

Représentations de la transmission sexuelle des maladies chez les Mossi au Burkina Faso ; rencontre des catégories nosologiques populaire et biomédicale dans le champ de la santé publique

Marc Egrot, Bernard Taverne

► To cite this version:

Marc Egrot, Bernard Taverne. Représentations de la transmission sexuelle des maladies chez les Mossi au Burkina Faso ; rencontre des catégories nosologiques populaire et biomédicale dans le champ de la santé publique. Bonnet D., Jaffre Y. Les maladies de passage. Transmission, prévention et hygiène en Afrique de l'Ouest, Karthala, pp.221-252, 2003, Médecines du Monde. <halshs-00194156>

HAL Id: halshs-00194156

<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00194156>

Submitted on 5 Dec 2007

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.

(Extrait de : D. Bonnet et Y. Jaffré (sous dir.), *Les maladies de passage. La construction sociale des notions de transmission*, Collection " Médecines du monde. Anthropologie comparée de la maladie ", éd. Karthala, 2003. Tous droits réservés.)

La transmission sexuelle des maladies chez les Mossi ; rencontre des catégories nosologiques populaire et biomédicale dans le champ de la santé publique

(Burkina Faso)

Marc Egrot, Bernard Tavernier

Dans toutes les sociétés, et bien avant la diffusion des informations biomédicales, il existe des savoirs plus ou moins élaborés sur les maladies transmises à l'occasion des relations sexuelles. Ces savoirs guident en partie l'identification de ces pathologies et définissent les recours thérapeutiques jugés les mieux adaptés.

La forte prévalence des maladies sexuellement transmissibles (MST) dans les pays d'Afrique au sud du Sahara est depuis longtemps un sujet de préoccupation pour les responsables des politiques de santé. A la fin des années 80, la mise en évidence du rôle des MST dans la propagation de l'infection à VIH (OMS, 1989) a entraîné un regain d'attention envers la prévention et le traitement de ces maladies. Mais actuellement, un même constat est fait dans la plupart des pays africains : « la majorité des personnes souffrant de MST ne se présentent pas dans les services de santé, elles sont soignées par les guérisseurs, (...) patients et guérisseurs sont convaincus que les traitements "traditionnels" sont plus efficaces que les traitements "modernes" »¹ (Green, 1992). Sur la base de ce constat, d'innombrables « campagnes de sensibilisation » sont mises en œuvre dans tous les pays afin de diffuser le plus largement possible des informations sur les MST et le sida. Le Burkina Faso ne fait pas exception à cette règle ; les institutions publiques et privées, nationales ou internationales, multiplient les interventions à l'intention de la population générale et de différents « groupes cibles ».

Ces interventions sont fondées sur le principe de l'acquisition de savoirs par des personnes *a priori* ignorantes, et elles font exclusivement référence à la nosologie biomédicale. Les énoncés interfèrent avec les savoirs populaires préexistants qui sont le plus souvent méconnus des professionnels de santé et des concepteurs des messages d'information sanitaire.

Comment sont pensées et classées les maladies transmises à l'occasion des relations sexuelles ? Quelles sont les représentations de la transmission de ces maladies ? Quelles conduites préventives et prophylactiques sont liées à ces représentations ? Quelles sont les interactions entre les conceptions et pratiques populaires relatives à la maladie et le système de santé biomédical.

Le texte suivant apporte des réponses à ces questions à partir des résultats de deux enquêtes ethnographiques menées dans la région centrale du pays Mossi au Burkina Faso².

Les *pug-banse*

Les Mossi regroupent les maladies transmises lors d'un rapport sexuel dans une catégorie nosographique qu'ils nomment *pug-banse*. Ce terme est constitué par le radical *pug* (*paga*) qui désigne la femme, et le nom commun *banse* qui signifie maladies (sing. *baaga*). L'expression *pug-banse* signifie littéralement "femme-maladies", autrement dit "maladies de femme". Il s'agit des maladies que l'on contracte auprès des femmes, sous-entendu à l'occasion des relations sexuelles. Le terme

pug-banse est d'un usage habituel tant dans la population générale que chez les guérisseurs. Une dizaine de maladies entrent dans cette catégorie.

La comparaison de ces dix maladies entre elles, sur la base de leurs mécanismes, de leurs étiologies et de leurs expressions sémiologiques, révèle que la définition de la catégorie nosographique des *pug-banse* n'est pas univoque :

- de prime abord, le premier principe classificatoire semble être la référence à l'acte sexuel. Les *pug-banse* ont toutes en commun le fait d'être acquises lors d'un rapport sexuel (même s'il est aussi admis que certaines peuvent se transmettre selon d'autres modalités). Mais il existe des maladies survenant secondairement à des relations sexuelles sans pour autant être incluses dans la catégorie des *pug-banse*. C'est notamment le cas de celle qui apparaît lorsqu'un individu (masculin ou féminin) a un rapport sexuel – réel ou onirique – avec un partenaire qui n'est en fait qu'une force vitale (*siiga*) ayant provisoirement revêtu une apparence humaine ; cette maladie nommée *tiiga* n'est pas classée parmi les *pug-banse*. De même, la relation néfaste qui lie deux hommes ayant eu des relations sexuelles, même éloignées dans le temps, avec une même femme, n'est pas inscrite dans le domaine des *pug-banse*, alors qu'elle suppose pourtant la création d'un lien mortifère entre ces hommes, acquis lors de la relation sexuelle avec la femme. Le coït, en tant que causalité instrumentale³, apparaît donc comme un critère nécessaire mais non suffisant.

- l'imputation de l'apparition et de la transmission des *pug-banse* est globalement orientée vers les femmes ainsi qu'en témoigne la dénomination de la catégorie nosographique. Ceci n'est cependant pas spécifique à cette catégorie de maladies, et là encore, le rôle attribué aux femmes dans la transmission ne constitue pas un critère distinctif suffisant.

- dans le registre étiologique, à partir d'interprétations se référant au niveau des causes efficientes des maladies, les Mossi distinguent deux grandes catégories d'affections : les "maladies de Dieu" (*wend-banse*) qui sont conçues comme étant de cause "naturelle", conformes à l'ordre du monde tel qu'il est instauré par Dieu (*Wende*) ; et les maladies dues aux ancêtres, aux génies, aux humains, etc. Si la plupart des *pug-banse* sont considérées comme "maladies de Dieu", certaines sont attribuées aux ancêtres ou à des actes de sorcellerie instrumentale. Ainsi, cet ensemble de maladies ne forme pas un groupe homogène du point de vue des causes efficientes.

- la sémiologie populaire décrite pour chacune des *pug-banse* révèle la diversité des expressions cliniques et des localisations anatomiques des affections. Certaines se traduisent par des lésions sur les organes génitaux, d'autres sont des affections générales (syndromes complexes associant des signes relevant de plusieurs appareils), d'autres encore sont seulement respiratoires, psychiques, etc. Les *pug-banse* puisent dans des registres sémiologiques qui dépassent largement la sphère génitale. La catégorie des *pug-banse* n'est donc pas définie sur la base de la ressemblance entre les signes et les symptômes de chaque maladie, ce que Vinéis (1992 : 27) nomme un critère phénoménologique.

- enfin, la "légitimité" de l'inscription de certaines affections dans la catégorie *pug-banse* est variable. Elle ne fait aucun doute pour certaines maladies (ex. *sopisi*, *tuma*, *pug-kosgo*, *sida*). Celles-ci constituent en quelque sorte le "noyau dur" du champ nosographique : les personnes rencontrées reconnaissent de manière unanime et sans la moindre hésitation cette appartenance. Pour d'autres affections (ex. *ku-pogdo*, *pug-poaaga*), les avis sont plus partagés, d'autant que certaines de ces pathologies appartiennent aussi à d'autres ensembles nosographiques. Aussi la catégorie des *pug-banse* semble floue à sa périphérie : le champ nosographique n'est pas exclusif ; certaines affections relèvent aussi des catégories de la "folie" (*pug-ruubo*), d'autres des "maladies de famille" (*tuma*), des "maladies des ancêtres" (*ku-pogdo*), etc.

En conclusion, il apparaît que l'on est face à une classification de type polythétique : le seul élément commun entre toutes ces maladies est leur transmission possible par le coït ; ce critère est nécessaire mais non suffisant, et aucune des autres propriétés n'est suffisante ni nécessaire pour appartenir au groupe (Vinéis *ibid.* : 30). Ceci est souvent le cas pour des nosographies populaires ; cette absence de propriété commune se retrouve en particulier dans le domaine des modes de transmission.

Brève description des 10 pug-banse

- Le *sopisi* se manifeste dans les jours qui suivent une relation sexuelle avec une personne malade ou une exposition dans un espace pollué. Elle s'exprime sous la forme d'une blennorragie, c'est-à-dire par l'écoulement spontané de sérosités purulentes et par une dysurie.

- Le *pug-poaaga* est une appellation à laquelle peuvent correspondre divers syndromes très différents ; seul l'un d'entre eux est classé dans la catégorie des *pug-banse*⁴. « Le *poaaga* contracté pendant l'acte sexuel » atteint les personnes des deux sexes et se traduit par des urines purulentes. Il peut s'accompagner d'un gonflement des testicules qui deviennent douloureux, de douleurs hypogastriques (*pende* : bas ventre), et aussi d'une gêne mictionnelle mais moindre que celle occasionnée par le *sopisi*.

- Le *kiiga* ("maladie du rat palmiste") se manifeste par la présence d'ulcérations sur les organes génitaux. Chez l'homme, ces ulcérations débutent autour du méat urétral, chez la femme sur la vulve, où elles auraient tendance à s'étendre jusqu'à recouvrir l'ensemble de la vulve puis atteindre l'intérieur du vagin, entraînant alors une gêne majeure avec un écoulement de sang spontanément ou lors des mictions⁵.

- Le *pug-bendgo* (*pug*/femme et *bendgo*/piège ; "femme-piège" ou "femme-piégée") est une maladie qui affecte les hommes à la suite d'un rapport sexuel avec une femme qui a été l'objet, par son époux et à son insu, de pratiques magiques destinées à rendre malades ses éventuels amants. Les effets et l'intensité du piège sont variables. Les moins dangereux se limitent à provoquer une anérection transitoire. Dans quelques cas, la maladie commencerait dans les jours suivant le rapport sexuel par des boutons (*yuuga*) sur le sexe qui augmenterait de volume. Mais l'élément caractéristique est lié à la présence de termites (*kinkierba*) « qui rongent le sexe et que l'on ne peut enlever », accompagnées de pus. Certains pièges, réalisés par des maris très jaloux et amers (*toogo*), sont particulièrement redoutables. Au moyen d'une « reine des termites », ils peuvent entraîner un éclatement de la vessie ou un décès consécutif à un délabrement majeur de la verge.

- Le *sabga* est une entité nosologique complexe, caractérisée par un contenu juxtaposant de nombreux tableaux sémiologiques et des limites imprécises. Il est question tantôt d'une diarrhée, tantôt de vertiges avec "maux de reins" (lombalgies). Parfois cette maladie est présentée par un tableau associant des douleurs "dans tout le corps" et une asthénie intense, lorsque d'autres fois il est question d'un "gonflement du ventre" avec "arrêt des gaz", d'une difficulté pour uriner, ou enfin, chez l'homme, d'une impuissance par anéjaculation. A cette multiplicité de syndromes pouvant évoquer un *sabga*, s'ajoute une perméabilité de la frontière avec une autre maladie abdominale que les Mossi nomme le *kuiiga*. Des guérisseurs associent le *sabga* avec le *kuiiga* : « si une femme a le *sabga* et si un homme a un rapport sexuel avec elle, le *kuiiga* va attaquer l'homme ». Plus loin, le même guérisseur précise : « et si le *kuiiga* devient gros et qu'il faut l'opérer, c'est ça que l'on appelle le *sabga* ».

- Le *pug-kosgo* (*pug*/femme et *kosgo*/toux = "femme-toux" ; « la toux contractée pendant le rapport sexuel ») est aussi parfois nommée le *song-kosgo* (*songo* : natte en paille servant de lit), terme où la natte apparaît comme une métaphore de la relation sexuelle. Le *pug-kosgo* se manifeste dans un délai

variant de quelques mois jusqu'à 3 ans. Lors de cette période silencieuse, la maladie "bouffe", "aspire", "suce" le sang. Elle se manifeste par une toux chronique accompagnée d'expectorations blanchâtres comparées au sperme, et par la suite d'hémoptysies. Le malade maigrit, ses yeux deviennent rouges, son teint s'éclaircit puis généralement la mort survient après deux à trois ans d'évolution.

- Le *pug-ruubo* (*pug*/femme et *ruubo*/morsure = "femme-morsure" ; « la morsure pendant l'acte sexuel »). La maladie s'exprime après une phase de latence silencieuse pouvant varier de 1 à 4 ans. La personne atteinte du *pug-ruubo* devient « folle ». Ce trouble psychique peut survenir brutalement : « la personne se déshabille et entre dans la brousse » selon un guérisseur. Il peut aussi débuter de manière plus progressive : « ça peut commencer par des maux de tête, puis des douleurs dans tout le corps, la personne va se caresser la tête sans cesse, et puis quelque temps plus tard, ça va devenir grave. Elle va se lever un jour en voulant tout casser, en voulant tuer les gens avec n'importe quel outil qu'elle trouve. Là il faut l'attraper et l'enchaîner, elle peut être vraiment dangereuse » selon un autre guérisseur.

- Le *tuma* est évoqué par les guérisseurs et les individus âgés. Ils en parlent comme d'une « maladie de l'ancien temps » qui aurait pratiquement disparu de nos jours par l'action du « traitement des Blancs ». Les descriptions les plus souvent énoncées sont imprécises et mentionnent des ulcérations génitales mais aussi des lésions cutanées "rouges" autour de la bouche, dans la gorge, qui pourraient empêcher de manger et de boire. D'autres fois, un tableau associant une desquamation des régions génitale, périnéale et de la face interne des cuisses, accompagnée de prurit, est également évoqué. Ces signes cutanés peuvent s'étendre sur tout le corps rendant alors la position allongée difficile. La maladie peut également "couper les doigts", enlever les lèvres et provoquer une chute des dents.

- Le *ku-pogdo* (*kure*/funérailles et *pogdo*/femme = "femme de funérailles") affecte tout homme qui aurait eu un rapport sexuel avec une veuve, avant que celle-ci ne réalise le rituel de levée de deuil. Elle se manifeste par des œdèmes au niveau des pieds, des mains et des yeux. En l'absence de traitement la maladie s'aggrave et l'évolution vers une lèpre (*waodo*) est alors évoquée.

- Le *sida* est aujourd'hui connu de tous, et a été intégré dans la catégorie des *pug-banse*. Cela ne s'accompagne pas pour autant de connaissances médicalement conformes, et celles que les guérisseurs ont sur le sida sont peu différentes de celles de la population villageoise dont ils sont issus. Tous évoquent le diagnostic sur l'association des éléments suivants : diarrhées chroniques, amaigrissement majeur, lésions dermatologiques diverses, appétit insatiable de viande. La « débauche sexuelle » ou un séjour en Côte-d'Ivoire sont encore régulièrement associés à l'affection. Le diagnostic de sida concerne toujours les personnes en phase de maladie, au stade terminal.

La Transmission des *pug-banse*

Chez les Mossi, la notion d'acquisition d'une maladie est exprimées par plusieurs termes. Un individu ne dit pas « je suis malade » ou « j'ai attrapé une maladie » mais « la maladie m'a pris, la maladie m'a attrapé », par exemple : « la rougeole a attrapé X » (*bi nioka X*). D'autres verbes d'action tel « gagner » et « suivre » sont aussi employés : « la maladie a gagné X » (*paame*), « la maladie suit X » (*tuudame*). La transmission est évoquée de la manière suivante : « la rougeole contamine les gens » (*bi longda neba*), *longda* signifie aussi passer, traverser, enjamber, passer d'un lieu à un autre ; une maladie peut aussi se répandre (*benege*), ce verbe est également utilisé pour signifier « étaler », par exemple un onguent sur une plaie.

Les *pug-banse* font partie des maladies qui "attrapent" les gens ; elles sont transmissibles. Cependant elles sont acquises par des mécanismes de transmission qui ne sont pas identiques pour chacune de ces maladies. Leur description permet de distinguer deux catégories : celles qui sont contagieuses, et celles

qui ne le sont pas.

La transmission des *pug-banse* par contagion

Un individu porteur de la maladie peut la transmettre, par contact direct ou indirect, à une personne saine, laquelle à son tour pourra la transmettre à d'autres. Elle peut advenir dans plusieurs circonstances : lors du coït ; par contact direct et indirect avec des liquides corporels d'une personne atteinte ; à distance, par l'effet d'une émanation issue de ces liquides.

- lors du coït :

La transmission est due à l'intensité et à l'intimité du contact physique, ainsi qu'à l'échange des humeurs corporelles qui lui est associé.

Les représentations de la transmission des maladies lors du coït sont liées à celles de la procréation au sein desquelles deux niveaux d'interprétations coexistent. Le premier est d'ordre symbolique : « pour les Mossi, la procréation est le résultat de la pénétration d'un esprit appelé *kinkirga* (pl. *kinkirse*) dans le ventre de la femme au moment où celle-ci a un rapport sexuel avec son mari » (Bonnet 1988:21). Le processus reproductif est dépendant de l'entente entre les humains, les génies et les divinités, les vivants et les ancêtres. Mais parallèlement, la fécondation est aussi décrite en des termes qui relèvent de représentations populaires de la physiologie humaine : « pendant le "mélange" (coït), la "bouche du sexe" de l'homme s'ouvre, elle aspire "l'eau" (*koom*) produite par la femme qui "verse" la première. Dans le corps de l'homme, "l'eau de la femme" se mélange avec "l'eau de l'homme", puis l'homme "verse" [éjacule] le mélange [des deux eaux] dans le corps de la femme, et c'est ça qui va faire l'enfant » selon un guérisseur. Dans ce registre interprétatif, "l'eau" de l'homme et celle de la femme sont décrites comme étant élaborées à partir du "sang" selon des modalités assez complexes faisant appel à divers organes et tissus (reins, tendons, testicules, utérus, os, moelle). Ces deux registres interprétatifs coexistent en permanence, en particulier dans l'ensemble des pratiques destinées à favoriser la fécondation. Ils ne sont pas exclusifs et il peut y être fait référence alternativement ou simultanément par les mêmes personnes.

La circulation et l'échange des humeurs génitales expliquent la transmission de certaines maladies. Il est en effet admis que lorsque l'homme "verse" le mélange des humeurs dans le corps de la femme, une partie demeure en lui : « il y a une partie de l'eau de la femme qui est entrée, mais en versant, l'homme ne remet pas tout, aussi, si la femme a le *sopisi*, l'homme l'aura aussi » précise le même guérisseur. La contamination d'une femme par un homme relève du même mécanisme : « si la maladie se trouve avec l'homme, et si au moment où il "verse", le lieu où est couché l'enfant est ouvert, ça va entrer là-bas, et puis ça va se fermer lorsqu'il aura fini, et la maladie sera chez la femme ».

Le coït provoque l'entrée d'éléments féminins dans le corps masculin, cette pénétration est évidemment redoutée par les hommes. Au premier rang des substances féminines nocives se situe le sang menstruel : « le sang de la femme va remonter le sperme, il entre et il se tait, et c'est ça qui tue le sexe ; un jour tu vas aller chercher une femme et le sexe reste mou ; il [le sang menstruel] entre par le sexe, puis il va dans le ventre et rentre dans tous les os du corps, il suit les tendons et va au niveau des cuisses et c'est la maladie seulement ; le sang de la femme est mauvais », précise un autre guérisseur. Son entrée dans le corps de l'homme peut entraîner chez celui-ci une impuissance, ou la maladie nommée *sabga*, et plus largement encore une malchance généralisée. Les hommes, jeunes et vieux, sont rarement à court d'idées pour détailler les méfaits du sang menstruel : « ton sexe peut mourir », « toutes tes affaires vont se gâter, tu vas perdre ton argent, tes bœufs, toute ta richesse », « ça va annuler le pouvoir de tes protections », etc.

Pourtant, les menstruations sont créditées d'un rôle bénéfique pour le corps de la femme, et

“salvateur” pour son partenaire sexuel. En effet, le liquide menstruel permet l'élimination régulière des impuretés (*regdo*, lit. saletés) qui s'accumulent dans le corps féminin. Le sperme est l'une de ces impuretés. Les accouchements ont la même propriété : « une femme qui continue d'accoucher n'a jamais le *sabga* » précise un guérisseur, elle ne peut donc pas le transmettre à son partenaire. À l'inverse, une femme en aménorrhée, parce qu'elle ne “bénéficie” plus du nettoyage régulier de son corps est susceptible de transmettre facilement le *sabga* et de souffrir elle-même de *pug-poaaga*.

Ainsi, c'est le mélange intime des liquides sexuels qui est jugé à l'origine de la transmission des cinq *pug-banse* suivantes : *sopisi*, *tuma*, *kiiga*, *sida* et *sabga*. Mais ce mode de transmission n'est pas le seul possible car le pouvoir contagieux de certains liquides corporels peut s'exprimer aussi à l'extérieur des corps.

- par contact direct et indirect avec des liquides corporels :

Les urines, les sécrétions génitales, le sang et ses autres dérivés, issus d'un individu malade sont susceptibles de transmettre les *pug-banse* indépendamment de l'acte sexuel, par contact direct ou indirect.

Ainsi le *sida* est supposé pouvoir se transmettre par contact avec un objet souillé de sang (lame, ciseau, rasoir, ...), mais également par simple contact cutané avec le malade ou des habits qu'il a portés. La salive, les aliments et les plats employés par un malade du *sida* sont également jugés contaminants par de nombreuses personnes.

Le rôle du contact indirect, par l'intermédiaire d'un objet souillé se retrouve aussi pour la maladie nommée *tuma*, qui est décrite comme étant extrêmement contagieuse en dehors du coït : « si une personne atteinte par le *tuma* s'assoit sur ce banc et puis s'en va, celui qui va venir s'asseoir à sa place va être atteint », affirme un vieil homme. Un guérisseur précise encore que « la maladie peut contaminer par les habits et les aliments, on ne doit pas manger des aliments chauds avec un malade du *tuma* ».

L'essentiel du risque de contagion indirecte est lié à une émanation de la maladie. Certaines *pug-banse* peuvent être contractées en urinant sur un lieu où un malade a précédemment uriné : « un homme ou une femme peuvent attraper ça en allant pisser dans un endroit où quelqu'un de malade avait pissé, si il y a du *sopisi* ou du *pug-poaaga* dedans, si tu t'accroupis pour ajouter ton urine, tu vas attraper la maladie » met en garde un guérisseur.

L'élément contaminant est nommé le *walgo* : « c'est le *walgo* de la maladie qui est là sur le sol, si tu pars pisser, le *walgo* se soulève et remonte ton urine pour entrer dans ton corps » selon un guérisseur. Ce terme est communément traduit par “gaz” ou “vapeur”. Il s'agit d'un principe immatériel porteur de la maladie, qui émane du malade lui-même, de ses humeurs, de ses excréta, des objets qu'il touche, mais aussi des cadavres (humains et animaux). Il est souvent comparé au gaz, car il est comme lui invisible, mais tout aussi présent, puisque le gaz peut s'enflammer et le *walgo* transmettre une maladie.

Le pouvoir de contamination du *walgo* est variable dans le temps. Certaines personnes considèrent que lorsque l'urine du malade est totalement sèche, le *walgo* a disparu, d'autres affirment qu'il persiste après la disparition de la trace d'humidité sur le sol : « même si l'urine a séché, le *walgo* peut te prendre (...) c'est comme de l'essence, si on la verse à terre, ça devient vite sec, mais si tu pisses dessus c'est comme si elle était encore là ; tu pisses et tu as attrapé [le mal] » selon un guérisseur. Il est également parfois affirmé que le *walgo* qui semble avoir disparu peut être “réactivé” par des urines fraîches.

Enfin, le pouvoir de contamination du *walgo* est aussi lié à la susceptibilité individuelle aux maladies de celui qui est exposé à ses effets. Cette susceptibilité dépend essentiellement de l'âge et de l'état du “sang”. Les personnes jeunes et celles qui ont le “sang chaud” (*zi-tulga*), ce qui est lié, sont plus facilement contaminées que les individus âgés ou ceux qui ont un “sang frais” (*zi-masga*).

Les *pug-banse* qui peuvent “attraper” les gens par l’effet du *walgo* sont : *sopisi*, *pug-poaaga*, *kiiga*, *tuma* et *sida*.

La transmission des *pug-banse* non contagieuses

La particularité des *pug-banse* non contagieuses tient au fait qu’aucun des deux partenaires n’est malade au moment où se déroule l’événement qui va provoquer l’émergence de la maladie chez l’un des deux. Cet événement est toujours bien identifié. De plus, la maladie une fois acquise n’est pas considérée comme transmissible : elle ne peut pas contaminer un tiers, ni par contact direct ou indirect, ni par l’effet du *walgo*.

Quatre événements conduisent à la transmission de ces maladies : la toux et la morsure pendant le coït, des relations sexuelles avec une femme « piégée », et le non respect de l’interdit sexuel prescrit aux femmes pendant leur veuvage.

• La toux pendant le coït

« Lorsque l’homme et la femme se “mélangent”, si l’un tousse, l’autre va prendre la maladie, ça attrape les gens pendant le rapport ; si la femme tousse, l’homme sera malade, si l’homme tousse, c’est la femme qui sera malade » précise un jeune homme. Cette affection est nommée le *pug-kosgo*⁶.

Les explications sur le mécanisme d’apparition de la maladie font référence à une anomalie de la localisation du sperme. Le trajet normal du sperme dans le corps serait perturbé chez celui qui “reçoit” la toux. La toux de la femme entraînerait un reflux du sperme dans le corps de l’homme à travers son sexe, tandis que la toux de l’homme provoquerait une pénétration trop importante du sperme dans le corps de la femme. Dans les deux cas, il en résulterait une situation anormale du liquide séminal responsable de l’apparition de la maladie qui se traduit par des expectorations dont la substance est comparée explicitement au sperme⁷.

Les Mossi insistent sur le caractère non contagieux du *pug-kosgo* : « une personne qui a le *pug-kosgo* ne peut pas en contaminer (*longre*) une autre, ça ne contamine ni par les aliments ni par le contact physique » précise un premier guérisseur, tandis qu’un autre affirme encore : « ça ne prend (*niok*) pas les gens simplement, la salive ne donne pas la maladie, ce n’est pas contagieux, si un homme a le *pug-kosgo* et il a un rapport sexuel avec une femme, ça ne va pas donner la maladie à la femme (...) c’est seulement si l’homme ou la femme tousse ».

• La morsure pendant le coït

La morsure pendant une relation sexuelle entraîne l’apparition du *pug-ruubo*. L’agent causal à l’origine de la maladie n’est pas clairement précisé. Il s’agirait d’une substance inoculée lors de la morsure, mais « ce n’est ni la salive, ni un fragment de dent ; de même qu’une plaie avec un morceau de fer donne le tétanos, et il faut aller au dispensaire pour se faire vacciner, les dents de l’homme ont leur poison » assure un guérisseur. Un autre homme affirme également : « c’est le venin de la dent, il teint (*yunigi*) le sang ». Le terme teindre signifie ici que la substance est à ce point entrée dans le corps qu’elle s’est fondue dans l’organisme, qu’elle modifie la nature du sang, mais sans agir réellement sur sa couleur.

Une distinction est clairement affirmée entre l’effet d’une morsure pendant le coït et celles qui peuvent survenir à l’occasion d’altercations en d’autres circonstances : « les maladies ne sont pas les mêmes » est-il affirmé.

• Les femmes « piégées »

Le piège (*bendgo*) est réalisé par un guérisseur à la demande du mari. Il s'agit d'une préparation que l'homme donne à son épouse sans qu'elle en soit informée. La substance peut agir à partir de différents modes d'administration : elle peut être ingérée en la mélangeant dans un plat ou une boisson ; elle peut être enduite sur un fil ou répandue sur le seuil d'une porte que la femme franchit (enjambe). A cette substance s'associe parfois un objet magique conservé par le mari.

La femme piégée n'est pas malade, et son mari peut avoir des relations sexuelles avec elle sans dommage car il possède un antidote (*yindu*). Par contre, tout homme ayant une relation sexuelle avec cette femme sera malade par l'effet du piège.

- Le rapport sexuel avec une veuve

Tout homme qui aurait un rapport sexuel avec une veuve (*pug-kõore*), avant la fin de la période de deuil de celle-ci, peut être victime du *ku-pogdo*. Les veuves sont soumises à un interdit sexuel qui s'étend du décès du mari jusqu'à la cérémonie de levée de deuil qui survient plusieurs mois après l'enterrement, parfois plus d'une année.

Les explications sur les mécanismes de cette maladie évoquent un contact avec les « souillures » (*regdo*) du mari défunt présentes dans le corps de son épouse, notamment son sperme. La maladie résulterait de la rencontre néfaste entre le sperme du défunt, qui n'a pas été totalement éliminé du corps de la femme, et celui du nouveau partenaire.

Prévention et prophylaxie des *pug-banse*

A chacune des *pug-banse*, et en rapport avec les différents modes et circonstances de transmission évoqués, correspond un ensemble de recommandations et de mises en garde ayant pour but de se protéger contre leur survenue.

Ces recommandations sont couramment rappelées par les guérisseurs lors de leurs activités thérapeutiques, mais elles sont surtout évoquées entre pairs, dans des petits groupes de discussion. C'est en particulier le cas lorsque de jeunes hommes se rassemblent par affinité, avant d'aller « chercher les filles » d'un village voisin. Parmi eux, les plus âgés, qui ont déjà eu quelques expériences sexuelles, se plaisent à conseiller les plus jeunes, impatientes de « connaître ».

Ces conseils se répartissent en trois groupes :

- un ensemble d'avis qui relèvent de mesures d'hygiène populaire permettant de se protéger contre la transmission de la plupart des maladies, et pas seulement des *pug-banse* ;

- des avis à propos du choix du partenaire sexuel ;

- des conseils liés au déroulement du coït.

- Les conseils d'hygiène :

Ils se réfèrent pour la plupart au risque de transmission par le *walgo* des maladies. Le pouvoir pathogène du *walgo* diminuant avec la distance, il s'agit donc avant tout de se tenir le plus loin possible des sources potentielles de contamination. Il est donc conseillé de contourner les espaces souillés comme les aires mictionnelles et défécatoires, de ne pas les enjambrer et de ne pas uriner dans ces lieux, ou, à défaut, de ne pas le faire accroupi car la trop faible distance entre le sol et le corps augmenterait le risque de transmission. Ainsi, certains guérisseurs affirment que « si tu pisses accroupi, la maladie t'attrape, mais si tu pisses debout, ça ne peut pas remonter jusqu'à toi ».

Cette mise à distance s'applique aussi aux individus qui sont considérés malades, et aux objets par

eux utilisés. Il est ainsi recommandé de se tenir à distance des malades du *sida*, de ne pas s'asseoir sur un siège qui a été utilisé par un malade du *tuma*, etc. Ces conseils s'appliquent aussi à l'égard de certains animaux : ainsi il est recommandé de ne pas enjamber une chèvre ou une brebis atteinte par le *kiiga*.

- Les recommandations liées au choix du partenaire :

Même dans le cas d'une rencontre éphémère, qui n'engage pas les individus dans une relation à long terme, divers critères s'appliquent au choix du partenaire sexuel.

Dès le début d'une rencontre, alors que les individus en sont encore aux jeux de séduction, ils doivent vérifier si leurs origines généalogiques et leur réseau d'affinité ne leur interdit pas toute relation sexuelle. En effet, deux principes doivent être scrupuleusement respectés :

- le premier est l'expression de la règle d'exogamie et de prohibition de l'inceste. Elle définit les partenaires sexuels autorisés et interdits par rapport aux lignages d'origine des deux individus. Si les partenaires sont généalogiquement trop proches⁸, il est dit qu'ils sont « frère et soeur ». Les relations sexuelles n'entraînent pas de maladie, mais elles sont interdites et condamnées⁹.

- le deuxième principe recommande à tout homme de n'avoir aucune relation sexuelle avec une femme qui en aurait eu précédemment avec l'un de ses amis. Si cela survient, il apparaît un lien néfaste entre les deux hommes qui peut entraîner la mort de l'un d'eux dans des conditions particulières. Cette règle s'applique quelle que soit la durée qui sépare ces deux relations. Pour éviter une telle situation, dès le début d'une rencontre, les partenaires passent en revue¹⁰ leur réseau de relation à la recherche de leurs amis communs. Si l'homme suspecte que l'un d'entre eux a eu des relations sexuelles avec la femme qu'il convoite, il va immédiatement lui signifier que leurs jeux de séduction ne peuvent conduire à une relation sexuelle.

Ces questions "préalables" étant résolues, viennent alors des conseils plus directement liés à la prévention des *pug-banse*. Le premier est une mise en garde contre les « pièges » dont peuvent être porteuses, malgré elles, les femmes mariées. Il est conseillé aux jeunes qui n'ont pas encore assez de « force » de s'abstenir de séduire les épouses des autres, et aux téméraires de se prémunir à l'aide de protections magiques. Il existerait en effet des amulettes permettant de révéler si une femme convoitée est « piégée » : un bracelet pourrait serrer le bras de l'homme qui le porte lorsqu'il est en présence d'une « femme piégée ». ... Certaines préparations permettraient d'annuler totalement les effets du piège préparé par un mari jaloux.

Enfin, la dernière recommandation relative au choix du partenaire concerne les veuves. Il est interdit d'avoir des relations sexuelles avec elles avant les cérémonies de levée de deuil, sous peine d'être frappé de *ku-pogdo*. Un rituel particulier de ces cérémonies, désigné par le terme *guuri*, a pour but de "nettoyer" totalement les dernières traces du défunt¹¹. Le lavage du corps et les ablutions permettent l'élimination totale de toutes les « souillures » transmises par le défunt à son entourage avant sa mort.

Plus récemment, sont apparues quelques recommandations liées à la crainte de transmission du *sida*. Les femmes dont les époux sont suspectés d'être décédés du *sida* sont en effet considérées comme porteuses de « la maladie ». Parfois nommées « femmes-sida », il est conseillé de les éviter, il leur est de plus en plus souvent refusé le droit au lévirat. Les migrants de retour de Côte d'Ivoire sont également soupçonnés d'être contaminants et des périodes d'observation plus ou moins longues leur sont parfois imposées avant qu'ils puissent espérer trouver un partenaire sexuel.

- les recommandations qui s'appliquent au coït :

L'un des tout premiers conseils que s'échangent les jeunes a trait à la toux et aux morsures. Il est vivement recommandé de ne jamais tousser ni de mordre son partenaire pendant le coït afin de ne pas

transmettre le *pug-kosgo* ou le *pug-ruubo*. Ce qui pourrait passer pour une attention à l'égard du partenaire se double en fait du conseil de « rendre, de remettre » la toux ou la morsure éventuelle. Il s'agit, si le partenaire tousse, de tousser en retour (une autre solution consiste pour celui « qui a reçu la toux » à frapper du pied contre le mur de la chambre), et de le mordre s'il a mordu. Ainsi, le risque de transmission de ces deux maladies se trouverait annulé. Au cas où cette pratique préventive ne serait pas effectuée, et si rien n'est fait le lendemain, alors celui qui a « reçu » la toux ou la morsure, serait irrémédiablement porteur de la maladie, réputée fort difficile à guérir.

Face au *pug-kosgo*, il existe tout un arsenal préventif et curatif. À titre préventif, certains guérisseurs réalisent une protection médico-magique sous la forme d'une poudre qui doit être absorbée, mélangée dans la pâte de mil. Cette protection serait définitive, mais peu de personnes y auraient recours. Aussi, la principale prévention consiste à ne pas tousser pendant le rapport sexuel, quitte à l'interrompre si la toux est imminente.

Si ces premières procédures d'annulation sont impossibles, on entre alors dans le domaine des traitements prophylactiques qui doivent être effectués le lendemain matin. Diverses variantes plus ou moins compliquées de ce traitement sont énoncées.

Cinq traitements prophylactiques contre le *pug-kosgo*

- il faut verser de l'eau sur la natte [sur laquelle était étendu le couple] récupérer cette eau, et la boire chacun à son tour,
- l'homme et la femme se lavent puis vont jeter l'eau de leur toilette sur un *zi-peelga* (zone de terre aride sur laquelle sont censés habiter des génies [*kinkirsi*]),
- on verse de l'eau sur la natte, puis on la récupère dans unealebasse, ensuite, on sort de la case, on verse cette eau sur le toit, [elle va glisser sur la paille] et on la récupère dans une autrealebasse au bord du toit, et on boit.
- il faut sortir de la case avec la natte [sur laquelle était étendu le couple], la rouler, prendre unealebasse pleine d'eau et jeter cette eau sur le toit de la case, l'eau va couler sur le toit, puis atteindre le bord du toit, là il faut mettre la natte afin que l'eau passe dedans [comme dans un tuyau], avant de la recueillir dans une autrealebasse dans laquelle a été mis un fer de houe (*wak-kienrga*). Ensuite, on prend cette eau, on la fait bouillir et chacun boit,
- ils se lèvent et versent sur la natte où ils ont dormi des graines de petit mil, puis ils ramassent ces graines, en font de la farine et préparent une bouillie ou de la pâte qu'ils mangent ensemble devant la porte.

Enfin, si aucune de ces mesures n'a été prise, la maladie se déclarera inexorablement. Le diagnostic et le traitement relèvent alors de la seule compétence des guérisseurs¹².

Le deuxième conseil que se transmettent les hommes est celui de ne pas avoir de relations sexuelles lors des menstruations. Il est impératif de se prémunir d'un contact avec le sang féminin dont le pouvoir néfaste a été précédemment évoqué.

Enfin, une fois le rapport sexuel réalisé, afin d'éviter les effets néfastes du mélange des humeurs sexuelles dans le corps de l'homme, il lui est recommandé « de se mettre sur le côté, ou sur le ventre, mais de ne pas rester allongé sur le dos ». Ainsi, « le sexe pend, et le *walgo* des maladies peut s'en aller » explique un guérisseur.

Ces multiples conseils révèlent l'importance accordée par la population aux notions de prévention.

Ces recommandations sont énoncées en référence aux représentations des modes de transmission des *pug-banase*, en particulier : à la pénétration des humeurs sexuelles féminines dans le corps de l'homme ; aux risques inhérents aux mélanges des spermatozoïdes dans le corps de la femme lorsqu'elle a eu plusieurs partenaires ; à la propriété des humeurs corporelles de se transformer en souillures dès lors qu'elles sont hors des limites qui leur sont assignées.

Rencontre entre *pug-banase* et MST dans le champ de la santé publique

La description de la classe nosographique des *pug-banase* montre qu'elle n'est pas superposable à celle des MST définie par la médecine et utilisée dans le champ de la santé publique. Néanmoins, ces deux catégories coexistent au sein de l'espace social. L'usage de la première prédomine dans le secteur populaire et celui des médecines traditionnelles, la seconde chez les professionnels de santé et les "agents de développement".

Ces classes nosographiques se rencontrent de manière répétée en diverses circonstances, notamment dans les deux principales situations gérées par les professionnels de santé : lors des demandes de soins adressées au secteur biomédical, et dans les actions d'éducation sanitaire. À travers l'observation des modalités de ces rencontres, et du contenu des informations échangées à ces occasions, peuvent être au mieux appréciés les enjeux et la dynamique des affrontements qu'elles provoquent.

Les circonstances et les modalités de la rencontre

Les circonstances de rencontre influencent directement la confrontation des savoirs, il est important d'en tenir compte autant que des informations véhiculées.

Dans les actions d'éducation sanitaire, le choix des lieux repose sur la volonté des professionnels de santé de « communiquer » avec le plus grand nombre possible d'individus. Cela conduit à l'organisation de « campagnes d'informations » réalisées par des équipes plus ou moins spécialisées, qui interviennent dans des lieux publics (marchés, parking, gares routières, etc.). Les informations sont diffusées par voie d'affiches, par des haut-parleurs, des films, parfois associées à la diffusion de messages radiophoniques ou télévisuels. Parfois même, sous forme de jeux où l'individu qui donne les "bonnes réponses" (celles médicalement justes) est récompensé de tee-shirt, préservatifs, et autres gadgets. Ces interventions sont dirigées vers la population générale, sans considération du sexe, de l'âge ou du statut social des individus qui les reçoivent. Il s'agit de situations souvent familières aux populations, même en milieu rural, habituées à ces « sensibilisations » régulièrement pratiquées depuis quelques dizaines d'années pour diverses affections (paludisme, dracunculose, malnutrition, etc.). La particularité de celles sur les MST tient au fait qu'elles abordent la sexualité de manière explicite et précise, bien plus que ce n'était le cas lors des campagnes de « planification familiale ».

Or, les Mossi répugnent à s'exprimer en public sur tout ce qui a trait, de près ou de loin, à la sexualité, hormis sur le mode de la plaisanterie grivoise qui n'est autorisée que dans quelques contextes sociaux bien définis. Un très fort sentiment de pudeur, la « honte », conduit à l'emploi de différentes formes langagières (euphémisme, métaphore, etc.) pour désigner sans les nommer directement les organes, les liquides corporels, les pratiques ou les maladies liés à la sexualité.

Traiter de la sexualité dans des espaces publics est une atteinte majeure à l'ordre traditionnel. Ce n'est pas sans réticence que les « vieux » et les dignitaires religieux acceptent cela. Ces interventions sont considérées comme un des avatars « du temps moderne où l'on ne respecte plus rien ». Ils n'ont pas le pouvoir de les interdire¹³ mais les désapprouvent le plus souvent car ils les jugent comme des incitations à une permissivité sexuelle irrespectueuse des règles coutumières.

La stratégie qui consiste à s'adresser à des groupes de personnes plus homogènes (âge, sexe), dans des espaces clos (maison d'association, maternité, école...) résout en partie le problème des règles de bienséances. Elle soulève par contre celui de la stigmatisation des personnes faisant partie d'un groupe. A cet égard, les efforts particulièrement soutenus envers les femmes, sans qu'aucune action équivalente ne soit faite en direction des hommes, confortent l'idée largement répandue en société traditionnelle, de la responsabilité des femmes dans la transmission des maladies liées à la sexualité.

Les centres de santé ne sont pas des lieux dans lesquels il est aisé d'évoquer une *pug-banse*. Les barrières créées par la « honte » existent également et sont d'autant plus difficiles à dépasser que souvent les professionnels de santé ne sont pas du même sexe que le consultant. De plus, le cadre habituel des consultations et des actes médicaux dans les centres de santé ne favorise pas la mise en confiance des consultants. Le manque d'intimité et de confidentialité est courant (mauvaise insonorisation des locaux, présence de témoins, d'interprètes, etc.). Enfin, l'autoritarisme dont font preuve un grand nombre d'agents de santé est particulièrement redouté lorsqu'il prend la forme d'une injonction à faire venir le ou les partenaires à la consultation. Ces situations paraissent d'autant plus paradoxales et inacceptables qu'à l'inverse les consultations chez les guérisseurs répondent toujours aux principes de discrétion et de confidentialité.

Les contenus de la rencontre

Les messages d'information sanitaire sur les MST abordent habituellement : les contextes et modes de transmission des maladies ; les expressions sémiologiques ; l'incitation aux traitements biomédicaux ; et l'adoption de conduites préventives.

- Les contextes et les modes de transmission des maladies sont évoqués à travers :

- les « groupes et comportements à risque » en désignant les prostituées, les « filles de bar », les « femmes libres », les migrants, les routiers, le « vagabondage sexuel », le lévirat.

- le non respect des valeurs sociales telle la fidélité conjugale ; mais aussi, de manière plus insidieuse, la mise en cause du caractère honnête, sérieux et travailleur de l'individu, et son insouciance à l'égard des intérêts de sa famille.

La transmission des MST est souvent évoquée dans le registre de l'altérité tant géographique que sociale : on se contamine à l'étranger ou avec un étranger (en fait une étrangère). Les prostituées figurent l'archétype de cette conception en concentrant toutes les altérités possibles (Desclaux, 1995).

Le rappel des valeurs morales dans les messages d'information est à ce point récurrent qu'il finit par apparaître plus important que ce qu'il est dans le droit coutumier. Ce dernier interdit les relations extramatrimoniales pour les femmes, et délimite la manière dont les hommes peuvent en user (Taverne, 1999). Mais en aucun cas les maladies acquises dans ces occasions ne sont considérées comme la conséquence de manquements à la morale.

Enfin, une très nette asymétrie entre hommes et femmes est exprimée dans les messages sanitaires : les femmes sont plus fréquemment désignées comme vectrices, et les hommes plus souvent comme malades. Cette situation entre en résonance avec l'asymétrie sexuelle de l'imputation des maladies en direction des femmes qui est fortement ancrée dans la pensée populaire, en particulier dans le domaine des *pug-banse* (Egrot, 1999 : 470).

- Les expressions sémiologiques :

Quels que soient les supports d'information (dépliants, «boîte à images», vidéo, etc.) et les circonstances d'énonciation (séance publique ou consultation médicale), les messages d'information sont bâtis sur les mêmes éléments. Ils rappellent qu'une MST doit être soupçonnée dès la présence de

signes cliniques mineurs, tel un prurit, qu'une femme peut être atteinte de MST sans même s'en rendre compte, et qu'en l'absence de traitement cela peut avoir des conséquences graves et conduire à la mort. Certaines illustrations montrent, en gros plan, des sexes masculins et féminins suintants ou ulcérés ; d'autres présentent des images de délabrements génitaux majeurs ou d'individus cachectiques moribonds.

Outre le fait que ces images sont parfaitement repoussantes pour toute personne qui n'est pas au fait de la sémiologie des MST, elles heurtent la pudeur en mettant au grand jour des régions du corps qu'il est socialement convenu de masquer. L'expression de la gêne que cela entraîne est directement visible dans l'attitude des personnes à qui ces images sont imposées : les hommes restent impassibles ou laissent fuser quelques rires, des femmes se détournent, mettent une main devant leurs yeux, ou poussent des cris pour marquer leur gêne. Ce type de réaction se retrouve notamment lors des démonstrations d'utilisation des préservatifs sur des pénis en bois¹⁴.

Au delà de ces aspects, l'information sémiologique délivrée (et celle qui est échangée lors des consultations) peut sembler particulièrement fruste au regard de la diversité des registres sémiologique des *pug-banse*. Cette relative pauvreté sémiologique des MST correspond à la réalité clinique que la médecine reconnaît, puisque en dehors des écoulements urétraux ou vaginaux, tous les autres signes en particulier cutanéomuqueux ne sont pas aisément descriptibles.

- L'incitation aux traitements biomédicaux :

Les moins élaborés des messages se limitent à faire référence aux délabrements anatomiques et à la mort. D'autres évoquent des conséquences apparemment moins vitales mais bien plus importantes socialement : le risque de stérilité secondaire, et la perte de la force de travail. Ces deux derniers arguments tentent de toucher les individus à travers deux valeurs essentielles de la société : la fécondité et le labeur.

Chez les Mossi, comme dans bien d'autres sociétés, la stérilité est la pire des calamités dont puissent être victimes les femmes, qui bien souvent portent seules cette responsabilité. Pour les hommes, la menace de ne pouvoir assurer la survie de leur famille à travers leur labeur est une remise en cause directe de leur statut social. C'est une des causes fréquentes de suicide en milieu rural.

L'objectif des messages évoquant la mort (physique ou sociale à travers la stérilité ou l'incapacité à travailler) est toujours le même : faire peur. Il ne s'agit pas d'apporter une information mais de susciter un état émotionnel. Or il est établi depuis les années cinquante « qu'il n'existe pas de lien linéaire entre l'intensité de la peur et le changement de comportement (...) si la peur est trop intense, elle produit un blocage et l'adoption d'un comportement adapté devient impossible » (Paicheler 1997). En fait, selon ce même auteur (*ibid.* :47), « c'est la présence ou l'absence de moyens efficaces de faire face à la situation de peur qui déterminent les réactions à la peur ». Or, pour faire face à la peur ainsi suscitée, il est proposé de recourir aux centres de santé dont on sait justement le peu de confiance que leur accorde la population. Dans ces conditions, on peut douter de la capacité de persuasion de tels messages.

L'incitation aux traitements prescrits dans les centres de santé est aussi comparée aux traitements "traditionnels" et à l'automédication à l'aide des produits pharmaceutiques de contrebande vendus sur les marchés. Ces deux possibilités sont systématiquement condamnées et accusées de ne pas être efficaces. Or, en contestant toute capacité thérapeutique à la médecine traditionnelle dans ce domaine, les messages d'information invalident de fait l'ensemble des référents sur lesquels s'appuie la catégorie des *pug-banse*. Il s'agit d'une manière détournée d'en contester la validité.

- L'adoption de conduites préventives :

Les messages d'information sanitaire évoquent l'abstinence, la fidélité, la limitation du nombre de

partenaires et enfin l'utilisation du préservatif. Or ces différentes stratégies préventives n'ont pas toujours d'écho dans la pensée "traditionnelle" :

- seules les femmes en fin de grossesse puis allaitantes doivent être sexuellement abstinentes ; il n'existe pas d'autre situation nécessitant pareille mesure ; pour les hommes, cela est jugé impensable et impossible, contraire à la nature.

- dans cette société polygame, la fidélité sexuelle est obligatoire pour les femmes, cependant un ensemble de mécanismes sociaux leur permet de s'en affranchir sans conséquence notable ; pour les hommes qui souhaitent obtenir de nouvelles épouses, la notion de fidélité et la limitation du nombre de partenaires n'ont aucun sens (Taverne, 1999).

- Enfin le préservatif, en partie parce qu'il est depuis plus de dix ans présenté comme l'alternative à la fidélité, est chargé d'une valeur morale fortement négative. Cela parasite les propositions d'usage avec un nouveau partenaire. L'utiliser dans une relation de couple ancienne soulève diverses difficultés en référence avec le pouvoir de négociation des individus. La « capture » du sperme qu'il provoque suscite également des inquiétudes liées au fait qu'il est alors susceptible de provoquer certaines maladies telle l'impuissance par obstruction de la « bouche du sperme ».

Les professionnels de santé considèrent que les conseils qu'ils délivrent sont fondés uniquement sur des arguments scientifiques. Pourtant, leurs propos ont un caractère fortement moralisateur. En fait, ils véhiculent les valeurs morales et les représentations du risque qui sont propres à leur groupe social.

Une rencontre manquée ?

Dans les messages d'information ou durant les consultations, les professionnels de santé ne prennent jamais l'initiative d'un rapprochement (et d'une confrontation) entre *pug-banse* et MST. Tout au plus, se limitent-ils à contester quelques modes de transmission et les mesures préventives associées (tel l'enjambement, mais ils ne s'aventurent jamais vers les pièges, les ruptures d'interdit, etc.), ou plus directement ils nient l'origine sexuelle de certaines affections (tel le *pug-kosgo* [toux-sexuelle]).

Leur attitude, comme le contenu des messages qu'ils diffusent, se fonde sur un double parti-pris : la présomption d'ignorance de l'ensemble de la population, et le déni de compétence des guérisseurs dans ce domaine. D'une part, ils considèrent que la population ne sait rien des maladies transmises lors d'un rapport sexuel ; aussi, il est jugé nécessaire de tout lui apprendre, y compris les évidences comme le caractère anormal d'un prurit ou des brûlures mictionnelles. D'autre part, les guérisseurs, et tous ceux qui prescrivent et conseillent des traitements autres que ceux proposés dans les centres de santé, sont considérés incompetents, voire dangereux. Pourtant il est bien connu que la plupart des guérisseurs proposent des thérapies et affirment traiter les *pug-banse* avec plus de succès que les professionnels ne savent le faire avec les MST¹⁵.

Les professionnels de santé évitent plus ou moins consciemment la confrontation entre MST et *pug-banse* parce qu'ils connaissent mal, ou pas du tout, ces dernières. Ils ne savent pas comment en parler et ne veulent surtout pas être entraînés sur la pente des étiologies autres que biomédicales. Mais leur gêne est aussi liée aux relations ambivalentes qu'ils entretiennent avec la médecine traditionnelle. Ces relations oscillent entre le mépris et la fascination : le mépris des « intellectuels » (ainsi qu'ils se définissent) par rapport aux « illettrés » que sont la plupart des guérisseurs ; et la fascination à l'égard des connaissances ancestrales et des pouvoirs magiques que ces derniers sont censés maîtriser¹⁶.

Les stratégies de communication se limitent alors à la répétition d'informations biomédicales simplifiées, comme si la seule vertu de cette répétition devait suffire à convaincre les auditeurs de leur justesse. Les savoirs populaires sont considérés comme des « fausses croyances » et la rationalité des comportements des personnes par rapport à ces savoirs est évacuée.

Mais ainsi, en refusant d'organiser et de gérer la confrontation entre les savoirs populaire et médical, les professionnels de santé abandonnent toute maîtrise dans l'orientation du processus de rencontre. Et l'on peut se demander si pour eux la rencontre entre *pug-banse* et MST, faute d'être organisée, n'est pas tout simplement manquée.

Conclusion

De manière bien plus sensible que pour toutes les autres maladies, la rencontre entre la catégorie nosologique des *pug-banse* et celles des MST s'avère source de tensions. Celles-ci ne sont pas seulement liées à la non concordance des champs nosographiques, ni même au fait que ces catégories sont définies à partir de manières différentes de penser la maladie. Cela est couramment décrit pour de nombreuses autres affections, et plusieurs articles de cet ouvrage en témoignent.

La particularité de la rencontre *pug-banse*/MST tient au fait que l'évocation de ces maladies fait référence à la sexualité. Or, la sexualité est, au-delà de la jouissance des individus et de la reproduction biologique, une affaire de reproduction sociale. à travers la sexualité, « ce que les hommes s'efforcent de reproduire, ce n'est pas leur espèce (...), c'est le groupe social auquel ils appartiennent » (Godelier 1995 : 119). Ces maladies, tout comme les grossesses, constituent des manifestations visibles de l'activité sexuelle des individus, qui sont autant d'occasions d'exercer une forme de contrôle social sur celle-ci.

Dès lors, guérisseurs et professionnels de santé ne sont pas les seuls à prendre la parole car il s'agit de parler moins des maladies sexuellement transmises que de la sexualité dans la société, et au-delà de l'état et du devenir de celle-ci.

Ainsi, le discours biomédical-sur les MST est confronté aux discours promus par les différents groupes sociaux qui revendiquent une influence sur la conduite de la société ("traditionalistes", "modernistes", féministes, religieux, etc.), et qui s'affrontent sur le thème de la sexualité. Le discours médico-technique se prétend indépendant de toute influence doctrinale. Cependant, précisément parce qu'il ne se fonde pas explicitement sur les valeurs morales défendues par les courants idéologiques existant dans la société, est-il considéré comme étant amoral par ceux-là. L'information biologique est perçue comme niant les valeurs auxquelles elle ne se réfère pas. L'absence de ces références s'interprète comme une contestation, ou une promotion de valeurs exogènes (valeurs occidentales accusées de permissivité et de licence sexuelle).

En ce sens, tout discours d'information sur la prévention des MST et sur la sexualité peut être entendu comme une forme de discours politique. Les messages d'information concernent autant le domaine des savoirs populaires que celui des rapports sociaux institués au sein de la collectivité. Et c'est assurément à ce niveau que les tensions et les enjeux liés à l'acceptation des messages de prévention des MST, sont les plus forts.

ΣΔΣ

Bibliographie

Bonnet D., 1988, *Corps biologique, corps social. Procréation et maladies de l'enfant en pays mossi, Burkina Faso*. Ed. de l'ORSTOM, coll. mémoires, n° 110, Paris, 138 p.

Cros M., 1990, *Anthropologie du sang en Afrique. Essai d'hématologie symbolique chez les Lobi du*

Burkina Faso et de Côte-d'Ivoire. L'Harmattan, Paris : 298 p.

Desclaux A., 1995, "L'Etat contre la santé publique ? La désignation d'un groupe social dans le discours public sur le sida au Burkina Faso", *Sociologie Santé*, n° 13, pp. 84-91.

Egrot M., 1999, *La maladie et ses accords. Le sexe social, mode de déclinaison et espace de raisonance de la maladie chez les Moose du Burkina Faso*. Thèse pour le doctorat en anthropologie, Université de Droit, d'économie et des sciences d'aix-marseille, faculté de droit et de science politique, laboratoire d'écologie humaine et d'anthropologie, 627 p.

Godelier M., 1995, "Sexualité et société. Propos d'un anthropologue", in Bajos N., Bozon M., Giami A. et al. *Sexualité et sida*. Recherches en sciences sociales, Paris, ANRS, pp. 117-121.

Green E. C., 1992 "Sexually Transmitted Disease, Ethnomedecine and Health Policy in Africa", *Social Science and Medecine*, Vol. 35, n° 2, pp. 121-130.

Izard M., 1985, *Gens du pouvoir, gens de la terre. Les institutions politiques de l'ancien royaume du Yatenga (Bassin de la Volta Blanche)*. Cambridge University Press, Ed. de la Maison des Sciences de l'Homme, Paris, 594 p.

Laurent P.-J., 1998, *Une association de développement en pays mossi. Le don comme ruse*. Karthala, Paris, 291 p.

OMS, 1989, "Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) et maladies sexuellement transmissibles. Déclaration par consensus à l'issue de la Consultation sur les maladies sexuellement transmissibles comme facteur de risque pour la transmission du VIH", *Wkly Epidem. Rec. - Relevé épidém. hebd.*, Vol. 64, n° 7, pp. 45-48.

Paicheler G., 1997, "Modèles pour l'analyse de la gestion des risques liés au VIH : liens entre connaissances et actions", *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 15, n° 4, pp. 39-70.

Taverne B., 1999, "Valeurs morales et messages de prévention : la « fidélité » contre le sida au Burkina Faso", in Becker C., Dozon J.-P., Obbo C. et Touré M. (éds), *Vivre et penser le sida en Afrique/Experiencing and understanding AIDS in Africa*, Paris, (Codesria, IRD, Karthala), pp. 509-525.

Vineis P., 1992, "La causalité en médecine : modèles théoriques et problèmes pratiques", *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 10, n° 3, pp. 5-32.

Zempleni A., 1985, « La maladie et ses causes », *L'Ethnographie*, n° 2, pp. 13-44.

-
-

1 Traduit de l'anglais par les auteurs.

2 - Les informations ont été obtenues par des entretiens semi-structurés et des observations directes effectués à l'occasion de séjours de longue durée (plus de 12 mois) dans les provinces du Bazega entre 1994 et 1996 par M. Egrot, et de l'Oubritenga entre 1993 et 1999 par B. Taverne. Ces recherches ont été réalisées en milieu rural, dans des villages distants de 25 à 50 km de la capitale. La majorité des entretiens a été réalisée en moré, la langue des Mossi, à l'aide d'un interprète, auprès d'hommes et de femmes de la population générale, de guérisseurs et de professionnels de la santé.

3 - pour reprendre la terminologie et la classification proposée par A. Zempleni (1985) : le diagnostic de maladie, en plus de sa reconnaissance et de sa nomination, comporte au plus les 3 questions suivantes : 1/ la description du moyen ou du mécanisme (comment est-elle survenue ?) qui définit la cause instrumentale ; 2/ l'identification de l'agent qui en est responsable (qui ou quoi l'a produite ?) qui définit la cause efficiente ; 3/

la reconstitution de son origine (pourquoi est-elle survenue en ce moment, sous cette forme et chez cet individu ?) permettant de définir la cause ultime ou finale.

4 - Il existe une autre forme du *pug-poaaga* qui affecte uniquement les femmes et n'est pas une *pug-banse*

5 - Il est communément admis que cette maladie affecte également les animaux (chèvres, chiens, etc.).

6 - une maladie similaire, le *khélé kontin*, existe chez les Lobi du Burkina Faso (Cros, 1990 : 144)

7 - Cette maladie vient s'ajouter aux diverses autres affections liées aux anomalies du trajet ou de la présence de sperme dans le corps de l'homme, de la femme, et de l'enfant (à travers le lait maternel).

8 - chez les Mossi, la règle d'exogamie étend la prohibition de l'alliance aux lignages des quatre grands-parents (Izard, 1985:6)

9 - dans le passé, les individus étaient bannis du village dès qu'une telle relation était découverte.

10 - de manière discrète mais efficace.

11 - Le terme *guuri* désigne une espèce de fourmis bien déterminée [*Messor galla* (Mayr), Myrmicinae]. De la terre prélevée sur les fourmilières du même nom est utilisée pour la préparation du foyer qui sert à faire chauffer l'eau destinée au lavage des veuves et des fils du défunt (pour une description détaillée du rituel, cf. Egrot, 1999:408-409).

12 - Pour le *pug-ruubo* comme pour le *pug-kosgo* l'incident initial peut remonter à plusieurs mois ou années. Il est le plus souvent totalement oublié, et c'est à partir de l'interprétation des signes cliniques et de l'histoire de la maladie, dans laquelle on retrouve souvent l'échec des thérapeutiques biomédicales, que les guérisseurs vont établir leur diagnostic.

13 - l'acceptation de ces manifestations entre aussi dans des stratégies visant à attirer sur le territoire des agents de développement susceptibles d'intervenir dans d'autres secteurs (cf. Laurent, 1998).

14 - les démonstrations de pose d'un préservatif sur les pénis en bois que les femmes sont invitées à réaliser en public, apparaissent d'autant plus choquantes qu'une femme mossi ne doit en principe jamais regarder directement, et encore moins toucher, le sexe d'un homme ; ni surtout faire preuve d'habileté dans le registre sexuel.

15 - Et l'absence de toute prise en charge médicale des malades du sida dans les centres de santé en milieu rural confirme bien aux yeux de la population les limites des compétences et des pouvoirs des professionnels de santé.

16 - Cette ambivalence se manifeste jusqu'au plus haut niveau des décisions de politique de santé du pays, dans les récurrentes déclarations d'intention de collaboration avec la médecine traditionnelle.