d'elles possède ses propres secrets de guérison, comme l'usage de certaines plantes qui donnent un résultat immédiat par rapport à d'autres qui donnent le même résultat, mais dans la durée. Quoi qu'il en soit, du diagnostic à la prescription du traitement de chacune de ces maladies, toute la procédure préventive et thérapeutique (outils, enseignements, savoir-faire, mobilisations communautaires) est traditionnelle.

Au sujet de ces huit maladies infantiles locales, une tradipraticienne (entretien du 15 juillet 2018 à Mekam, canton Nlobo lobo) indique que :

---

*« Les enfants souffrent constamment de toutes ces maladies. Ce qui fait que je n'arrive plus à aller au champ. Chaque jour, on soigne ces maladies, matin, midi et soir... Toutes ces maladies menacent la santé des enfants au quotidien. Il n'y en a donc pas une dont les enfants souffrent le plus. Ils souffrent de toutes ces maladies constamment. Nous faisons ce que nous pouvons avec ce que nous avons autour de nous, sinon tous nos enfants vont mourir. [...] Ces maladies infantiles locales, il est très difficile qu'elles soient éradiquées complètement tout compte fait, car elles sont répandues dans notre environnement et sont dans notre sang. La prévention est bonne quand la maladie n'est pas encore répandue afin de freiner son évolution dans l'environnement. Mais comment pouvons-nous prévenir les*

---

<sup>169</sup> Cette statistique est basée sur le cahier de prise en charge des tradipraticiennes, dans lequel elles inscrivent le nombre d'enfants reçu et d'autres informations, notamment les symptômes de la maladie présumée qu'elles confirment au terme d'un diagnostic approfondi.

*maladies qui sont déjà répandues dans notre environnement, dans nos corps, dans nos sangs, dans nos habitudes, dans nos cultures ? Ces maladies, on les connaît, on vit avec elles. Elles sont déjà en nous. Tout ce que nous avons à faire maintenant, c'est de trouver des solutions adéquates à notre niveau une fois qu'elles arrivent. Ce sont nos maladies, elles sont en nous, avec nous et autour de nous. Elles nous connaissent, nous les connaissons, nous luttons ensemble constamment. On ne saurait les éradiquer complètement. Seul Dieu peut les éradiquer, mais pas nous. Nous ne faisons que les combattre autant qu'on peut. ».*

---

Ce témoignage montre à quel point ces maladies infantiles locales sont considérées comme un réel problème de santé communautaire qui existe depuis toujours et qui est donc intégré dans le quotidien des Bulu. Cela étant, elles ne peuvent disparaître de cet environnement tant que vivront les Bulu. Ils ne peuvent pas non plus les faire disparaître. Ils ne peuvent que diminuer leur ampleur. Cependant, les solutions ne sauraient venir de la biomédecine, mais plutôt de la médecine endogène. Ce sont des maladies avec lesquelles chacun n'est pas que lié socialement, culturellement et environnementalement, mais aussi et surtout par le « sang », menaçant la santé de leur progéniture au quotidien.

L'identification par entretien n'a pas suffi. C'est pourquoi les observations, en tant que méthodes qui confrontent le chercheur au (x) fait (s) étudié (s), ont servi de méthodes d'identification complémentaires.

### **1.2. Identification par observation des huit maladies infantiles locales**

Lors des situations de soin, j'ai pu observer la gestuelle préventive et thérapeutique ainsi que le cheminement global mis en œuvre par les tradipraticiennes. Quelle que soit la maladie, la tradipraticienne – ou un de ses auxiliaires – présente des places assises à la mère et à son enfant avant de les prendre en charge. À ce moment-là, les mères échangent entre elles sur les raisons de leur venue, partagent leurs expériences, se prodiguent mutuellement des conseils, etc. Chacune des mères à son tour pourra s'entretenir avec la tradipraticienne au sujet des raisons de sa venue avec l'enfant. On peut écouter des petites causeries entre les mères basées essentiellement sur des questions relatives aux raisons de leur arrivée avec l'enfant. Certaines viennent pour des raisons *d'Ebem* ou de *Koé ebem*, de *Mefulu*, et d'autres pour des raisons de *Medime*, de *Mindip*, *d'Awo'o mbime*, *d'Abobone avous* ou encore de *Agnos*. Dans ces discussions banales arrivent aussi souvent des échanges sur les différents itinéraires thérapeutiques où, pour le *Koé ebem* par exemple, une mère peut partager son expérience en indiquant à une autre mère une tradipraticienne plus efficace, surtout quand le cas de l'enfant

semble critique<sup>170</sup>. Cette identification par observation a permis de recueillir des informations sur ces maladies infantiles sans pour autant échanger directement avec les mères comme cela a été le cas avec les tradipraticiennes. Du simple fait d’être assis tout près d’elles, à écouter subtilement leurs échanges qui exposaient les raisons de leur venue aux consultations avec leurs enfants, a rendu cette identification par observation assez simple.

Les méthodes d’identification de ces maladies infantiles ayant été exposées, la suite portera sur leur classification dans les sous-catégories socio-culturelles respectives, leurs perceptions et soins préventifs et thérapeutiques.

## 2. Classification, perceptions et soins préventifs et thérapeutiques des huit maladies infantiles locales

La classification consiste à situer chacune de ces huit maladies infantiles locales dans une sous-catégorie qui lui convienne. Pour une meilleure visibilité de cette classification contextuelle, j’ai établi un tableau qui met en évidence leur nomination, leur nosologie et leur nosographie respectives.

Maladies infantiles locales identifiées	Nosologie	Nosographie
<i>Ebem et Koé ebem</i>	Maladies infantiles locales héréditaires.	Maladies infantiles socio-culturelles.
<i>Mefulu, Medime, Mindip, Awo’o mbime et Abobone avous</i>	Maladies infantiles locales liées à la grossesse.	Maladies infantiles socio-culturelles.
<i>Agnos</i>	Maladie infantile locale liée aux rapports intimes entre géniteurs.	Maladie infantile socio-culturelle

**Tableau 14** : Présentation de la nosologie et de la nosographie des huit maladies infantiles locales identifiées. Source : mes enquêtes.

### 2.1. Les maladies infantiles locales héréditaires

Les maladies liées à l’hérédité (*Akon abialé, Akon be vamba*), sont celles qui se transmettent par filiation, c’est-à-dire de génération en génération. Cette transmission est possible soit par les gènes ou le sang, soit pendant la grossesse à travers le lien ombilical entre la mère et l’enfant. Mes enquêtes montrent que, du fait de leur caractère filial, ces maladies peuvent ne

<sup>170</sup> Je précise que pour chacune de ces maladies analysées par la suite, je ne reviendrai plus sur le cheminement de prise en charge global présenté au chapitre 2 : la médecine infantile endogène ou ethno pédiatrie bulu : acteurs, savoirs, pratiques et outils, notamment dans la partie deux intitulée : les savoirs et les pratiques. Car il est commun à toutes ces maladies infantiles locales. Il s’agira de présenter les outils et les stratégies préventives et thérapeutiques dédiés à leur guérison respective.

pas nécessairement se transmettre directement à travers les géniteurs. L'enfant peut en souffrir du simple fait qu'un grand parent ou un arrière grand parent en souffrait. Ce qui signifie que leur caractère héréditaire ne se limite pas seulement au niveau des géniteurs, mais peut s'étendre plus loin, c'est-à-dire dans les générations antérieures. De ces huit maladies infantiles locales, L'Ebem et le Koé ebem en font partie.

Les tradipraticiennes indiquent que l'*Ebem* et le *Koé ebem* vont souvent de pair, car l'*Ebem* peut être la phase première du *Koé ebem*. Il peut arriver que le premier traitement de l'Ebem ne guérisse pas totalement l'enfant du fait « qu'elle a duré dans son corps » et qu'elle ce soit enraciné profondément. Dans ce cas, si ce premier traitement n'a pas été vraiment renforcé alors l'enfant ne guérira pas à travers ce premier traitement. Conséquence, la maladie demeure et se prolonge. Survient alors la phase complexe qui est le *Koé ebem*. Elles peuvent ne pas se manifester à la naissance, mais un, deux ou trois ans plus tard, voire plus. Leurs manifestations sont assez complexes et leur traitement durable et progressif. Les tradipraticiennes déclarent également que les parties du corps qu'elles affectent sont surtout celles de l'appareil respiratoire (la rate, la poitrine, les poumons, diaphragme). Elles sont, par rapport aux six autres et par rapport à leur cadre de vie culturel, les plus récurrentes, les plus dangereuses, aux symptômes multiformes et constituent la première cause de morbidité et de mortalité infanto-juvénile. Autrement dit, la grande majorité des enfants qui viennent en consultation chez les tradipraticiennes avec leurs mères souffrent de l'une ou l'autre des deux maladies.

### **2.1.1. *Ebem ou Mikouk mibae***

*Mikouk mibae* signifie en langue bulu « deux poitrines ou deux poumons ». « *mikouk* » est le pluriel de « *e kouk* » (la poitrine). Je précise que « *mikouk* » (ensemble constitué par la poitrine et ses composantes) est différent de « *mikoûk* » (totems, fétiches, génies). Quand un enfant souffre de l'ebem, selon les tradipraticiennes, il a deux poitrines : une qui est naturelle, et une autre apportée par la maladie pour couvrir la première et étouffer l'enfant. Les savoirs locaux de transmissions, c'est-à-dire ces éléments à partir desquels les Bulu donnent sens à la contamination de cette maladie, indiquent qu'elle se transmet, comme mentionné plus haut, en même temps par hérédité, par la grossesse et même à la naissance. La santé de la mère est liée à ces savoirs locaux de transmission parce qu'elle peut aussi transmettre à l'enfant cette maladie par son lait s'il est de mauvaise qualité ou par le père à travers le sperme. Du point de vue de la naissance, car au moment où la poche des eaux se déchire, l'enfant peut consommer par mégarde le liquide amniotique. De là, les déchets s'accumulent dans l'Ebem de l'enfant

(la poitrine) faisant gonfler cette membrane et créant son dysfonctionnement, ce qui engendre la maladie. Un enfant souffrant d'Ebem aura : un ventre ballonné et douloureux ; un manque d'appétit, de la fatigue et de l'anémie ; des migraines constantes ; les yeux qui enflent et blanchissent ; le teint, les paumes de mains et les plantes de pieds qui deviennent blanchâtres ; les pieds qui enflent ; un dysfonctionnement de la température corporelle (des bouffées de chaleur, de la fièvre).

Concernant la prise en charge et les soins, mes enquêtes montrent que cette pathologie, dont la prévention est active, se traite et se prévient en cinq étapes successives : les quatre premières étapes sont dédiées au traitement afin que l'enfant en guérisse – que « la maladie quitte son corps », selon les tradipraticiennes –, tandis que la dernière est dédiée à la prévention afin que l'enfant ne puisse plus en souffrir jusqu'à sa mort – ou que cette maladie ne « s'approche plus jamais de lui ».

### **Étape de guérison 1**

La tradipraticienne va procéder à une auscultation de l'enfant : observer l'intérieur de ses yeux, la couleur de sa langue, de ses mains et pieds, tâter son ventre, sa poitrine afin de détecter de quel côté se trouve l'Ebem et d'en évaluer la grosseur. Au bout de cinq minutes, elle est en mesure de dire à la mère ceci : « voici sa poitrine que je touche, je la sens fragile et elle glisse ; je ressens deux poitrines au lieu d'une seule. Et je sens aussi qu'il y a une cloison au niveau de son diaphragme et ça va l'étouffer... » Cependant, pour confirmer qu'il s'agit bel et bien de l'Ebem, la tradipraticienne utilise deux méthodes : faire consommer à l'enfant une décoction à base d'une herbe médicinale recommandée dans le cadre des ballonnements de ventre (evouvous essak ou *Albizia glaberrima*) ; le purger avec la même décoction. Cette herbe agit directement sur la rate en nettoyant tous les résidus de saleté dus au mauvais lait de sa mère et en diminuant le volume du ventre. Ce sont les selles de l'enfant après cette purge qui détermineront réellement s'il souffre de l'Ebem : la plupart du temps, elles sont liquides, claires et remplies de glaire. C'est également à travers ces selles que la tradipraticienne identifie s'il est atteint de l'Ebem simple ou de l'Ebem compliquée. Au terme de cette première phase de traitement, l'enfant retrouve petit à petit ses capacités normales, il parvient même à dormir tranquillement ce soir-là.

### **Étape de guérison 2**

Une marmite remplie d'eau chaude – appelée aussi « Etok » (une sorte de vase traditionnel sacré) – est placée au feu de bois et contient des écorces telles que Akondok (*Nauclea* sp)

associées à des feuilles écrasées de la plante Mbeng Mvae (*Annona* sp) et à du piment Ndodô (*Capsicum annuum*). La fille de la tradipraticienne – qui exerce en qualité d’auxiliaire de sa mère dans cet acte de soin, étant donné que cette dernière est généralement submergée par la prise en charge d’autres enfants dont les cas peuvent être plus critiques – commence alors, pendant une dizaine de minutes, à laver l’enfant souffrant tout en frottant avec vigueur les écorces et feuilles médicinales sur son ventre, de façon à en diminuer le volume et aussi à débarrasser l’enfant des fatigues qu’il ressent. La fille de la tradipraticienne indique que ce bain « tonifie l’enfant, lui redonne les forces, stoppe la fatigue. Et les massages, c’est pour restituer ou encore décoller la poitrine qui s’est collée au diaphragme. Ainsi l’enfant pourra également retrouver l’appétit, etc. ».

### **Étape de guérison 3**

Lors de cette étape, l’enfant rejoint un autre foyer de guérison : il s’agit ici de masser (mibabane) son ventre par la chaleur de la machette chauffante et avec de l’huile de palmiste noire (Mbone Megnegue, mbone mibang ou *Elaeis guineensis tennera*) qui a de multiples vertus de guérison et de protection ; d’après mes enquêtes, elle serait essentielle pour soigner les maladies infantiles et pour protéger les enfants contre les attaques mystiques (sorcellerie, évu, mauvais sorts, etc.). Durant cette étape, qui s’assimile au « pas de trois » emprunté au contexte psychothérapeutique entre l’interprète, le thérapeute et le migrant, la mère sort la machette chauffante du feu et la fille de la tradipraticienne croise avec rapidité ses deux mains imprégnées d’huile sur la machette, puis masse le ventre de l’enfant jusqu’à ce que l’intensité de la chaleur de ses mains diminue. Cet acte peut se répéter au moins cinq à six fois.

### **Étape de guérison 4**

Durant mes observations, c’est une autre fille de la tradipraticienne qui est alors intervenue. Elle dépose sur toute la surface d’un tissu blanc étalé par terre des écorces d’Akondok pilées et des herbes médicinales frottées de Mbeng mvae. Puis, elle entoure le ventre de l’enfant de ce tissu qu’elle attache par son dos. L’enfant doit passer toute la nuit avec ce tissu afin que le remède agisse normalement, en l’occurrence fasse baisser le volume de son ventre. Le jour suivant, la tradipraticienne peut demander à la mère de revenir chercher les mêmes écorces et herbes afin qu’elle continue le traitement sur place. En fait, la durée de traitement de cette maladie dépend de la capacité de l’enfant à résister à la maladie et de l’intensité de ses symptômes : pour les plus menacés, ce foulard peut être attaché pendant trois à quatre jours ;

pour les moins menacés, deux jours suffisent. Enfin, si l'âge de l'enfant se situe entre quatre et six mois, ce traitement est exclu, il ne reçoit que les massages précédemment cités.

### **Étape 5 : la prévention**

La prévention de cette maladie demeure traditionnelle avec des scarifications (*mipwelane*) sur le ventre de l'enfant faites avec une lame neuve, des blindages avec des amulettes attachées sur ses hanches, des ports de ficelles sur les mains et les pieds, etc. Tous ces outils et méthodes de prévention contribuent à protéger l'enfant de cette maladie à vie. Cependant, il faut préciser que les tradipraticiennes recourent plutôt au port des ficelles, tandis que la prévention par les scarifications et les blindages aux amulettes, qui nécessite des initiations bien particulières pour les pratiquer, est l'apanage d'un autre type de guérisseurs, les blindeurs, qui ne sont pas des spécialistes des maladies infantiles.

Toutefois, un enfant peut souffrir de l'*Ebem* deux fois de suite et, en tant que maladie qui « dure dans le corps », son traitement est progressif et elle ne peut être éradiquée définitivement. Elle se soigne, elle se calme, si bien que l'enfant peut rester longtemps sans en souffrir. Mais elle peut revenir au bout de quatre ou cinq ans et même jusqu'à l'entrée de l'enfant dans l'âge adulte, où il n'en souffre plus, même si elle demeure dans son corps.

#### **2.1.2. Koé ebem**

Les tradipraticiennes estiment que le *Koé ebem*, bien que qu'elle soit la forme complexe de l'*Ebem*, a cependant un traitement beaucoup plus souple que l'*Ebem*, car sa démarche de soin n'est pas échelonnée. Les tradipraticiennes expliquent qu'il est également appelé « la maladie du singe » – « *Koe* » signifie « le singe » et « *Ebem* », « la poitrine », donc littéralement « le singe fixé sur la poitrine ». Les Bulu l'assimilent à la « maladie du singe » parce que cet animal (le singe), après une course, a la particularité de faire des convulsions avec émission de bave. Et quand il se couche après cet effort intense, il est secoué par une respiration profonde, ses pattes sont animées par des mouvements saccadés, ressemblant à une sorte de transe, à des convulsions qui sont suivies d'un coma. C'est, entre autres, une des manifestations de cette maladie. L'enfant qui a le *Koé ebem* présente des signes tels que : des douleurs constantes aux côtes, au dos ; des bouffées de chaleur ; des difficultés à respirer ; un gonflement des pieds ; une hausse constante de température ; une gestuelle saccadée due aux sensations de piqûres sur son *Ebem*.

En fait, dans une optique de comparaison entre l'*Ebem* et le *Koé ebem*, le premier se situe du côté gauche de la rate – autrement appelé « *zeze ebem* » pour « côté gauche de la rate » –,

tandis que le second se situe du côté droit. Ainsi, quand le côté droit se déclenche, automatiquement, le côté gauche fait de même. C'est pourquoi les tradipraticiennes massent les deux côtés des enfants qui en souffrent. De plus, si les deux côtés se déclenchent au même moment et qu'ils se rejoignent au milieu, alors l'enfant tombe, car il se sent étouffé, ne respire plus convenablement, fait des convulsions, et le coma s'ensuit lorsque les douleurs atteignent l'œsophage empêchant la respiration.

Tout comme l'*Ebem*, la prise en charge du *Koé ebem* est locale. J'ai eu l'honneur d'assister à des situations de prise en charge locale de cette maladie. La tradipraticienne commence son examen de l'enfant en effectuant des palpations au niveau de son ventre, de sa poitrine, de ses yeux, etc. Puis, elle remplit une assiette d'eau accompagnée de feuilles de la plante *evouvous esak*. Quand l'eau en prend la couleur, elle purge l'enfant. Comme pour l'*Ebem*, la couleur et la texture de ses selles (jaunâtres et remplies de glaire) lui permettront de confirmer qu'il s'agit du *Koé ebem* et de déterminer la durée de sa présence dans le corps. Après cela, elle va mettre l'enfant sous traitement.

Pour le traitement de cette maladie dans sa phase de convulsions et de coma, c'est-à-dire pour ramener l'enfant à la vie, la tradipraticienne utilise une plante appelée « *Kpwassa* » qui, mise dans le feu, dégagera une fumée nauséabonde qui entrera dans les narines de l'enfant. Ensuite, elle porte l'enfant convulsif et comateux par les pieds, sa tête étant au-dessus du feu, afin qu'il aspire cette fumée, qui va le faire revenir à la vie par des étternuements, suivis de pleurs. La tradipraticienne, sans attendre, va procéder à des bains et à des massages afin que tout se remette dans l'ordre au niveau de la poitrine de l'enfant. Les bains se préparent dans une marmite traditionnelle spéciale (*mikeng*) dans laquelle elle fait bouillir des écorces des arbres *Akom* (*Terminalia superba*), *Ebom bulu* ou *Ebom afan* (*Anonidium manii*) ainsi que des feuilles de la plante *Obétone* (*Morinda lucida*). L'enfant est baigné dans ce mélange tiédi afin qu'il recouvre sa vigueur et ses forces et qu'il se purifie. Après ce bain, la tradipraticienne procède à un massage : avec ses mains, elle exerce un mouvement de va-et-vient entre le feu et le ventre de l'enfant. Elle recouvre ensuite ses mains de cendre et les pose sur le ventre de l'enfant. Les traitements par le bain et par la chaleur du feu et la cendre se font pendant une semaine.

Quand la tradipraticienne constate une amélioration de l'état de l'enfant, elle fait appel à un blindeur pour effectuer des scarifications (*mpwelane*) qui le protégeront à vie. À ces scarifications, comme dans le cas de l'*Ebem*, la tradipraticienne ajoutera l'attachement sur la poitrine de l'enfant d'un tissu rempli d'écorces d'*Ebebeng* (*Margaritaria discoideus*) pilées,

de ses feuilles (*mekai m'ebeng*) et de celles de la plante *Mbeng mvae*, jusqu'à ce que le volume de son ventre diminue et que ses douleurs disparaissent. Ce traitement préventif peut être poursuivi à domicile par la mère, qui reçoit alors des consignes de la tradipraticienne.

Un enfant ne saurait souffrir du *koé ebem* deux fois quand le traitement préventif succède immédiatement au traitement thérapeutique. Le traitement préventif successif est celui qui intervient aussitôt que celui thérapeutique prend fin. Il n'a donc rien de commun avec celui que fera plus tard le blindeur. En outre, mes enquêtes montrent qu'il est nécessaire que le traitement préventif soit fait par la même tradipraticienne qui a soigné l'enfant. Car, culturellement, seules les mains qui ont amorcé un traitement doivent aussi l'achever et que chaque tradipraticienne met, dans toute initiative thérapeutique ou préventive, de son cœur, de son âme, de son savoir-faire et de son pouvoir pour une guérison durable. D'autres mains sont en effet susceptibles de rendre inefficace le traitement, car les ondes du traitement ne les reconnaîtront pas. En ce qui concerne les traitements dont le suivi peut se faire à domicile, la tradipraticienne transfère circonstanciellement quelques pouvoirs aux mères en serrant leurs mains et en prononçant quelques paroles sacrées. C'est en effet dans des moments pareils que les mères sont considérées comme tradipraticiennes désignées par les principales. Car, ces dernières (tradipraticiennes principales) leur donnent des pouvoirs et les autorisent à continuer le traitement à domicile tout en respectant les consignes.

Les maladies infantiles locales héréditaires ayant été analysées, qu'en sera-t-il des maladies infantiles locales liées à la grossesse ?

## **2.2. Les maladies infantiles locales liées à la grossesse**

Ces maladies ne sont pas héréditaires comme l'Ebem et le Koé ebem précédemment analysées. Elles sont des maladies infantiles liées à la grossesse (*Akon aboum*), c'est-à-dire des maladies qui découlent en même temps du manque de suivi des traitements traditionnels prescrits et du non-respect des interdits de toute sorte par la femme tout au long de la grossesse, et qui se développent à la naissance. *Mefulu*, *Medime*, *Mindip*, *Awo'o mbime* et *Abobone avous* en font partie. Bien qu'elles aient la même étiologie, elles se distinguent les unes des autres surtout par leurs symptômes spécifiques apparents sur le corps de l'enfant. De mes enquêtes, j'ai remarqué que les tradipraticiennes se servent des selles de l'enfant, après lui avoir fait une purge aux herbes et aux écorces médicinales, pour confirmer le diagnostic de l'une ou l'autre de ces maladies. L'établissement du diagnostic par les selles s'explique par le fait que celles-ci n'affectent pas seulement le corps physique de l'enfant, mais se développent également dans son ventre.

Dans le but de protéger les enfants de ces maladies, il faut que les femmes enceintes soient attentives au respect des choses proscrites et prescrites, qu'elles prennent des purges à base de certaines herbes, écorces, racines et feuilles de la forêt recommandées soit par les tradipraticiennes (mamans âgées et matrones). Comme le montrent les tradipraticiennes, il est assez rare qu'un enfant soit contaminé par une de ces maladies si sa mère a pris normalement, pendant sa grossesse, ses traitements traditionnels (préventifs et thérapeutiques). Car, les traitements biomédicaux ne suffisent pas au regard de l'environnement socioculturel dans lequel vivent les femmes, marqué, selon elles (les tradipraticiennes), par « les mauvaises choses », notamment la sorcellerie. Une tradipraticienne (entretien du 10 juillet 2018 à Mboun, canton Nlobo lobo) me révèle les risques auxquels est exposée une femme enceinte qui ne prend pas ses traitements traditionnels :

---

*« Il faut savoir que la grossesse n'est pas quelque chose de donné, de facile, car il y a des femmes qui cherchent des bébés dans leur vie, mais ne les trouvent pas. Elles ne les ont pas parce qu'elles ne peuvent pas accoucher, c'est simplement parce qu'elles ont été victimes de certaines choses que je ne saurais te dire ici ouvertement. Donc, quand tu es une femme et que tu as eu la chance de concevoir, il faut prendre les traitements traditionnels parce qu'ils sont importants pour sa santé et celle de l'enfant. Les traitements des Blancs ne suffisent pas toujours. Nous sommes des Noirs, des Africains, des Bulu, notre environnement est incertain, les gens n'aiment pas voir les autres heureux, car il faut le dire, la grossesse est un bonheur pour toute femme d'abord. Et, en tant que bonheur, il faut le protéger. Et ce ne sont que nos écorces, herbes, rites et autres moyens traditionnels qui peuvent la protéger ».*

---

C'est au regard de cet environnement incertain ou mystique que se justifie le bien-fondé des traitements endogènes dans le cadre de la santé maternelle et infantile. Hebga (1991) confirme l'aspect incertain ou mystique des socio-cultures africaines, notamment de celle camerounaise :

---

*« Nous savons bien que l'on meurt par blessure, empoisonnement, brûlure, noyade ; que la morsure d'un serpent venimeux ou d'une bête féroce peut être fatale. Mais, même dans des cas de cette espèce, nous parlons parfois d'envoûtement, pour signifier que ce n'est pas par hasard qu'un tel malheur est arrivé à moi plutôt qu'à toi, que je me suis trouvé à la portée d'une vipère ou d'un léopard, ou qu'un arbre est tombé juste au moment où mon frère passait dessous. Il faut qu'une volonté malveillante ait arrangé les circonstances aux dépens de quelqu'un ». (p. 87)*

---

La biomédecine ignore ces causes mystiques. C'est pourquoi les tradipraticiennes observent qu'aujourd'hui les enfants sont constamment malades à cause du mépris et de l'orgueil des femmes enceintes qui délaissent les traditions. À l'époque de leurs aïeux, disent-elles, les femmes enceintes ne se rendaient pas à l'hôpital ni leurs enfants, et ces derniers ne recevaient pas de perfusion, étant donné qu'à cet âge-là, expliquent-elles, un enfant n'a pas encore de veines solides pour supporter une perfusion.

Pour protéger la mère et l'enfant, les tradipraticiennes font usage des « *Etok* », des bains à base d'écorces, de feuilles, de racines médicinales et d'huiles traditionnelles qui préviennent les maladies susceptibles d'attaquer les seins. Les seins que l'enfant tète doivent être bien portants et sains, de façon qu'il ne tombe pas malade. Comme l'indiquent les tradipraticiennes, « l'enfant est la mère » et « la mère est l'enfant », les deux étant intimement liés : toute mère qui souffre d'une quelconque maladie et qui allaite son enfant le met en danger (de même que les mères donnant des biberons non hygiéniques à leurs enfants). Afin d'éviter que l'enfant soit contaminé par une quelconque maladie dont souffre sa mère à travers le lait maternel, les tradipraticiennes recommandent aux femmes enceintes la consommation régulière de décoctions à base d'écorces et de feuilles médicinales de plantes telles que : *Ekouk*, *Eteng*, *Abangak* (*Vernonia converta*) qui purifient le corps, les seins et qui déparasitent. Par ailleurs, les femmes qui allaitent ne doivent pas porter de soutien-gorge de telle sorte que le mauvais lait puisse ruisseler, puis elles doivent consommer de l'*Ekouk* qui purifie leur lait et protège l'enfant qui le boira.

### **2.2.1. Mefulu**

Pour les Bulu, « Mefulu » est le pluriel de « fulu » (comportement, habitude). Les « Mefulu » sont donc les maladies liées à la ressemblance (*akon mefulu*). Elles sont ainsi désignées parce qu'elles sont la résultante des habitudes (*Mefulu*), c'est-à-dire des agissements, des mouvements, des façons de faire propres aux animaux ou aux hommes. Dans les discours communautaires relatifs à cette catégorie de maladies, il n'est pas rare d'entendre dire que : « *mone nyi a nga vou tite ezing* » (les agissements de cet enfant font penser à tel animal sauvage ou domestique) ou encore que : « *mone nyi a nga vou abé mefulu esa 'a gue nya* » (les agissements de cet enfant font penser aux mauvaises habitudes de son père ou de sa mère).

Toutes ces ressemblances involontaires dont est victime l'enfant sont considérées par les Bulu comme des anomalies ou comme des malformations congénitales. Dans ses recherches concernant le peuple Ewondo, Mallart Guimera (1977) précise qu'il existe deux types de « *fulu* » : « l'un masculin constitué du "*fulu ya bives*" et du "*fulu ya biae*" ("*fulu des os*" et

“fulu des ongles”), et l’autre féminin constitué du “*fulu ya meki*” (“fulu du sang”) » (p. 36). Selon l’auteur, « il apparait donc que les os, les ongles et les parties solides du corps sont des éléments masculins dus au *fulu* de l’homme [...] tandis que la chair, le sang et tous les éléments mous et liquides sont des traits féminins dus à l’action du sang menstruel » (*ibid.*).

En ce qui concerne le cas de la transmission des *Mefulu* pendant la grossesse, le futur enfant en sera affecté notamment si sa mère consomme des aliments interdits, les *Mefulu* les plus dangereux résultant de la consommation de certains poissons et viandes interdits pendant la grossesse. Parmi les viandes interdites, on trouve les viandes de tous les primates (singes, gorilles, chimpanzés, macaques, etc.), celles de tous les reptiles (serpents, crocodiles, caïmans, varans, etc.) et celles de rongeurs (écureuil). Parmi les poissons et les crustacés interdits, figurent le crabe. Selon le non-respect de ces interdits alimentaires par la femme pendant la grossesse, il existe plusieurs variétés de ressemblances (*mefulu*) : « *fulu so* » (l’enfant ressemble à l’antilope), « *fulu koe* » (l’enfant ressemble au singe), « *fulu ndji* » (l’enfant ressemble au gorille), « *fulu woo* » (l’enfant ressemble au chimpanzé), « *fulu osen* » (l’enfant ressemble à l’écureuil), etc. Je me suis intéressé à la plus récurrente, celle avec le serpent (*nyoo*), on parle alors de « l’enfant serpent » (*mone a vou nyoo*). Dans ce cas (*fulu nyo’o*), l’enfant reproduit exactement les mêmes gestes qu’un serpent, notamment il rampe avec le ventre au sol rythmé par ses mains et pieds et il a tendance à mordre sa mère ou les membres de son entourage. Une fois que la mère se rend compte de ces attitudes, elle le conduit rapidement chez une tradipraticienne.

Un enfant qui souffre des *Mefulu*, quelles qu’elles soient, est d’abord « *mbom* », c’est-à-dire « semblable à quelque chose qui est plié, froissé ». C’est à partir de cette attitude que les tradipraticiennes distinguent de quel type de *fulu* il s’agit. Étant donc « *mbom* », l’enfant n’agit pas comme un enfant normal, qui pleure, bouge, crie : il a toujours les mains et les pieds pliés, il ne les ouvre presque pas. Il arrive même que l’enfant affecté, malgré le temps qui passe, ne prenne pas de poids, qu’il manque d’appétit et soit fatigué, et que son corps soit ridé.

La prise en charge de cette maladie consiste à faire prendre à l’enfant un bain dans l’*étok mefulu* (vase traditionnel sacré) contenant des plantes médicinales destinées à faire sortir et disparaître toutes les *Mefulu* de son corps, et ainsi à le purifier. Les tradipraticiennes, estimant que les *Mefulu* viennent aussi du ventre de l’enfant à travers sa mère, lui font également des purges ayant pour rôle de redonner à son corps sa vigueur et sa forme réelle. Pour le guérir définitivement, la tradipraticienne fait bouillir des écorces de l’arbre *Edoum* ou *Adoum*

(*Cylicodiscus gabunensis*), un antibiotique qui mousse dans l'eau, avec des feuilles de plantes telles que *Janjang* (*Cassytha filiformis*) et *Zela'ane* (*Triplotaxis stellufera*). Une fois le mélange tiédi, elle fait prendre à l'enfant un bain dans l'*étok* et frotte son corps avec ces écorces et ces feuilles. Ces bains sont à répéter durant trois jours. Enfin, afin de faire sortir les autres *Mefulu* restés dans son ventre, elle le purge avec des feuilles de la plante *Oyale zom* (*Momordica charantia*). Au terme de processus, le résultat est apprécié à travers la vigueur que présente l'enfant.

### 2.2.2. *Medime*

« *Medime* » signifie « l'eau » en langue bulu. « *Medime* »<sup>171</sup> ou « maladie de l'eau » fait partie des moins dangereuses de toutes ces maladies infantiles locales liées à la grossesse. En effet, l'eau dont il est question ici n'a rien à voir fondamentalement avec l'eau qui est cette matière liquide. Les tradipraticiennes expliquent que ce nom existe ainsi depuis la nuit des temps. Elles indiquent que ce nom est utilisé à titre symbolique et fait penser aux eaux fraîches des grandes rivières qui n'acceptent pas que tout le monde s'y baignent, surtout pendant les périodes de crue, car certains se noient et disparaissent pour toujours. Elles précisent aussi que la symbolique de cette eau s'explique du fait qu'un des proches de l'enfant peut avoir été en contact (par salutation, accolades, échanges, etc.) avec des personnes malveillantes dans l'entourage immédiat ou lointain. Et une fois qu'un d'entre eux (ses proches) veuille le porter, l'enfant ressent ces odeurs de la personne malveillante laissées sur le proche. Conséquence, l'enfant n'acceptera pas qu'il soit porté.

Cela dit, cette maladie se reconnaît déjà par les réticences à chaque fois qu'un de ses proches – sa mère, son père, ses frères et sœurs – veut le manipuler ou le porter, alors même qu'il est censé les reconnaître par leur odeur naturelle. Elle se manifeste également par des pleurs constants de la part de l'enfant. Selon les tradipraticiennes, ce qui le fait pleurer constamment, qui crée des refoulements entre lui et ses proches est qu'au toucher l'enfant ressent des sensations de démangeaisons et de fraîcheur de l'eau.

La prise en charge et le traitement de cette maladie sont très simples. Les tradipraticiennes utilisent les feuilles d'une seule plante appelée *Dilik* ou *Efobele* (*Tétrorhidium didymostemon*), qui sont frictionnées dans leurs mains jusqu'à ce qu'elles deviennent assez tendres et qu'elles produisent du jus. Quelques gouttes de ce jus sont ensuite versées sur trois

---

<sup>171</sup> Je précise tout de même que concernant l'origine fondamentale de cette eau qui refoule les géniteurs, etc., avec beaucoup d'insistance j'ai tenté de comprendre en profondeur la symbolique de cette eau, et comment l'enfant la ressent, au-delà du peu d'informations retenues. Malheureusement les tradipraticiennes n'ont pas voulu en dire davantage à ce sujet

parties du corps de l'enfant : la bouche, les ongles et la fontanelle<sup>172</sup>, avant que celui-ci ne soit laissé au repos pendant une demi-heure, moment pendant lequel il va commencer à faire des selles. Ensuite, il prend un bain qui va le relaxer dans l'*Etok*. À la fin de ce traitement, il pourra être manipulé sans qu'il pleure à nouveau.

### **2.2.3. *Mindip***

Le *Mindip* affecte surtout la peau de l'enfant. Sa particularité est qu'elle fait sortir de petits boutons semblables à des abcès sur tout le corps de l'enfant. Ce sont ces petits boutons que les Bulu appellent « *Mindip* ». Deux particularités caractérisent ces petits boutons. Quand ils sont percés, le pus qu'ils contiennent ne ruisselle pas, il est compact ; ils démangent extrêmement, ce qui empêche l'enfant de dormir la nuit, car il pleure et se gratte.

Afin de traiter les *Mindip*, les tradipraticiennes utilisent des feuilles de la plante *Vovo* (*Jatropha Gossypifolia*) ; des écorces de l'*Elone* (*Erythrophleum ivorense*) ; de l'huile de palmiste noire (ou *Mbom megnegue*) ; et les feuilles de « l'*Essombo* » (*Rauvolfia macrophylla*). Elles font brûler les feuilles de *Vovo* au feu de bois, écrasent les écorces d'*Elone*, puis mélangent l'ensemble avec de l'huile de palmiste noire, de façon à obtenir un concentré avec lequel l'enfant sera oint jusqu'à la guérison. Les mères peuvent poursuivre à domicile l'application de ce concentré sur l'enfant. Mais, avant ce traitement, les tradipraticiennes font bouillir des feuilles d'*Essombo* qui, une fois tièdes, serviront à purger l'enfant. Si ses selles sont jaunâtres, cela signifie que la maladie est complètement sortie de son ventre.

### **2.2.4. *Awo'o mbime***

Un enfant qui souffre d'*Awo'o mbime* présentera les symptômes suivants : une colonne vertébrale formant une sorte de voûte ; un corps rempli de rides ; un retard pour s'asseoir et marcher (l'enfant pouvant atteindre un an sans être en mesure de s'asseoir) ; une absence de prise de poids, bien que nourri ; une anémie sévère. Les tradipraticiennes pensent que cette maladie laisse toujours des séquelles sur le corps de l'enfant si rien n'est fait rapidement notamment, il peut rester alité et sa colonne vertébrale risque de demeurer en forme de voûte, ses os se durcissant en grandissant. C'est pourquoi il est préférable de redresser sa colonne, à travers les soins traditionnels, tant que ses os sont encore fragiles et flexibles.

---

<sup>172</sup> Malgré mes tentatives afin de comprendre le pourquoi ces trois parties du corps uniquement, les tradipraticiennes, une fois de plus, n'ont pas voulu m'en dire davantage à ce sujet.

Le traitement de cette maladie est semblable à celui des *Mefulu* précédemment analysés, certaines écorces et plantes utilisées étant communes (*Jangjang*, *Zelane* et *Edoum*). Plus particulièrement, l'enfant prend à l'intérieur du vase traditionnel sacré, l'*Etok*, un bain, qui a pour rôle de faire disparaître les rides. Ce bain est composé des feuilles de *Janjang* (*Cassytha filiformis*) et *Zelane* (*Triplotaxis stellufera*) et des écorces de *Edoum* ou *Adoum* (*Cylicodiscus gabunensis*) qui ont préalablement bouilli. Il est en même temps massé afin de redresser sa colonne vertébrale. Après chaque bain et massage, il est oint d'huile de palmiste noire mélangée à des feuilles écrasées de *Beyem elok* (*Clerodendrum splendens*) et à des écorces pilées de *Dilik* (*Tetrorchidium didymostemon*). Cette composition permettra de raffermir et de lisser sa peau, en même temps qu'elle contribuera à réajuster les os de sa colonne vertébrale. Selon les tradipraticiennes, chez certains enfants, cette maladie se développe dix mois après la naissance. Dans ce cas, en moyenne, cinq *Etok* sont nécessaires pour une guérison définitive.

#### **2.2.5. Abobone avous**

L'*Abobone avous* est une maladie infantile locale qui agit sur la fontanelle, mais qui peut avoir une incidence sur le poids de l'enfant, sa colonne vertébrale et ses hanches, l'empêchant d'effectuer ses premiers pas. En bulu, « *abobone* » signifie « fontanelle » et « *avous* », « la tombe ou tombeau ». Cet ensemble réuni donne : « la fontanelle du tombeau ou de la tombe ». En fait, ce tombeau fait référence au trou qui se forme au milieu de la tête de l'enfant.

Afin de guérir de cette maladie, les tradipraticiennes exigent que la mère apporte de la terre du cimetière. Cette terre est associée à de l'huile de palmiste noire et à des feuilles de la plante appelée *Kolot* (*Achyranthes aspera*) qui sont frictionnées. Le mélange obtenu est remis à la mère qui l'appliquera par petite quantité sur ce trou au centre de la tête de l'enfant. D'autre part, des feuilles d'une autre plante appelée « *Ekoo ze* » (*Leptaspis cochleata*) sont chauffées, frictionnées et pressées, afin d'en extraire des gouttelettes qui seront mises dans les narines de l'enfant. Enfin, les feuilles de cette même plante serviront à purger l'enfant pour redonner de la vigueur à sa colonne vertébrale ainsi qu'à ses hanches afin qu'il puisse rapidement faire ses premiers pas. Ces traitements cessent lorsqu'il recouvre complètement sa santé.

Au regard des maladies infantiles locales liées à la grossesse, que peut-on dire des maladies infantiles locales liées aux rapports intimes entre géniteurs ?

### **2.3. Maladies infantiles locales liées aux rapports intimes entre géniteurs**

Hormis les maladies infantiles locales liées à la grossesse et issues des rapports étroits entre la mère et l'enfant, il existe des maladies infantiles liées aux rapports intimes entre les géniteurs qui surviennent de trois manières. Soit quand la mère entretient des rapports sexuels pendant

l'allaitement, soit quand elle tombe enceinte pendant l'allaitement, soit directement après le sevrage de l'enfant. Les tradipraticiennes révèlent qu'il arrive plus habituellement que le couple entretienne des rapports sexuels pendant l'allaitement, ce qui est appelé « *Djabak* ». L'une des maladies les plus récurrentes liées à ces rapports intimes entre géniteurs est l'*Agnos*. Malgré les conséquences qui peuvent en découler aussi bien pour l'enfant que pour la femme elle-même, cela est valable aussi bien pour la période post-partum suivie de l'allaitement que pour la période post-sevrage de l'enfant.

Mes entretiens montrent que la naissance d'un enfant est toujours un moment de joie et de réjouissance au sein du couple. Mais qu'elle est aussi génératrice de dysfonctionnements multiples notamment, elle modifie le mode de vie matrimonial. Dans cette socio-culture, on estime qu'après un accouchement, la femme doit impérativement se reposer afin de se fortifier à nouveau physiquement, moralement et psychologiquement. À cet effet, elle a besoin de massages multiples au quotidien, notamment à l'eau chaude avec des herbes médicinales, réalisés soit par sa propre mère, soit par une matrone. Par ailleurs, la marmite dans laquelle se trouve l'eau pour ces massages ne doit jamais être ouverte ni déplacée par un inconnu. Les matrones révèlent que le corps de la femme après l'accouchement est semblable à une parcelle de terre dans sa période de jachère qui doit se reposer après une récolte afin de retrouver ses substances productrices et fertilisantes. Or, d'une part, les hommes comme les femmes n'arrivent pas toujours à cultiver la patience et l'abstinence sexuelle. D'autre part, les femmes, victimes de harcèlement de la part de leurs époux, sont contraintes de céder à des rapports physiques mettant en danger le nouveau-né. La plupart des femmes interrogées reconnaissent préférer sauvegarder leur foyer, et donc satisfaire leur mari qui leur fait du chantage affectif, au détriment de la santé de l'enfant.

- ***Ce récit de vie d'une mère bulu, qui va suivre, dont l'enfant souffrait de l'agnos en est une preuve palpable (entretien du 18 février 2020 à Nyazaga, canton Afamba libi).***

*« ... en fait je reconnais que c'est assez difficile de dormir dans le même lit que son époux sans vouloir lui faire plaisir quand tu l'aimes vraiment. L'amour rend aveugle, c'est vrai. Quand on aime on est prête à tout. Et quand on aime on ne pense plus aux règles et normes de la tradition, jusqu'au jour où la maladie arrive. C'est la maladie, à travers l'enfant, qui vient souvent nous rappeler que nous avons transgresser une règle traditionnelle. Parfois on se dit que c'est quand on est intelligente qu'on peut éviter facilement ces choses. Malheureusement l'intelligence n'a rien à voir là-dedans. On s'en porte en tant qu'humain tout simplement oubliant qu'on devrait aussi préserver la santé du bébé qui est là. Et*

*pourtant je suis enseignante des écoles primaires, je devrais montrer le bon exemple en respectant la tradition... ».*

Alice (nom d'emprunt) et moi nous nous sommes rencontrés contre tout à attente dans l'enceinte du cadre des soins chez une tradipraticienne. Elle était arrivée les larmes aux yeux avec son fils de 6 mois qui présentait des signes de fatigues très avancés. Visiblement il avait l'air très pale et ne donnait vraiment pas l'impression de vie. Elle le portait dans ses bras accompagnés de son époux, tous abattus et tristes. Je me suis retrouvé à ce moment précis, comme cela a toujours été, parce que j'avais rendez-vous avec ladite tradipraticienne qui m'a invité à venir assister à une séance de thérapie et de prévention d'une maladie infantile locale : l'Ebem. Elle m'avait appelé quelques heures plus tôt pour me dire qu'elle a été alertée par un chef COSA qui lui a dit avoir reçu un coup de fil d'une femme dont l'enfant présente des signes de l'Ebem et qu'elle l'amènera dans l'après-midi. Sans attendre, la tradipraticienne m'a aussi tenu informé afin que je m'y rende pour assister à cette séance de soins thérapeutiques et préventifs. Je rencontre donc Alice dans des conditions assez difficiles, car elle était meurtrie par la souffrance de son fils, y compris son époux. Alice fait partie de ces mères, qui n'ont pas pu assister aux différents focus group, que je rencontrais par hasard chez les tradipraticiennes et qui ont accepté de me dévoiler les histoires de vie relatives à la santé de leurs enfants, à leurs démarches individuelles et collectives avant de se rendre vers une tradipraticienne quand elles ressentent qu'elles ont déjà fait tout ce qui est à leur pouvoir à domicile. Ce jour où elle était venue avec son enfant chez la tradipraticienne, les conditions n'étaient pas réunies pour une quelconque rencontre. Vu son état de détresse et d'angoisse, je me suis plutôt dirigé vers son époux qui semblait quand même plus lucide pour compatir à la douleur, présenter mon objet d'étude et solliciter son numéro de téléphone à travers lequel je pouvais joindre Alice. Deux jours plus tard, j'ai appelé son époux, j'ai pu causer avec Alice et nous nous sommes accordés pour un rendez-vous chez eux. Ce genre d'histoires de vie, Alice, le jour où nous nous sommes rencontrés en tête à tête, m'a révélé qu'elle ne les avait jamais racontées, car pour elle ce sont des choses très intimes entachées de douleurs, de regrets, voire de honte et qui par-dessus tout éveillent parfois de douloureux souvenirs. Pour Alice, entretenir des rapports sexuels pendant qu'on allaite est strictement interdit par la tradition bulu. Ce qui fait que c'est une honte quand elle va chez une tradipraticienne et qu'il s'agisse de cette maladie. Elle se sent souillée, indigne. Mais malgré cela, elle va me faire confiance. Elle va me raconter ce qui s'est réellement passé bien avant qu'elle conduise l'enfant chez la tradipraticienne. Elle me dira presque tout. Elle m'autorisera par la suite de publier cela dans cette thèse, mais en cachant sa propre identité. Voici comment tout a commencé :

*« Je pense qu'il est inutile de vous demander encore comment avez-vous eu le numéro de téléphone de mon mari, il m'a tout expliqué. J'avoue que jusqu'ici je n'avais jamais eu à faire ce que je vais faire avec vous : raconter ma vie intime à travers mon fils, car même si c'est mon fils qui était malade, vous comprenez que c'est son père et moi qui sommes les responsables, la cause parce qu'on n'a pas su pratiquer l'abstinence que prévoit la tradition... mais bon ».*

Après cette entrée en la matière, j'ai compris que Alice était disposée et prête à se confier.

Mais je ne savais pas à quel point jusqu'à ce que je le découvre dans la suite :

*« ... je ne sais pas où commencer en réalité, je me sens un peu gênée quand même. Ce d'autant que mon mari est là... patientez un peu s'il vous plait »*

Alice m'a demandé de patienter quelques minutes, elle est entrée dans la chambre retrouver son mari, puis 5 minutes plus tard est ressortie et m'a demandé qu'on aille s'asseoir sur des bancs à l'extérieur. J'ai alors imaginé qu'elle était allée surement demander à son mari si elle pouvait vraiment s'ouvrir à moi et me dire les choses telles qu'elles se sont déroulées. Nous sommes allés nous à l'extérieur. Comme j'ai senti qu'elle était vraiment gênée, j'ai jugé opportun de la rassurer.

LS (moi) : Alice, je remarque que vous êtes stressée, je peux comprendre. Cependant, je vous rassure en vous disant que ce travail est une thèse de doctorat, c'est-à-dire une recherche scientifique qui consiste à étudier et à mettre en lumière ces maladies infantiles de chez vous qui tuent tout autant les enfants de 0 à 5 ans, notamment celle dont souffre votre fils, afin qu'elles soient connues et peut être, qui sait, on pourra aussi un jour, grâce à cette thèse les insérer dans les programmes de santé publique. C'est pourquoi, je vous rassure que tout ce que vous me diriez ici ne sera utilisé que dans le cadre de cette étude et nulle part ailleurs.

*« ... ok d'accord... en fait les manifestations de la maladie infantile locale dont souffre mon fils ont commencé il y a juste trois jours... mais tout a commencé il y a trois semaines. Incroyable mais tout est parti d'un vulgaire chantage que mon mari m'a fait. Il m'a dit que si ça continue ainsi, c'est-à-dire si nous ne couchons pas ensemble, il va aller voir ailleurs. Cette phrase m'a troublé énormément... »*

LS (moi) : — Je constate que vous avez 3 enfants... alors est-ce que c'est la première fois qu'un de vos enfants souffrent de cette maladie ?

*« ... oui c'est la première fois que cela arrive. Je ne saurai vous dire pourquoi il se comporte ainsi cette fois ci. En effet, quand il m'avait dit cette phrase, je suis allé en parler avec mes cousines pour leur demander si elles aussi ont déjà été victimes de ce genre de chantage émotionnel de la part de leur époux. Mes cousines font en tout 6. Je peux vous confirmer que 4 d'entre elles m'ont répondu qu'elles ont été déjà elles aussi victimes. Alors j'ai compris que c'est une vieille habitude pour les*

*hommes, surtout ceux de cette zone ci. Je ne suis mariée que depuis 4 ans seulement donc j'apprends des choses chaque jour et je m'y adapte. J'ai compris que je n'avais pas de choix et que je devais satisfaire mon mari au détriment de mon enfant. Je ne voulais pas partager mon mari avec une autre femme... »*

Alice, jeune mariée qui découvre la dure réalité du mariage, se situe entre deux personnes : son mari et son enfant de 6 mois à qui elle doit amour, affection, attention. Cède finalement aux caprices de son mari et fait finalement le choix de le satisfaire au détriment de son enfant.

*« À un moment donné, j'ai d'abord pensé à ne plus donner le lait maternel à mon enfant et opter pour le lait artificiel pour que je puisse satisfaire mon mari en tout tranquillité sans que mon enfant tombe malade. Malheureusement après évaluation du cout financier, j'ai trouvé cela trop cher. Car en fait cette maladie est due au lait maternel qui se souille par les sécrétions masculines (le sperme) qui remonte au niveau des seins par le sang. Et quand l'enfant consomme ce lait il attrape cette maladie. Sans oublier le fait que, étant donné qu'un enfant de cet âge mérite une attention constante sans arrêt, entretenir des rapports sexuels suppose que tu devrais également accorder une attention à son père. Et ça, l'enfant le ressent, il ressent un lèse naturel qui le rend triste, l'affaibli... et le rend malade... c'est ainsi qu'au terme de tout ce qui précède, et parce que je subissais déjà un harcèlement et une pression de la part de mon mari que j'ai été obligé de céder... je n'avais plus de choix... »*

LS (moi) : — Qu'est-ce qui vous a fait comprendre qu'il s'agit de l'agnos ? quand est-ce que vous avez constaté les premiers symptômes ? qu'est-ce que vous avez fait ? comment l'avez-vous fait ?

*« Ces maladies ne s'ignorent pas. Nous les connaissons ici chez nous. Pour mon cas, je savais que c'était ça parce que les attitudes de mon enfant ont changé. Il a commencé à chauffer tous les jours, il ne voulait plus prendre le sein quand je lui donnais, il pleurait constamment, un aspect très pâle et frêle, etc. comme je vous ai dit plus haut que c'est une maladie qui fait honte aux parents, car parfois les parents qui le font on les traite même de sorciers, j'ai cherché à vouloir étouffer ça ici chez moi avec des soins indiqués par mes cousines, notamment arrêter déjà les rapports avec son père. Malheureusement, le fait d'arrêter ne change rien du tout dès lors que l'acte a déjà été posé. Ensuite j'ai arrêté de lui donner le lait maternel en achetant du lait artificiel. Jusque-là ça n'allait pas. J'ai alerté son père. Quand j'ai constaté que la situation devenait critique, car il perdait déjà du poids, devenait de plus en plus fatigué et pale, alors nous avons décidé de l'emmener chez la tradipraticienne... j'avais tellement peur, car je sais qu'elle fait partie des maladies infantiles locales les plus dangereuses, qui tuent rapidement si rien n'est fait... il fallait que je l'emmène là-bas c'était l'ultime solution, je ne pouvais plus rien faire... »*

LS (moi) : — et quand vous y alliez, vous ne craigniez pas que la tradipraticienne vous pose des questions ? étant donné que vous dites que c'est la maladie de la honte.

*« De toutes les façons je n'avais plus de choix, il fallait bien que j'y aille pour sauver mon enfant qui était mourant. Il fallait que j'aie avec mon mari, car une des conditions pour soigner l'enfant de cette maladie est la confession des deux parents. En fait, vous devez reconnaître que vous avez eu des rapports sexuels et c'est pourquoi l'enfant est tombé malade... »*

Alice est arrivée à un niveau où elle n'avait plus le choix que de conduire son enfant chez la tradipraticienne. Elle ne l'a pas conduit dans un premier temps à l'hôpital, comme cela est souvent le cas pour les maladies naturelles infantiles ou mixtes, car ses cousines lui ont donné des éléments pour pouvoir soigner voire atténuer la maladie. Malheureusement, après tout cela, Alice constate que la maladie évolue à un stade critique. Et comme elle sait aussi que c'est une maladie infantile locale, qu'elle connaît parfaitement et qui est connue de tous dans cette zone, c'est pourquoi elle est contrainte d'aller consulter une tradipraticienne, seule personne habilitée à soigner cette maladie. Enfin de compte l'enfant d'Alice recouvrera sa santé après le passage chez la tradipraticienne qui l'a pris en charge...

LS : — Si on pouvait faire revenir le temps en arrière, est ce que vous pourriez recommencer ? aujourd'hui après cette guérison de votre enfant, qu'est-ce que vous ressentez surtout quand on sait que vous auriez pu le perdre ?

*« Je ne peux pas vraiment vous répondre... je ne sais pas... je suis dans un foyer incertain où le quotidien rime avec chantage, manque de confiance, pauvreté, etc... et comme moi j'aime mon mari, je ne sais pas si ça pourra encore arriver... en tout cas je ne le souhaite pas. Mais si cela devait encore arriver je ne sais pas ce que je ferai. J'ai tout donné pour être avec mon mari. Une des raisons pour lesquelles je cède à toutes ses caprices c'est justement cela, car il est conscient que j'ai tout donné pour être avec lui et sait que quoiqu'il arrive il m'est difficile de quitter le foyer et d'abandonner mes enfants. Ça je ne saurai le faire.... Je préfère mourir et supporter tout ce que je vis ici... »*

Alice révèle d'autres faits qui l'exposent à une potentielle transgression de la culture en ayant des rapports sexuels. Elle parle du manque de confiance et de la pauvreté dans son foyer. Je précise que dans la plupart des récits de vie chacune de ces mères ne se limitaient pas seulement à me raconter les faits relatifs à la santé de leurs enfants. Elles y mettaient aussi du cœur dans leurs vécus au quotidien à travers les multiples maltraitances et chantages dont elles sont victimes dans leurs foyers respectifs. À travers certaines, comme Alice, je réalise que du point de vue des maladies infantiles locales liées à la sexualité entre géniteurs, beaucoup de mères mènent une lutte acharnée au quotidien entre préserver leur couple, leur dignité de mères ou de femmes, préserver le respect de la tradition et garantir la santé de leurs enfants en général et ceux de bas âge en particulier. Visiblement, ce n'est pas une tâche aisée, car étant dans une société patriarcale où la prédominance masculine est un fait, le regard sur la

femme dans la société bulu n'est pas le même sur l'homme. C'est pourquoi Alice dit plus haut qu'elle a honte quand elle va chez la tradipraticienne avec son enfant qui souffre de l'*agnos*, car les Bulu estiment que la femme est la première garantie de santé et de protection de ses enfants.

### 2.3.1. Agnos

L'*Agnos* ou *e dang mone* est une maladie infantile locale très dangereuse. L'expression « *e dang mone* » (traverser l'enfant) implique que ses géniteurs ont eu des rapports sexuels pendant l'allaitement. Chez les Bulu, ce type de rapports sexuels est interdit, car il fragilise la santé de l'enfant. Cet interdit, dont certaines études en sciences humaines et sociales en Afrique (Rabain, 1979 ; Bonnet 1988 ; Badini, 1994 ; Razy, 2007, etc.) ont analysé comme une forme traditionnelle de régulation des naissances, est censé, je le rappelle, maintenir la femme et l'enfant en bonne santé.

Selon les tradipraticiennes, l'*Agnos* tue rapidement si rien n'est fait. D'ailleurs, les enfants qui en ont été victimes, même quand ils ont été pris en charge, présentent toujours des séquelles physiques ou psychologiques : certains deviennent sourds (*ndôk*), d'autres adoptent des attitudes incompréhensibles au fur et à mesure qu'ils grandissent (*ndoumekan*). Tout cela est dû à la fois aux symptômes de cette maladie, notamment une pâleur physique, des fatigues constantes, un manque d'appétit, un manque de jeu, des fièvres passagères, des maux de tête, des pleurs constants. Elle a son caractère spécifique. Elle est perçue par les Bulu comme une maladie plurielle, car elle est la somme de certaines maladies infantiles locales (*Ebem*) et de certaines maladies dites naturelle qui menacent constamment la santé des enfants de cette zone (paludisme, rhume, toux, coqueluche).

Il existe deux traitements pour guérir de cette maladie. Le premier est destiné aux géniteurs, tandis que le second concerne les soins endogènes. Concernant les géniteurs, étant donné qu'ils sont la cause et les responsables, ils sont dans ce cas les premiers véritables thérapeutes. Ainsi, à l'instar des actes de sorcellerie, ils doivent reconnaître ouvertement qu'ils sont les auteurs de la souffrance de leur enfant, afin que ce dernier recouvre sa santé. Au terme de cette confession des deux géniteurs alors le second traitement peut commencer. Ce second traitement consiste, pour les tradipraticiennes, à mettre l'enfant souffrant dans l'*Etok* pour lui faire des bains à base des feuilles écrasées des plantes *Janjang*, *Zelane* et *Beyem elok*. Après chaque bain, l'enfant doit être oint d'une huile à base de feuilles d'une plante appelée « *Meva'a* » (*Setaria megaphylla*), huile qui porte le nom de « *mbone meva'a* » (l'huile de *meva'a*). Normalement, la thérapie se déroule sur trois jours, mais peut être modulée selon le

nombre de jours qu'ont duré les rapports sexuels avant de découvrir les premiers symptômes de la maladie.

Après cela, les géniteurs entrent de nouveau en jeu. Chacun à leur tour, ils prennent des bains composés des feuilles des mêmes plantes précédemment citées et d'écorces écrasées de l'arbre à vertu mystique *Doum*. En outre, il leur est interdit d'avoir des rapports sexuels au risque d'annuler le premier traitement de l'enfant et que celui-ci retombe malade. Si cette proscription n'est pas respectée, selon les tradipraticiennes, la mort de l'enfant peut survenir rapidement, car la récurrence de la maladie est beaucoup plus agressive et mortelle.

### **Conclusion**

Au terme de ce chapitre, il a été question d'exposer d'une part, les modèles d'identification de ces huit maladies infantiles locales, et d'autre part, d'analyser leur classification dans leurs sous catégories socio-culturelles, leurs perceptions ainsi que les soins préventifs et thérapeutiques y afférents. Il apparaît que le contexte de soin de ces maladies infantiles locales est analogue aux « comportements planifiés », c'est-à-dire aux comportements (faits, actes, gestes et postures) devenus une habitude, une seconde nature, voire une conscience collective. Pour les auteurs de cette théorie (Ajzen & Fishbein, 1980), dans toute socio-culture, les individus sont soumis à des comportements soit qui émergent de contraintes, soit qui leur sont prescrits par la société. Cette approche permet de comprendre d'abord la dynamique planifiée des actions des mères (autosoins ou soins domestiques, consultation de l'entourage, puis des tradipraticiennes). Leurs comportements répondent à un ordre populaire, communautaire, normalisé et institutionnalisé connu de tous dans cette socio-culture. Quant aux tradipraticiennes, pour chaque maladie infantile locale, quels que soient les outils de prévention et de traitement mobilisés, elles adoptent également un comportement planifié, c'est-à-dire une stratégie communément partagée : la « divination » qui permet de diagnostiquer (découvrir les causes et les conditions d'une maladie) ces maladies infantiles locales. Dans la plupart des cas, la survenue de ces maladies permet aux tradipraticiennes de rappeler la nécessité de respecter les règles socioculturelles qui fondent les relations sociales, les maladies infantiles venant généralement sanctionner de mauvaises conduites, en particulier de la part des mères.

J'ai jugé utile de reprendre dans un tableau la pharmacopée traditionnelle (désignée en langue bulu et en termes scientifiques) utilisée pour soigner les huit maladies infantiles locales. Ce tableau met surtout en évidence la complémentarité qui se joue dans l'usage des éléments de

chaque pharmacopée traditionnelle dédiée aux soins de chacune de ces maladies infantiles locales.

Maladies infantiles locales identifiées	Éléments préventifs et thérapeutiques de la pharmacopée traditionnelle	Noms scientifiques des éléments de la pharmacopée
<b>Ebem</b>	Akondok, Evouvous essak, Mbeng mvae, Etok. nkou, mbone menyegue, Ndodô, Nkou.	Evouvous essak (Albizia glaberrima), Mbone menyegue ou Mbone mibang (Elaeis guineensis tennera), Akondok (Nauclea sp), Mbeng Mvae (Annona sp), Ndodô (Capsicum annum), Nkou (Sodium chloride).
<b>Koe ebem</b>	Evouvous essak, Akom, Ebom bulu, me kai me obetone, ebebeng, me kai me ebebeng. Mbeng mvae	Evouvous essak (Albizia glaberrima), Akom (Terminalia superba), Ebom bulu ou Ebom afan (Anonidium manii), Obétone (Morinda lucida), Ebebeng (Margaritaria discoideus), Mbeng mvae (annona sp)
<b>Mefoulou</b>	Edoum ou Adoum, Janjang, zelane, oyale zom, Etok.	Edoum ou Adoum (Cylicodiscus gabunensis), Janjang (Cassytha filiformis), Zelane (Triplotaxis stellulifera), Oyale zom (Momordica charantia L)
<b>Medime</b>	Efobelé ou dilik, Etok.	Dilik ou Efo bele (Tétrorhchidium didymostemon)
<b>Midip</b>	Vovo, elone, essombo, mbone meñyegue,	Vovo (Jatropha Gossypifolia), Elone (Erythrophleum ivorens), Mbom menyegue ou Mbom mibang (Elaeis guineensis tennera), Essombo (Rauvolfia macrophylla)
<b>Awo'o mbime</b>	Edoum, zelane, jangjang, mbone meñyegue, beyem elok, Dilik, Etok.	Jangjang ( <i>Cassytha filiformis</i> ), Zelane (Triplotaxis stellulifera),

		Edoum ou Adoum (Cylicodiscus gabunensis), Mbone menyegue (Elaeis Guineensis tennera), Beyem elok (Clerodendrum splendens), Dilik (Tetrorchidium didymostemon).
<b>Abobone avous</b>	Ekop ze, kolot, mbone meñyegue ou Mbone mibang	Mbone menyegue ou Mbone mibang (Eleais guineensis tennera), Kolot (Achyranthes aspera), Ekop ze (Leptaspis cochleata).
<b>Agnos</b>	Janjang, zelane, Etok, Doum, Mbone meva'a, Beyem Elok.	Janjang (Cassytha filiformis), Zelane (Triplotaxis stellufera), Beyem elok (Clerodendrum splendens), Meva'a (Setaria megaphylla), Doum (Ceiba pentadra).

**Tableau 15** : Présentation des huit maladies infantiles locales et les éléments de leur pharmacopée traditionnelle. Source, mes enquêtes de terrain.

De ce tableau, il ressort que certaines écorces, herbes, feuilles et huiles traditionnelles sont utilisées pour le traitement de plusieurs maladies, de même que certains objets – comme l'*Etok* (vase traditionnel sacré) qui est employé dans le cadre des soins des maladies *Ebem*, *Mefulu*, *medime*, *Awo'o mbime* et *Agnos*. C'est ainsi que les plantes *Evouvous essak* et *mbeng mvae* sont utilisées pour les traitements des maladies *Ebem* et *Koé ebem* ; que *Janjang* et *Zelane* soignent *Mefulu*, *Awo'o mbime* et *Agnos* ; et que *Beyem elok* traite *Awo'o mbime* et *Agnos*. Pour les écorces, celles de l'arbre *Adoum* ou *Edoum* sont utilisées pour soigner *Mefulu* et *Awo'o mbime*. L'huile traditionnelle *Mbone menyegue* est quant à elle utilisée pour le traitement des maladies *Ebem*, *Awo'o mbime*, *Midip* et *Abobone avous*. Il arrive aussi que, pour le traitement de certaines maladies, les écorces et les feuilles d'un même arbre soient utilisées simultanément, ce qui est le cas de l'*Ebebeng* pour le *Koé ebem*.

L'usage de la pharmacopée traditionnelle<sup>173</sup> est complexe tant sur le plan de la connaissance profonde des vertus de chaque plante ou arbre et de leurs composantes (écorces, feuilles, racines, fruits, sèves) dans l'accomplissement des soins que sur celui de la connaissance de la

<sup>173</sup> Je précise qu'il faut se référer aux annexes pour consulter les photographies de cette pharmacopée traditionnelle.

complémentarité préventive et thérapeutique entre certaines plantes, herbes, etc. Dans ce cas, en l'absence de certains éléments de pharmacopée traditionnelle pour soigner un enfant d'une maladie infantile locale, la tradipraticienne empruntera d'autres éléments possédant les mêmes vertus préventives et thérapeutiques. D'autre part, bien que toutes ces maladies infantiles locales soient soumises à des procédures thérapeutiques qui visent à en guérir définitivement, force est de constater qu'elles ne suivent pas les mêmes méthodes de soin et de guérison. Concernant leur prévention, certaines ne sont pas soumises à une obligation de prévention passive (c'est-à-dire toute précaution avant l'arrivée de la maladie, pré-maladie), ce qui est le cas de *Medime*, *Midip*, *Mefulu*, *Awo'o mbime*, *Abobone avous* et *Agnos*, tandis que d'autres doivent suivre des modalités de prévention active (toute précaution pendant le processus de traitement ou après le constat de guérison totale de la maladie post-maladie), l'*Ebem* et le *Koé ebem* nécessitant impérativement une prévention post-maladie, car ils sont considérés comme récidivants. Enfin, dans le contexte de soin de ces maladies infantiles locales, on remarquera que chaque objet détient un rôle spécifique, qui doit être respecté pour garantir l'efficacité du traitement. Par exemple, les marmites et assiettes utilisées pour préparer les remèdes de chaque traitement ne sont pas interchangeables. De la même manière, les lieux de préparation des remèdes sont spécifiques à chaque traitement. Le non-respect de cette règle peut engendrer des représailles, voire des troubles dans le processus de guérison de la maladie en question.

## CONCLUSION GÉNÉRALE

### 1. PRÉSENTATION DU CHEMINEMENT SCIENTIFIQUE

Au terme de cette étude qui s'inscrit dans le cadre de l'anthropologie de la santé et de l'anthropologie de l'enfance, il a été question d'interroger les maladies infantiles locales, ainsi que la diversité des savoirs et des pratiques endogènes de soin dédiés à leur prévention et à leur traitement chez les jeunes enfants de zéro à cinq ans à Sangmélina (Cameroun). À cet effet, huit maladies infantiles locales (*Ebem, Koé ebem, Mefulu, Mindip, Medime, Abobone avous, Awo'o mbime, Agnos*) ont servi de modèles pour montrer comment se construisent localement les démarches préventives et thérapeutiques.

Concernant particulièrement Sangmélina, pays des Bulu, la démarche a été de saisir les perceptions de l'enfance, de la santé et de la maladie, des savoirs et pratiques endogènes de soins, des soins, du local, de nosologie et de nosographie, de la médecine, de la médecine infantile endogène ou l'ethno-pédiatrie, de la forêt dans cette médecine infantile endogène. Il a été aussi question d'identifier les acteurs impliqués de cette médecine infantile, leur place et leurs rôles ; de participer aux situations de soin afin de découvrir la structuration matérielle des cadres de soin, de repérer les outils utilisés ainsi que le sens de leur disposition, d'observer les postures, les faits et les gestes des principaux acteurs (tradipraticiens, enfants, mères), de découvrir les mécanismes autour de la prévention et des soins de ces maladies infantiles locales. Il s'est avéré également important de saisir le lien entre la vision du monde des Bulu et ses composantes (mondes macro, méso et microcosmique ; les dimensions visibles et invisibles) et les soins pour mieux comprendre ce lien touchant à la descendance des groupes ; de repérer, en langue locale, la taxinomie (nomination et classification) des maladies en général et celles infantiles locales en particulier chez ce groupe culturel.

Afin d'obtenir des données fiables capables d'éclairer sur l'objet de recherche (*explorer les maladies infantiles locales, ainsi que les savoirs et les pratiques endogènes de soins dédiés à leur prévention et à leur traitement auprès des enfants de zéro à cinq chez les Bulu de Sangmélina (Sud-Cameroun)*), j'ai élaboré une question de recherche à partir de laquelle j'ai construit une stratégie d'enquête sur ce terrain bulu. Cette question est la suivante : *Comment peut se comprendre la nécessité d'utiliser les savoirs et les pratiques endogènes de soins dans la prévention et le traitement des maladies infantiles locales chez les Bulu de Sangmélina ?*

Cette question de recherche qui a suscité en moi l'envie d'aller sur le terrain (que je connaissais en partie seulement), m'a permis de choisir ma méthode de recherche (l'ethnographie). La stratégie d'enquête qualitative adoptée, fondée sur plusieurs études de terrain, a consisté à s'immerger dans le monde de la médecine infantile endogène bulu principalement réservée aux soins de ces maladies infantiles locales. Le cadre temporel a été de 11 mois, incluant les 03 mois du mémoire de 2012-2013 et les 04 phases de terrain de thèse proprement dites entre 2017 et 2023. Dans 101 villages, 4 cantons et 16 groupements, la méthode adoptée a privilégié une méthodologie adaptée, car l'éthique de recherche sur les enfants et leurs terrains suggère une démarche assez spécifique et adaptative. Cela dit, on n'aborde pas les enfants, même à travers leurs mères, le cas de cette thèse, comme on aborderait les adultes. Les enfants sont délicats, y compris leurs terrains. C'est pourquoi j'ai fait appel à l'ethnographie du détail (Razy, 2007), à l'approche mosaïque (Fucci, 2020), associés aux observations, aux entretiens, aux récits de vie et aux focus group pour collecter les données.

L'objectif était d'être présent, passivement et activement, proche des faits et gestes, d'identifier les informateurs et accéder à leurs discours. Menée aussi bien en langue vernaculaire (langue locale) que véhiculaire (français), cette étude s'est concentrée sur la zone rurale. La zone rurale parce qu'elle est le cadre idéal et principal foyer d'observation pour saisir les interactions et les rôles des différents acteurs concernés par cette médecine infantile endogène, et les mécanismes de soins de ces maladies. Les chefferies (cantons et groupements) – centres de ralliement ruraux, garantes des traditions, et donc de cette médecine infantile endogène – m'ont été utiles pour organiser des focus group avec les mères et pour mener des entretiens avec les chefs. Mon immersion dans les structures traditionnelles de soin m'a permis d'interviewer les tradipraticiens, d'identifier les mères à interroger qui n'avaient pas été présentes lors des focus group (qui m'ont accordé quelques entretiens à leur domicile après les soins de leurs enfants) et d'observer la mise en œuvre des savoirs et des pratiques dans les situations de soin. Les agents de santé communautaire m'ont fourni des informations relatives à l'état de santé communautaire, aux maladies infantiles générales et locales qui sévissent et m'ont orienté vers d'autres personnes de la communauté susceptibles de me fournir des informations spécifiques.

Pour accéder à ces informations et susciter la confiance des populations, j'ai utilisé deux identités différentes. D'une part, l'identité de « jeune chercheur en anthropologie » quand il s'agissait des services biomédicaux (CSI, PEV, pédiatrie ou maternité de l'hôpital de district),

et d'autre part celle communautaire (*mone bulu*) dans des localités très hostiles aux étrangers afin de réduire les distances. C'est ainsi que je suis parvenu à rencontrer 350 informateurs qui ont constitué mon échantillon qui se compose comme suit : 240 mères (donc 240 jeunes enfants), 51 tradipraticiens, 4 chefs de cantons, 16 chefs COSA, 3 responsables du PEV, 10 responsables de maternité et de pédiatrie, 01 phytothérapeute, 08 infirmiers et 10 enseignants retraités et journalistes. À travers leurs discours, ces différents informateurs ont contribué à ce que j'obtienne des données variées sur ces maladies infantiles locales ; sur les savoirs et les pratiques endogènes de soins ; sur l'usage de la pharmacopée ; et sur les logiques qui expliquent que ces maladies infantiles locales ne se préviennent et ne se traitent que par ces savoirs et pratiques locaux de soin.

Le cadre théorique m'a permis de comprendre et d'analyser l'ensemble de faits, gestes et postures des acteurs de cette médecine, ainsi que son véritable sens dans le contexte des soins infantiles dans cette socio culture, j'ai fait appel aux théories que j'ai jugées mieux adaptées au contexte. Il s'agit de l'anthropologie interprétative de la maladie de Kleinmann et l'ethnométhodologie. Concernant l'anthropologie interprétative de la maladie, cette thèse met en évidence les dimensions sociales et culturelles des maladies infantiles locales chez les Bulu. Or, cette théorie éclaire justement sur la saisie des dimensions ou des réalités culturelles de la maladie comme point de départ avant toute interprétation collective, toute mobilisation de divers paramètres, toute recherche de causes et de sens, tout consensus et toutes diverses interactions entre le malade (le jeune enfant), sa famille, la communauté et les tradipraticiens. Du point de vue de l'ethnométhodologie : pour comprendre les véritables sens des traditions Bulu dans les soins infantiles ; comprendre leur médecine infantile endogène, ses composantes et ses usages. Le sens donné à cette médecine par les Bulu est qu'elle est ancestrale, et que du fait de ses composantes visibles et invisibles, elle est l'unique voie fiable pour guérir ces maladies.

Les données de terrain sont des artefacts dénués de toute considération empirique et scientifique. Leur interprétation, qui a consisté à leur attribuer un véritable sens, une signification, une valeur scientifique, m'a permis de restituer les résultats obtenus à travers « l'ethno-analyse » (Mbonji, 2005), c'est-à-dire en m'appuyant sur le contenu des communications ou des discours des acteurs. La contextualisation et l'analyse des données a fait émerger trois nouvelles questions : celle de « la symbolique de l'enfance dans cette socio culture », celle de « l'intelligence médicale infantile endogène » et celle de « l'ethnocentrisme médical ou thérapeutique ».

Concernant la question de la « *symbolique de l'enfance dans cette socio culture* », l'enfant est un don de Dieu, une richesse, une semence et un honneur. Le jeune enfant en particulier est perçu comme physiquement, moralement et psychologiquement un être fragile, et qui est sous la socialisation et l'autorité de toute la communauté. C'est un être communautaire, fait dans la communauté et qui se construit avec et par elle. L'enfance est aussi perçue comme un temps dénué de tous les éléments qui invitent au respect et à la considération sociale et culturelle dans cette communauté, notamment une femme, des enfants, une demeure et une plantation cacaoyère. Du point de vue de sa santé, il a une âme et un sang purs ; il est souvent un cadre privilégié de ravitaillement de sang pur par les esprits maléfiques, et quelquefois le réceptacle des totems à la recherche des cavités pures. C'est pourquoi les tradipraticiennes, en tant que « déesses du temple de guérison infantile », veillent à leur santé au quotidien à travers des confrontations épiques de jour comme de nuit.

S'agissant de la question de « *l'intelligence médicale infantile endogène* », elle engendre la prise en charge traditionnelle de ces maladies chez ce groupe culturel. Cette prise en charge est basée sur la complémentarité des mondes macrocosmique (Dieu, l'univers), méso cosmique (ancêtres défunts, fétiches, totems, génies, etc.), micro cosmique (population bulu, la flore et la faune) qui constituent leur « vision du monde ». Cela dit, les soins locaux en général et ceux infantiles en particulier ne se font pas et ne peuvent se comprendre en dehors de cette « vision du monde » : elle est le centre de gravité de cette intelligence médicale infantile endogène. Ainsi, il était nécessaire de s'immerger dans ce cadre de soins infantiles spécifiques pour comprendre son déploiement, notamment les démarches, les mécanismes et les outils de soins ; les acteurs majeurs impliqués, leurs rôles individuels et collectifs ; les sources de pouvoirs des tradipraticiens et leurs liens avec les ancêtres défunts, les fétiches, les totems, les génies ; l'organisation et la structuration des espaces de soins, etc. Concernant les rouages de cette intelligence médicale infantile endogène, mes enquêtes montrent qu'elles sont strictement réservées aux initiés (tradipraticiennes) dont la grande majorité est constituée de femmes âgées (entre 60 et 80 ans... voire plus), et que toutes ces maladies infantiles locales peuvent souvent avoir la même démarche diagnostique (divination), les mêmes traitements, mais différentes prises en charge.

Du point de vue de la question de « *l'ethnocentrisme médical ou thérapeutique* » quant à elle est porteuse des éléments de leur savoir-faire médical et qui leur permet d'être singuliers et résilients face aux insuffisances de la biomédecine dans ce contexte. Il (cet ethnocentrisme médical ou thérapeutique) ne consiste pas, pour cette communauté bulu, à faire de sa

médecine infantile endogène une vérité universelle. Mais plutôt une institution spécifique incontournable pour les soins infantiles locaux qu'ils cherchent à valoriser, à préserver, à perpétuer de génération en génération, à défendre. Ce type d'ethnocentrisme dont font preuve les Bulu est ici à encourager selon Cuche (2010), car non seulement il concerne plus globalement la « défense de l'autonomie culturelle liée à la préservation de l'identité collective » (p. 7), mais aussi au tréfonds de cette notion il ressort en filigrane l'identité culturelle médicale bulu, « un tout complexe » (Tylor, 1871), qui leur permet d'être médicalement autonomes.

Cette contextualisation a également permis de dégager quelques aspects forts de cette recherche.

En premier lieu — tout en démontrant la nécessité de considérer ce type de maladies infantiles peu prises en compte par les programmes de santé infanto-juvénile — cette thèse pourrait être conçue comme une contribution au champ des savoirs et des pratiques endogènes dans la prévention et le traitement des maladies infantiles locales au Cameroun. Elle a mis en évidence le contexte général dans lequel les populations bulu de Sangmélina s'organisent et élaborent des stratégies pour prévenir et traiter les maladies infantiles locales qui menacent leurs enfants en s'appuyant sur les savoirs et les pratiques locaux de soin. Dans ce contexte, mes entretiens montrent que, comme ces maladies infantiles locales sont considérées par les Bulu comme des maladies de « chez eux », de « leur environnement », c'est-à-dire des constructions sociales et culturelles, il va sans dire qu'elles ne peuvent être prévenues et être traitées que par leurs propres manières préventives et thérapeutiques.

En second lieu — prenant en compte les connaissances et les pratiques endogènes de soins dans l'optique d'interpeller et d'éclairer les politiques publiques et sociales de santé infantile par des résultats jusque-là inédits et complémentaires d'autres travaux anthropologiques en milieu camerounais (De Rosny, 1981, 2006 ; Laburthe-Tolra, 1981, 1985 ; Hours, 1985 ; Monteillet, 1998, 1999, 2005, 2006, etc.) — cette thèse apporte une contribution au champ de la prise en charge traditionnelle des maladies infantiles locales au Cameroun, notamment en pays bulu. Les approches ethno-méthodologique et interprétative de la maladie de Kleinmann (1978), sans oublier l'analyse émiqque des représentations des maladies par les Bulu, montrent que cette prise en charge dépend de la nosologie et de la nosographie de chacune des maladies. En effet, cette thèse montre que les Bulu effectuent une dichotomie entre les maladies dites « naturelles » et celles dites « socioculturelles ». Ces approches ont également montré que, en plus de la nosologie et de la nosographie des maladies, la vision du monde des

Bulu fait partie intégrante de leur prise en charge, de sorte que les tradipraticiens créent un espace d'interaction entre Dieu, les divinités, les morts, les vivants, les totems, les génies afin d'endiguer la maladie et d'en être possesseur comme l'a montré Fainzang (1986) chez les Bissa du Burkina Faso. Plus précisément, dans cette socio-culture, les nosologies et les nosographies des maladies ne peuvent se comprendre ni avoir de sens en dehors de la vision du monde des Bulu, c'est-à-dire de leurs manières propres de percevoir le monde des mortels (monde visible et sensible) et celui des morts et des esprits (monde invisible et insensible) selon leurs aspirations sociales, culturelles, religieuses, spirituelles. Les causes des maladies, leurs symptômes, leur classement social et culturel, ainsi que leurs stratégies préventives et thérapeutiques interagissent avec les mondes macrocosmique (Dieu, l'univers), méso-cosmique (ancêtres défunts, fétiches, totems, génies) et microcosmique (les humains, les animaux et la forêt). Trois raisons fondamentales l'expliquent :

- D'abord, le cadre social et culturel des Bulu est multidimensionnel (sorcellerie, invisible, nuit).
- Ensuite, l'origine de toute maladie est toujours entourée de causes multiples (sociales, culturelles, mystiques, naturelles).
- La complexité de la connaissance profonde de la pharmacopée traditionnelle (végétaux et animaux).

Cependant, il existe des maladies dont la prévention et le traitement se font en dehors des savoirs et pratiques endogènes de soin bulu. Cette thèse, bien qu'elle se soit focalisée sur le « singularisme médical et thérapeutique » par rapport aux soins endogènes exclusifs de ces maladies infantiles locales, montre qu'il existe bel et bien des maladies dites « naturelles », considérées par les Bulu comme des « maladies venues d'ailleurs », « des maladies des Blancs », qui se soignent principalement dans des hôpitaux, même si la médecine traditionnelle peut également intervenir.

En troisième lieu, ce travail a permis de décrire la place de chacun des acteurs majeurs impliqués dans cette médecine infantile endogène bulu ; et d'analyser leurs postures et leurs actions. Notamment, cette thèse montre que la place des tradipraticiennes, dont la grande majorité est des femmes âgées, est importante dans le contexte de soin infantile de cette zone, car grâce à leur initiation, celles-ci disposent d'un savoir médical préventif et thérapeutique endogène approfondi d'apaisement des souffrances corporelles infantiles et maternelles. En ce qui concerne les éléments à partir desquels elles mettent au point les mécanismes de prise en charge, de diagnostic et de stratégies préventives et thérapeutiques, ce travail montre que ces

savoirs ne sont pas appréhendables : c'est à l'intérieur des actes de soin (prise en charge, diagnostic, massages, bains, palpations, observations, blindages, etc.) qu'ils se comprennent et s'expriment. Quant aux sources de leurs pouvoirs de guérison, elles revêtent deux visages : l'un visible (diurne) et l'autre invisible (nocturne, mystique). En fonction de leur statut médical (les tradipraticiennes), elles sont initiées à la connaissance et au fonctionnement de ces deux mondes ainsi qu'à l'élaboration de stratégies de protection et de guérison des maladies.

À partir des données de terrain, un plan de rédaction a été structuré. Celui-ci (ce plan de rédaction) s'articule autour de deux grandes parties.

— La première grande partie (Données de contexte, méthodologie et cadre conceptuel de l'étude), est constituée de quatre chapitres. Le premier chapitre (Présentation des aspects socio-sanitaires du Cameroun et de Sangmélina, zone d'enquête), expose les aspects physiques, socio-culturels, socio-politiques, socio-économiques, socioreligieux et socio-sanitaires du Cameroun et de Sangmélina. Le deuxième chapitre (Construction de l'objet d'étude, stratégie d'enquête de terrain et choix théoriques), présente les démarches scientifiques qui président à la construction de l'objet d'étude de cette thèse ; la stratégie d'enquête de terrain et de collecte de données ; ainsi que les théories mobilisées. Le troisième chapitre (La petite enfance et la santé infantile : une anthropologie croisée) présente la situation de la santé infantile dans le monde et en Afrique ; la petite enfance dans les sciences humaines et sociales. Le quatrième chapitre (Explication et analyse des concepts opératoires de l'étude) analyse l'enfance et la petite enfance chez les Bulu ; la santé et la maladie chez les Bulu ; les savoirs et les pratiques endogènes de soin ; les soins ; le « local » à travers le regard de l'anthropologie et des Bulu ; les convergences et divergences théoriques et pratiques de la nosologie et la nosographie ; et la nosologie et la nosographie en anthropologie de la santé.

— La deuxième grande partie (Analyse ethno-anthropologique de la médecine endogène et de la pharmacopée bulu) s'articule autour de cinq chapitres. Le premier chapitre (Médecine endogène bulu : un cadre rattaché à la forêt) interroge la notion de médecine chez les Bulu ; et la place qu'occupe la forêt dans cette médecine. Le deuxième chapitre (La médecine infantile endogène ou l'ethno-pédiatrie bulu : acteurs, savoirs, pratiques et outils) présente les acteurs de cette médecine infantile endogène ; les savoirs et les pratiques ; ainsi que les outils. Le troisième chapitre (la vision du monde des Bulu et les soins) questionne la structure sociale de laquelle découle la vision du monde des Bulu ; et analyse le rapport entre cette vision du monde et les soins. Le quatrième chapitre (Nomination et classification des maladies chez les

Bulu) analyse les deux grands groupes de maladies présentes chez les Bulu (naturelles et socio-culturelles), leurs composantes ainsi que les thérapies traditionnelles mises en œuvre. Le cinquième chapitre (Prévention et thérapeutique des huit maladies infantiles locales) expose les huit maladies infantiles locales identifiées tout en expliquant comment sont initiés les soins préventifs et thérapeutiques en alliance avec les savoirs et les pratiques endogènes, de même qu'avec la pharmacopée utilisée.

Après avoir mis en valeur mes principaux résultats de recherche, ainsi que son plan de rédaction je vais revenir dans ce qui suit sur ma question de recherche et sur la réponse apportée.

## **2. RÉPONSE APPORTÉE À LA QUESTION DE RECHERCHE**

Au bout de mes enquêtes (entretiens, observations), de l'interprétation et de l'analyse des données recueillies sur le terrain, et au regard de la question et de l'objet de recherche, cette étude n'a pas seulement tenté de répondre à cette question de recherche. Elle a également pu apporter, précédemment et tout au long du travail, des éléments de réponses au questionnement qui a conduit à la construction de la problématique.

La réponse apportée la question de recherche se trouve dans l'hypothèse générale précédemment mentionnée. Je précise que cette hypothèse a été vérifiée et confirmée sur le terrain. Ainsi, de la question de recherche de cette étude : *Comment peut se comprendre la nécessité d'utiliser les savoirs et les pratiques endogènes de soins dans la prévention et le traitement des maladies infantiles locales chez les Bulu de Sangmélima ?* il ressort que deux manières fondamentales expliquent la nécessité d'utiliser les savoirs et les pratiques endogènes de soins dans la prévention et le traitement des maladies infantiles locales chez ce peuple. Premièrement, le fait qu'elles soient inscrites dans les référents et conceptions endogènes de cette population faisant d'elles des constructions sociales et culturelles partagées; deuxièmement, du fait d'être des constructions sociales et culturelles partagées induit que les savoirs appliqués endogènes — jugés ancestraux, plus pratiques, plus proches et efficaces par les Bulu — soient habilités à les diagnostiquer et à les prendre en charge, face au système de soin biomédical camerounais, ici perçu comme inadapté et trop peu accessible au quotidien dans ce contexte.

Tout compte fait, cette question de recherche m'amène également à mettre en évidence ma réflexivité de chercheur par rapport aux précédents travaux portant sur la thématique de la petite enfance et de la santé en Afrique. Ainsi, à travers mon expérience de terrain auprès de

ce peuple bulu, je me suis rendu compte que le moment est venu de « redéfinir » les rapports entre les systèmes de soin et les maladies, notamment celles infantiles, de façon à diminuer la mortalité infantile dans cette zone. Cette redéfinition devrait être l'œuvre d'une synergie des deux principales médecines (traditionnelle et biomédicale) dans le but de déterminer laquelle de ces deux médecines est la plus appropriée pour guérir avec efficacité telle et telle maladie infantile. Lors de mes enquêtes, plusieurs mères m'ont confié avoir brutalement perdu un enfant du simple fait d'avoir passé plus de temps dans les hôpitaux pour une maladie socioculturelle dont l'identité s'est révélée par une tradipraticienne consulter il se faisait déjà tard. Elles reconnaissent avoir perdu leur temps, leur argent et avoir vu leurs espoirs brisés. En fait, l'objectif dans cette redéfinition n'est pas de mettre en évidence la contre-productivité et les limites de la biomédecine face aux maladies socioculturelles, voire naturelles, mais de montrer que plus une maladie est prise en charge par une médecine appropriée, plus sa guérison est certaine – donc, plus les risques de mortalité sont faibles.

Visiblement, une telle redéfinition, si elle est véritablement implémentée à travers les normes et les institutions, montre à suffisance que certes hier encore, comme le montrent Dozon & Fassin (2001), la santé publique s'est imposée dans les sociétés contemporaines comme un lieu central de l'espace social et politique. Cependant, à partir du cas des maladies infantiles biomédicales (rougeole, varicelle) et des maladies infantiles locales dans cette zone, cette théorie est peut-être dépassée et a montré ses limites. Les exemples de la rougeole et de la varicelle, que j'ai illustrés précédemment dans le texte en montrant que leur guérison définitive après des vaccins bien entendu, tourne autour des pratiques thérapeutiques locales ou traditionnelles. Bien avant, Fassin (1986) avait déjà mené une étude similaire auprès des femmes haalpulaaren du Sénégal dans laquelle il montre qu'aussi bien en milieu rural qu'urbain, les pratiques thérapeutiques de la rougeole indiquent globalement des comportements beaucoup plus traditionnels. De mes enquêtes, par exemple, plusieurs mères avouent avoir brutalement perdu leurs enfants du simple fait d'avoir passé plus de temps dans les hôpitaux pour une maladie socio-culturelle dont l'identité s'est révélée par une tradipraticienne. Malheureusement il se faisait déjà tard. Elles reconnaissent avoir perdu leur temps, leur argent et ont vu leurs espoirs brisés. En fait, l'objectif recherché ou à mettre en évidence dans cette redéfinition est de montrer que plus une maladie est prise en charge par une médecine appropriée, plus la guérison est certaine et plus les risques de mortalité sont faibles.

Dans le même ordre d'idées, Gobatto (2003) avait déjà aussi montré qu'en matière de soins de santé dans ce « monde globalisé » en général, notamment en Afrique, il se pose toujours le problème du lien entre les pratiques de santé du modèle standard imposé venu d'ailleurs et celles du contexte d'application. Or, s'il est démontré que les entités sur lesquelles porte le travail médical, depuis le corps, socle de ce travail, en passant par les catégories de savoirs et les catégories du travail ne sont en aucun cas des références communément partagées, voire universelles (Gobatto, 2017), l'on se demande cependant pourquoi la même logique ne s'applique pas toujours dans l'articulation entre les pratiques de santé venues d'ailleurs et celles locales ou contextuelles dans le sillage des soins en Afrique ?

Cette redéfinition devrait aussi donner plus de valeur à la médecine endogène bulu et à toutes les médecines traditionnelles africaines dans le contexte des soins. Pendant les situations de soin chez les tradipraticiennes, hormis les mères et leurs enfants, j'ai vu se présenter nombre de patients adultes pour des traitements divers et variés de maladies naturelles (herpès, syphilis, diabète, cancer, etc.). Des semaines plus tard, ces mêmes patients remerciaient les tradipraticiennes, car ils étaient guéris, comme le confirmaient les examens réalisés à l'hôpital. Aussi, j'ai vu des mères consulter des tradipraticiennes pour leurs enfants souffrant de la varicelle ou de la rougeole alors qu'ils avaient été vaccinés à la naissance. Ces quelques exemples parmi tant d'autres confirment que la médecine traditionnelle africaine continue de faire ses preuves. Je m'appuie sur une particularité médicale africaine (la médecine endogène bulu, notamment celle infantile endogène) pour impulser mon souhait vers la globalité africaine. Il est certain que, dans cette zone, le concept d'« universalisme médical » est en train de s'essouffler pour céder la place au « singularisme médical », en l'occurrence biomédical, ce peuple bulu étant aussi frappé par l'évolution des mentalités. Quoiqu'il en soit, au Cameroun (chez les Bulu) tout comme au Gabon (chez les Nzebi), Ngombo Lopepa dans sa thèse (2016) et moi-même sommes d'accord que dans le cadre des soins dédiés aux enfants, bien qu'il y ait une cohabitation de deux principales médecines (traditionnelle et biomédicale), chacune des thérapies a sa conception de la maladie et ses pratiques thérapeutiques pour arriver à la guérison même si les agents de chaque médecine reconnaissent, respectent mutuellement la conception, le champ d'action et les réussites de l'autre (p. 292).

Dans sa thèse de doctorat en sociologie intitulée *l'accès aux soins au Gabon : écart entre la stratégie politique et les pratiques de santé*, Sounda (2018), en s'appuyant sur le cas de monsieur François qui souffrait d'une attaque mystique appelée « fusil nocturne », expose

clairement ce problème de la mise en œuvre des politiques de santé venues d'ailleurs (de l'occident) qui ne cadrent pas toujours avec le contexte des soins encore moins ne tiennent compte des réalités médicales locales, c'est-à-dire que certaines maladies ne peuvent pas se soigner dans les hôpitaux du fait de leur étiologie mystique. Ce qui bien évidemment rend complexe la guérison de cette maladie dès lors qu'on se rend dans un hôpital se consulter au lieu de se rendre chez un guérisseur traditionnel seul apte à la soigner parce qu'elle est une maladie mystique qui fait appel à une synergie des forces spirituelles culturelles (pp.307-308).

Toutefois, j'ai beaucoup appris de ce terrain singulier. Le chercheur doit rendre compte des réalités de terrain, y compris lorsqu'il se confronte à différents types de pouvoirs : celui des autorités traditionnelles (chefs, notables), celui médical et le pouvoir sacré, que détiennent les tradipraticiens. Ce terrain m'a enseigné comment gagner la confiance des interlocuteurs et trouver des solutions *in situ* pour produire des connaissances. Sur le terrain, comme je l'ai indiqué, je me présentais, selon les circonstances, tantôt comme enfant originaire de la région (dans les endroits où l'on ne me connaissait pas), tantôt comme étudiant chercheur, l'anthropologue devant savoir s'adapter au terrain et aux populations. À ce propos, je me souviens de ce jour où je devais mener un focus group avec des mères dans le groupement (Yekombo) du canton Nlobo-Lobo ; n'était présente que l'épouse du chef de ce groupement décortiquant des arachides. Alors, en attendant que son époux arrive, je me suis joint à elle et nous avons décortiqué les arachides ensemble. Je n'avais pas d'autre choix que de jouer le jeu, car l'une des particularités de cette étude était de m'immiscer dans les vies quotidiennes, sociales, culturelles, intimes des membres de cette communauté. Et pour y parvenir, il fallait éliminer les soupçons à mon égard et inspirer la confiance, de façon que les individus se livrent.

J'allais à la rencontre de personnes « mystérieuses », notamment les tradipraticiens et les autorités traditionnelles, mais dont les espaces sont constamment ouverts. Là encore, je devais adopter des attitudes exemplaires et adaptatives.

Concernant particulièrement les tradipraticiens (mères âgées, matrones et blindeurs), la tâche était plus ardue, s'agissant de personnes dotées de pouvoirs endogènes de soin et de guérison – et donc considérées, après les autorités traditionnelles (chefs, notables), comme des personnalités socialement et culturellement importantes. En fait, dans cette zone, il existe deux grands pouvoirs : le pouvoir constitutionnel que détiennent les autorités traditionnelles et celui médical que détiennent les tradipraticiens. Dans un premier temps, il était donc impératif de gagner leur confiance, confiance que j'ai acquise en échangeant des paroles banales, en

allant puiser de l'eau à la rivière ou encore chercher du bois surtout pour les mères âgées et les matrones. Dans un deuxième temps, il fallait être attentif à tout acte de soins lors des consultations – en vue de comprendre leur mécanisme, les interactions entre tradipraticiens, mères et enfants, etc. – de même qu'il était nécessaire que ma présence ne biaise pas les accomplissements préventifs et thérapeutiques des tradipraticiens auprès des enfants.

Dans le contexte de cette zone et au regard de toutes les confidences mises en valeur dans cette thèse, y compris celles qui ont été conservées pour des raisons éthiques, beaucoup restent à explorer dans ce domaine. Et c'est à ce niveau que cette thèse semble présenter des limites, c'est-à-dire qu'elle n'a pas pu faire le tour de toutes les questions locales et biomédicales relatives à la santé des enfants en général, à la santé maternelle et infantile, à la santé de la reproduction dans cette zone. En effet, bien qu'ayant circonscrit mon étude sur la santé infantile endogène des Bulu, j'aurai pu également intégrer voire approfondir quelques aspects de la santé infantile extérieure à ce peuple bulu, notamment les représentations du vaccin et de la vaccination afin de mieux saisir les enjeux liés à ces réticences ; l'organisation structurelle et fonctionnelle du PEV (programme élargie de vaccination) qui est la structure en charge de la protection des enfants au Cameroun ; la prise en charge des maladies infantiles dans les pédiatries et les maternités ; investiguer sur les fondements de la complémentarité entre l'ethno-pédiatrie et la pédiatrie dans cette zone, etc.

C'est pourquoi, compte tenu de toutes ces limites constatées comme dans tout travail d'ailleurs, à travers cette thèse j'ai ouvert les portes d'un monde extraordinaire composé de personnes dotées de connaissances et de pouvoirs de soin et de guérison infantiles hors normes. Dans les années à venir, j'envisage de poursuivre mes recherches dans ce domaine lié à la santé des enfants et aux médecines infantiles endogènes, beaucoup restant à explorer dans ce domaine. Je suis persuadé que les enfants restent et demeurent l'avenir de notre humanité effondrée humainement, psychologiquement, moralement, socialement et culturellement. En tant que tel, ils méritent que nous réfléchissions constamment, à des degrés divers, pour eux afin de rendre leur existence meilleure, condition sine qua non de la perpétuation de l'humanité. Dans cette optique, je ne saurai confirmer avec certitude que les *Childhood studies*, en alliance avec les organismes qui œuvrent pour le bien-être et les droits des enfants (Unicef, CIDE, etc.), sont une chance ou encore une vitrine pour conscientiser l'humanité de l'*agency* des enfants, de leur voix et de leurs droits, notamment le droit à la vie, le droit à la santé, le droit à l'éducation, le droit d'être protégé, le droit de grandir dans un environnement sain, etc. Mais, ce pourquoi je milite profondément – en m'appuyant sur mon terrain de

recherche où j'ai constaté que les enfants bulu font face à d'autres problèmes sociaux (éducation, pauvreté, viols, kidnapping, abandon, vivant dans la rue, mal nutrition, etc.) autres que ceux de santé — est que les *Childhood studies* soient un domaine à encourager, à vulgariser et qui méritent sans cesse d'être enrichis. Car, la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) est bien claire dans son préambule qui stipule que « [...] l'humanité doit donner à l'enfant ce qu'elle a de meilleur ». Les *Childhood studies* doivent s'atteler à le faire.

Ce qui me conduit aux perspectives de recherche futures.

### **3. PISTES DE RECHERCHE ET DE RÉFLEXION POUR UNE PETITE ENFANCE À L'ABRI DES MAUX ET DES MALADIES AU CAMEROUN ET EN AFRIQUE**

La question qu'on se pose souvent lorsqu'on termine un doctorat est : qu'elle peut être l'impact d'une telle recherche face à la complexité des réalités étudiées ? À partir de cette préoccupation, dans l'objectif de prolonger ce travail et d'enrichir cette thématique, il apparaît important que d'autres études dans cette zone, mais en liaison avec d'autres régions d'Afrique centrale, soient menées. Je suis naturellement concerné par ces études futuristes. D'ailleurs, outre la voie d'enseignant-chercheur en anthropologie de la santé et de l'anthropologie de l'enfance que j'ai empruntée et que je poursuivrai autant que possible, plusieurs projets académiques, de recherches, en liaison avec ma directrice, sont en préparation. Dans les années à venir, tout en gardant allumée la flamme de ma problématique, j'aimerai également, dans une approche transversale, élargir mon champ de recherche vers « une anthropologie de la santé publique infantile » afin de combler les limites précédemment évoquées. Aussi, comme cela m'a été suggéré, une piste de recherche sur les maladies locales génétiques dont les Bulu pensent être générationnelles, transmissibles par les liens de sang directs et indirects, serait inédit et louable.

Cela étant, partant du constat que si ces maladies infantiles locales menacent la santé des plus petits dans cette zone et que leur taux de morbidité est tout aussi important, alors n'est-il pas urgent de mettre en œuvre, comme pour les maladies infantiles biomédicales citées plus haut, des programmes de santé infantile spécifiques pour elles au Cameroun en général et dans cette zone en particulier autour des tradipraticiennes ? L'équité sociale territoriale doit également se prévaloir autour des maladies infantiles quelle que soit leur nature. J'en appelle à L'État camerounais d'y songer. Ce d'autant qu'il n'est plus à démontrer que la santé des enfants

demeure une question inquiétante en Afrique, car leur niveau de mortalité reste et demeure constant. Ils sont donc considérés comme vulnérables par les politiques publiques nationales et internationales. Tandis qu'ailleurs beaucoup de cultures (familiales, locales, religieuses, professionnelles) construisent cet âge de la vie comme prioritaire face à de nombreux enjeux, tels que la survie du groupe (leur socialisation), la transmission générationnelle des savoirs.

Les pistes de recherche et de réflexion suivantes, en liaison avec la thématique de « petite enfance et santé en Afrique », pourraient être exploitées dans d'autres études :

- Peut-on envisager dans les années à venir une réduction forte de la mortalité infanto-juvénile au Cameroun ?
- Peut-on imaginer une ethno-pédiatrie africaine sans tradipraticiennes ?
- L'ethno-pédiatrie pratiquée au Cameroun est-elle l'unique solution aux problèmes de santé infantile endogène ?
- Socialement, culturellement et médicalement, en quoi la petite enfance camerounaise diffère-t-elle des autres petites enfances dans le monde ?
- Comment comprendre la méfiance envers la vaccination infantile et le vaccin dans cette zone ?
- Comment mieux intégrer les tradipraticiens, qui sauvent des vies avec peu de moyens à leur disposition, dans les politiques locales (politiques sociales, politiques de santé) et renforcer leur légitimité au Cameroun ?
- Dans le cadre de la reconnaissance du pluralisme médical, n'est-il pas pertinent de créer des cellules transculturelles dans les hôpitaux et CSI au Cameroun ?
- Peut-on dire que les savoirs et pratiques endogènes de soin dans le cadre de la santé infantile révèlent les limites de la médecine savante ?
- Les deux systèmes de prévention et de protection infantiles (endogène bulu et biomédical) peuvent-ils être complémentaire face à certaines maladies infantiles évitables par la vaccination ?
- La reconnaissance des maladies infantiles locales étudiées dans cette thèse est-elle possible par les politiques et les programmes de santé publique camerounais ?
- La divination, méthode de diagnostic dans la médecine traditionnelle africaine, peut-elle être considérée comme une télémédecine traditionnelle ?

- Ce type d'étude menée en immersion et par une ethnographie minutieuse ne gagnerait-il pas à être développé tant dans la recherche pluridisciplinaire, les publications et l'enseignement que par les acteurs des sociétés civiles ?

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

### Par ordre alphabétique

- ABEGA, S-C & OSSANGA, O, C. (2008). « La perception des accès palustres de l'enfant dans la ville de Kribi (sud-Cameroun) ». In Vernazza-Licht, N ; Gruénais, M.E ; Bley, D. (dir.), *Rapport de recherche fièvres, prévention et perception de l'environnement au Cameroun* (pp. 121-132). Montpellier : Éditions IRD, Projet n°3, vol. 2.
- ABEGA, S-C. (2005). *Introduction à l'anthropologie sociale et Culturelle*. Yaoundé: Afrédit.
- ABEGA, S-C. (2007). *Violences sexuelles et Etat au Cameroun*. Paris: Karthala.
- ABESOLE, M, P. (2006). *Aux sources de la culture Fang*, Paris, L'Harmattan.
- ABONDO NGONO, R et al. (2015). « Cartographie des acteurs de la médecine traditionnelle au Cameroun : cas de la Région du centre ». *Ethnopharmacologia*, n°53, pp. 53-63.
- ABOUNA, P. (2012). *Le pouvoir de l'ethnie. Introduction à l'ethnocratie*. Yaoundé : L'Harmattan Cameroun.
- ABRIC, J-C. (1994a). « Les représentations sociales : aspects théoriques ». In Abric, J-C (eds), *Pratiques sociales et représentations* (pp. 11-35). Paris : PUF.
- ABRIC, J-C. (1994b). « Méthodologie de recueil des représentations sociales ». In Abric, J-C (eds), *Pratiques sociales et représentations* (pp. 59-82). Paris : PUF.
- ADAM, P & HERZLICH, C. (2004). *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris : Armand Colin.
- ADELL-GOBERT, N. (2011). *Anthropologie des savoirs*. Paris : Armand Colin.
- ADLER, A & ZEMPLINI, A. (1972). *Le bâton de l'aveugle : divination, maladie et pouvoir chez les Moundang du Tchad*. Paris : Hermann.
- AGNIESKA, K & JOUVELET, B. (2006). *Guérisseurs et féticheurs. La médecine traditionnelle en Afrique de l'Ouest*. Paris : Editions Alternatives.
- AJZEN, I & FISHBEIN, M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social behavior*. Englewood Cliffs, NL, Prentice-Hall, Inc.

- AKOTO, E M et al. (2001). « Infirmiers privés, tradipraticiens, accoucheuses traditionnelles à la campagne et à la ville ». *Bulletin de l'APAD* (en ligne), 21, consulté le 10 juin 2020. URL : <http://journals.openedition.org/apad/101>.
- ALANEN, L. (2011). « *Editorial: Critical Childhood Studies?* ». *Childhood*, vol. 1, (2), 147-150.
- ALDERSON, P & MONTGOMERY, M. (1996). *Health care choices: making decisions with children*. London : Institute for Public Policy Research.
- ALEO, A & DELALANDE, J. (dir.) (2011). *Cultures enfantines. Universalité et diversité*. Rennes : PUR.
- ALEXANDRE, P & BINET, J. (1958). *Le groupe dit Pahouin*. Paris : PUF.
- ALEXANDRE, P & BINET, J. (2005). *Le groupe dit pahouin (fang-boulou-beti)*. Paris : L'Harmattan.
- ALEXANDRE, P. (1965). « Proto-Histoire du groupe Beti-Bulu-Fang, essai de synthèse provisoire ». *Cahiers d'étude africaines*, vol 5, n°20, pp. 503-560.
- ALLISON, J & ADRIAN, L, J. (2008). *Key concepts in childhood studies*. SAGE.
- ALTGLAS, V et al. (dir.). (2007). *Quêtes de santé. Entre soins médicaux et guérisons spirituelles*. Genève : Labor et Fides.
- ALTHABE, G et al. (1992). *Vers une ethnologie du présent*. Paris : Éditions de la maison des sciences de l'homme (MSH).
- ALTHUSSER, L. (2014). *Initiation à la philosophie pour les non-philosophes*. Paris : PUF.
- APPADURAI, A. (1995a). « The production of locality ». In Fardon, R. (eds.), *Counterworks: Managing the Diversity of Knowledge* (pp.204-225). Londres et New York, Routledge.
- APPADURAI, A. (2000). « Savoir, circulation et biographie collective ». *L'Homme* : 156, pp.29-38.
- ARGYLE, M. (1994). *The psychology of interpersonal behavior*. United Kingdom : Penguin.
- ARIÈS, P. (1960). *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*. Paris: Plon.
- ARISTOTE. (2014). *Éthique à Nicomaque*. Paris: les Éditions les Échos du Maquis, livre IV.

- ARONSSON, K & RUNDSTROM, B. (1988). « Child discourse and parental control in pediatric consultations ». *Text – an interdisciplinary journal of the study of discourse*, vol 8, 159-189.
- ARONSSON, K. (1998). Identity-in-interaction and social Choregraphy. *Research on language and social Interaction*, 31 (1), 75-89.
- ATANGANA, M, T. (2004). *Cadre juridique spécifique pour la lutte contre la traite des enfants au Cameroun*. Yaoundé : BIT-IPEC-LUTRENA.
- AUBAME, J. M. (2002). *Les Beti du Gabon et d'ailleurs*. Paris : L'Harmattan, Tome 1.
- AUBAME, J-M. (2002). *Les Beti du Gabon et d'Ailleurs : tome 1, Sites, parcours et structures ; tome 2, Croyances, us et coutumes*. Paris : L'Harmattan.
- AUGÉ, M & HERZLICH, C. (1984). *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris : Éditions des archives contemporaines.
- AUGÉ, M. (1984). « Ordre biologique, ordre social : la maladie forme élémentaire de l'évènement ». In Augé, M & Herzlich, C (eds), *le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris : Éditions des archives contemporaines, pp. 35-92.
- AUGÉ, M. (1986). « L'anthropologie de la maladie ». *L'Homme*, tome 26, n° 97-98, pp. 81-90.
- AUGÉ, M. (1994). *Le sens des autres. Actualités de l'anthropologie*. Paris : Fayard.
- BABA KAKE, I & M'BOKOLO, E. (1978). *Histoire générale d'Afrique berceau de l'humanité*. Paris : Imprimerie, Casterman.
- BADINI, A. (1994). *Naitre et grandir chez les Moosé traditionnels*. Paris, Ouagadougou : Sépia/A.D.D.B.
- BADO, JP. (2008), « Un regard d'historien sur la lutte contre le paludisme au Cameroun (1950-1960) ». In Vernazza-Licht, N ; Gruénais, M.E ; Bley, D. (dir.), *Rapport de recherche Fièvres, prévention et perception de l'environnement au Cameroun* (pp. 333-339). Montpellier, Éditions IRD, Projet n°3, vol.2.
- BAHUCHET, S & ROBILLARD, M. (2012). « Les pygmies et les autres: terminologie, catégorisation et politique ». *Journal des africanistes*, 82-1/2, pp. 15-51.
- BALANDIER, G. (1967). *Anthropologie politique*. Paris : PUF

- BARBIERI, M & CANTRELLE, P. (1991). « Politique de santé et population ». In Gendreau, F & Vimard, P. (eds.), *politique de population, politique africaine* (pp.51-65). Horizon Documentation : IRD, n°31.
- BARIETY, M. et COURRY, C. (1963). *Histoire de la médecine*. Paris : Fayard Le Mesnil-sur l'Estrée, Imprimerie Firmin-Didot.
- BARRIER, J. (dir.) (2019). *Les arts de guérir en Afrique, de la tradition à la médecine conventionnelle, comprendre...* Paris : L'Harmattan.
- BARTH, R. (2002). « The culture builder ». *Educational Leadership* : 59, 6-11.
- BASTIDE, R. (1968). *Religions africaines et structures de civilisation*. Paris : Présence africaine.
- BAUDRILLARD, J et al. (2020). « Modernité ». *Encyclopaedia universalis* (en ligne), consulté le 3 février 2020. URL : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/modernite>.
- BAUMANN, M et al. (2001). *Santé communautaire et action humanitaire, le diagnostic de santé d'une population*. Éditions ENSP.
- BAXERRES, C & LE HESRAN, J-Y. (2006). « Le marché parallèle du médicament en milieu rural au Sénégal : les atouts d'une offre de soins populaire ». *Anthropologie et Sociétés*, Vol 30, n°3, pp. 219-230.
- BEAUD, S & WEBER, F. (1997). *Guide de l'enquête de terrain*. Paris : La Découverte.
- BEITONE, A et al. (2000). *Aide-mémoire de sciences sociales*. Paris : Dalloz, 2ème édition, n° 99.
- BENOIST, J. (1996). « Prendre soin ». *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*. Paris : Karthala.
- BENSA, A. (1978). *Les saints guérisseurs du Perche-Gouet*. Paris : Institut d'Ethnologie, Musée de l'Homme.
- BENTALL, R P. (1992). « A proposal to classify happiness as a psychiatric disorder ». *Journal of Medical Ethics* : 18 (2), 94-8.
- BENVENISTE, A & SELIM, M. (2014). « Désirs d'éthique, besoin de normes? ». *Journal des anthropologues*, n° 136-137, p.440.

- BERQUE, A. (1982). *Vivre l'espace au Japon*. Paris : PUF.
- BERTAUX, D. (dir.) (1997). *Les récits de vie*. Paris : Nathan, 1ere édition.
- BEYER, M, F. (2016). *Encadrer les parcours de soins : vers des alliances thérapeutiques élargies ?* Paris : Dunod.
- BIBEAU, G. (1978). « L'organisation Ngbandi des noms de maladies ». *Anthropologie et Sociétés* (Ethnomédecine et ethnobotanique), Vol. 2, n°3, pp. 83-116.
- BLEY, D & BOËTSH, G. (1999). *L'anthropologie démographique*. Paris : PUF.
- BOLTANSKI, L. (1969). *Prime éducation et morale de classe*. Paris : Mouton.
- BONAFE-SCHMITT, J P. (2004). « L'évaluation de l'activité de médiation de quartier ». *Esprit Critique- Revue internationale de Sociologie et de Sciences Humaines*, Vol. 6 (3), pp. 120-155.
- BONHOMME J. (2008). *Déjouer la mort en Afrique. Orphelins, fantômes, trophées et fétiches*. Paris : L'Harmattan.
- BONNET, D & JAFFRE, Y (éds.). (2003). *Des maladies de passage. Transmissions, préventions et hygiènes en Afrique de l'Ouest*. Paris : Karthala.
- BONNET, D & POURCHEZ, L. (dir.) (2007). *Du soin au rite dans l'enfance*. Érès et IRD.
- BONNET, D. (1985). *Les représentations culturelles du paludisme chez les Moose du Burkina*. ORSTOM : Ouagadougou.
- BONNET, D. (1988). « Corps biologique, corps social. Procréation et maladies de l'enfant en pays Mossi, Burkina-Faso ». *ORSTOM*, coll. Mémoires, n°110.
- BONNET, D. (1990). « Anthropologie et santé publique. Une approche du paludisme au Burkina Faso ». In Fassin, D & Jaffré, Y (dir.), *Sociétés, développement et santé*. Paris : Ellipses, pp. 243-258.
- BONNET, D. (1994). « L'éternel retour ou le destin singulier de l'enfant ». *L'Homme* : (131), pp. 93-110.
- BONNET, D. (1999). « Les différents registres interprétatifs de la maladie de l'oiseau ». In Jaffré, Y & Olivier de Sardan, J.P (dir.), *La construction sociale des maladies : les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest* (pp. 305-320). Paris : PUF.

- BONNET, D. (2010). « La construction sociale de l'enfance : une variété de normes et de contextes ». *Informations Sociales*, Vol. 160, n°4, pp.12-18.
- BONNET, D. (2012). « The Absence of Child in Ethnology: A Non-Existent Problem? ». *AnthropoChildren*, n°1, Issue 1, URL: <https://popups.uliege.be/2034-851/index.php?id=916>.
- BONINI, N. (2017). « Retour et detour sur le terrain: une réflexion sur l'influence des temporalités sur les orientations de recherche ». *Enquetes et ancrages*, (en ligne) <https://shs.hal.science/halshs-03429226>.
- BONINI, N. (2022). « Des paturages à l'école: variations de la relation d'enquete avec des jeunes Maasai ». *Ethnographiques.org*, n°43 (enqueter avec les enfants et les adolescent.e.s), (en ligne), juin 2022. [https://www.ethnographiques.org/2022/Bonini-consulté le 27.10.2022](https://www.ethnographiques.org/2022/Bonini-consulté%20le%2027.10.2022).
- BOUDON, R. (1973). *L'inégalité des chances. La mobilité sociale dans les sociétés industrielles*. Paris : Armand Colin.
- BOUILLON, F. (2005). « Pourquoi accepte-t-on d'être enquêté ? Le contre-don, au cœur de la relation ethnographique ». In Bouillon, F ; Marion F ; Tallio, V (dir.), *Terrains sensibles. Expériences actuelles de l'anthropologie* (pp.75-95). Paris : EHESS.
- BOULY DE LESDAIN, S. (1994). Migration camerounaise et sorcellerie en France. *Revue Européenne des Migrations Internationales. Université de Poitiers, vol.10 (n°3), pp.153-173*.
- BOURDIEU, P & PASSERON, J-C. (1964). *Les Héritiers. Les étudiants et la culture*. Paris : Editions de Minuit.
- BOURDIEU, P. (1992). *Réponses*. Paris : Seuil.
- BOUVIER, P. (1995). *Socio-anthropologie du contemporain*. Paris : Galilée.
- BOWLBY, J. (1992). « Continuité et discontinuité : vulnérabilité et résilience ». *Devenir*, Vol 4, pp.7-31.
- BOYER, R (1992). *Anthropologie du sacré*. Bibliothèque d'orientation.
- BROUGERE, G & ULMANN A-L. (2009). *Apprendre de la vie quotidienne*. Paris: PUF.
- BROUGÈRE, G. (2003). *Jouets et compagnie*. Paris : Stock.
- BROUGÈRE, G. (2005). *Jouer/Apprendre*. Paris : Economica.
- BROWN, J & RITCHIE, J A. (1990). « Nurses' perceptions of parent and nurse roles in caring for hospitalized children ». *Child Health Care* : 19 (1) : 28-36.

- CABOT, J & DIZIAIN, R. (1955). *Population du moyen Logone (Tchad et Cameroun)*. Paris : Karthala.
- CADET, X. (2005). *Histoire des fang, peuple gabonais*. Thèse de doctorat en histoire : Université de Lille. [www.doc.univ-lille3.fr](http://www.doc.univ-lille3.fr)
- CALAME-GRIAULE, G. (Ed). (1977). *Langage et Cultures africaines. Essais d'ethnolinguistique*. Paris : Maspéro.
- CAMPIGOTTO, M et al. (2013). « Les enfants dans l'anthropologie du religieux versus le religieux dans l'anthropologie de l'enfance ? De la destinée prénatale à la mort : une traversée ». *Anthropochildren* : 74 (2), pp.1-13
- CARADEC, F. (1977). *Histoire de la littérature enfantine en France*. Paris: Albin Michel.
- CARTER, B. (1998). Children- silent consumers of health care. *Journal of Child Health Care*: vol 2, (2), 57-57.
- CARTON, M & ZERBO, R. (2001). « Des matrones face à la « maternité sans risque », le cas de Barsalogo, Burkina Faso ». In Hancart, P. (dir.), *L'art des matrones revisité. Naissances contemporaines en question* (pp. 143-169). Paris : Éditions Faustroll Descartes.
- CATINAUD, R. (2016). *Qu'est-ce qu'une pratique ? théories et théorisation des pratiques*. Philosophie. Université de Lorraine.
- CERTEAU, M (DE). (1980). *L'invention du quotidien, tome 1 : Arts de faire*. Paris : Gallimard.
- CHAMBOREDON, J-C & PREVOT, J. (1973). « Le métier d'enfant. Définition sociale de la prime enfance et fonctions différentielles de l'école maternelle ». *Revue française de sociologie*, vol. 14, n°3, 295-335.
- CHATEAU J.-Y. (2018). « Pourquoi soigner ? ». In Clero J-P & Hourcade, A (dir.), *Le soin, l'aide, care et cure, rencontres philosophiques* (pp.43-46). Normandie : Cahiers de l'ERAC-PURH, vol 4, n°15.
- CHERUBINI, B. (1994). *Localisme, fêtes et identités. Une traversée ethno-festive de la Mauricie (Quebec)*. Paris : L'Harmattan/Université de la Réunion.
- CHEVRIER, S. (2003). *Le management interculturel*. Paris : PUF.

- CHRISTENSEN, P & PROUT, A (2010). « Anthropological and sociological perspectives on the study of children ». In S. Greene and D. Hogan (ed.), *Researching Children's experience* (42-60). Los Angeles-London-New Delhi-Singapore-Washington DC: Sage.
- CHRISTENSEN, P. (1998). « Difference and Similarity: How Children's Competence is Constituted in Illness and its Treatment ». In Hutchby, I & Moran-Ellis, J (eds) *Children and Social Competence: Arenas of Action*. London: Falmer Press.
- CLARK, A & MOSS, P. (2001). *Listening to Young Children: The MOSAIC Approach*. London : National Children's Bureau/Joseph Rowntree Foundation.
- CLARK, A. (2004). « The Mosaic Approach and research with young children ». In Lewis, V; Kellett, M; Robinson, C; Fraser, S; Ding, S. (dir.), *The reality of research with children and young people* (142-161). UK: Sage.
- CLARK, A. (2005). « Listening to and involving young children: A review of research and practice ». *Early Child Development and Care* : 175 (6), 489-505.
- CLARK, A. (2011). « Breaking Methodological Boundaries? Exploring visual, participatory methods with adults and young children ». *European Early Childhood Education Research Journal* : vol 19, (3), 321-330.
- CLERO, J-P & HOUCARDE, A. (dir.) (2018). « *Le soin, l'aide, care et cure*, ». Cahiers de l'ERAC, rencontres philosophiques. Rouen-Havre : PURH.
- COHEN, P & ROSSI, I. (2011). « Le pluralisme thérapeutique en mouvement ». *Anthropologie & Santé*, (2), 193-214
- COHEN, P. (2000). *Le cari partagé*. Paris : Karthala.
- COLLIERE, M-F. (1982). *Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Paris : Masson.
- COLLIERE, M-F. (2001). *Soigner... le premier art de la vie*. Paris : Masson.
- CORBEAU, J-P. (2005). « Évolution des modes de vie et des trajectoires sociales d'obésité chez les jeunes enfants ». *Enfances & Psy* : vol 27, 2, pp.17-23.
- CORBIN, A. (1998). *Le monde retrouvé de Louis François Pinagot (1798-1876)*. Paris : Flammarion.

- CORCUFF, P. (1996). *Les nouvelles sociologies. Construction de la réalité sociale*. Paris: Nathan Université.
- CORSARO, W. (1997). *The Sociology of children*. Pine Forge Press, Thousand Oaks.
- COULON, A. (2014). *L'ethnométhodologie*. Paris : PUF, coll. Que sais-je.
- COURT, M. (2017). *Sociologie des enfants*, collection repères. Paris : La Découverte.
- COYNE, I. (2008). « Children's participation in consultations and decision-making at health service level: A review of the literature ». *International Journal of Nursing Studies* : 45 (11), 1682-9.
- CROMER, S et al. (2010). « L'enfance, laboratoire du genre. Introduction ». *Cahiers du Genre* : vol. 49, 2, pp.5-14.
- CROS, M. (1996) (dir.). *Les maux de l'autre. La maladie comme objet anthropologique*. Paris : L'Harmattan.
- CROS, M. (1991) (dir.). *Grossesse et petite enfance en Afrique noire et à Madagascar*. Paris : L'Harmattan.
- CUCHE, D. (2010). *La notion de culture dans les sciences sociales*. Paris: La Découverte, 4<sup>ème</sup> édition.
- CUNNINGHAM, H. (2005). *Children and Childhood in Western Society Since 1500*. London : Routledge, 2<sup>nd</sup> Edition.
- CYRULNIK, B. (1998). *Ces enfants qui tiennent le coup*. Desclée De Brouwer : coll. Hommes et perspective.
- CYRULNIK, B. (1999). *Un merveilleux malheur*. Paris : Odile Jacob.
- DADIÉ, B. (1956). *Climbié*. Paris : Seghers.
- DANIC, I et al. (2006). *Enquêter auprès d'enfants et de jeunes : objets, méthodes et terrains de recherche en sciences sociales*. Rennes : PUR.
- DE ROSNY, E. (1981). *Les yeux de ma chèvre. Sur les pas des maîtres de la nuit en pays douala (Cameroun)*. Paris : Plon.
- DE ROSNY, E. (2006) (dir.). « Justice et sorcellerie ». In *Colloque international de Yaoundé*, 17-19 mars. Paris : Karthala, pp.28-29.
- DE SINGLY, F. (2002). « À quoi sert la famille ». In Dortier, J-F (éd.), *Familles. Permanence et métamorphoses (pp. 97-106)*. Paris : Éditions Sciences Humaines.

- DELALANDE, J. (2001). *La cour de récréation : pour une anthropologie de l'enfance*. Rennes : PUR.
- DELALANDE, J. (2002). « Comment le groupe s'impose aux enfants ». *Empan* : vol. 48, (4), pp.27-31.
- DELALANDE, J. (2007). « Des recherches sur l'enfance au profit d'une anthropologie de l'école ». *Ethnologie française* : vol. 37, (4), pp.671-679.
- DELALANDE, J. (2009). « Pratiquer l'anthropologie de l'enfance en science de l'éducation : une aide à la réflexion ». In Vergnioux, A (Dir.), *40 ans de science de l'éducation (pp.103-112)*. Caen : PUC.
- DELCROIX, C. (1996). « Les médiatrices socio-culturelles, des actrices de la société civile ». *Recherches et prévisions*, n°45, pp.37-47.
- DESCAUX, A. (dir.) (2000). *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest. De l'anthropologie à la santé publique*. Paris : Karthala.
- DESCOLA, P. (2005). *Par-delà nature et culture*. Paris : Gallimard.
- DESPRÈS, C. (2011). « Soigner par la nature à la Réunion : l'usage des plantes médicinales dans la prise en charge thérapeutique du cancer ». *Anthropologie et santé* (en ligne), 2, mis en ligne le 24 juin 2011, consulté le 02 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/710>
- DEVEREUX, G. (1970). *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris : bibliothèque des sciences humaines.
- DEVEREUX, G. (1972). *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Paris : Flammarion.
- DIASIO, N & VINEL, V. (2015). « La salle de bain : reconfiguration des rapports aux autres et à soi à l'aube de l'adolescence ». *La revue internationale de l'éducation familiale* : vol. 37, (1), pp.39-61.
- DIASIO, N. (1992). *L'Afrique des guérisons*. Paris : Karthala.
- DIASIO, N. (2008). *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Louvain-la-Neuve : Academia-Bruylant.
- DIASIO, N. (2015). « Introduction. Penser le corps qui change ». *Ethnologie française* : vol. 45 (4), pp.597-606.

- DIMITROVA, D. (2005). « The Relationship between Exchange Rates and Stock Prices: Studied in a Multivariate Model ». *Political Economy* : 14, 1-25.
- DIOP, B. (1960). *Le souffle de nos ancêtres*. Paris : Présence africaine.
- DIOP, C A. (1981). *Civilisation ou Barbarie*. Paris : Présence africaine, 4eme édition.
- DORIER-APPRILL, E et al. (1998). *Vivre à Brazzaville : modernité et crise au quotidien*. Paris : Karthala.
- DORTIER, J-F. (dir.), (2008). *Le dictionnaire des sciences humaines*. Paris : Éditions Sciences Humaines.
- DOS SANTOS, J R. (1997). « La notion de « savoir » en anthropologie. *Journal des anthropologues*, n°70, pp.17-39.
- DOZON, J. (1987). « Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire in politique de santé ». *Politique africaine* : n°28, pp.9-20.
- DOZON, J-P & FASSIN, D. (2001) (dir.). *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*. Paris : Éditions Balland.
- DUPUIS, A. (1981). « De la conception au sevrage chez les Nzebi du Gabon ». *Journal des Africanistes*, 51 (1-2), pp.117-132.
- EBALE, R. (2019), *Sangmélina, histoire coloniale d'une ville forestière du Sud-Cameroun. Politique-Economie-Société (1907-1960)*. Yaoundé : L'Harmattan.
- EBOKO, F. (2004). « Chantal Biya : « fille du peuple » et égérie internationale ». *Politique africaine*, vol. 95, n°3, pp.91-106.
- EKLU-NATEY, R D & BALET, A. (2012). *Pharmacopée africaine. Dictionnaire et monographies multilingues du potential medical des plantes africaines, Afrique de l'ouest*. Éditions d'en bas- Traditions et Médecines T&M, Vol. 2.
- EKMAN, P. (1972). « Universal and Cultural Differences in Facial Expression of Emotions ». In Cole, J (Ed.). *Nebraska Symposium on Motivation (207-283)*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- ELA, J-M. (1982). *L'Afrique des villages*. Paris, Karthala.
- ERNY, P. (1972). *L'enfant et son milieu en Afrique noire. Essai sur l'éducation traditionnelle*. Paris : Payot.

- ERNY, P. (1988). *Les premiers pas dans la vie de l'enfant d'Afrique Noire. Naissance et première enfance*. Paris : L'Harmattan.
- ESCARPIT, D. (2008). *La littérature de jeunesse. Itinéraire d'hier à aujourd'hui*. Paris : Éditions Magnard.
- ETIEMBRÉ, Y. (2019). « Comprendre les systèmes de santé en Afrique traditionnelle ». In Association Le MUVACAN, *Les arts de guérir en Afrique, de la tradition à la médecine conventionnelle, comprendre....* (pp. 35-40). Paris : L'Harmattan.
- ETOGA, E. (1971). *Sur les chemins du développement : Essai d'histoire des faits économiques du Cameroun*. CEPMAE : Yaoundé Cameroun.
- ETONDE NJAYOU, W P. (2017). *Les chefferies traditionnelles entre tradition et modernité. Le cas du royaume Bamoun*. Éditions universitaires européennes (EUE).
- EVANS-PRITCHARD, E.E. (197). *Sorcellerie, oracles et magie chez les Azandé*. Paris : Gallimard.
- ÉZÉMBÉ, F. (2009). *L'enfant africain et ses univers*. Paris : Karthala.
- FAINZANG, S. (1985). « La maison du blanc » : la place du dispensaire dans les stratégies thérapeutiques des Bisa du Burkina ». *Sciences sociales et santé* : Vol. 3, n°3-4, pp.105-128.
- FAINZANG, S. (1986). « *L'intérieur des choses* ». *Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina*. Paris : L'Harmattan
- FAINZANG, S. (1989). *Pour une anthropologie de la maladie en France, un regard africaniste*. Paris : EHESS.
- FAINZANG, S. (1997). « Les stratégies paradoxales. Réflexions sur la question de l'incohérence des conduites des malades ». *Sciences sociales et santé*. Vol. 15, n°3, pp.5-23.
- FALGAYRETTES, C. (1986). *La voie des ancêtres*. Paris : Éditions.
- FASSIN, D. (1986), « La bonne mère : Pratiques rurales et urbaines de la rougeole chez les femmes haalpulaaren du Sénégal ». *Social Science & Medicine*, Vol 23, 11, 1121-1129.
- FASSIN, D. (1992). *Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*. Paris : PUF.
- FASSIN, D. (1996). *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*. Paris : PUF.

FASSIN, D. (2000). *Les enjeux politiques de la santé. Etudes sénégalaises, équatoriennes et françaises*. Paris : Karthala.

FASSIN, D. (2005). « Anthropologie politique de la santé ». *Annuaire de l'EHESS*, consulté le 03 octobre 2023. URL : <http://journals.openedition.org/annuaire-ehess/16976> , pp. 446-449.

FAVRETO, A.R et al. (2017). « Con gli occhi dei bambini. Come l'infanzia affronta la malattia ». In Fucci, S, *l'écoute des enfants dans les contextes de soins* (pp. 88-95). Revue des sciences sociales, vol. 63.

FIRTH, R. (1957). *Man and culture. An evaluation of the work of Bronislaw Malinowski*. London: Routledge and Keegan Paul.

FLAMENT, C. (1989). « Structure et dynamique des représentations sociales ». In Jodelet, D (éds), *les représentations sociales* (pp. 204-219). Paris: PUF.

FLORES, G. (2005). « The impact of Medical Interpreters services on the quality of Health care: a Systematic Review ». *Medical Care Research and Review*, vol.62, n°3, 255-299.

FLORES, G. (2006). « Language barriers to health care in the United States ». *New England : Journal of Medecine*, (335), 229-231.

FOPOUSSI FOTSO, E. (1991). *Faut-il brûler les chefferies traditionnelles ?* Yaoundé : Editions SOPECAM.

FORTES, M. (1978). « Parenthood, marriage, and fertility in West Africa ». *Journal of development Studies* : 14 (4), 121-149.

FORTES, M. (1987). « Ancestor worship in Africa »: 66-83, in *Religion, morality and the person*. Cambridge University Press.

FOUCAULT, M. (1988). *Naissance de la clinique. Une Archéologie du regard médical*, 5eme édition. Paris : PUF.

FOUTSI, K & BETTI, L. (2013). « Usage de la langue maternelle en psychothérapie ». *Itinéraires, carnet de l'association Mana*, n°15, pp.15-18.

FRANÇOIS-MARIE, G. (2017). « Objectiver la subjectivité ». In Leduc, D & S. Beland, S (dir.), *Regards sur l'évaluation des apprentissages en art à l'enseignement supérieur* (pp.29-47). Tome 1, Québec : Presse de l'Université du Québec.

FRANQUEVILLE, A. (1987). *Une Afrique entre le village et la ville*. Paris : ORSTOM

- FRAZER, J. (1930). *Totemism and Exogamy*. Londres: MacMillan, vol. 4.
- FREUD, S. (2008). « Pulsions et destins des pulsions ». In Dortier, J-F. (dir.), *Le dictionnaire des sciences humaines*. Paris : Éditions sciences humaines, pp. 259-262.
- FUCCI, S. (2020). « L'écoute des enfants dans les contextes de soins. Une question de participation ». *Revue des sciences sociales* : vol. 63, pp.88-95
- GALIBERT, C. (2004). « L'acteur et le local. Pour une approche trans-disciplinaire du quotidien ». *Sociétés*, vol. 4, (86), pp.85-98.
- GALLEY S. (1964). *Dictionnaire fang-français et français-fang*. Association française des amis d'Albert Schweitzer : éditions Henri Messeiller, Neuchatel. [www.ddl.cnrs.fr/projets](http://www.ddl.cnrs.fr/projets).
- GARFINKEL, H. (2007). *Recherches en ethnométhodologie*. Paris : PUF
- GAUDILLIERE B. (2008). « Se comprendre et accéder aux soins ». In Maux d'Exil, *l'interprétariat, pour en finir avec les malentendus (pp.3-4)*. *La Lettre du Comede*, n°24.
- GÉLIS, J et al. (Éd.) (1978). *Entrer dans la vie : naissance et enfance dans la France traditionnelle*. Paris : Éditions Gallimard-Julliard.
- GÉLIS, J. (1988). *La sage-femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie*. Paris : Fayard.
- GERARDIN-LAVERGE, M & COLLIER, A-C. (2020). « Circulation et production des savoirs. », *Terrains/Théories* [En ligne], mis en ligne le 19 juin 2020, consulté le 01 septembre 2020. URL : <http://journals.openedition.org/teth/2588>.
- GESSLER, M C et al. (1995), « Traditional healers in Tanzania: the perception of malaria and its causes ». *Journal of Ethnopharmacology* : vol. 48 (3) : 119-130.
- GIBRAL, J-M. (1984). *Guérisseurs et magiciens du Sahel*. Paris : Métailié.
- GIGLIO-JACQUEMOT, A. (2004). Médioms guérisseurs et hommes en blanc : les rapports de l'umbanda brésilienne à la biomédecine. *Recherches sociologiques* (Louvain), socio-anthropologie de la rencontre des médecins : XXXV (1), 5-20.
- GOBATTO, I. (2003) (dir.). *Les pratiques de santé dans un monde globalisé*. Paris : Karthala - Hommes et Sociétés, Anthropologie, Sciences Humaines et Sociales.

- GOBATTO, I. (2017). « L'erreur médicale comme apprentissage. Le rôle des conditions d'exercice clinique à Abidjan (Côte d'Ivoire) ». *Autrepart*, vol. 82, n°2, pp.109-124. <https://doi.org/10.3917/autr.082.0109>
- GOFFMAN, E. (1969). *Strategic interaction*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- GOODY, E. N. (1981). *Parenthood and social reproduction. Fostering and occupational roles in western africa*. Cambridge: Cambridge University Press.
- GOROG, V ET AL. (ed). (1980). *Histoires d'enfants terribles (Afrique noire)*. Paris: Maisonneuve et Larose.
- GOTLIEB, A. (1998). « Do Infants Have Religion? The spiritual lives of Beng Babies ». *American Anthropologist* : vol. 100 (1), pp.122-135.
- GOUREVITCH, J-P. (1994). *Images d'enfance. Quatre siècles d'illustration du livre pour enfants*. Paris: Alternatives Editions.
- GREENE, J & BURLESON, B. (1980). *Handbook of Communication and Social Interaction Skills*. New York : Purdue University, Lawrence Erlbaum Associates.
- GREENE, S & HOGAN, D. (2005). *Researching Children's Experience: Approaches and Methods*. London: Sage.
- GRENOUILLOUX, A. (2010). « Quels besoins et quels moyens pour une nosologie psychiatrique au XXIème siècle ? ». *Information psychiatrique* : vol. 86, 2, 135-143
- GRUÉNAIS, M-É. (1990). « Le malade et sa famille: une étude de cas à Brazzaville ». In FASSIN, D (ed), JAFFRÉ, Y (ed), *Sociétés, développement et santé* (pp. 227-242). Paris: Ellipses.
- GRUÉNAIS, M-É. (2003). « Personnels de santé et populations face à l'expérience ordinaire des fièvres en Afrique subsaharienne ». *Médecine Tropicale*, 63 (3), 271-275.
- GRUÉNAIS, M-É. (2004). « Les qualités de l'offre de soins confessionnelle en Afrique subsaharienne. *Autrepart* : vol 1 (29), 29-46.
- GRUÉNAIS, M-É. (2007). « Personnels de santé et systèmes de santé locaux face au paludisme en Afrique subsaharienne ». In colloque « *Faire plus et mieux ensemble contre le paludisme* ». Sénat, Palais du Luxembourg.

- GUIDETTI, M et al. (1997). *Enfances d'ailleurs, d'hier et d'aujourd'hui*. Paris : Armand Colin.
- GUITARD, E & VAN BEEK, W. (éd.). (2017). *Rites et religions dans le bassin du Lac Tchad*. Paris : Karthala
- HACHIMI, S & ZERBO, R. (2015). *Santé publique, anthropologie de la santé et développement en Afrique*. Paris : L'Harmattan
- HALPERN, C. (dir.) (2010). *La santé un enjeu de société*. Éditions Sciences Humaines.
- HAMPATE BA, A. (1972). *Aspects de la civilisation africaine (personne, culture, religion)*. Paris : Présence africaine.
- HANCART, P P. (2011a). « De l'usage du savoir des matrones. In Hancart, p p (dir.), *L'art des matrones revisité. Naissances contemporaines en question* (pp.9-27). Paris : Éditions Faustroll Descartes.
- HANCART, P P. (2011b). « Des matrones face au VIH en inde du sud. Enjeu global et formes locales ». In Hancart, p p (dir.), *L'art des matrones revisité. Naissances contemporaines en question* (pp. 199-227). Paris : Éditions Faustroll Descartes.
- HANCART, P P. (dir.) (2011). *L'art des matrones revisité. Naissances contemporaines en question*. Paris : Editions Faustroll Descartes.
- HANDEL, G et al. (2007). *Children and society: The sociology of Children and Childhood Socialization*. Washington: Roxbury Publications Co.
- HARDY, A.C & LECOMPTE, H. (2011). « Le mal guéri : la relation thérapeutique à l'épreuve du cancer pédiatrique ». *Sociologie Santé*: 33, 173-192.
- HARKNESS, S et al. (1995). « Cultural influences on sleep patterns in infancy and early childhood ». In *Ethnopediatrics Symposium, Cultural factors in child survival and health*. American Association for the Advanced Science: Atlanta, 1-11.
- HART, J. (2006). « The Politics of "Child Soldiers" ». *The Brown of World Affairs*: vol. 13, (1), pp.217-226.
- HEBGA, M. (1991). « La guérison en Afrique ». *Revue Concilium*, n°234, pp.82-96.
- HEBGA, M. (1998). *La rationalité d'un discours africain sur les phénomènes paranormaux*. Paris: L'Harmattan.

- HEINICH, N. (1993). *Du peintre à artiste*. Paris : Les Éditions de Minuit. coll. Paradoxe.
- HERITIER, F. (1996). *Masculin/Féminin. La pensée de la différence*. Paris : Odile Jacob.
- HERZLICH, C & PIERRET, J. (1984). *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui. De la mort collective au devoir de guérison*. Paris: Payot.
- HERZLICH, C. (1969). *Santé et maladie analyse d'une représentation sociale*. Paris : Éditions de l'EPHE/Éditions Mouton.
- HERZLICH, C. (1984). « Médecine moderne et quête de sens : la maladie signifiant social ». In Augé, M & Herzlich, C (eds), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie (pp. 189-216)*. Paris : éditions des archives contemporaines.
- HIRSCHFELD, L, A. (2002). « Why don't anthropologists like children? ». *American Anthropologist* : vol.104, (2), 611-627.
- HOURS, B. (1985). *L'Etat sorcier : santé publique et société au Cameroun*. Paris : L'Harmattan.
- HUBERT, D. (1954). « *Les religions de l'Afrique Noire* ». Paris : PUF.
- HUBERT, H & MAUSS, M. (2016). *Essai sur la nature et la fonction du sacrifice*. Paris : PUF.
- HUDELSON, P. (2002). « Que peut apporter l'anthropologie médicale à la pratique de la médecine ? ». *Revue Médecine et hygiène*, vol.2, 35-39.
- HYMES, D. (1977). *Foundations in Sociolinguistics: An Ethnographic Approach*. Tavistock Publications.
- IMOGIE, A O et al. (2002). « Assessing the Role of Traditional Birth Attendants (TBAs) in Health Care Delivery in Edo State, Nigeria ». *African Journal of Reproductive Health, Women's Health and Action Research Centre*: vol. 6, (2), 94-100.
- JACOB, C. (2011). « Pour une anthropologie historique des savoirs ». (Conférence), Société française pour l'Histoire des Sciences de l'Homme. Paris : EHESS.
- JAFFRÉ, Y & GUINDO, A. (2013). « On ne s'occupe pas assez d'eux » : anthropologie d'un dispositif de soins pédiatriques en Afrique de l'Ouest (note de recherche). *Anthropologie et sociétés* : vol. 37, (3), 157-177.
- JAFFRÉ, Y & OLIVIER DE SARDAN, J.P. (dir.) (1999). *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*. Paris : PUF, 1<sup>ère</sup> édition.

- JAFFRÉ, Y & OLIVIER DE SARDAN, J.P. (dir.) (2003). *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. APAD : Karthala.
- JAFFRÉ, Y et al. (2009). *La bataille des femmes. Analyse anthropologique de la mortalité maternelle dans quelques services d'obstétrique d'Afrique de l'Ouest*. Paris : Edition Faustroll Descartes.
- JAFFRÉ, Y. (2003). « Le souci de l'autre : audit, éthique professionnelle et réflexivité des soignants en guinée ». *Presses de Sciences Po/Autrepart*, n°28, 95-110.
- JAMES, A & PROUT, A. (dir) (1990). *Constructing and reconstructing childhood: contemporary issues in the sociological study of childhood*. London: The Falmer Press.
- JAMES, A. (2009). Agency. In Qvortrup, J ; Corsaro, W, A ; Honig, M. S. (dir.), *The Palgrave Handbook of Childhood Studies*. Houndmills : Palgrave Macmillan.
- JAMES, A. (2007). « Giving voice to children's voices: practices and problems, pitfalls and potentials ». *American anthropology*, vol. 109, 261-272.
- JANZEN, J M. (1995). *La quête de la thérapie au Bas-Zaïre*. Paris : Karthala.
- JAVEAU, C. (1980). Sur le concept de vie quotidienne en sociologie. *Cahiers internationaux de sociologie* : LXVIII, 31-45.
- JAVEAU, C. (1988). *Leçons de sociologie*. Paris : Méridiens/Klincksieck.
- JAVEAU, C. (1992). Imaginaires sociaux et ritualisation de la vie quotidienne. *Ultinam*, 2-3, pp. 47-56.
- JODELET, D. (1989). *Folies et représentations sociales*. Paris : PUF.
- JODELET, D. (2003). *Les représentations sociales : un domaine en expansion*. Paris : PUF
- JOHADA, G. (1989), *Psychologie et anthropologie*. Paris: Armand Colin.
- JONCKERS, D. (1986). « Les faiseurs d'enfants. Réflexion sur le statut des femmes dans le système religieux Minnyanka ». *Journal des Africanistes*, vol. 56 (1), 51-66.
- JORDAN, B. (1980). *Birth in four cultures: A cross cultural investigation of children in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. University of California: Eden Press Women's Publication, second edition.

- JOURNET, O. (1985). « Les hyper-mères n'ont plus d'enfants. Maternité et ordre social chez les Joola de Basse-Casamance ». In Mathieu, N.C, *L'arrondissement des Femmes* (pp.17-36). Paris : EHESS, Cahiers de l'Homme, XXIV.
- JOURNET, O. (dir.) (1990). « La condition des femmes. Les obligations de la procréation dans les sociétés diola du Sénégal et de Guinée-Bissau ». In Fassin, D & Jaffré, Y, *Sociétés, développement et santé* (pp.179-190). Paris : Ellipses
- JUAN, S. (1995). *Les formes élémentaires de la vie quotidienne*. Paris : PUF.
- JUDET DE LA COMBE, P. (2020). « Antiquité ». *Encyclopaedia Universalis*, (en ligne), consulté le 3 février 2020, URL : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/antiquite>
- KABASELE LUMBALA, F. (2011). Liturgies africaines et vie. *Théologiques*, vol 19 n°1, pp.147-162.
- KALIS, S. (1997). *Médecine traditionnelle, religion et divination chez les seerer siin du Sénégal. La connaissance de la nuit*. Paris : L'Harmattan.
- KAMDOUM A. (1994). « Planification sanitaire et ajustement structurel au Cameroun ». In les *dossiers du CEPED*, n°29.
- KANAA, A.R (2018). *Médecine traditionnelle et savoirs thérapeutiques endogènes*. Paris : L'Harmattan.
- KANE, C. H., (1966). *L'aventure ambiguë*. Paris : Julliard.
- KARDINER, A. (1969). *L'individu dans sa société. Essai d'anthropo psychanalytique*. Paris : Gallimard
- KESSLER-BITHAUER, D & EVRARD, R. (dir) (2018). *Sur le divan des guérisseurs... et des autres. A quels soins se vouer ?* Paris : Editions des archives contemporaines.
- KESSLER-BITHAUER, D. (2013). *Guérisseurs contre sorciers dans le lorraine du XXIe siècle*. Metz : Serpenoise
- KEUGOUNG, B et al. (2015). « Le programme national de lutte contre le VIH/sida renforce-t-il les hôpitaux de district au Cameroun ? » *Santé Publique* n°4, Vol. 27, pp.547-556.
- KILANI, M. (2010). *Anthropologie, du Local au Global*. Paris : Armand Colin.
- Ki-ZERBO, J & HOLENSTEIN, R. (2003). *A quand l'Afrique*. L'aube : Poche Essai.

KLEINMAN, A. (1978). « Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. ». *Social Science and Medicine* 12 (2b) : 85-93.

KLEINMAN, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Berkeley : University of California Press.

KLEINMAN, A. (1988). *The illness narratives. Suffering, healing, and the human condition*. New-York: Basic Books.

KLEINMANN, A. et EISENBERG L. B. (1978). Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropological and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*, vol 88, pp.251-258.

KOLLER, P. M. (2011). « Que font les matrones en temps de guerre ? étude de cas dans le Chiapas mexicain et au Burundi. In : Hancart, P P (dir.), *L'art des matrones revisité. Naissances contemporaines en question* (pp.259-293). Éditions Faustroll Descartes.

KOPYTOFF, I. (1971). Ancestors as elders in Africa. *Africa: Journal of the International African Institute*: Cambridge University Press, Vol. 41, (2), pp.129-142.

KOTOBI, L & al. (2013). « Enjeux et logiques du recours à l'interprétariat en milieu hospitalier, une recherche-action autour de l'annonce d'une maladie grave ». *Migrations Santé*, n° 146-147, pp.53-80.

KOTOBI, L & LKHADIR, A. (2017). « Une ethnographie hospitalière autour de la pudeur et de la diversité culturelle ». In *Rapport final A propos de la diversité culturelle dans les soins : la pudeur*. Bordeaux : Fondation de France, CHU.

KOTOBI, L. (1996). « Approche socio-anthropologique de la vaccination : l'exemple iranien ». In : Moulin A-M. *L'aventure de la vaccination*. Paris : Fayard, coll. Divers histoires, pp.390-408. »

KOTOBI, L. (2000), « Le malade dans sa différence : les professionnels et les patients migrants africains à l'hôpital ». *Hommes et Migrations*, n°1225, pp.62-72.

KOUVOUAMA, A. (2004). « Joseph Tonda, La guérison divine en Afrique centrale (Congo, Gabon) », *Archives de sciences sociales des religions*, 128, pp. 53-158. (Compte rendu).

- KOUVOUAMA, A. (2011). « Les pratiques de terrain en situation de tensions sociales et de guerre civile au Congo-Brazzaville ». *Sociologies, la recherche en actes, champs de recherche et enjeux de terrain* : (en ligne), consulté le 13 juillet 2016. URL:<http://sociologies.revues.org/3724>
- KOUVOUAMA, A. (2016). « Les politiques de la dignité comme politique de civilisation ». *Présence Africaine, Revue culturelle du monde noir* : vol. 1, n°193, 235-251.
- KOUVOUAMA, A. (2019). « Pratiques de terrain et images sonores dans le Bassin du Congo ». *Continents manuscrits*, (en ligne), consulté le 14 novembre 2019. URL : <http://journals.openedition.org/coma/3259>.
- KOVES-MASFETY, V & MASSON, M. (2014). « Nosologie, nosographie et classification : à propos du DSM-5 ». *Annales médico-psychologiques*, Vol. 172, (8), pp.597-598.
- KRISTEVA, J. (1988). *Étrangers à nous-mêmes*. Paris : Fayard.
- LA FONTAINE, J. « (1986). An anthropological perspective on children in social words ». In Richards, MET, L, P (dir.), *Children of social words, Cambridge (10-30)*, England, Polity Press.
- LABURTHE TOLRA, P & WARNIER, J-P. (1993). *Ethnologie, Anthropologie*. Paris : PUF.
- LABURTHE TOLRA, P. (1981). *Les seigneurs de la forêt : essai sur le passé historique, l'organisation sociale et les normes éthiques des anciens Beti du Cameroun*. Paris : L'Harmattan
- LABURTHE TOLRA, P. (1985). Yaoundé d'après Zenker, *Annales de la faculté des lettres et sciences humaines de Yaoundé*, Darantière, Dijon, vol. 1, n°2, pp.112-113
- LAFAYE, F & GOBATTO, I. (2014). « Déontologie, éthique et collectif de travail ». *Journal des anthropologues*, n° 136-137, pp. 35-59.
- LALLEMAND, S & MOAL, G. (1981). Un petit sujet. *Journal des africanistes*, vol. 51 (1-2), pp.5-21.
- LALLEMAND, S et al. (eds). (1991). *Grossesse et petite enfance en Afrique noire et à Madagascar*. Paris : L'Harmattan.
- LALLEMAND, S. (1977). *Une famille Mossi*. Paris-Ouagadougou. CNRS-CVRS : Recherches Voltaïques, 17.

LALLEMAND, S. (1985). *L'apprentissage de la sexualité dans les contes d'Afrique de l'Ouest*. Paris : L'Harmattan.

LALLEMAND, S. (1993). *La circulation des enfants en société traditionnelle. Prêt, don, échange*. Paris : L'Harmattan.

LALLEMAND, S. (2002), Esquisse de la courte histoire de l'anthropologie de l'enfance, ainsi que certain de ses thèmes électifs. *Journal des Africanistes*, Vol. 72(n°1), pp.9-18.

LALLEMAND, S.et DELAISI DE PARSEVAL, G. (1980). *L'art d'accommoder les bébés, cent ans de recettes françaises de puériculture*. Paris : Odile Jacob.

LAOUIA M. (2006). « Technique de l'interprétariat : cadre éthique et déontologie », in *Synthèse du colloque d'ISM CORUM, L'interprétariat en milieu social : instrument d'une politique publique de non-discrimination ?* [www.ismcorum.org/l-interpretariat-en-milieu-social-m1-r76.html](http://www.ismcorum.org/l-interpretariat-en-milieu-social-m1-r76.html).

LAPLANTE, J. (2015). *Healing Roots : Anthropology in life and Medicine (Epistemologies of Healing, 15)*. New York, Oxford : Berghahn Books, 1st edition.

LAPLANTINE, F (2006). *La description ethnographique*. Paris : Armand Colin.

LAPLANTINE, F. & RABEYRON, P-L. (1987). *Les médecines parallèles*. Paris : PUF, 1ère édition.

LAPLANTINE, F. (1986). *Anthropologie de la maladie*. Paris : Payot.

LAPLANTINE, F. (1987). *L'anthropologie*. Paris : Payot.

LAPLANTINE, F. (1987). *Les médecines parallèles*. Paris : PUF, 1ère édition.

LAPLANTINE, F. (1992). *Anthropologie de la maladie. Etudes ethnologiques des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*. Paris : Payot.

LATIFA, E-S. (2001). « La médiation culturelle dans les hôpitaux ou comment rétablir la communication entre les patients d'origine étrangère et le personnel soignant ». *Pensée Plurielle*, n°3, pp.27-34.

LAUGIER, S. (2009). *Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Paris : Payot.

LAVRA, P. (2011). « Portraits de matrones en Martinique et construction sociale et symbolique des pratiques de soins ». In Hancart, P, P (dir.), *L'art des matrones revisité. Naissances contemporaines en question* (pp. 83-113). Paris : éditions Faustroll Descartes.

LAYE, C. (1953). *L'enfant noir*. Paris : Plon.

LE MOAL, G. (1981). « Les activités religieuses des jeunes enfants chez les Bobo ». *Journal des africanistes*, vol 51 (1-2) : pp.235-250.

LE MUVACAN (2019). *Les arts de guérir en Afrique, de la tradition à la médecine conventionnelle. Comprendre...* Paris : L'Harmattan.

LEBEUF, J.P (1945). *Quand l'or était vivant. Aventures au Tchad*. Paris : Suse.

LEBOVICI, S & STOLERU, S. (2003). *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste. Les interactions précoces*. Paris : Bayart, nouvelle édition.

LEGRIP-RANDRIAMBELO, O. (2018). « Les errances thérapeutiques d'une enfant. Choix et déplacements familiaux liés aux soins d'une hydrocéphale à Madagascar ». *Anthropologie et santé* (en ligne), vol. 17, mis en ligne le 16 novembre 2018, consulté le 19 février 2019. URL : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/4437>

LEIDERER, R. (1982). *La médecine traditionnelle chez les Bekpak (Bafia) du Cameroun : d'après les enseignements, les explications et la pratique du guérisseur Biabak-a-Nnong*. Paris : Anthropos.

LESERVOISIER, O & VIDAL, L. (dir.) (2008). *L'anthropologie face à ses objets : Nouveaux contextes ethnographiques*. Paris : Éditions des Archives contemporaines.

LESERVOISIER, O. (2018). « Mobilités et pouvoirs chez les migrants d'origine servile de la société haalpular (Mauritanie – Sénégal) ». In Chauvet, L (éds), *Les migrants, acteurs des changements politiques en Afrique* (pp.193-208). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.chauv.2018.01.0193>.

LESERVOISIER, O. (2020). « La migration comme émancipation ? Pluralité des classements sociaux et recomposition des rapports de pouvoir au sein de la société haalpular (Mauritanie – Sénégal). *Politique africaine*, vol. 159, n°3, pp. 33-50. <https://doi.org/10.3917/polaf.159.0033>

LÉVI, A. (1989). *Le pouvoir au village*. Paris : Gallimard.

- LÉVINE, S. (1995). « The meaning of health, illness, and quality of life ». In Almeida-Filho, N, *Modèles de la santé et maladie : remarques préliminaires pour une théorie générale de la santé* (pp. 122-146). Bahia : Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, vol 11, (n°1).
- LÉVI-STRAUSS, C. (1958). « La structure des mythes ». In Lévi Strauss, C. (dir.), *anthropologie structurale* (pp. 227-255). Paris : Plon, chapitre X.
- LÉVI-STRAUSS, C. (1962). *Le totémisme aujourd'hui*. Paris : PUF
- LÉVI-STRAUSS, C. (1971). *Les structures élémentaires de la parenté* (1949). Paris : La Haye : Mouton.
- LHÉRÉTÉ, H. (2022). *La psychologie de l'enfant en 30 questions*. Paris : Éditions Sciences Humaines
- LINTON, R. (1968). *Les fondements culturels de la personnalité*. Paris : Dunod.
- LIORE, J et al. (2009). *Alimentations Adolescentes en France*. Paris : Ocha
- LKHADIR, A & MESTRE, C. (2013). « Quels enjeux anthropologiques et éthiques pour la traduction en sante publique ? ». *L'Autre, cliniques, cultures et sociétés*, vol.1(n°14), pp.20-24.
- LOAN-LUONG, L. (1978). « La vraie religion chinoise : le culte des ancêtres ». *Revue Question de soins*, n°25, Juillet-Août
- LOCKE, J. (1963). *Quelques pensées sur l'éducation*. Paris : Librairie philosophique Vrin, édition numérique.
- LOEFFEL, L. & KERLAN, A. (2012). *Repenser l'enfance ? L'enfance, une question philosophique, une question à la philosophie*. Paris : Hermann.
- LOUMPET-GALITZINE, A. (2006). *Njoya et le royaume bamoun : les archives de la société des missions évangéliques de Paris, 1917-1937*. Paris : Karthala.
- LOUX, F. (1978). *Le jeune enfant et son corps dans la médecine traditionnelle*. Paris : Flammarion.
- LOUX, F. (1990). *Tradition et soins d'aujourd'hui. Anthropologie du corps et professions de santé*. Paris : Inter éditions. 2<sup>ème</sup> édition.

- LUNEAU, R. (1976). « Du monde religieux de l'homme africain aujourd'hui/the Religious World of Contemporary African Man. *Archive de sciences sociales des religions*, n°41, pp.37-45.
- MAFFESOLI, M. (1988). *Le temps des tribus*. Paris: Meridiens/Klincksieck.
- MAIR, L. (1962). *Primitive Government*. London: A Pelican Original, Peguin Books.
- MALINOWSKI, B. (1963). *Les Argonautes du Pacifique occidental*. Paris : Gallimard.
- MALINOWSKI, B. (2001). « Sex and repression in savage society ». London: Routledge, 2<sup>nd</sup> Edition.
- MALLART-GUIMERA, L. (1977a). « La classification Evuzock des maladies », *Journal de la société des Africanistes*, n° 471, pp.9-51.
- MALLART-GUIMERA, L. (1977b). *Médecine et pharmacopée Evuzock*, Nanterre : Laboratoire d'Ethnologie et de Sociologie Comparative de Paris X.
- MALLART-GUIMERA, L. (1981). *Ni dos ni ventre. Religion, magie et sorcellerie evuzock*. Paris : société d'ethnographie.
- MANCIAUX, M. (2001). « La résilience, un regard qui fait vivre ». *Etudes : revue de culture contemporaine*, Tome 395, (4), pp.321-330.
- MANOELLE, C & ZERBO, R. (2011). « Des matrones face à la « maternité sans risque. Le cas de Barsalogo, Burkina-Faso ». In Hancart, P P (dir.), *L'art des matrones revisité. Naissances contemporaines en question* (pp. 143-169). Éditions Faustroll Descartes.
- MARCELLINI, A et al. (2000). « Itinéraires thérapeutiques dans la société contemporaine. Le recours aux thérapies alternatives : une éducation à un « autre corps » ? *Corps et Culture* : n°5, consulté le 07 décembre 2022. URL : <https://journals.openedition.org/corpsetculture/710>
- MARETT, R. R. (1909). *The Threshold of Religion*. London : Methuen & Co.
- MARIAM, A. (2010). Le travail des enfants au Cameroun, le cas de la ville de Yaoundé (1952-2005), approche historique, *Mémoire de master en histoire*, Université de Yaoundé 1, Cameroun.
- MARROU, H. (1964). *Histoire de l'éducation dans l'antiquité*. Paris : Seuil, vol.2.

- MASSÉ, R. (1997). Les mirages de la rationalité des savoirs ethno-médicaux. *Anthropologie et Sociétés*, vol. 21, (1), pp.53-72.
- MASSÉ, R. (2010). « Les nouveaux défis pour l'anthropologie de la santé ». *Anthropologie et Santé*, n°1. pp.1-15. URL : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante>
- MAURY, L. (1991). *Le développement de l'enfant*. Paris : PUF.
- MAURY, Y et al. (2014) Anthropologie des savoirs. Introduction. *Études de communication - Langages, information, médiations*, Dossier "Anthropologie des savoirs", Université de Lille. pp.9-14.
- MAUSS, M. (1926). *Manuel d'ethnographie*. Paris : Éditions Sociales.
- MAUSS, M. (1947). *Manuel d'ethnographie. Méthodes d'observation. Morphologie sociale. Technologie. Phénomènes artistiques. Phénomènes économiques. Phénomènes juridiques. Phénomènes moraux. Phénomènes religieux*. Paris : Payot.
- MAUSS, M. (1997). *Sociologie et anthropologie*. Paris : PUF.
- MAUSS, M. (2007/1925). *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*. Paris : PUF.
- MAYALL, B. (2002). *Towards a sociology of childhood*. Buckingham: Open university press.
- MAYALL, B. (2005). "The social condition of UK Childhoods: children's understandings and their implications". In Fucci, S, *L'écoute des enfants dans les contextes de soins, Une question de participation* (pp.88-95). *Revue des sciences sociales*, vol 63.
- MAYALL, B. (2010). « Sociologie de l'enfance ». In Brougère, G & Vandenbroeck, M, *Repenser l'éducation des jeunes enfants* (pp. 77-102). Bruxelles : PIE/Peter Lang.
- MBACK, C N. (2000). « La chefferie traditionnelle au Cameroun : ambiguïtés juridiques et dérives politiques ». In : *CODESRIA : Afrique et développement*, vol. XXV, (34), pp.77-118.
- MBIATONG, J. (2019). « Ethnométhodologie ». In Delory-Momberger, C (éd), *Vocabulaire des histoires de vie et de la recherche biographique* (pp. 219-222). Paris : Érès.
- MBONIMPA, M. (2005), La guérison intérieure : religion ou guérison en Afrique noire, *Pastoral sciences*, vol 24 (1), pp.59-80.

- MBONJI, E. (1988). *Les cultures de développement en Afrique. Essai sur l'impossible développement sans révolution culturelle*. Yaoundé : Osiris-Africa.
- MBONJI, E. (dir.) (1993). « L'africain entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne : une exigence de la méta-médicalisé ». In Touati, F-O (dir.), *Maladies, médecines et sociétés. Approches historiques pour le présent, Tome 1*, (pp.132-141). Paris : L'Harmattan.
- MBONJI, E. (2005). « De l'Ethnanalyse : jalons pour une approche heuristique ». *L'Anthropologie Africaine*, vol. 11, (1). pp. 60-66.
- MBONJI, E. (2006). *Morts et vivants en négro-culture. Culte ou entraide ?* Yaoundé : PUY.
- MBONJI, E. (2009). *Santé, maladies et médecine africaine : plaidoyer pour l'autre tradipratique*. Yaoundé : PUY.
- MEAD, M. (1928). (*En*) *Coming of Age in Samoa. A Psychological Study of Primitive Youth For Western Civilisation*. Lieu? Penguin paperback.
- MEBENGA TAMBA, L. (1998). Infant feeding practices and nutrition adequacy in Extreme North Province of Cameroon. In: *Cam. J. Biochem, Sc.* Vol. I, n°1. Yaoundé, MESRES, pp.27-97.
- MEBENGA TAMBA, L. (2001). « Aspects socioculturels de l'alimentation des nouveau-nés au colostrum en milieu camerounais, Kuate-Defo, B (édit.) *Nutrition et santé des enfants au Cameroun*, Patrice-patterson Ltd ; Canadian Publishers, pp.141-160.
- MEBENGA TAMBA, L. (2002). « La cacao culture hybride à l'ère du retour des employés déflatés au village dans la zone cacaoyère du Cameroun », *African anthropologist*, vol. 9, n° 2, pp.138-156.
- MEBTOUL, M. (2004). « L'introuvable » césure public-privé en Algérie : De nouveaux objets en santé dans le champ de la privatisation des soins ». *Autrepart*, vol. 1, n°29, pp.13-28.
- MÉDARD, J-F. (2001). « Décentralisation du système de santé publique et ressources humaines au Cameroun ». In Gruénais, M-E, *Un système de santé en mutation : le cas du Cameroun. Bulletin de l'APAD*, consulté le 28 décembre 2012. URL : [www.apad.revues.org](http://www.apad.revues.org), pp.

- MENICK, M, D. (2010). « La religion thérapeutique en Afrique noire. Une piste pour une nouvelle forme d'assistance médicale et psychiatrique ? » *Perspectives psy* : vol. 49, pp.339-356.
- MESTRE, C. (2015). « Interprétariat en psychiatrie : complexité, inconfort et créativité ». *Les Cahiers de Rhizome*, n°55, pp.38-47.
- MFOULOU, J. (1978). *L'OUA, triomphe de l'unité ou des nationalités. Essai d'une sociologie politique de l'Organisation de l'Unité Africaine*. Paris : L'Harmattan, coll. Points de vue concrets.
- MIGNOT, J-M. (2002). « Le sevrage chez les Masa Bugudum de la région de Nouldayna (Cameroun) ». *Journal des Africanistes*, n°72, Vol. 1, pp.19-30.
- MOL, A (2009), *Ce que soigner veut dire : les patients, la vie quotidienne et les limites du choix*. Paris : Presses des Mines.
- MOMO, B. (1999). « La laïcité de l'Etat dans l'espace camerounais ». *Les Cahiers de droit*, 40 (4), pp.821-847. <https://doi.org/10.7202/043579ar>.
- MONGO, B. (1955). *Le pauvre Christ de Bomba*. Paris : Robert-Laffont.
- MONTEIL, C. (1931). « La divination chez les Noirs de l'Afrique occidentale française ». *Bulletin du comité d'études historiques et scientifiques de l'Afrique occidentale française*, XIV, (1-2), pp.27-136.
- MONTEILLET, N. (1999) « Aperçu sur un système de soins- Le cas de Mbandjock », *Bulletin de l'APAD*, consulté le 09 janvier 2013. URL : [apad.revues.org](http://apad.revues.org).
- MONTEILLET, N. (2005). *Le pluralisme thérapeutique au Cameroun*. Paris : Karthala.
- MONTEILLET, N. (2006). *Médecine et sociétés secrètes au Cameroun*. Paris : L'Harmattan.
- MONTESSORI, M. (1936). *L'enfant dans la famille*. Bruxelles : AMI.
- MONTGOMERY, H. (2008). *An introduction to childhood: anthropological perspective on children's lives*. Oxford : Willey-Blackwell.
- MOREL M-F. (1989). « Les soins prodigués aux enfants : influence des innovations médicales et des institutions médicalisées (1750-1914). Médecine et déclin de la mortalité infantile », *Annales de démographie historique*, pp.157-181.

MOREL M-F. (2000), « Enfances d'hier, approche historique ». In Guidetti, M ; Lallemand, S ; Morel, M-F (dir.), *Enfances d'ailleurs, d'hier et d'aujourd'hui* (pp. 62-100). Paris : Armand Colin.

MOREL M-F. (2018). « Enfance (les connaissances) - Approche historique de l'enfance ». In *Encyclopaedia Universalis*, consulté le 19 janvier 2018, URL : [www.universalis-edu.com/encyclopedie/enfance-les-connaissances-approche-historique-de-l-enfance](http://www.universalis-edu.com/encyclopedie/enfance-les-connaissances-approche-historique-de-l-enfance)

MORIN, E. (1970). *L'homme et la mort*. Paris : Éditions du Seuil.

MORO, M-R. (1994). *Parents en exil. Psychopathologie et migrations*. Paris : PUF.

MOSCOVICI, S. (1989). « Des représentations collectives aux représentations sociales ». In Jodelet, D (dir.), *Les représentations sociales* (pp. 62-86). Paris : PUF.

MOUGEL, S. (2021). « Paroles d'enfants, paroles sur l'enfant atteint de cancer en hospitalisation pédiatrique à domicile ». *Anthropologie et santé* (en ligne) : n°23, mis en ligne le 19 octobre 2021, consulté le 06 juillet 2023. URL : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/9987>

MOULIN, A-M (1996). *L'aventure de la vaccination*. Paris : Fayard, « penser la médecine ».

MOULIN, A-M. (2007). « Programmes de vaccins en milieu tropical, l'apport d'une recherche en sciences sociales ». *Médecine Tropicale*, 67, 4, pp.335-339.

MOUNOUD, P. (1983). « L'évolution des conduites de préhension comme illustration d'un modèle du développement ». In Schonen, D et al (dir.), *le développement dans la première année, symposium de l'association de psychologie scientifique de langue française* (pp.75-106). Paris : PUF.

MOZOULOUA, D & KOBANGUE, L. (2010). *La décennie de la médecine traditionnelle, progrès et perspectives*. Conférence-débat de la 8ème journée africaine de médecine traditionnelle. Bangui.

MUCCHEILLI, A. (1996). *Dictionnaire des méthodes qualitatives*. Paris : Armand Colin.

MUCCHEILLI, A. (2001). *Les sciences de l'information et de la communication, 3e édition*. Paris : Hachette.

MUCCHEILLI, A. et NOYA, C. (2005). *Etudes des communications. Approches constructivistes*. Paris : Armand Colin.

MUSSET, M. (2011). « Regards d'aujourd'hui sur l'enfance, le kaléidoscope des représentations de l'enfance ». In *Dossier d'actualité veille et analyses*, n°68. [www.ife.ens-lyon.fr/vst/DA/detailsDossier](http://www.ife.ens-lyon.fr/vst/DA/detailsDossier)

MVENG, E (1985). *Histoire du Cameroun, tome 1*. Yaoundé : CEPER.

MVIENA, P. (1970). *Univers culturel et religieux du peuple Beti*. Yaoundé : Imprimerie Saint-Paul.

MVONE-NDONG, S-P. (2008). *La Nature entre rationalité et spiritualité*. Paris : L'Harmattan.

NAOMAR DE A-F. (2006). « Modèles de la santé et de la maladie : remarques préliminaires pour une théorie générale de la santé ». Bahia : *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 11, n°1, pp.122-146.

NDJEPEL, J et al. (2014). « Promotion de la santé au Cameroun : état des lieux et perspectives ». *Santé Publique*, vol. 1, (n°HS), pp.35-38, [www.cairn.info/revue-santé-publique-2014/HS-page-35.htm](http://www.cairn.info/revue-santé-publique-2014/HS-page-35.htm).

NDOUGSA, V P (DE). (2018). *Les chefferies traditionnelles beti au Cameroun*. Yaoundé : L'Harmattan.

NEYRAND, G. (2000). *L'enfant, la mère et la question du père*. Paris : PUF.

NIERES-CHEVREL, I. (ed) (2005). *Littérature de jeunesse, incertaines frontières*. Colloque de Cerisy la salle. Paris : Gallimard.

NIERES-CHEVREL, I. (ed). (2005). « Littérature de jeunesse, incertaines frontières ». *Colloque de Cerisy la salle*. Paris: Gallimard.

NIKLES, B. (2011). « The Healer who holds the Belly. Traditional midwives and birth practices among the Bunong in Mondulkiri, Cambodia ». In Hancart, P P (dir.), *L'art des matrones revisité. Naissances contemporaines en question* (pp. 227-259). Paris : Editions Faustroll Descartes.

NOSCHIS, K. (1984). *Signification affective du quartier*. Paris : Méridiens.

NZHIE ENGONO, J. & NANA NJIKI, E. M. (2017). *Les enfants de la rue au Cameroun, itinérance, histoire et histoire de vie*. Yaoundé : L'Harmattan.

- NZHIE ENGONO. A. (2004). « Les mouvements associatifs villageois en milieu urbain au Cameroun : approche nouvelle de mobilisation pour un développement du monde rural ». *Revue Camerounaise de Sociologie*, vol 2, (1), pp.81-87, PUY.
- OKALLA, R. & LE VIGOUROUX, A. (2001). « Cameroun : de la réorientation des soins de santé primaires au plan national de développement sanitaire ». In Gruénais, M-E, *Un système de santé en mutation : le cas du Cameroun. Bulletin de l'APAD*, (consulté le 30 septembre 2016). URL : <http://www.apad.revues.org/181>.
- OLIVIER DE SARDAN, J-P. (1995). *Anthropologie et développement : essai en socio-anthropologie du changement social*. Paris : Karthala.
- OLIVIER DE SARDAN, J-P et al. (1999). « L'accouchement c'est la guerre. De quelques problèmes liés à l'accouchement en milieu rural nigérien ». *Bulletin de l'APAD*, 17 (mis en ligne le 04 octobre 2006, consulté le 19 avril 2019). URL : <http://journals.openedition.org/apad/483>.
- OMBOLO, J P. (1986). *Essai sur l'histoire, les clans et les regroupements claniques des Eton du Cameroun*. Yaoundé : PUY.
- OMBOLO, J P. (2000). *Être Beti un art africain d'être un homme et de vivre en société ? essai d'analyse de l'esprit d'une population. Une étude ethno-historique*. Yaoundé : PUY.
- ORTIGUES, E. (1979), (1994). *L'enfant du lignage, du sevrage à la classe d'âge chez les Wolofs du Sénégal*. Paris : Payot.
- ORTIGUES, M-C. & ORTIGUES, E. (1966), (1984) *Œdipe africain*. Paris : L'Harmattan.
- OTTAVI, D. (2001). *De Darwin à Piaget. Pour une histoire de la psychologie de l'enfant*. Paris: CNRS Éditions.
- OZENNE J. (2015). « La relation thérapeutique à l'épreuve de la langue ». *Les Cahiers de Rhizome, Santé Mentale et Précarité*, n°55, pp.55-69.
- PAREDELLES DE LATOUR C-H. (1997). *Le crane qui parle*. Paris : Ed. IEPÉL
- PASQUIER, D. (2005). *Cultures lycéennes, la tyrannie de la majorité*. Paris : Mutation.
- PENEFF, J. (1992). *L'hôpital en urgence*. Paris : Editions Métailié.
- PERROT, C. H & FAUVELLE-AYMAR, F-X. (éds). (2003). *Le retour des rois. Les autorités traditionnelles et l'Etat en Afrique contemporaine*. Paris : Karthala.

- PHILIPPE, D. (dir.) (2007). *Les enfants aussi ont une histoire. Travail de mémoire et résilience au temps du sida*. Paris : Karthala.
- PIAGET, J. (1945). *La formation du symbole chez l'enfant : imitation, jeu et rêve, image et représentation*. Paris : Delachaux et Niestlé.
- PISON, G. (2019). *Atlas de la population mondiale. Croissance démographique, vieillissement et migrations : trois grands défis pour l'humanité*. Paris : Autrement.
- PLATIEL, S. (1981). L'enfant, sujet et objet du conte (Sanan-Haute-Volta). *Journal des africanistes*, vol 51 (1-2), 149-182.
- POLLOCK, L, A. (1983). *Forgotten children: parent-child relations from 1500 to 1900*. Cambridge : Cambridge University Press.
- PORDIE L. et SIMON, E. (2013). « Que sont les guérisseurs devenus ? le monde des soins à l'heure de la globalisation ». In Pordié, L & Simon, E (dir), *Les nouveaux guérisseurs. Biographies de thérapeutes au temps de la globalisation (pp.9-35)*. Paris: EHESS.
- POURCHEZ, L. (2007) « Les transformations de l'enfant: façonnage du visage et bandage du tronc de l'enfant à l'Île de la Réunion ». In : Bonnet, D & Pourchez, L (dir), *Du soin au rite dans l'enfance (pp. 43-60)*. Bulletin Amades, vol.73.
- POURCHEZ, L. (2011). « Les matrones réunionnaises, éléments du folklore local ou actrices de l'évolution des conduites familiales et biomédicales liées à la grossesse et à la naissance? ». In Hancart, P P (dir.), *L'art des matrones revisité. Naissances contemporaines en question (pp. 29-59)*. Paris : Editions Faustroll Descartes.
- POURETTE, D. (2018). « Les matrones à Madagascar : reconnaissance locale, déni institutionnel et collaboration avec des professionnels ». In Pourette, D ; Mattern, C (éds); Bellas Cabane, C (éds); Ravololomanga, B (éds), *Femmes, enfants et santé à Madagascar. Approche anthropologiques comparées (pp.115-126)*. Paris : L'Harmattan.
- PROUT, A. (2004). *The future of childhood*. London : Routledge.
- PUFALL, P.B & UNSWORTH, R.P. (2004). « The Imperative and the Process for Rethinking Childhood ». In Pufall, P.B & Unsworth, R.P (ed.), *Rethinking Childhood (pp.1-21)*. New Brunswick-New Jersey-London: Rutgers University Press.

QUIVY, R & CAMPENHOUDT, L-V. (1995). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dunod.

QVORTRUP, J. (2011). « Childhood as a structural Form ». In Qvortrup J; Corsaro W. A., Honig, M.S. (eds), *The Palgrave handbook of childhood studies* (pp. 21-33). New York: Macmillan.

RABAIN, J. (1979, 1994). *L'enfant du lignage. Du sevrage à la classe d'âge chez les Wolofs du Sénégal*. Paris : Payot.

RADCLIFFE-BROWN, A. (1968). *Structure et fonction dans la société primitive*. Paris : Minuit.

RAFONI, B. (2003). « La recherche interculturelle États des lieux en France ». *Questions de Communication*, n°4, pp.13-26.

RAKOTOMANANA, E et al. (2018). « Le rôle de la grand-mère dans les soins de la femme enceinte et de l'enfant ». In Pourette, D ; Mattern, C (éds) ; Bellas Cabane, C (éds) ; Ravololomanga, B (éds), *Femmes, enfants et santé à Madagascar. Approche anthropologiques comparées* (pp.161-171). Paris : L'Harmattan

RAPONDA-WALKER, A & SILLANS, R. (1964). *Rites et croyances des peuples du Gabon*. Paris : Présence Africaine.

RAZY, É. & CAMPIGOTTO, M. (2014). « Anthropologie de l'enfance et société : le pari d'un enseignement engagé ». *AnthropoChildren* [En ligne], n° 4 (janvier 2014). URL : <https://popups.uliege.be/2034-8517/>.

RAZY, É. & RODET, M. (2011). « Les migrations africaines dans l'enfance, des parcours individuels entre institutions locales et institutions globales ». In Razy, É & Rodet, M (dir.) « *Migrations dans l'enfance, migrations de l'enfance. Regards pluridisciplinaires* » (pp.5-48). *Journal des Africanistes*, vol. 81(2).

RAZY, É. (2004). « Le corps et la personne du petit enfant. Ethnographie des petits riens du quotidien soninké ». *L'autre. Cliniques, Cultures et Sociétés*, 5 (2) : 203-214.

RAZY, É. (2007). *Anthropologie de la petite enfance en pays Soninké (Mali)*. Nanterre : Société d'Ethnologie.

- RAZY, É & SUREMAIN (DE) C-É. (2022). « L'alimentation des bébés et des enfants : une approche anthropologique ». *Spirale*, vol.4, N°104, pp.53-65.
- REBET, M. (2006). « L'interprétariat, point de rencontre entre deux mondes ». In Synthèse du colloque d'ISM CORUM, *L'interprétariat en milieu social : instrument d'une politique publique de non-discrimination ?* (pp.3-4). Lyon. [www.ismcorum.org/l-interpretariat-en-milieu-social-m1-r76.html](http://www.ismcorum.org/l-interpretariat-en-milieu-social-m1-r76.html).
- RENAUD, L & RICO, C DE S. (2007). Communication et santé : des paradigmes concurrents. *Santé Publique*, Vol. 19, pp.31-38.
- RESWEBER, J-P. (2012). *Question de soins*. Paris : L'Harmattan,
- REVEYRAND, O. (1983). « Étiologie et perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles ». *Premier colloque national d'anthropologie médicale*. Paris : CNRS éditions.
- RIDDLE, V & GIRARD, J.-E. (2004). « Douze ans après l'initiative de Bamako: constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé des indigents africains ». *Santé publique*, Éditions S.F.S.P.S, n°1, vol. 16, pp. 37-51.
- RIDGELY, S.B. (2012). « Children and Religion ». *Religion Compass*, 6 (4): 236-248.
- RIESMAN, P. (1991). Éducation. In Bonte, P & Izard, M (dir.), *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie* (pp.222-224). Paris: PUF.
- RIVERS, W, H R. (1924). *Medecine, Magic and Religion*. New York: Harcourt and Brace.
- RIVIÈRE, C. (2008). *Socio-anthropologie des religions*. Paris : Armand Colin, 2e édition.
- RODRIGUES, D.S. (1997). La notion de « savoir » en anthropologie. *Journal des anthropologues*, Anthropologie et cognition, n°70, pp.17-39.
- ROHEIM, G. (1950). *Psychanalyse et anthropologie, culture, personnalité, inconscient*. Paris : Gallimard.
- ROLLET-ECHALIER, C. (1990). *La politique à l'égard de la petite enfance sous la troisième république*. Paris : INED/PUF.
- ROLLIN, O. (1993). *L'invention du monde*. Paris : Seuil.

- ROSALDO, M.Z. (1972). « Metaphors and Folk Classification ». In : Bibeau, G. « L'organisation Ngbandi des noms de maladies ». *Revue anthropologie et sociétés*, Vol. 2 (3), pp.83-116.
- ROSSI, I. (1993). « Corps-sujet et miroirs culturels : une diagonale anthropologique ». In : M. O. Gonseth, *Les frontières du mal : approches anthropologiques de la santé et de la maladie* (pp.47-64). Berne : Ethnologica Helvetica.
- ROSSI, I. (1997). *Corps et chamanisme. Essai sur le pluralisme médical*. Paris : Armand Colin.
- ROSSI, I. (2007). (dir). *Prévoir et prédire la maladie. De la divination au pronostic*. Montreuil : Aux lieux d'être. Coll. Sciences contemporaines.
- ROUSSEAU, J-J. (1762). *Emile ou de l'éducation*. Paris : Éditions Flammarion
- SAILLANT, F. & GAGNON, E. (1999), « Présentation. Vers une anthropologie des soins ? ». *Anthropologie et sociétés*, vol.23 (2), pp.5-14.
- SAILLANT, F. (1999). « Femmes, soins domestiques et espace thérapeutique ». *Anthropologie et sociétés*, vol.23 (2), pp.15-39.
- SAINT-EXUPERY, A. (1991). *Terre des Hommes*. Paris : Gallimard.
- SALEM, G. (1995). « Géographie de la santé, santé de la géographie ». *Espace, populations, sociétés. La géographie de la santé en question*. pp.25-30.  
<http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article>.
- SALVATORE, M, (LA) & RIGHETTO, E. (2020). « Des corps qui communiquent. L'agency comme style dans les pratiques des enfants hospitalisés ». *Revue des sciences sociales*, vol 63, pp.58-6
- SAMB, D. (1986). « Les thèses fondamentales de Cheikh Anta Diop ». *Ethiopiennes*, n°44-45, Vol 4, pp. 17-35.
- SANAGUSTIN, F. (dir.) (1995). « Nosographie Avicennienne et tradition populaire ». *Santé, médecine et société dans le monde arabe : numéro thématique*, pp.39-57
- SANNI YAYA, H. & ZERBO, R. (2015). *Santé publique, anthropologie de la santé et développement en Afrique*. Paris : L'Harmattan.

SARGENT, C. (1989). *Maternity, medicine, and power: reproductive decisions in urban Benin*. Berkeley: University of California press.

SARIETTE & BATIBONAK, P. (dir.). (2017). *Marché médiatique de la guérison divine au Cameroun*. Paris: Karthala.

SAULMIER, P. (2019). « Complexité de la maladie et de la guérison dans les sociétés centrafricaines ». In Association Le MUVACAN, *Les arts de guérir en Afrique, de la tradition à la médecine conventionnelle, comprendre...* (pp.179-210). Paris : L'Harmattan.

SAUVEGRAIN, P. (2011). « Former des matrones en Afghanistan. Une perspective réflexive ». In Hancart P, P (dir.), *L'art des matrones revisité. Naissances contemporaines en question* (pp.115-143). Paris : éditions Faustroll Descartes.

SCHEPER-HUGUES, N & SARGENT, C. (ed.). (1998). « Introduction: The Cultural Politics of Childhood » (1-33). In Scheper-Hugues, N & Sargent, C (ed.), *Small wars: the cultural politics of children*. Berkeley-London: University of California Press.

SCHMITZ, O. (2006). *Soigné par invisible. Enquête sur les guérisseurs aujourd'hui*. Paris : Imago.

SCHWIMMER, E. (1994). « Le localisme au Québec ». *Anthropologie et sociétés* : vol. 18 (1), pp.157-175.

SCUBLA, L. (2005). « Le sacrifice a-t-il une fonction sociale ? » (2005). *Pardès*, vol. 2 n°39, pp.143-159.

SEGALEN, M. (2010). *À qui appartiennent les enfants ?* Paris : Taillandier.

SERAPHIN, G. (2016). « Introduction. Famille et migration ». *Recherches familiales* : vol. 13, (1), pp.3-7.

SHAKOOR O et al. (1997), « Assessment of the Incidence of Substandard Drugs in Developing Countries ». *Tropical Medicine and International Health*, vol. 2, (9) : 839-845.

SIROTA, R. (2006). *Éléments pour une sociologie de l'enfance*. Rennes : PUR.

SIROTA, R. (2010). « Petit objet insolite ou champ constitué, la sociologie de l'enfance est-elle encore dans les choux ? ». In Sirota, R (dir.), *Éléments pour une sociologie de l'enfance* (pp.13-34). Rennes : PUR.

SMITH, P. (1979). « Naissances et destins : les enfants de fer et les enfants de beurre ». *Cahiers d'études africaines*, n°73-76 (XIX-1-4), pp.329-351.

STADERINI, N. (2011). « Représentations locales du rôle des matrones au Tchad. Une perspective sur les décideurs ». In Hancart P, P (dir.), *L'art des matrones revisité. Naissances contemporaines en question* (pp.169-197). Paris : Éditions Faustroll Descartes.

SUPER, C.M. (1981). « Behavioral Development ». In Munroe, R.H; R.I, Munroe, R.I; Whiting, B.B (ed), *Handbook of Cross-Cultural Development* (pp.181-270). New-York: Garland.

SUREMAIN (DE) C-É. (2007). « L'entourage nourricier de l'enfant. A partir d'exemples en Bolivie et au Congo ». *L'Autre. Cliniques, Cultures et Sociétés*, 8 (2), pp.349-366.

SUREMAIN (DE) C-É. (2013). « Des corps à la rue. Petite histoire d'une recherche-action participative auprès d'une bande d'enfants de la rue à la Paz (Bolivie) ». *Corps*, vol.1, n°11 pp. 213-224.

SUREMAIN (DE) C-É. (2010). « Quand « le cheveu fait l'homme ». La cérémonie de la première coupe de cheveux de l'enfant en Bolivie ». *Autrepart*, vol. 3, n°55, pp.125-139.

TABARD, R. (2010). « Religions et cultures traditionnelles africaines. Un défi à la formation théologique ». *Revue des sciences religieuses*, 84/2, *Théologies africaines*, (en ligne). Consulté le 27 novembre 2015), <http://rsr.revues.org>.

TABOURI, A. (2009). « L'interprétariat dans le domaine de la santé. Une question aux enjeux souvent ignorés ». *Hommes et Migrations, Santé et droits des étrangers : réalités et enjeux*, n°1282, pp.101-106, <http://hommesmigrations.revues.org>.

TAÏEB, O et al. (2005). « Donner un sens à la maladie : de l'anthropologie médicale à l'épidémiologie culturelle ». *Médecine et maladies infectieuses*, 35, 173-185.

TCHEGHO, J-M. (2003). *Enfants, parents et communauté, des droits inaliénables pour des devoirs incontournables*. Yaoundé : éditions Démos.

TER HAAR, G. (1913). *L'Afrique et le monde des esprits. Le ministère de guérison de Mgr Milingo, archevêque de Zambie*. Paris : Karthala.

TESSMAN, G. (1913). « Les Pangwé ». *Bulletins et mémoires de la Société d'Anthropologie de Paris* : 5-3, pp.213-215.

- TEXEIRA, M. (2001). *Rituels divinatoires et thérapeutiques chez les Manjak de Guinée-Bissau et du Sénégal*. Paris : L'Harmattan.
- THERY, I. (1998). *Couple, filiation et parenté aujourd'hui. Le droit face aux mutations de la famille et de la vie privée*. Paris : Odile Jacob- La documentation Française.
- THOMAS, L-V. (1963). « Remarques sur quelques attitudes négro-africaines devant la mort ». *Revue française de sociologie*. Problèmes noirs, 4-4, pp.395-410.
- THOMAS, L-V. (1966). *Le socialisme et l'Afrique, tome I*. Paris : Le livre africain.
- THOMAS, L-V. (1969). *Religions d'Afrique noire : textes et traditions sacrés*. Paris : Fayard.
- THOMAS, L-V. (1975). *Anthropologie de la mort*. Paris : Payot.
- THOMAS, L-V. et LUNEAU, R. (1995). *La terre africaine et ses religions*. Paris: L'Harmattan.
- THORNE, B. (1987). « Revisionning women and social change. Where are the children? » *Gender and Society*, 1 (1) : 85-109.
- TONDA, J. & KOUVOUAMA, A. (1990). *Nature des recours thérapeutiques et modalités de recherche de la guérison au Congo Brazzaville*. Paris: ORSTOM.
- TONDA, J. (1992). « Christianisme et guérison dans le champ des pouvoirs : Le traitement du corps souffrant à Brazzaville et dans la cuvette congolaise ». In Gruénais, M E ; Kouvouama, A & Tonda, J, *Prophètes, prophéties et mouvements religieux dans le Congo contemporain*, Compte rendu de fin d'étude d'une recherche financée par le ministère de la Recherche et de la Technologie (pp. 73-83). Paris : ORSTOM.
- TONDA, J. (2002). *La guérison divine en Afrique centrale (Congo, Gabon)*. Paris : Karthala.
- TRILLES, H et al. (1985). « The interface of nursing and anthropology ». In Saillant, Francine et Éric Gagnon, (1999), « Présentation. Vers une anthropologie des soins ? », *Anthropologie et sociétés*, vol.23 (2), pp.5-14.
- TRILLES, H. (1912). *Chez les Fangs*. Lille-Paris-Bruges : Desclée-De Brouwer et Cie.
- TRILLES, H. (1912). *Le totémisme chez les fang*. Munster : Bibliothèque Anthropos.
- TRUCHIS-LENEVEU, DE, C. (2002). *L'éveil de votre enfant, le tout-petit au quotidien*. Paris : Bibliothèque de la famille/Albin Michel, nouvelle ed.

- TURMEL, A. (2008). *A historical sociology of childhood. Developmental thinking, categorization, and graphic visualization*. Cambridge: Cambridge University Press.
- TYLOR, E B. (1871). *Primitive culture, research into the development of mythology, philosophy, religion, art, and custom*. Cambridge: Cambridge University Press, vol. 2.
- UMBERTO, E. (2003). *De la littérature*. Paris : Grasset.
- VAN GENNEP, A. (1981). *Les rites de passages*. Paris : Éditions A. et J. Picard.
- VANISTENDAEL, S & LECOMTE, J. (2000). *Le Bonheur est toujours possible*. Paris : Bayard.
- VANSINA, J. (1965). *Les anciens royaumes de la savane : les états des savanes méridionales de l'Afrique centrale des origines à l'occupation coloniale*. Léopoldville. Institut de recherches économiques et sociales.
- VEGA, A. (1997). « Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles ». *Sciences Sociales et Santé*, vol 15 (3), pp.103-132.
- VIDAL, L. (2004). « Réfléchir l'objet : pour une rénovation des sciences sociales de la santé ». *Autrepart*, vol. 1, n°29, pp. 3-12.
- VIDAL, L. (2010). « Introduction. Le don, la lutte et le serment ». In Vidal, L, *Faire de l'anthropologie : Santé, science et développement* (pp. 7-16). Paris : La Découverte.
- VINCENT, J-F. (2002). « Des enfants pas comme les autres, les jumeaux dans les montagnes mofu-Diamaré du Nord-Cameroun ». *Journal des Africanistes*, pp.105-118.
- VINCENT, S. (2001). *Le jouet et ses usages sociaux*. Paris : La Dispute.
- VURPILLOT, E. & BULLINGER, A. (1983). « Y a-t-il des âges clés dans la 1ère année de vie de l'enfant ». In : ouvrage collectif : *le développement dans la première année (sous la dir.), symposium de l'association de psychologie scientifique de langue française*. Paris : PUF, psychologie d'aujourd'hui, 1ère éd. Pp.177-205.
- WALENTOWITZ, S. (2004). « L'enfant qui n'a pas atteint son lieu ». Représentations et soins autour des prématurés chez les Touaregs de l'Azawagh (Niger) ». *L'Autre à compléter* : vol. 5, (2), pp.227-241.
- WARNIER, J-P. (2017). « Ceci n'est pas un sorcier. De l'effet Magritte en sorcellerie ». *Politique africaine*, n°146, pp.125-141.

- WATZLAWICK, P et al. (1972). *Une logique de la communication*. Paris : Seuil.
- WEBER, F. (2009). *Manuel de l'ethnographie*. Paris: PUF, coll. « Quadrige ».
- WERNER, E.E & SMITH, R.S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Lieu? Cornell University Press.
- WHITING et al. (2007). « Field guide six cultures series for a study of socialization ». In Razy, E, *Naitre et devenir. Anthropologie de la petite enfance en pays Soninké (Mali)*, Nanterre : Société d'Ethnologie, 2007, p.14.
- WIKIN, Y. (1981). *La nouvelle communication*. Paris : le Seuil.
- WINNICOTT, D W. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse, trad. De l'anglais*. Paris: Payot.
- WORDSWORTH, W. (1919). *The Rainbow*. London: Oxford book of English.
- YENGO, P. (2008). « Le monde à l'envers. Enfance et kindoki ou les ruses de la raison sorcière dans le bassin du Congo ». *Cahiers d'étude africaines*, vol. 1-2, n°189-190, pp.297-323.
- YENGO, P. (2016). *Les mutations sorcières dans le bassin du Congo. Du ventre et de sa politique*. Paris: Karthala.
- YENGO, P. (2017). « Pour une herméneutique du sorcellaire ». *Politique africaine*, vol. 148, n°4, pp.138-142.
- YOUNG, A. (1982). « The Anthropology of Illness and Sickness ». *Annual Review of Anthropology*: vol. 11, pp. 257-285.
- ZELIZER, V. (1985). *Pricing the priceless child. The changing social value of children*. Princeton : Princeton University Press.
- ZEMPLENI, A. & RABAIN, J. (1965). « L'enfant nit ku bon. Un tableau psychopathologique traditionnel chez les Wolofs et les Lebou du Sénégal ». *Psychologie africaine*, Vol.1, pp.329-441.
- ZEMPLENI, A. (1985), « La maladie et ses causes ». *L'ethnographie*, vol LXXXI (81), n° 96-97, pp.13-44.

ZEMPLENI, A. (dir.) (1985). *Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture*. Paris : Société d'Ethnographie.

ZIGMUGT, B. (1998). *Le coût humain de la mondialisation*. Paris : Hachette Littératures.

## **MEMOIRES ET THESES DE DOCTORAT**

### **Par ordre alphabétique**

BALLA, C. (1991). Parole et pouvoir chez les Beti (Cameroun central) approche ethnolinguistique. (Mémoire de maîtrise en ethnolinguistique, Université de Yaoundé 1, Cameroun, 180p).

FALTA, B. (2008). Le maternage dans le post-partum par les femmes camerounaises : quelques rites qui entourent certains soins faits aux nouveau-nés au sein de diverses ethnies camerounaises. (Mémoire de Bachelor, Haute Ecole de la Santé La Source, Suisse, 80p).

KOTOBI, L-D. (1995). Le vaccin et le Sadaqeh. Etude de représentations de la vaccination infantile en Iran d'aujourd'hui. (Thèse de doctorat en sciences sociales, Université Paris V, France, vol. 1 et 2, 539 p).

LEMONNIER, C. (2016). Quêtes de soins au féminin. Une ethnographie des « maux de femmes » et du pluralisme thérapeutique en Médoc (France). (Thèse de doctorat en anthropologie sociale-ethnologie, Université de Bordeaux, France, 553p).

MARSHALL, A. (2013). Les enfants en Egypte ancienne des époques prédynastiques à la fin du Nouvel Empire. (Thèse de doctorat en histoires et civilisations, EHESS, Paris, France, vol. 1 et 2, 513p).

MBANDJI MBENA, E. (2013). Les droits fondamentaux de l'enfant en droit camerounais. (Thèse de Doctorat en cotutelle en Droit privé : Université de Douala/Université de Toulouse 1, 667p).

MBOUZEKO, R. (2010). Discours et représentations sociales dans la prévention du paludisme au Cameroun. Logiques des discours, perceptions de la maladie et pratiques des populations. (Thèse de doctorat en science de l'information et de la communication, Université Lumière Lyon 2, France, 430p).

MONTEILLET, N. (1998). De la tutelle des ancêtres à l'usage libre des pharmacopées. Histoire d'un système de soins au Cameroun. (Thèse de doctorat en anthropologie, Université de Paris V Descartes, Paris, France, 418p).

NDJALLA, A. (2012). Le mbap mbugi ou médecine des cassures chez les Yanda du Cameroun : contribution à une anthropologie médicale. (Mémoire de master en anthropologie, Université de Yaoundé 1, Cameroun. 489p).

NDJALLA, A. (2015). Maladies infantiles et thérapeutiques chez les Ewondo : contribution à l'étude d'un système de soins en negro culture. (Thèse de doctorat en anthropologie de la santé, Université de Yaoundé 1, Cameroun, 465p).

NGOA, H. (1968). Le mariage chez les Ewondo. (Thèse de doctorat 3ème cycle, Université de la Sorbonne, Paris, France, 260p).

NGUEDE-NGONO, J-P (2016). Résilience des Baka face aux mutations socio environnementales. (Thèse de doctorat en anthropologie sociale et ethnologie en cotutelle, Université de Yaoundé 1 et EHESS-Paris, Yaoundé-Paris, 440p).

NGOMBO LEPOPA, A B. (2016). Itinéraires thérapeutiques et représentations de la santé à l'enfance chez les Nzèbi du Gabon. (Thèse de doctorat en ethnologie, Université de Lorraine, France, 330p).

NLATE NTEN, L-S. (2006-2007). Anthropologie des regroupements ethniques des étudiants de l'université de yaoundé1 : le cas du regroupement des jeunes Babadjou. (Mémoire de maitrise en anthropologie, Université de Yaoundé 1, Cameroun, 109p).

NLATE NTEN, L-S. (2011-2012). Elites, pauvreté et développement en milieu rural au Cameroun : étude anthropologique dans les localités de Ngoulmekong et d'Assok, région du sud. (Mémoire de master 2 en anthropologie du développement, Université de Yaoundé 1, Cameroun, 195p).

NLATE NTEN, L-S. (2012-2013). Le recours aux soins en milieu rural sud-camerounais. Contribution a une étude anthropologique du paludisme a Assok-yemveng. (Mémoire de master 2 en anthropologie parcours « cultures, politiques, santé, Université de Bordeaux, France, 132p).

NLATE NTEN, L-S. (2013-2014). La participation des centres de loisirs à l'éveil et au développement de l'enfant. (Mémoire de DU mention psychologie interculturelle, spécialité enfance, santé et société, Université de Bordeaux, France, 26p).

NLATE NTEN, L-S. (2014-2015). Transmettre la parole pour faciliter le diagnostic : L'interprète, ses pratiques et ses difficultés en milieu médical. (Mémoire de master 2 professionnel en anthropologie, parcours : santé, migrations médiations, Université de Bordeaux, France, 88p).

NLATE NTEN, L-S. (2016-2017). Religions et Communication en Afrique. Communiquer avec ses ancêtres défunts à travers un espace culturel. Ethnographie de la cacaoyère dans le culte des ancêtres au sud-Cameroun. (Mémoire de master 2 recherche en sciences humaines et sociales, option religions et sociétés, Université Bordeaux Montaigne, France, 80p).

ROCCHI, V. (1999). Du religieux au thérapeutique : étude sociologique des réseaux psychomystiques contemporains. (Thèse de doctorat en sociologie, Université Paris 5, France, 527p).

SOUNDA, L L. (2018). L'accès aux soins au Gabon : écart entre la stratégie politique et les pratiques de santé. (Thèse de doctorat en sociologie, Université de Lorraine, France, 381p).

TANTCHOU, J. (2006). Comment naissent les politiques verticales de santé en Afrique ? réinterroger le passé et le présent à partir de la lutte contre la trypanosomiase et la tuberculose au Cameroun. (Thèse de doctorat en ethnologie et anthropologie sociale, Paris : EHESS, France, 450p).

TEMGOUA, A P. (1996). Le travail des vacances des enfants bamilékés de l'ouest Cameroun. (Mémoire de maîtrise en sociologie, Université de Yaoundé 1, Cameroun, 183p).

THÉ BOCHET, M-P. (1970). Des sociétés secrètes aux associations modernes (la femme dans la dynamique de la société Béti) : 1887-1966. (Thèse de doctorat 3<sup>ème</sup> cycle en anthropologie Paris : EPHE, 538p).

WALENTOWITZ, S. (2003). Enfant de soi, enfant de l'Autre. La construction symbolique et sociale des identités à travers une étude anthropologique de la naissance chez les Touaregs. (Thèse de doctorat en anthropologie sociale et Ethnologie. Paris : EHESS, 581p).

## **RAPPORTS ET DOCUMENTS OFFICIELS**

### **Par ordre alphabétique**

INS. (2011), Enquêtes démographiques et de santé à indicateurs multiples (EDS-MICS). Yaoundé, Cameroun et Rockville, Maryland, USA : INS, 576p.

INS. (2018), Enquêtes Démographie et de santé du Cameroun (EDSC-V). Yaoundé, Cameroun et Rockville, Maryland, USA : INS et ICF, 739p.

MINSANTE. (2001-2010). Déclaration de la Décennie de Développement de la Médecine Traditionnelle (DDDMT, 2001-2010), MINSANTE-Cameroun, 40p.

MINSANTE. (2014-2020). Plan Stratégique de Lutte contre la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infanto-Juvenile (PSL/MMNIJ, 2014-2020), Cameroun, 82p.

MINSANTE. (2014-2020). Plan Stratégique de Sécurisation des Produits Contraceptifs (PSSPC, 2014-2020), Cameroun, 120p.

MINSANTE. (2014-2020). Plan Stratégique National de Santé de la Reproduction Maternelle, Néonatale et Infantile (PSN/SRMNI, 2014-2020), Cameroun, 120p.

MINSANTE. (2015-2020). Plan Opérationnel de Planification Familiale (POPF, 2015-2020), Cameroun, 121p.

MINSANTE. (2016-2020). Plan National de Développement Sanitaire (PNDS, 2016-2020), Cameroun, 153p.

MINSANTE. (2016-2027). Document de Stratégie Sectorielle de Santé, draft du 11 janvier 2016, Yaoundé, Cameroun, MINSANTE-Cameroun, 167p.

MINSANTE. (2016-2027). Stratégie Sectorielle de la Santé (SSS, 2016-2027), Cameroun, 208p.

MINSANTE. (2020-2024). Document de Plan stratégique national de santé numérique, Cameroun, 74p.

MINSANTE. (2022-2026). Document de plan stratégique pour le renforcement de la chaîne d'approvisionnement public des produits de santé au Cameroun. Pour une disponibilité ininterrompue des produits de santé de bonne qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, Cameroun, 93p.

OMS. (2014). La Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023, OMS, 72p. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95009/9789242506099\\_fre.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95009/9789242506099_fre.pdf)

OMS. (2018). Plan stratégique national de santé numérique (2020-2024), MINSANTE, 127P. [https://files.aho.afro.who.int/afahobckpcontainer/production/files/cis\\_plan\\_strategique\\_de\\_sante\\_numerique](https://files.aho.afro.who.int/afahobckpcontainer/production/files/cis_plan_strategique_de_sante_numerique).

OMS & UNICEF. (2001). Manuel sur la PCIME : la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant. OMS, 172p. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67167>.

OMS (2002), stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2025, Genève, 20p.

OMS (2017-2020). Programme d'action stratégique de coopération Cameroun-OMS (2017-2020), rapport annuel pour une meilleure santé des populations, Cameroun-OMS, 54p.

OMS. (2000). Rapport sur la santé dans le monde. Pour un système de santé plus performant, OMS, 237p. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42282>.

OMS. (2021). Système de santé contribuant à la sécurité sanitaire, 56p. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/346355/9789240034884>

OMS. (2001). Stratégie pour la santé et le développement des enfants et des adolescents. CAH, avril 2001. [http://www.who.int/child\\_adolescent\\_health](http://www.who.int/child_adolescent_health)

OMS/RBM. (2001). Global partnership to Roll Back Malaria. Les combinaisons thérapeutiques antipaludiques : rapport d'une consultation technique de l'OMS, 4-5 avril 2001, OMS, 40p. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67179>

UNESCO. (2003). Convention de 2003 pour la sauvegarde du patrimoine culturel immatériel, Kit Média, 36p. <http://www.unesco.org/culture/ich/>

UNFPA. (2013). Rapport de l'état de la population mondiale, UNFPA, 132p.  
[https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/FR-SWOP2013\\_0.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/FR-SWOP2013_0.pdf)

UNICEF. (2012). Rapport annuel de l'UNICEF. Unissons-nous pour les enfants. Fiche technique, 52p. <http://www.unicef.org/french/publications>

UNICEF. (2014). Cartographie et analyse du système national de protection de l'enfant au Cameroun. Cameroun, 148p.

UNICEF (2021). Cameroon Humanitarian Situation, Report n°7, 17p.

# **ANNEXES**

## **LISTE DES ANNEXES**

**Annexe n°1 :** Grille d'entretien

**Annexe n°2 :** Guide d'entretien (mamans âgées)

**Annexe n°3 :** Guide d'entretien (matrones)

**Annexe n°4 :** guide d'entretien (blindeurs)

**Annexe n°5 :** Guide d'entretien (mères)

**Annexe n°6 :** Grille d'observation (mamans âgées)

**Annexe n°7 :** Grille d'observation (mères et enfants souffrants)

**Annexe n°8 :** Quelques photographies de terrain, de la pharmacopée traditionnelle et des outils de travail des tradipraticiennes mentionnés dans le contexte de soins des huit maladies infantiles locales.

## ANNEXE N°1 :

### GRILLE D'ENTRETIEN

#### Références socio-culturelles

#### **ENFANCE, PETITE ENFANCE (*mone mone, mone mone*) :**

- Ses définitions ; perceptions et représentations ; Ses dimensions ; Ses critères sociaux et culturels ; Ses rapports avec la société, la culture, les divinités ; les stratégies culturelles de sa socialisation

#### **SANTÉ (*mvoe*) :**

- Ses définitions ; Ses dimensions ; Ses représentations ; Sa Perduration ; Son lien avec la maladie ; Son lien avec la vision du monde locale (mondes macro, méso, micro cosmique ; dimensions visible et invisible) ;

#### **MALADIE (*okon*) :**

- Ses définitions ; perceptions et représentations ; Ses causes ; Nomination et classification des maladies ; Les facteurs de risques ; Ses avantages ; Ses inconvénients ; Les traitements préventifs et thérapeutiques ; Son lien avec la santé ; Son lien avec la vision du monde locale (monde macro, méso, micro cosmique ; dimensions visible et invisible) ; ses coûts ; stratégies de recours aux tradipraticiens.

#### **MEDECINE (*afola mebiang*) :**

- Ses définitions ; les types de médecines dans la zone ; représentations et fondements de la médecine endogène ; ses composantes ; les outils et les acteurs de la médecine infantile endogène.

#### **SOINS (*e sabane*) :**

- Ses définitions ; ses typologies ; perceptions et représentations ; ses dimensions ; les outils et acteurs.

#### **LOCAL (*djal*) :**

- Ses définitions ; Ses dimensions ; perception et représentations ; Ses caractéristiques ; Ses fondements ; Ses liens avec la santé, la médecine endogène, les soins.

#### **PREVENTION (*ovang, e banane*)**

- Ses définitions ; Ses dimensions ; perception et représentations ; ses typologies ; les moyens ; les critères ; les modalités.

---

## ANNEXE 2

### GUIDE D'ENTRETIEN SPÉCIFIQUE POUR LES TRADIPRATICIENNES (MAMANS AGÉES, ETHNO-PÉDIATRES)

#### PRÉLIMINAIRES

Identité de l'interviewé (e) :

Salutations et présentations

Noms et Prénoms

Age, sexe et statut matrimonial

Fonction et numéro de téléphone

Heure, date et lieu de l'entretien

Objectifs de l'entretien et déroulement

Condition : la personne est une tradipraticienne ou un.e collègue.

**ENTRETIEN :**

- 1- Dites ce qui vient à l'esprit quand je vous dis : ENFANCE, PETITE ENFANCE.
- 2- Dites ce qui vous vient à l'esprit quand je vous dis : SANTÉ
- 3- Dites ce qui vous vient à l'esprit si je vous dis : MALADIE.
- 4- Dites ce qui vous vient à l'esprit si je vous dis : MALADIE INFANTILE (donnez les types...)
- 5- Dites ce qui vous vient à l'esprit quand je vous dis : SOINS (laisser citer les types de soins connus pour les maladies infantiles).
- 6- Dites ce qui vous vient à l'esprit quand je vous dis : PRÉVENTION.
- 7- Dites ce qui vous vient à l'esprit quand je vous dis : GUÉRISON.
- 8- Dites ce qui vous vient à l'esprit si je vous dis : MÉDECINE

*POUVEZ VOUS NOUS ÉCLAIRER SUR LES POINTS SUIVANTS :*

1. Comment êtes-vous devenue tradipraticienne ?
2. Comment se déroulent les séances de soins entre vous, les enfants et les mères ?
3. Pouvez-vous me raconter l'épisode d'une maladie infantile locale que vous avez récemment soignée et prévenue ?
  - Les causes
  - Prise en charge et diagnostic
  - Début des soins et mécanismes
  - Outils utilisés et pourquoi ?
  - Avec qui vous travaillez : seule ? avec vos collègues ? avec les mères ?
4. Comment désignez-vous ces maladies infantiles locales dans votre langue maternelle bulu ?
5. Quelles sont les maladies infantiles pour lesquelles les mères viennent vous voir constamment pour leurs enfants et pourquoi ?
6. Par qui ces enfants sont-ils toujours accompagnés :
  - a) Leur mère,

- b) Leur père,
  - c) Un membre de la famille, et pourquoi ?
7. Faites-vous appel aux entités spirituelles culturelles (génies, totems, esprits, ancêtres défunts) lors de vos séances de soins et de guérison ?
- 

### ANNEXE 3

## **GUIDE D'ENTRETIEN SPECIFIQUE POUR LES MATRONES (SAGES FEMMES LOCALES)**

### **PRÉLIMINAIRES**

Identité de l'interviewé (e) :

Salutations et présentations

Noms et Prénoms

Age, sexe et statut matrimonial

Fonction et numéro de téléphone

Heure, date et lieu de l'entretien

Condition : la personne est une matrone ou une collègue.

Objectifs de l'entretien et déroulement

### **ENTRETIEN :**

- 1- Dites ce qui vient à l'esprit quand je vous dis : ENFANCE, PETITE ENFANCE.
- 2- Dites ce qui vous vient à l'esprit quand je vous dis : SANTE
- 3- Dites ce qui vous vient à l'esprit quand je vous dis : SANTE MATERNELLE ET INFANTILE
- 4- Dites ce qui vous vient à l'esprit si je vous dis : MALADIE.
- 5- Dites ce qui vous vient à l'esprit quand je vous dis : SOINS (laisser citer les types de soins connus pour les maladies infantiles).
- 6- Dites ce qui vous vient à l'esprit quand je vous dis : PRÉVENTION.
- 7- Dites ce qui vous vient à l'esprit quand je vous dis : GUÉRISON.
- 8- Dites ce qui vous vient à l'esprit si je vous dis : MÉDECINE
- 9- Dites ce qui vous vient à l'esprit quand je vous dis : STÉRILITÉ, FÉCONDITÉ, INFERTILITÉ, FERTILITÉ

*POUVEZ VOUS NOUS ÉCLAIRER SUR LES POINTS SUIVANTS :*

1. Comment êtes-vous devenue matrone ?
2. Votre rôle spécifique dans le contexte des soins et de guérison dans cette zone ?

3. Quelles sont les personnes qui vous consultent le plus, et pourquoi ?
  4. Quels sont vos techniques de soins ainsi que les outils que vous utilisez lors des séances de soins ?
  5. Avez-vous des liens avec les mamans âgées et les blindeurs, les sage-femmes des hôpitaux, des centres de santé ? si oui, quels types de liens ?
  6. Pouvez-vous me raconter ce que vous faites particulièrement pour ces femmes enceintes du début de la grossesse jusqu'à l'accouchement ?
    - Signal de la grossesse
    - Première visite
    - Début de la prise en charge
    - Outils traditionnels utilisés
    - Evolution de la grossesse
    - Accouchement
    - Après l'accouchement
    - Gérance du placenta
  7. Faites-vous accoucher des femmes ici chez vous à domicile ?
  8. Continuez-vous de suivre ces femmes après l'accouchement ?
  9. Pouvez-vous nous confirmer qu'en dehors des femmes enceintes, qu'il y a aussi les femmes en âge de procréer, les femmes ayant déjà accouchées, les femmes stériles et infertiles qui vous consultent ? si oui, qu'est-ce que vous faites pour elles ?
  10. La santé de la mère ou de la future mère a-t-elle un lien avec celle de l'enfant ?
  11. Avez-vous souvent recours aux entités spirituelles culturelles (génies, totems, esprits, ancêtres défunts, etc.) dans l'exercice de votre métier ? si oui, à quel moment le faites-vous, comment et pourquoi ?
- 

## ANNEXE 4

### **GUIDE D'ENTRETIEN SPECIFIQUE POUR LES BLINDEURS**

#### **PRÉLIMINAIRES**

Identité de l'interviewé (e) :

Salutations et présentations

Noms et Prénoms

Age, sexe et statut matrimonial

Fonction et numéro de téléphone

Heure, date et lieu de l'entretien

Condition : la personne est un.e blindeur.euse ou un.e collègue.

Objectifs de l'entretien

**ENTRETIEN :**

- 1- Dites ce qui vient à l'esprit quand je vous dis : ENFANCE, PETITE ENFANCE.
- 2- Dites ce qui vous vient à l'esprit quand je vous dis : SANTE
- 3- Dites ce qui vous vient à l'esprit si je vous dis : MALADIE.
- 4- Dites ce qui vous vient à l'esprit si je vous dis : MALADIE INFANTILE (citer les types...)
- 5- Dites ce qui vous vient à l'esprit quand je vous dis : SOINS (laisser citer les types de soins connus pour les maladies infantiles).
- 6- Dites ce qui vous vient à l'esprit quand je vous dis : PRÉVENTION ET PROTECTION.
- 7- Dites ce qui vous vient à l'esprit quand je vous dis : SCARIFICATION, BLINDAGE
- 8- Dites ce qui vous vient à l'esprit quand je vous dis : GUÉRISON.
- 9- Dites ce qui vous vient à l'esprit si je vous dis : MÉDECINE

*POUVEZ VOUS NOUS ÉCLAIRER SUR LES POINTS SUIVANTS :*

1. Comment êtes-vous devenu blindeur ?
2. Votre rôle spécifique dans le contexte des soins et de guérison dans cette zone ?
3. Quelle est la tranche d'âge d'enfant qu'on vous emmène le plus souvent ici ?
4. N'y a-t-il que cette tranche d'âge que vous recevez ?
5. Travaillez-vous en collaboration avec les mamans âgées et les matrones ?
6. Quels sont vos techniques de protection ainsi que les outils que vous utilisez ?
7. Pouvez-vous me raconter ce que vous faites concrètement lors des séances de protection des enfants ?
  - Arrivée de l'enfant et sa mère (ou un autre accompagnateur)
  - Prise en charge
  - Début de la séance de protection
  - Outils utilisés
  - Fin de la séance de protection
8. Quel est le véritable rôle du blindage pour la santé de l'enfant, pour son corps ?
9. Est-ce que c'est vrai que le blindage rend le corps de l'enfant dur et invulnérable contre les maux et les maladies ?

10. Est-ce que c'est aussi vrai que le blindage protège l'enfant à vie ?
  11. À quel moment les mères viennent avec leurs enfants vous consulter ?
  12. Viennent-elles vous consulter délibérément ou alors elles viennent sur recommandation ?
  13. Vous arrive-t-il de faire appel aux entités spirituelles culturelles (génies, totems, esprits, ancêtres défunts, etc.) dans les séances de blindage ? si oui, à quel moment le faites-vous, comment et pourquoi ?
- 

## ANNEXE 5

### GUIDE D'ENTRETIEN SPECIFIQUE POUR LES MÈRES

#### **PRÉLIMINAIRES**

Identité de l'interviewé (e) :

Salutations et présentations

Noms et Prénoms

Age, sexe et statut matrimonial

Fonction et numéro de téléphone

Heure, date et lieu de l'entretien

Condition : la personne a au moins un enfant de moins de 6 ans.

Objectifs de l'entretien

#### **ENTRETIEN :**

- 1- Dites ce qui vient à l'esprit quand je vous dis : ENFANCE, PETITE ENFANCE.
- 2- Dites ce qui vous vient à l'esprit quand je vous dis : SANTÉ
- 3- Dites ce qui vous vient à l'esprit si je vous dis : MALADIE.
- 4- Dites ce qui vous vient à l'esprit si je vous dis : MALADIE INFANTILE (citer les types...)
- 5- Dites ce qui vous vient à l'esprit quand je vous dis : SOINS (laisser citer les types de soins connus pour les maladies infantiles).
- 6- Dites ce qui vous vient à l'esprit quand je vous dis : PRÉVENTION.
- 7- Dites ce qui vous vient à l'esprit quand je vous dis : GUÉRISON.
- 8- Dites ce qui vous vient à l'esprit si je vous dis : MÉDECINE

*POUVEZ VOUS NOUS ÉCLAIRER SUR LES POINTS SUIVANTS :*

1. Pouvez-vous me raconter l'épisode le plus récent d'une maladie infantile locale de votre plus jeune enfant :
  - Constat de la maladie
  - Début et symptômes de la maladie
  - Les manifestations
  - La durée de la maladie
  - La gravité
  - Les différentes actions effectuées (qui a décidé de quoi ? qui a fait quoi ? et comment ? coût) : Automédication ou autosoins, recours à la médecine traditionnelle, recours aux prières, aux reliques religieuses traditionnelles, les traitements utilisés et leurs résultats, quel traitement a été le plus efficace ? Quelles sont les causes probables de cette maladie ? Comment la prévient-on ?
2. Quelles autres maladies infantiles locale connaissez-vous ? (Laisser la personne citer les maladies connues).
3. Ainsi, pour chaque maladie choisie ou citée faire préciser :
  - Les causes
  - Les manifestations
  - Les traitements
  - Les moyens de prévention
4. Connaissez-vous un autre enfant de votre entourage qui a souffert de cette maladie ? pouvez-vous raconter ?
  - Comment sa mère a procédé au départ ?
  - Ce qu'elle a fait ensuite ?
  - À quel moment a-t-elle décidé d'aller chez la tradipraticienne ?
5. À votre avis toutes les maladies infantiles locales sont-elles dangereuses ?
6. À quel moment commencez-vous à penser aux soins endogènes dédiés à votre enfant ?
  - Avant la grossesse ?
  - Pendant ou après ?
7. Est-ce que les soins sont les mêmes pour chaque moment de l'évolution de l'enfant ?
8. Quand vous êtes enceinte est ce qu'il y a des soins que vous recevez à la place de l'enfant ? lesquels ? Et à quel moment exactement ?
9. Les soins endogènes vous semblent-ils plus efficaces que ceux biomédicaux dans le contexte de la santé infantile dans cette zone ?

10. Vous jouez un rôle important de communication pour vos enfants pendant les prises en charge et les diagnostics chez les tradipraticiennes ? Pouvez-vous nous raconter ?
- Qu'est-ce que vous faites concrètement
  - Comment vous le faites ?
  - Vous êtes guidée par la tradipraticienne ou alors
  - Vous prenez vous-mêmes des initiatives ?
11. Pensez-vous que la prière est aussi un moyen de guérison pour vos enfants ?
12. Est-ce que seule la prière a déjà guéri votre enfant malade ? si oui, pouvez-vous nous raconter ?
13. Pendant que votre enfant se fait suivre par la tradipraticienne, est-ce que vous priez souvent aussi ? si oui, vous invoquez qui :
- Dieu suprême (Zambe)
  - Les ancêtres défunts (bevamba)
  - Les génies, les totems (missisim)
- 

## **ANNEXE 5 :**

### **Grille d'observation (mamans âgées)**

#### **I. DU POINT DE VUE DE LA STRUCTURE DES CADRES DE SOINS.**

##### **J'observe les aspects suivants :**

- La configuration extérieure et intérieure du cadre des soins
- Si le cadre de soins se trouve au cœur, à l'entrée, à la sortie du village ou dans la forêt.
- S'il y a des places assises pour recevoir les patients
- S'il y a des endroits spéciaux pour les soins
- Où se font les soins
- Si certains endroits dans l'enceinte du cadre des soins sont interdits aux patients et leurs accompagnateurs
- S'il y a des soins qui se font uniquement à l'extérieur et inversement.
- S'il y a des soins qui se font à la fois à l'extérieur et à l'intérieur
- Le dispositif de travail
- Le type d'outils utilisés pour les soins
- Leur disposition dans l'enceinte du cadre des soins
- Les outils usuels de travail

- Les outils les plus utilisés
- Le rôle de chaque outil de travail, le type de pharmacopée traditionnelle le plus utilisé
- Comment chaque plante, chaque écorce, chaque racine, chaque feuille, chaque parties spécifiques d'animaux dédiés aux soins et à la guérison étaient utilisés
- Si tous les outils utilisés pour les soins sont exposés
- Si certains nécessitent d'être à l'abri des regards de tous...

## **II. PENDANT LES SITUATIONS DE SOINS PROPREMENT DITES.**

### **J'observe les aspects suivants :**

- Dispositions, accueil et prise en charge des patients.
  - Où et comment accueillent-elles les mères et leurs enfants.
  - Repérer les différentes étapes d'une prise en charge
  - Comment et avec quoi se font les diagnostics.
  - Si tous les actes de soins sont faits au regard des patients
  - Si ces patients viennent seuls ou accompagnés
  - Qui tient l'enfant souffrant pendant les séances de soins
  - Par qui les mères et leurs enfants souffrants sont-ils accueillis
  - Si elles travaillent seules
  - Si elles exercent toutes les tâches de soins ou alors il y en a certaines qu'elles confient à leurs collègues ou apprentis
  - Par quoi commencent-elles toujours dans leur prise en charge
  - Le type de patients qu'elles reçoivent le plus et leur tranche d'âge
  - Les maladies infantiles locales récurrentes pour lesquelles les mères viennent les voir
  - Postures et attitudes des mamans inévitables
  - Pendant les séances de soins, où se place les mamans inévitables
  - Ce qu'elles font véritablement et comment elles le font
  - Ce qu'elles portent comme uniforme
  - Si elles s'identifient à partie des marques ou objets spéciaux sur leur corps
  - S'il y a les interactions entre elles, les mères et les enfants
  - Comment se font ces interactions...
-

## ANNEXE 6

### GRILLE D'OBSERVATION (MÈRES ET ENFANTS SOUFFRANTS)

#### **I. DANS L'ENCEINTE DU CADRE ET DES SÉANCES DE SOINS.**

**J'observe les aspects suivants :**

- Postures et attitudes des mères
- Pendant les séances de soins, où se placent les mères
- Ce qu'elles font réellement et comment elles le font
- Si elles collaborent avec les mamans inévitables pendant les séances de soins.
- Comment se fait cette collaboration
- Si quand elles sont assises en attente des soins, elles échangent entre elles
- Si elles sont toutes assises
- Si elles portent leurs enfants dans leur bras
- Si elles se lèvent quand leurs enfants pleurent
- Si certaines repartent avec leurs enfants sans résultats du fait d'avoir trop attendu
- Si celles qui partent reviennent plus tard, le lendemain ou alors ne reviennent plus

#### **a) Postures et attitudes des patients (les enfants)**

- Ce qu'on leur fait pour guérir
- Ce qui se passe quand la maman inévitable les touche, les porte, les masse, leur fait des bains
- Quand les mamans inévitables les prennent en charge, s'ils sont souvent couchés ou assis sur leur mère ou sont-ils souvent debout
- Est-ce qu'ils pleurent, cris ou alors sont calmes.
- Si malgré ces cris et pleurent les mamans inévitables continuent leur prise en charge

#### **b) Les fréquences d'arrivées et de départs des mères et leurs enfants.**

- Arrivent-ils en bloc ou alors chaque mère arrive toute seule avec son enfant.
- Sont-elles accompagnées par leur époux.
- Le décalage horaire d'arrivées et de départs....

---

## ANNEXE 8

Quelques photographies de terrain, de la pharmacopée traditionnelle et des outils de travail des tradipraticiennes mentionnés dans le contexte de soins des huit maladies infantiles locales.

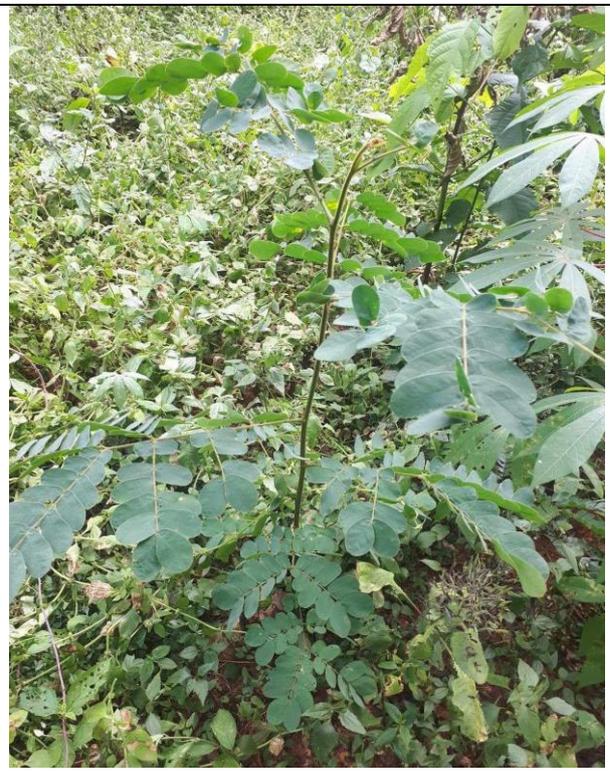
**NB:** Je précise que toutes les photographies présentées ici ont été prises sur le terrain de recherche à Sangmélima. Elles regroupent quelques éléments spécifiques de la pharmacopée traditionnelle dédiés aux soins des maladies infantiles locales, quelques éléments de la pharmacopée traditionnelle générale, des outils de travail des tradipraticiennes, y compris des situations de soins auxquelles j'ai assisté. Elles ont été publiées, avec l'entière autorisation des enquêtés, uniquement pour servir et valoriser ce travail de recherche. Aussi, les éléments de la pharmacopée traditionnelle cités dans le contexte de soin des huit maladies infantiles locales sont classés ici selon l'ordre des maladies qu'ils préviennent et soignent.

## 1. Éléments de la pharmacopée (noms locaux et noms scientifiques) cités dans le contexte de soin des huit maladies infantiles locales.

### 1.1. *Ebem*



**Figure 2 :** Akondok (Nauclea SP)



**Figure 3 :** Evouvous essak (Albizia glaberrima)



**Figure 4 :** Mbeng mvae (*Annona SP*)



**Figure 5 :** Nkou (*Sodium Chloride*)



**Figure 6 :** Mbone meñyegue ou mbon minbang (*Elaeis guineensis tennera*)

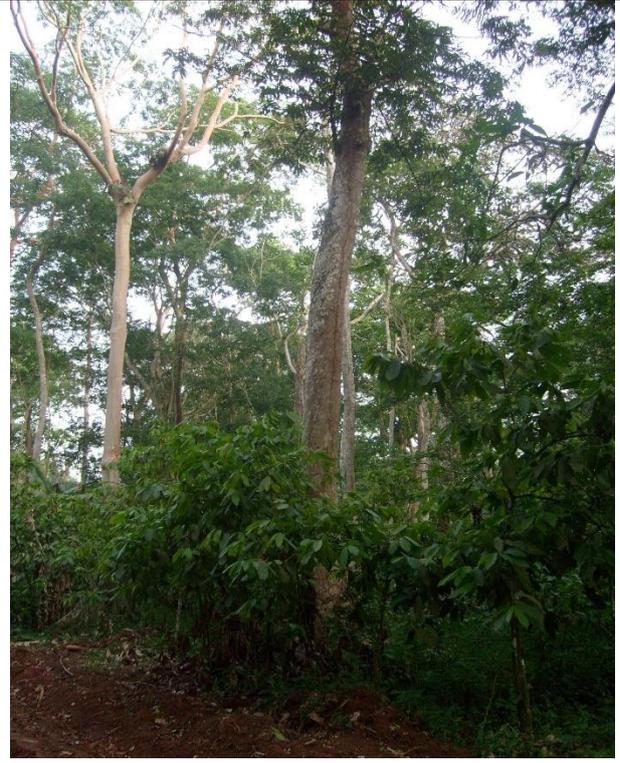


**Figure 7 :** Ndodô (*Capsicum annuum*)

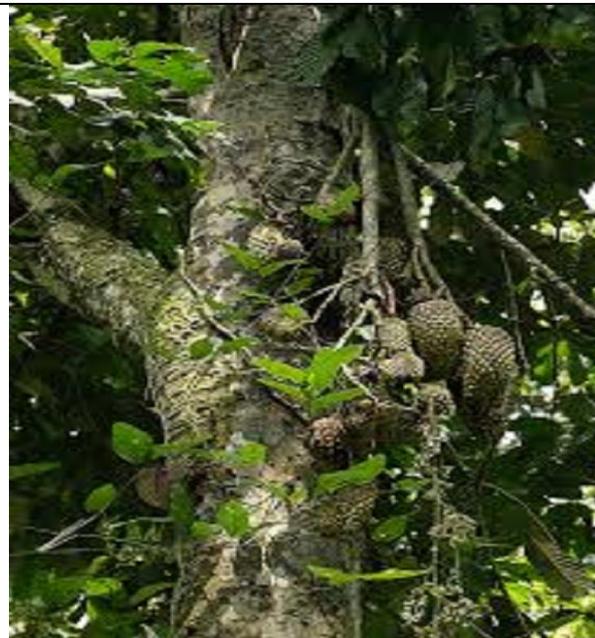
1.2. Koe ébem



**Figure 8 :** Evouvous essak (*Albizia glaberrima*)



**Figure 9 :** Akom (*Terminalia superba*)



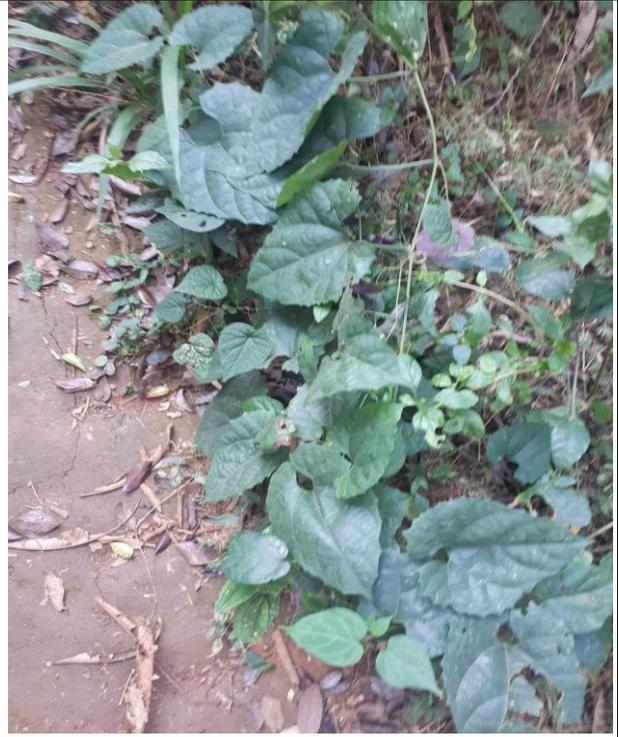
**Figure 10 :** ebom bulu ou Ebom afan (*Anonidium manii*)



**Figure 11 :** Mekai me Obetone (les feuilles de *Morinda lucida*)



**Figure 12 :** Mekai me ebebeng (les feuilles de *Margaritaria discoideus*)



**Figure 13 :** Mbeng Mvae (*Annona SP*)

### ***1.3. Mefulu***



**Figure 14** : Edoum ou Adoum (*Cylicodiscus gabunensis*)



**Figure 15** : Janjang (*Cassytha filiformis*)



**Figure 16** : Zelane (*Triplotaxis stellulifera*)



**Figure 17** : Oyale zom (*Momordica charantia* L)

**1.4. *Medime***



**Figure 18 :** Efohelé ou Dilik (*Tétrorchidium didymostemon*)

**1.5. *Midip***



**Figure 19** : Vovo (*Jatropha gossypifolia*)



**Figure 20** : Elone (*Erythrophleum ivorense*)



**Figure 21** : Essombo (*Rauvolfia macrophylla*)



**Figure 22** : Mbone meñyegue ou mbon minbang (*Elaeis guineensis tenera*)

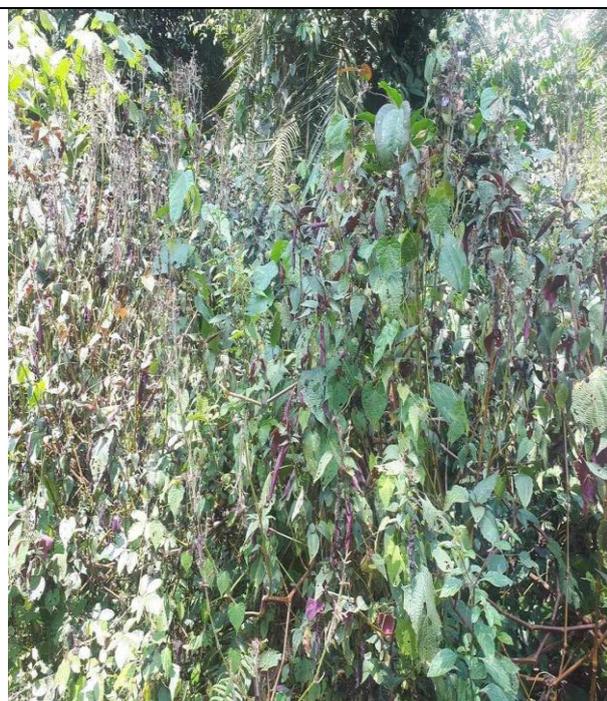
1.6. *Awo'o mbime*



**Figure 23** : Edoum ou Adoum (*Cylicodiscus gabunensis*)



**Figure 24** : Zelane (*Triplotaxis stellulifera*)



**Figure 25** : Janjang (*Cassythia filiformis*)



**Figure 26** : Mbone meñyegue ou mbon minbang (*Elaeis guineensis tennera*)



**Figure 27 :** *Beyem elok (Clerodendrum splendens)*



**Figure 28 :** *Efobelé ou Dilik (Tétrorchiidum didymostemon)*

### **1.7. Abobone avous**



**Figure 29 :** *Eko'o ze (Leptaspis cochleata)*.



**Figure 30 :** *Kolot (Achyranthes aspera)*



**Figure 31 :** *Mbone menyegue* ou *Mbone mibang* (l'huile de palmiste) (*Eleais guineensis tenera*)

### 1.8. *Agnos*



**Figure 32 :** Janjang (*Cassytha filiformis*)



**Figure 33 :** Zelane (*Triplotaxis stellulifera*)



**Figure 34** : Doum (*Ceiba pentadra*)



**Figure 35** : Meva'a (*Setaria megaphylla*), plante à partir de laquelle on extrait l'huile de Meva'a.



**Figure 36** : Beyem elok (*Clerodendrum splendens*)

**2. Autres éléments de la pharmacopée traditionnelle cités dans le contexte de soin des maladies en général chez les Bulu**



**Figure 37** : yoyolo ou ndolè (*Vermonia amygdalina*)



**Figure 38** : Alo'o mvu (*Emilia coccinea*)



**Figure 39** : Ossang ou Ayang (*citronnelle*) (*Cymbopogon citratus*)



**Figure 40** : aloé vera (*Barbadensis miller*)



**Figure 41** : Messep (*Ocimum gratissimum*)



**Figure 42** : bibap bi ekouk (écorce de l'Ékouk) (*alstonia congensis*)



**Figure 43** : mibang mi ekang (noix de palme)



**Figure 44** : Mbone ekang ou mbone mewou (*l'huile de palme*) (*Aleias guineensis*)



**Figure 45** : Cocobianco (gimgembre) (*Zingiber officinalis*)



**Figure 46** : Ngobang ou gnofioo (*citrus limonum*)



**Figure 47** : ndawolo ntan'ane (*Cassia olata*)



**Figure 48** : Nkok ntan'ane (*canne à sucre ou canne noble*) (*Saccharum officinarum*)



Figure 49 : Ndong frais (*Aframomum melegueta*-maniguette)



Figure 50 : Abomedjang (*Piper umbellatum*)



Figure 51 : Adjom (*Aframomum citratum*)

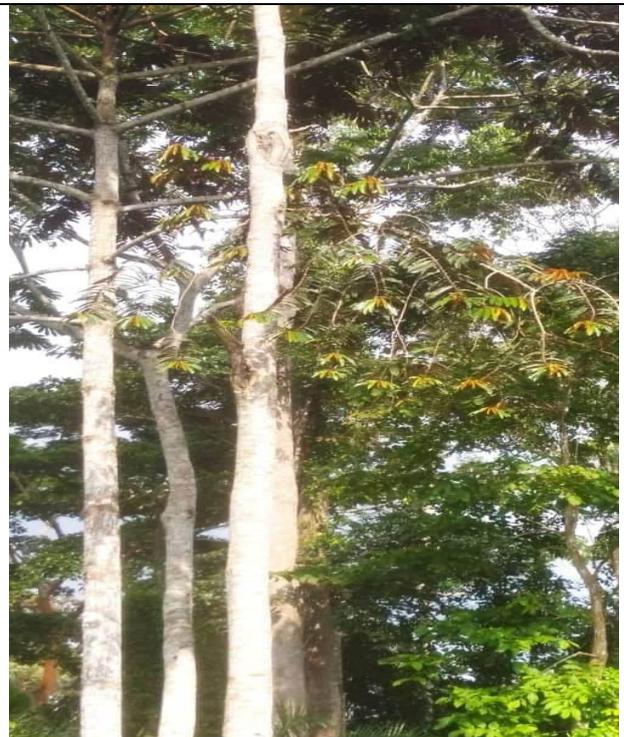


Figure 52 : Eteng (*Pycnanthus angolensis*)

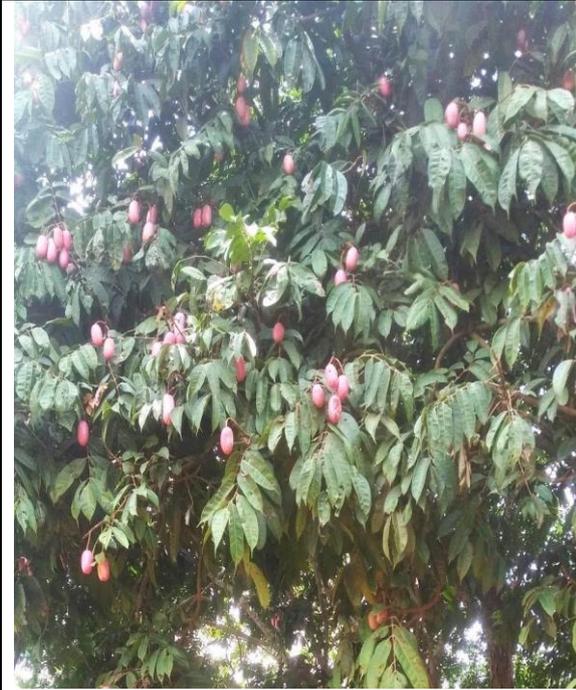


Figure 53 : Élé sa (prunier ou safoutier) (*Dacryodes edulis*)



Figure 54 : *Marguerite* (*Leucanthemum vulgare*)



Figure 55 : Aboé (*Alchornea cordifolia*)



Figure 56 : Asseng (*Musanga cercropioides*)



Figure 57 : Essang (*Ricinodendron heudelotti*)

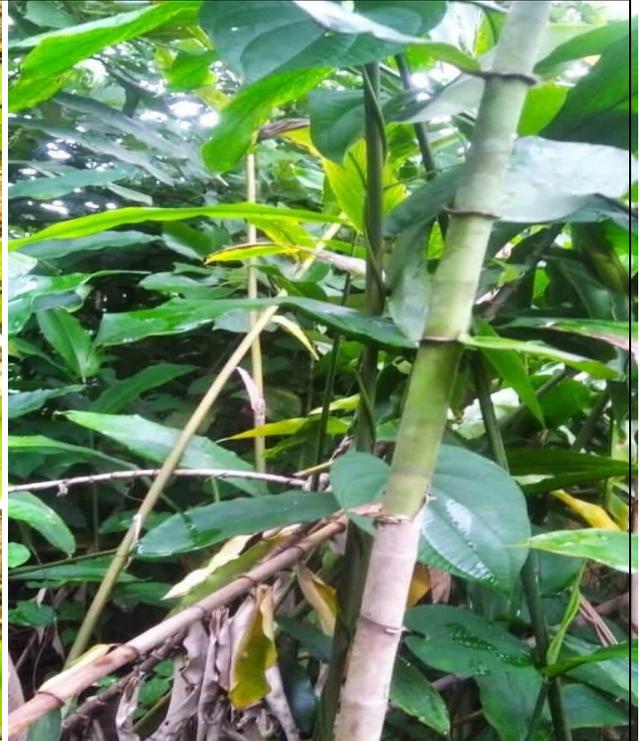


Figure 58 : Miane (*costus afer*)



Figure 59 : Ekess fofoo (*Carica papaya*)

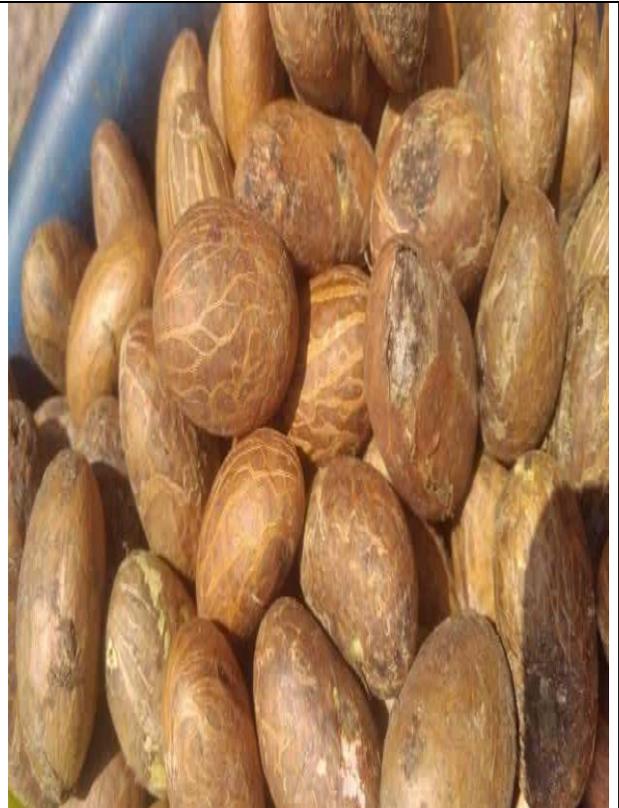


Figure 60 : Ognaye ou mbita kola (*Garcinia Kola*)

### 3. Quelques outils dédiés aux soins



**Figure 61 :** vieuk (marmite) à usage multiples posée sur du feu de bois.



**Figure 62 :** l'intérieur de cette marmite remplie d'écorses bouillies dont la décoction sera dédiée aux soins multiples.



**Figure 63 :** sur cette image on voit : mvila'a (le charbon), assoup (la cendre), etoun e dja'a (un bout de bois), douane (le feu)



**Figure 64 :** sur cette image on voit les mêmes précédents outils. A la seule différence que le feu est éteint.



**Figure 65** : Mvouane (la poire). Sur cette image, on voit deux poires qui se font remplir dans une assiette de décoction.



**Figure 66** : Nkol mbonda (pierre traditionnelle). Sur cette image on voit une mère en train d'écraser des écorces sur cette pierre traditionnelle.

#### 4. Quelques images du cadre et des situations de soin chez une tradipraticienne, y compris celles de certains outils de travail qui apparaissent



**Figure 67** : aperçu de la cour ou cadre d'attente du cadre de soin. On voit : des mères accompagnées de leurs enfants ; la tradipraticienne à droite de l'image prêt de l'enfant qu'elle s'apprête à faire des soins ; une marmite, du feu, du bois.



**Figure 68** : une autre facette de la cour ou cadre de soin. Là on voit en premier plan l'étok (marmite sacrée) qu'on utilise pour faire des bains aux enfants et dans laquelle on les fait également asseoir pour d'autres actes dédiés aux soins.



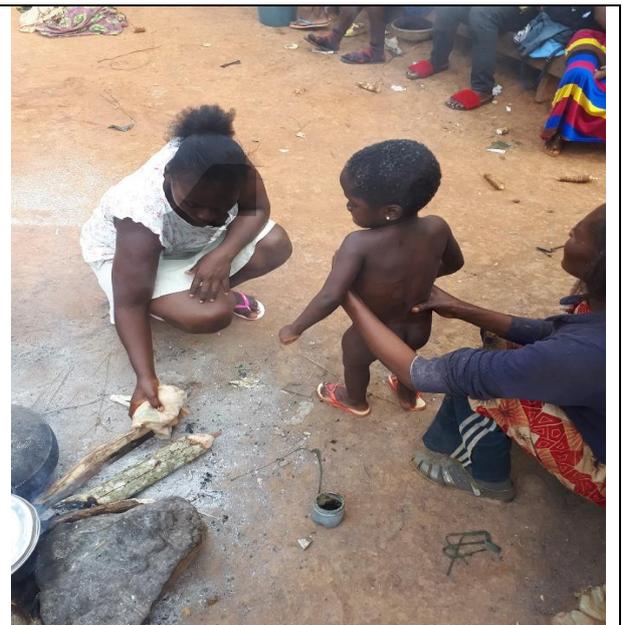
**Figure 69** : un enfant (de sexe féminin) dans l'attente du bain à côté du feu. Il souffre de l'Ebem. Les actes qui vont suivre seront ceux de son traitement.



**Figure 70** : début du bain. La tradipraticienne assise, la mère debout devant l'enfant tenant ses mains.



**Figure 71** : après le bain, la tradipraticienne assise commence des massages avec l'huile de palmiste (mbone meñegue), pendant que sa mère prépare la machette chauffante : c'est le début des massages à la machette chauffante.



**Figure 72** : suite de l'image précédente : la mère s'apprête à sortir la machette du feu pour la présenter à la tradipraticienne qui, elle, continue des massages à l'huile de palmiste.



**Figure 73 :** ici, la tradipraticienne s'apprête à claquer les mains sur la machette chauffante présentée par la mère pour masser le ventre de l'enfant.



**Figure 74 :** en claquant les mains sur la machette chauffante, l'on aperçoit de la fumée et de la brouille de la cendre.



**Figure 75 :** après que la tradipraticienne a claqué ses mains, la mère doit remettre la machette au feu. En attendant, la tradipraticienne continue de masser l'enfant avec le peu de chaleur sur ses mains. Cet acte peut se faire autant que possible jusqu'à ce que la tradipraticienne autorise l'arrêt.



**Figure 76 :** après les étapes de massages à l'huile de palmiste et à la machette chauffante arrive l'étape d'attachement d'une étoffe blanche remplie de médicaments dédiés pour le soin de cette maladie de sur le ventre de l'enfant. Cette étape tient également lieu de prévention.



**Figure 77** : attachement de l'étoffe (suite).



**Figure 78** : fin de l'étape d'attachement de l'étoffe. Ces médicaments ont pour but de faire diminuer le volume du ventre de l'enfant.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>SOMMAIRE.....</b>	<b>3</b>
<b>RÉSUMÉ.....</b>	<b>5</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>6</b>
<b>DÉDICACES.....</b>	<b>7</b>
<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>8</b>
<b>SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....</b>	<b>10</b>
<b>LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX.....</b>	<b>12</b>
<b>GLOSSAIRE DES TERMINOLOGIES EN LANGUE BULU ET LEURS</b>	
<b>DÉFINITIONS EN FRANÇAIS .....</b>	<b>13</b>
<b>INTRODUCTION GÉNÉRALE.....</b>	<b>20</b>
<b>A. UNE THÈSE EN ANTHROPOLOGIE SUR LA SANTÉ DE LA PETITE ENFANCE AU</b>	
<b>CAMEROUN.....</b>	<b>20</b>
<b>A.1. Une réflexion ayant mûri avec le temps et la consultation de travaux de</b>	
<b>recherches scientifiques spécifiques.....</b>	<b>20</b>
<b>A.2. La portée de la trajectoire de mon parcours pluridisciplinaire dans cette</b>	
<b>thèse.....</b>	<b>30</b>
- Maitrise en anthropologie du développement (université de Yaoundé 1)	
.....	30
- Master 2 en anthropologie du développement (université de Yaoundé 1)	
.....	31
- Master 2 en anthropologie, cultures, politiques et sociétés (université de	
Bordeaux).....	31
- Master 2 professionnel en anthropologie, santé, migrations, médiations (université	
de Bordeaux).....	32
- DU (diplôme universitaire), enfances et sociétés (université de Bordeaux) .....	32
- Master 2 recherche en SHS, Religions et sociétés (université Bordeaux	
Montaigne).....	33
<b>B. PROBLÉMATISATION DE LA RECHERCHE.....</b>	<b>34</b>
<b>B.1. Présentation du Cameroun, de Sangmélima et des Fang-Beti.....</b>	<b>34</b>
- Du point de vue du Cameroun.....	34
Situation géographique, milieu naturel et démographie du Cameroun.....	34
Organisation politique et administrative du Cameroun.....	37
Situations humanitaires et sécuritaires du Cameroun.....	39

- Du point de vue de Sangmélina, la zone d'étude.....	41
Situation géographique et démographique de Sangmélina.....	41
Histoire, organisation politique et administrative de Sangmélina.....	42
Eléments de l'organisation socioculturelle.....	46
Eléments de l'organisation sociopolitique.....	52
Eléments de l'organisation socioreligieuse.....	59
Eléments de l'organisation socioéconomique.....	61
- Du point de vue des Fang-Beti.....	65
Où trouve-t-on les Fang-Beti ou Pahouin en Afrique ?.....	65
Qui sont les Fang-beti et d'où viennent-ils ?.....	66
Comment s'est faite la migration Fang-Beti ?.....	69
Quels sont les groupes Fang-Beti au Cameroun et où les trouve-t-on ?.....	72
<b>B.2. Problématique et hypothèse générale de la recherche.....</b>	<b>74</b>
- Hypothèse générale de recherche.....	85
<b>C. INTÉRÊT DE L'ÉTUDE ET DIFFICULTÉS RENCONTRÉES.....</b>	<b>85</b>
C.1. Une ethnographie inédite.....	85
C.2. Difficultés rencontrées d'un étudiant camerounais.....	88
- Financement de la thèse .....	88
- Éloignement de la famille.....	89
- Difficultés de terrain.....	89
<b>D. DE L'ORGANISATION DE LA STRUCTURE DE LA THÈSE.....</b>	<b>93</b>
<b><u>PREMIÈRE PARTIE : DONNÉES DE CONTEXTE, MÉTHODOLOGIE ET CADRE</u></b>	
<b><u>CONCEPTUEL DE L'ÉTUDE.....</u></b>	<b>95</b>
<b><u>CHAPITRE 1 : Présentation des aspects socio-sanitaires du Cameroun et de</u></b>	
<b><u>Sangmélina, zone d'enquête.....</u></b>	<b>96</b>
<b>Introduction.....</b>	<b>96</b>
<b>1. LE CAMEROUN DU POINT DE VUE SANITAIRE : ASPECTS ET</b>	
<b>FONCTIONNEMENT.....</b>	<b>96</b>
1.1. Fondements du système de santé camerounais.....	96
1.2. Étapes majeures de la politique sanitaire au Cameroun.....	100
1.3. Organisation du système de santé camerounais.....	101
1.4. Équité, justice sociale en santé et rôle des communautés.....	105
1.5. Système de santé, types de maladies, prévention et protection.....	105

1.6.	Les offres de soin dans le système de santé camerounais.....	107
1.7.	Santé maternelle et infantile.....	108
1.7.1.	La santé maternelle.....	108
1.7.2.	La protection infanto-juvénile au Cameroun : entre le juridique, le social, le politique et le sanitaire.....	110
1.7.2.1.	Protection juridique de l'enfance.....	110
1.7.2.2.	Protection sociale de l'enfance.....	112
1.7.2.3.	Protection politique de l'enfance.....	113
1.7.2.4.	Protection sanitaire de l'enfance.....	113
1.7.2.4.1.	La prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME).....	117
1.7.2.4.2.	Protection maternelle infantile et le service de maternité.....	117
1.8.	Le système de santé camerounais à l'ère de la santé numérique.....	119
<b>2.</b>	<b>LE CADRE SOCIO-SANITAIRE DE SANGMELIMA : ENTRE BIOMÉDECINE ET MÉDECINES ALTERNATIVES.....</b>	<b>121</b>
2.1.	Les soins biomédicaux à Sangmélina : un cadre de « médecine clinique »..	123
2.1.1.	L'hôpital de District : clé de voûte de la médecine clinique dans cette zone.....	125
2.1.2.	Les offres de soins biomédicaux dans la zone de Sangmélina.....	127
2.2.	Les soins endogènes à Sangmélina : un cadre exclusif de tradipratiques.....	128
2.2.1.	Les représentations des « tradipratiques » dans les soins préventifs et thérapeutiques à Sangmélina.....	131
2.2.2.	« L'institution divinatoire » : un cadre essentiel dans la médecine endogène bulu.....	132
2.2.3.	Rapports entre religion, spiritualité et santé chez les Bulu.....	135
	<b>Conclusion.....</b>	<b>136</b>
	<b><u>CHAPITRE 2</u> : Construction de l'objet d'étude, stratégie d'enquête de terrain et choix théoriques.....</b>	<b>137</b>
	<b>Introduction.....</b>	<b>137</b>
	<b>1. DE LA CONSTRUCTION DE L'OBJET D'ÉTUDE.....</b>	<b>137</b>
1.1.	De l'énoncé de l'objet d'étude.....	138
	<b>2. DE LA STRATÉGIE D'ENQUÊTE DE TERRAIN : DÉMARCHE ET MÉTHODES.....</b>	<b>142</b>

2.1. La relation ethnographique : un cadre d'échanges mutuels entre le chercheur et les enquêtés.....	144
2.2. Le cadre temporel de l'étude.....	148
2.2.1. Première étude de terrain.....	149
2.2.2. Deuxième étude de terrain.....	151
2.2.3. Troisième étude de terrain.....	152
2.2.4. Quatrième étude de terrain.....	153
2.3. Le cadre matériel de l'étude.....	153
2.3.1. Construction de l'échantillonnage de recherche et choix des populations d'enquête.....	154
2.3.2. Les entretiens individuels approfondis et les focus group discussion.....	156
2.3.3. Les récits de vie.....	153
2.3.4. Une ethnographie du détail.....	158
2.3.5. Une approche mosaïque.....	158
2.3.6. Les observations.....	159
2.3.7. Le traitement des données de terrain.....	160
2.3.8. Les considérations éthiques de la recherche.....	161
<b>3. LES CHOIX THÉORIQUES.....</b>	<b>167</b>
3.1. La théorie de l'anthropologie interprétative de la maladie de Kleinmann.....	167
3.2. L'ethnométhodologie.....	171
<b>Conclusion.....</b>	<b>173</b>
<b><u>CHAPITRE 3</u> : La petite enfance et la santé infantile : une anthropologie croisée.....</b>	<b>175</b>
<b>Introduction.....</b>	<b>175</b>
<b>1. LA SANTÉ INFANTILE DANS LE MONDE ET EN AFRIQUE.....</b>	<b>175</b>
1.1. Les inégalités sociales et sanitaires comme causes des décès des enfants.....	177
1.2. Les pandémies ou épidémies : éléments perturbateurs des dispositifs sanitaires infantiles.....	178
1.3. Les disparités géographiques concernant les chances de survie des enfants.....	178
1.4. Quelques solutions disponibles pour mettre fin aux décès des enfants.....	179

<b>2. LA PETITE ENFANCE DANS LES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES : UNE RÉFLEXION ÉVOLUTIVE TIMIDE, MAIS PROGRESSIVE.....</b>	<b>181</b>
2.1. L'enfance au cœur des <i>Childhood studies</i> .....	184
2.2. L'enfance dans la pensée historique.....	186
2.2.1. L'enfant dans l'Antiquité : un être citoyen.....	188
2.2.2. L'enfant au Moyen Âge : une créature infirme, pécheur et équivoque.....	189
2.2.3. L'enfant aux Temps Modernes : un être sujet.....	190
2.2.4. L'enfant aux Temps Contemporains : un être roi, sacralisé et souverain.....	191
2.3. L'enfance dans la pensée psychologique.....	192
2.4. L'enfance dans la pensée sociologique.....	194
2.5. L'enfance dans les <i>Gender studies</i> .....	198
2.6. L'enfance dans la pensée anthropologique.....	199
2.7. L'anthropologie de l'enfance en Afrique noire et à Madagascar.....	205
2.8. L'enfance dans la pensée égyptologique.....	206
<b>Conclusion.....</b>	<b>208</b>
<b><u>CHAPITRE 4</u> : Explication et analyse des concepts opératoires de l'étude.....</b>	<b>210</b>
<b>Introduction.....</b>	<b>210</b>
<b>1. L'ENFANCE EN PAYS BULU.....</b>	<b>210</b>
1.1. L'enfant, un don de Dieu.....	211
1.2. L'enfant, une richesse.....	212
1.3. L'enfant, une semence et un honneur.....	213
<b>2. LA SANTÉ ET LA MALADIE CHEZ LES BULU.....</b>	<b>214</b>
2.1. La santé.....	214
2.2. La maladie.....	216
<b>3. SAVOIRS ET PRATIQUES ENDOGÈNES DE SOIN.....</b>	<b>224</b>
3.1. Des savoirs pour donner sens.....	224
3.2. Savoirs et représentations.....	224
3.3. Savoirs et pratiques endogènes de soin.....	226
3.4. Discours autour de la notion de « soin ».....	227
3.4.1. Le « care » et le « cure » : deux notions interdépendantes ?.....	228
3.4.2. La dialectique du « soin » : entre idées et fonctions.....	229
3.4.3. La notion de « soin », une notion « trans médicale ».....	229

3.4.4. Les aléas des « soins » : entre parcours, temps et espace.....	232
3.5. La notion de « soin » chez les Bulu.....	233
3.5.1. Le préventif et le thérapeutique chez les Bulu : convergences et divergences.....	233
3.5.2. Le « soin » selon les Bulu.....	236
<b>4. LE CONCEPT DE « LOCAL » : LE REGARD DE L'ANTHROPOLOGIE ET DES BULU.....</b>	<b>238</b>
4.1. Le local c'est le quotidien et ses acteurs.....	238
4.2. Le local en anthropologie : une approche des différences et de la variabilité du fonctionnement des sociétés ?.....	239
4.3. Le localisme en anthropologie : un cadre des « sujets locaux ».....	241
4.4. Le local : entre « localisme globalisé » et « globalisme localisé ».....	242
4.5. Le local chez les Bulu.....	242
<b>5. NOSOLOGIE ET NOSOGRAPHIE.....</b>	<b>243</b>
5.1. Convergences et divergences théoriques et pratiques.....	243
5.2. Nosologie et nosographie en anthropologie de la santé.....	246
<b>Conclusion.....</b>	<b>251</b>
 <b><u>DEUXIEME PARTIE : ANALYSE ETHNO-ANTHROPOLOGIQUE DE LA MÉDECINE ENDOGÈNE ET DE LA PHARMACOPÉE BULU.....</u></b>	
<b><u>CHAPITRE 1 : Médecine endogène bulu : un cadre rattaché à la forêt.....</u></b>	
<b>Introduction.....</b>	
<b>1. LA NOTION DE MÉDECINE CHEZ LES BULU.....</b>	
1.1. La médecine chez les Bulu : un cadre traditionnel d'apaisement et de soins des douleurs corporelles et spirituelles.....	257
1.2. Un espace régi par les plantes, les parties d'animaux et les rites.....	260
1.2.1. Les plantes médicinales dans la médecine bulu.....	264
1.2.2. Les parties spécifiques d'animaux dans la médecine bulu.....	267
1.2.3. La médecine chez les Bulu : un environnement de rites.....	269
<b>2. LA PLACE DE LA FORÊT DANS LA MÉDECINE ENDOGÈNE BULU.....</b>	
2.1. La forêt comme pharmacie traditionnelle.....	278
2.2. La forêt : entre le sacré et le profane.....	280
2.3. La forêt, un espace de communication sanitaire traditionnelle.....	276
<b>Conclusion.....</b>	<b>286</b>

<b><u>CHAPITRE 2</u> : La médecine infantile endogène ou l’ethno pédiatrie bulu : acteurs, savoirs, pratiques et outils.....</b>	<b>287</b>
<b>Introduction.....</b>	<b>287</b>
<b>1. LES ACTEURS DE LA MÉDECINE INFANTILE BULU.....</b>	<b>287</b>
1.1. Les tradipraticiens.....	287
1.1.1.La place des « mamans âgées ».....	294
1.1.2.La place des matrones.....	300
1.1.3.La place des « blindeurs ».....	309
1.2. Les mères.....	312
1.2.1.Le rôle maternel.....	312
1.2.2.Le rôle d’intermédiaire culturelle.....	315
1.3. Les enfants.....	321
1.4. Les autorités traditionnelles, les chefs COSA et les autres membres de la communauté.....	323
1.4.1.La place des autorités traditionnelles.....	323
1.4.2.La place des chefs COSA.....	324
1.4.3.La place des autres membres de la communauté.....	325
<b>2. LES SAVOIRS ET LES PRATIQUES.....</b>	<b>327</b>
2.1. La prise en charge locale et le diagnostic.....	328
2.2. Les observations .....	330
2.3. Les bains.....	331
2.4. Les massages.....	332
2.5. Les scarifications et les blindages.....	332
<b>3. LES OUTILS.....</b>	<b>333</b>
3.1. Le bois, le feu, la cendre, l’eau et la terre fraîche.....	333
3.2. La poire.....	335
3.3. Les pots en terre cuite.....	335
3.4. Les ficelles.....	336
3.5. Les marmites, les pierres traditionnelles et le mortier.....	336
3.6. Les machettes chauffantes.....	336
<b>Conclusion.....</b>	<b>337</b>
<b><u>CHAPITRE 3</u> : La vision du monde des Bulu et les soins.....</b>	<b>338</b>
<b>Introduction.....</b>	<b>338</b>
<b>1. LA STRUCTURE SOCIALE DE LA « VISION DU MONDE » DES BULU.....</b>	<b>339</b>

1.1.	Les représentations de la « vision du monde » des Bulu.....	339
1.1.1.	Un patrimoine culturel immatériel.....	340
1.1.2.	Un cadre de confrontations et d'interactions.....	341
1.2.	Présentation et analyse des différentes instances et dimensions au cœur de la vision du monde des Bulu.....	341
1.2.1.	Le monde macro cosmique, céleste ou de l'univers.....	343
1.2.2.	Le monde méso cosmique ou des fantômes et des esprits.....	344
1.2.3.	Le monde micro cosmique ou du commun des mortels.....	345
1.2.4.	La dimension de l'invisible ou de l'insensible.....	346
1.2.4.1.	Ancestralité.....	346
1.2.4.2.	Le monde des disparus.....	349
1.2.4.3.	Le monde de la sorcellerie.....	352
1.2.5.	La dimension du visible ou du sensible.....	358
1.2.5.1.	Le monde des humains.....	358
1.2.5.2.	Le monde des animaux et de la forêt.....	358
<b>2.</b>	<b>ANALYSE DU LIEN ENTRE LA VISION DU MONDE DES BULU ET LES SOINS.....</b>	<b>359</b>
2.1.	Le sens de l'espace et du temps dans les soins.....	360
2.1.1.	L'espace et les soins.....	361
2.1.2.	Le temps et les soins.....	362
2.2.	Dualisme complémentaire des mondes invisibles et visibles.....	363
2.2.1.	Le jour et la nuit versus les mondes visible et invisible.....	363
2.2.2.	L'espace vital bulu : un cadre où la cause d'une maladie est d'abord une affaire de l'autre.....	364
	<b>Conclusion.....</b>	<b>365</b>
	<b>CHAPITRE 4 : Nomination et classification des maladies chez les Bulu.....</b>	<b>367</b>
	<b>Introduction.....</b>	<b>357</b>
<b>1.</b>	<b>MALADIES NATURELLES.....</b>	<b>367</b>
1.1.	Les maladies du corps tout entier.....	373
1.1.1.	La Fièvre simple ou hyperthermie.....	373
1.1.2.	Les fatigues corporelles.....	373
1.2.	Les maladies liées à la tête.....	373
1.2.1.	Les céphalées ou migraines.....	374

1.2.2. Mal d'oreille, otite et oreillons.....	374
1.2.3. La Fontanelle .....	376
1.2.4. Les maladies des yeux.....	376
1.2.4.1. La malvoyance.....	377
1.2.5. Saignement du nez.....	377
1.2.6. Les maladies des dents.....	378
1.3. Maladies liées à l'alimentation.....	379
1.4. Maladies liées à la toux.....	381
1.5. Les maladies liées au ventre.....	382
1.6. Les maladies liées à la peau.....	385
1.7. Les maladies liées aux os et aux articulations.....	387
1.8. Les maladies liées au sang.....	389
1.8.1. L'infertilité et la stérilité.....	389
1.8.2. Les Anémies.....	391
1.9. Les maladies liées au foie.....	392
1.10. Les maladies épidémiques, pandémiques et endémiques.....	392
1.10.1. Maladies épidémiques.....	392
1.10.2. Les pandémies.....	393
1.10.2.1. La Covid-19.....	393
1.10.2.2. Le Cancer et le Diabète.....	394
1.10.3. Maladies endémiques.....	395
1.10.3.1. Les fièvres et le Paludisme.....	395
<b>2. MALADIES SOCIO-CULTURELLES.....</b>	<b>396</b>
2.1. Les maladies liées à la sexualité de la femme affectant ses rapports avec l'enfant.....	400
2.2. Les maladies liées à la sexualité au sein de la communauté.....	403
2.3. Les maladies liées au corps, à l'esprit et aux difficultés sociales.....	404
<b>Conclusion.....</b>	<b>405</b>
<b><u>CHAPITRE 5</u> : Prévention et thérapeutique des huit maladies infantiles locales.....</b>	<b>407</b>
<b>Introduction.....</b>	<b>407</b>
<b>1. MODÈLES D'IDENTIFICATION DES HUIT MALADIES INFANTILES LOCALES.....</b>	<b>407</b>
1.1. Identification par entretiens des huit maladies infantiles locales.....	407
1.2. Identification par observation des huit maladies infantiles locales.....	409

<b>2. CLASSIFICATION, PERCEPTIONS ET SOINS PRÉVENTIFS ET THÉRAPEUTIQUES DES HUIT MALADIES INFANTILES LOCALES.....</b>	<b>410</b>
2.1. Maladies infantiles locales héréditaires.....	410
2.1.1. Ebem.....	411
Étape de guérison 1.....	412
Étape de guérison 2.....	412
Étape de guérison 3.....	413
Étape de guérison 4.....	413
Étape 5 : la prévention.....	414
2.1.2. Koé ebem.....	414
2.2. Maladies infantiles locales liées à la grossesse.....	416
2.2.1. Mefulu.....	418
2.2.2. Medime.....	420
2.2.3. Mindip.....	421
2.2.4. Abobone avous.....	421
2.2.5. Awo'o mbime.....	422
2.3. Maladies infantiles locales liées aux rapports intimes entre géniteurs.....	422
— Récit de vie d'une mère bulu au sujet de <i>l'agnos</i> .....	423
2.3.1. Agnos.....	428
<b>Conclusion.....</b>	<b>429</b>
<b>CONCLUSION GÉNÉRALE.....</b>	<b>433</b>
1. PRÉSENTATION DU CHEMINEMENT SCIENTIFIQUE.....	433
2. RÉPONSE APPORTÉE A LA QUESTION DE RECHERCHE.....	440
3. PISTES DE RECHERCHE ET DE RÉFLEXION POUR UNE PETITE ENFANCE À L'ABRI DES MAUX ET DES MALADIES AU CAMEROUN ET EN AFRIQUE.....	445
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>448</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>494</b>
<b>TABLE DES MATIÈRES.....</b>	<b>527</b>

**Titre** : « Petite enfance et santé en Afrique ». Une anthropologie des maladies infantiles locales face aux savoirs et pratiques endogènes de soin à Sangmélima (Cameroun).

**Résumé** : Comment peut se comprendre la nécessité d'utiliser les savoirs et les pratiques endogènes de soins pour prévenir et traiter les maladies infantiles locales chez les Bulu de Sangmélima (sud-Cameroun) ? Telle a été la question charnière qui m'a conduit vers ce terrain bulu dans cette thèse qui s'inscrit dans l'anthropologie de la santé et celle de l'enfance. En vue d'explorer les maladies infantiles locales et les savoirs et pratiques endogènes de soins dédiés à leur prévention comme à leur traitement (auprès des jeunes enfants de zéro à cinq ans) la stratégie d'enquête qualitative a privilégié une ethnographie du détail, une approche mosaïque, des observations, entretiens, récits de vie et focus group pour collecter les données. Cette étude de terrain menée aussi bien en langue vernaculaire (langue locale) que véhiculaire (français) s'est concentrée sur la zone rurale, principal foyer d'observation des interactions et rôles des différents acteurs concernés par cette médecine infantile endogène, et des mécanismes préventifs et thérapeutiques de ces maladies infantiles locales. Tout autant que les maladies infantiles connues de la biomédecine, ces maladies infantiles locales menacent régulièrement la santé des enfants dans cette zone. Cependant, elles ne sont pas intégrées aux statistiques officielles des mortalités infantiles et infanto-juvéniles, car très peu connues et peu considérées par les programmes et les politiques de santé publique de la région. En se focalisant sur leur étude, cette thèse vise à les mettre en lumière ; démontre la nécessité de la plus-value de les connaître à partir des connaissances et des pratiques endogènes de soins « situés » dédiés à leur guérison ; interpelle et éclaire les politiques publiques et sociales de santé infantile qui semblent encore les ignorer. Ce travail montre que deux éléments fondamentaux donnent un sens à la prévention, au traitement ou à la guérison de ces maladies infantiles locales uniquement par les savoirs et pratiques endogènes. Premièrement, le fait qu'elles soient inscrites dans les référents et conceptions endogènes de cette population faisant d'elles des constructions sociales et culturelles partagées; deuxièmement, du fait d'être des constructions sociales et culturelles partagées induit que les savoirs appliqués endogènes — jugés ancestraux, plus pratiques, plus proches et efficaces par les Bulu — soient habilités à les diagnostiquer et à les prendre en charge, face au système de soin biomédical camerounais, ici perçu comme inadapté et trop peu accessible au quotidien dans ce contexte.

**Mots clés** : Petite enfance, Maladies infantiles locales, Savoirs et pratiques endogènes de soin.

---

**Title** : « Early childhood and Health in Africa ». An Anthropology of local Childhood Illnesses in the face of Endogenous knowledge and care practices in Sangmélima (Cameroon).

**Abstract** : How can we understand the need to use endogenous knowledge and care practices to prevent and treat local childhood illnesses among the Bulu of Sangmélima (southern Cameroon) ? This was the pivotal question that led me to this Bulu field in this thesis, which is part of the anthropology of health and childhood. With a view to exploring local childhood illnesses and the endogenous knowledge and practices of care dedicated to their prevention and treatment (among young children aged zero to five), the qualitative research strategy favoured an ethnography of detail, a mosaic approach, observations, interviews, life stories and focus groups to collect the data. This field study, conducted in both the vernacular (local language) and the vehicular language (French), focused on the rural area, the main focus for observing the interactions and roles of the various players involved in this endogenous childhood medicine, and the preventive and therapeutic mechanisms of these local childhood illnesses. Just as much as the childhood diseases known to biomedicine, these local childhood illnesses regularly threaten the health of children in this area. However, they are not included in the official statistics on infant and child mortality, because they are little known, and little considered by the region's public health programmes and policies. By focusing on their study, this thesis aims to highlight them; demonstrate the need for the added value of knowing about them on the basis of endogenous knowledge and practices of 'situated' care dedicated to their cure; calls out and enlightened public and social child health policies that still seem to ignore them. This work shows that two fundamental elements give meaning to the prevention, treatment or cure of these local childhood illnesses only through endogenous knowledge and practices. Firstly, the fact that they are part of the endogenous referents and conceptions of this population, making them shared social and cultural constructs; secondly, the fact that they are shared social and cultural constructs means that endogenous applied knowledge — considered by the Bulu as ancestral, more practical, closer to home and effective — should be able to diagnose and treat them, in the face of the Cameroonian biomedical care system, which is perceived here as inadequate and too little inaccessible on a daily basis in this context.

**Key words** : Early Childhood, Local Childhood Illnesses, Endogenous knowledge and care practices

**Unité de recherche**

UMR 1219 Bordeaux Population Health Research Center (BPH)/INSERM

Equipe PHARes (Population Health trAnslational Research)

Université de Bordeaux - ISPED

146 Rue Léo Saignat - CS61292

33076 Bordeaux cedex - FRANCE

