

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I
THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix-Travail-Patrie

CENTRE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION SOCIALES ET ÉDUCATIVES

UNITÉ DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN SCIENCES
HUMAINES ET SOCIALES

FACULTÉ DES ARTS, LETTRES ET
SCIENCES HUMAINES

DÉPARTEMENT D'ANTHROPOLOGIE



REPUBLIC OF CAMEROUN
Peace-Work-Fatherland

POST GRADUATE SCHOOL FOR SOCIAL AND
EDUCATIONAL SCIENCES

DOCTORAL RESEARCH UNIT AND TRAINING
FOR HUMAN
AND SOCIAL SCIENCES

FACULTY OF ARTS, SOCIAL AND HUMAN
SCIENCES

DEPARTMENT OF ANTHROPOLOGY

**ETIOLOGIES ET ITINERAIRES THERAPEUTIQUES
DE L'EPILEPSIE DANS LA COMMUNAUTE
ZIME/TCHAD : CONTRIBUTION A
L'ANTHROPOLOGIE MEDICALE**

Mémoire présenté et soutenu publiquement en vue de l'obtention du diplôme de
Master en Anthropologie

Spécialité : Anthropologie Médicale

Présenté par

Charles Côté BEINDJEFFA

Licencié en Anthropologie

Sous la Direction de

Antoine SOCPA, PhD

Professeur Titulaire des Universités



Année Académique 2022-2023

SOMMAIRE

SOMMAIRE	i
DEDICACE	Erreur ! Signet non défini.
REMERCIEMENTS	vi
.....	vii
RESUME	vii
ABSTRACT	viii
LISTE DES ILLUSTRATIONS :	vi
PHOTOS ET TABLEAUX	vi
LISTE DES ACRONYMES ET SIGLES	vii
INTRODUCTION GENERALE	1
I. CONTEXTE DE L'ETUDE	2
I.1 - Situation dans le monde	2
I.2-Situation en Afrique	4
I.3-Situation au Tchad	5
II. JUSTIFICATION DU CHOIX DU SUJET	6
II.1- Raisons personnelles	6
II.2- Raisons scientifiques	6
III. PROBLEME DE RECHERCHE	7
III.1-Problème social	7
III.2-Problème de recherche / scientifique	7
IV. PROBLEMATIQUE	8
V. QUESTIONS DE RECHERCHE	8
V.1-Question principale	9
V.2-Questions spécifiques	9
VI. HYPOTHESES DE RECHERCHE	9
VI.1- Hypothèse principale	9
VI.2-Hypothèses spécifiques	9
VII. OBJECTIFS DE RECHERCHE	9
VII.1- Objectif principal	9
VII.2-Objectifs spécifiques	10
VIII. METHODOLOGIE DE RECHERCHE	10
VIII.1-Méthode de collecte des données	11
VIII.2-Recherche documentaire	11

VIII.3-Recherche de terrain	11
VIII.3.1- Coordonnées spatiales et temporelles	12
VIII.3.2- Site de la recherche.....	12
VIII.3.3-Population cible.....	12
VIII.3.3.1-Types d'informateurs	12
VIII.3.4- Techniques de collecte des données.....	12
VIII.3.4.1- Techniques de collecte de données orales	13
VIII.3.4.1.1- Entretiens	13
VIII.3.4.1.2- Récits de vie.....	13
VIII.3.4.2- Techniques de collecte des données iconographiques.....	14
VIII.3.4.2.1- Observations.....	14
VIII.3.4.2.2- Photographie	14
VIII.3.5- Types de données	15
VIII.3.5.1-Textes issus des entretiens.....	15
VIII.3.5.1.2-Notes d'observation	15
VIII.3.5.1.3- Images.....	15
VIII.4-Méthodologie d'analyse et d'interprétation	15
VIII.4.1- Analyse.....	15
VIII.4.2- Interprétation.....	16
VIII.4.3-Les critères d'inclusion et d'exclusion	16
VIII.5-Consideration éthique	16
IX. INTERET DE LA RECHERCHE	17
IX.1-Intérêt scientifique	17
IX.2-Intérêt pratique.....	17
IX.3-Difficulté rencontrées	17
CHAPITRE I : PRESENTATIONS GEOGRAPHIQUE ET HUMAINE DU TERRAIN DE RECHERCHE	18
I.1-Situation géographique du milieu Zimé	21
I.2-Milieu physique.....	21
I.2.1- Le relief.....	21
I.2.2- Hydrographie	22
I.2.3- Le climat	22
I.2.4- La végétation.....	22
I.3-Milieu humain.....	23
I.3.1- Histoire de peuple zimé	23
I.3.2- La langue zimé	24
I.3.3- La population Zimé	24
I.3.4- L'architecture zimé	27

I.3.5- Le milieu humain et l'agriculture	29
I.3.6- Le milieu zimé et l'élevage	31
I.3.7- Le milieu zimé et le commerce.....	31
I.3.8- Le calendrier lunaire zimé	32
I.3.9- Les zimés et les autres peuples.....	33
I.3.10-L'organisation politique Zimé.....	34
I.3.11- Le milieu humain et l'organisation sociale Zimé	36
I.3.12- Le milieu humain zimé et le mariage.....	37
I.3.13- Le milieu humain et la naissance.....	37
I.3.14- le milieu humain zimé et la femme.....	38
I.3.15- le milieu humain zimé et la justice	38
I.3.16- Rite et croyance aux forces occultes dans le milieu zimé	39
I.3.17- La culture et le sport dans le milieu zimé	40
CHAPITRE II : REVUE DE LITTERATURE, CADRES THEORIQUE ET CONCEPTUEL .	41
II.1-Recherche documentaires.....	42
➤ L'épilepsie est héréditaire.....	42
➤ L'épilepsie est une maladie mentale	42
➤ L'épilepsie est contagieuse	42
➤ L'épilepsie a des causes surnaturelles.....	42
II.2-Le concept de représentation sociale	43
II.3-Revue sur la notion de l'épilepsie	44
II.4-Revue sur la crise convulsive.....	46
II.5-Les représentations sociales de l'épilepsie dans la société occidentale	48
II.6-Les représentations sociales de l'épilepsie dans les sociétés traditionnelles	50
II.7- Impact social de la maladie de l'épilepsie dans la communauté zimé	53
II.8-Cadre théorique	53
II.8.1-Le fonctionnalisme	54
II.8.2- L'Ethno-Perspective ou l'Ehnanalyse	55
II.8.3-Le concept de représentations sociales.....	56
II.9-Definitions des concepts.....	58
II.9.1- Itinéraire thérapeutiques.....	58
II.9.2-Epilepsie	58
II.9.3-Etiologie	59
II.10- Originalité du travail	59
II.10.1-Originalité du travail dans la communauté zimé	59
II.10. 2-Contribution à l'anthropologie	59
CHAPITRE III : APPROCHES HISTORIQUE ET SOCIOCULTURELLE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EPILEPTIQUES	61

III.1-Histoire socioculturelle de la prise en charge des personnes épileptiques.....	63
III.2-L'épileptique, sujet de discussion sociale	63
III.3-L'épilepsie : sujet d'exclusion sociale	65
III.4-Isolement des épileptiques	65
III.5-Chronique médicale de l'épilepsie	67
III.6-Etiologie de l'épilepsie.....	70
III.6.1-Une origine surnaturelle	71
III.6.2-Origine liée à la croyance.....	71
III.6.3-Origine liée à la contagion	72
III.7-La dimension sociale de la prise en charge de l'épilepsie dans communauté zimé	73
CHAPITRE IV : REPRESENTATIONS SOCIOCULTURELLES ET PROCESSUS THERAPEUTIQUE DE L'EPILEPSIE DANS LA COMMUNAUTE ZIME	78
IV.1-Representations physiques et sociales de la gravité de l'épilepsie	79
IV.1.1-Le rôle de la transgression sociale.....	81
IV.1.2-Causalités contextuelles.....	82
IV.1.3-Les multiples implications étiologiques de l'épilepsie.....	83
IV.1.4-La périodicité des crises	84
IV.2-Les itinéraires thérapeutiques	87
IV.2.1-Les répercussions sociales du traitement de l'épilepsie.....	89
IV.2.2-Les différents aspects pragmatiques du choix thérapeutique.....	90
IV.2.3-La dimension biomédicale du traitement de l'épilepsie	92
CHAPITRE V : ANALYSE ET INTERPRETATION ANTHROPOLOGIQUES DES DONNEES RECUEILLIES SUR LE TERRAIN DE RECHERCHE	96
V.1-Les savoirs locaux relatifs à l'épilepsie.....	97
V.2-La description de l'épilepsie selon la communauté zimé	99
V.3-La construction nosologique de l'épilepsie dans la communauté zimé.....	102
V.4-Pluralité de nom de l'épilepsie en langue zimé	103
V.5-L'identification de l'épilepsie et diverses affections	104
V.5.1-À propos de la transmission de l'épilepsie	105
V.5.2- La terminologie employée.....	105
V.5.3-Le rôle du contexte dans la conception transmissible de l'épilepsie	106
V.5.4-Les modalités de la transmission épileptique.....	106
V.5.5-Les modes de transmission de l'épilepsie selon la communauté Zimé.....	107
V.5.6- « La maladie qui attrape ».....	107
V.5.7-La « maladie transmise par le lignée »	108
V.5.8-Les conditions de la contamination d'épilepsie selon la conception Zimé	110
V.5.9-Les interdits alimentaires liés à l'épilepsie.....	112
V.5.10- Données biomédicales sur l'épilepsie	116

V.5.11-Analyse et interprétation étiologique.....	117
V.5.12- L'épilepsie comme un phénomène normal dans la communauté zimé	119
V.5.13-La mort d'un épileptique dans la communauté zimé.....	120
CONCLUSION GENERALE.....	121
SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES	126
.....	viii
ANNEXES.....	viii
ANNEXE 1 : Formule de consentement libre et éclairé.....	ix
ANNEXE 2 : Autorisation de recherche académique	x
ANNEXE 3 : Autorisation de recherche délivrée par le médecin de l'hôpital central de Kélo.....	xi
ANNEXE 4 : Attestation de recherche effectuée a l'hôpital.....	xii
TABLE DES MATIERES	xxi

**A toi regretté Papa N'Djeidoknga Simon,
Salut et repos éternel !**

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce travail pourrait être impossible sans l'apport d'un certain nombre de personnes. C'est ici le lieu pour nous de leur adresser nos sincères remerciements.

Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude au Pr. SOCPA Antoine qui a accepté diriger ce mémoire malgré ses multiples occupations. Nous disons merci au chef du département d'anthropologie Pr. KUM AWAH Paschal qui nous a beaucoup édifié par ses enseignements et ses conseils.

Nous adressons également notre reconnaissance au Professeur MBONJI EDJENGUÈLÈ pour la qualité de l'enseignement acquis de lui et le rayonnement de l'Anthropologie à l'Université de Yaoundé I.

Nous tenons également à exprimer notre sincère gratitude aux enseignants du Département d'Anthropologie qui ont contribué à notre formation académique. Nous pensons notamment aux professeurs Luc MEBENGA TAMBA, Pierre-François EDONGO NTEDE, Paul ABOUNA, DELI TIZE TERI, Isaiâh AFU KUNOCK. Maîtres, nous vous remercions infiniment. Aux Docteurs David NKWETI (regretté mémoire), Célestin NGOURA (regretté mémoire), Marguerite ESSOH, ANTANG YAMO, Lucy FONJONG, Exodus TIKÉRE

MOFFOR, Evans KAH NGAH, Alexandre NDJALLA, Germaine NGA ELOUNDOU et Antoinette Marcelle NGA EWOLO ;

Ainsi, nous remercions notre père, grand frère, DOCTA DOUKSIDI Abel pour son soutien inconditionnel et multidimensionnel. Qu'il trouve ici le résultat de son soutien et l'expression de notre éternelle reconnaissance ;

A notre mère SARIA Cécile qui a bercé notre enfance, œuvrer pour notre réussite, de par son amour, son soutien spirituel, moral, tous les sacrifices consentis et ses précieux conseils, pour toute son assistance et sa présence dans notre vie, qu'elle reçoive à travers ce travail l'expression de nos sentiments et notre gratitude ;

Nous disons infiniment merci à madame DOCTA, née NELEM DJIMADOUM Adèle pour ses précieux conseils et encouragements ;

A tous les membres de notre famille Béro, nos parents et oncles en particulier à TCHAPSOU AZINA Josué et LOUNA VANGTOU Justin pour leur soutien divers ;

Nous tenons à dire merci à tous nos frères en particulier à SOUMLA SAMAYASSOU Bienvenu et NOYOM NDJONGO Dieudonné avec lesquels nous avons eu à partager sur différents aspects ;

A nos enquêtés auprès desquels nous avons recueilli des informations substantielles qui ont constitué l'épine dorsale de ce travail ;

En fin, à tous nos camarades avec lesquels nous avons eu à cheminer ensemble en particulier ABEGELE JOYCE, Glwadys ZOGO, Bienvenue GAMA, Frida BAGOIDI, BEIRA Florence MADAOUA, ADJI Fidel BALAMA, ...

RESUME

« *Etiologies et itinéraires thérapeutiques de l'épilepsie dans la communauté Zimé/Tchad : Contribution à l'anthropologie médicale* ». Tel est l'intitulé de notre recherche qui s'inscrit dans le champ de l'anthropologie médicale. La préoccupation de ce sujet est que malgré l'évolution de la médecine, l'épilepsie constitue une préoccupation pour la santé publique. Ce problème soulevé a permis un certain nombre des questions qui ont conduit à comprendre les contours liés à l'épilepsie. De ce fait, une question principale a été formulée à savoir : Quelles sont les étiologies et itinéraires thérapeutiques de l'épilepsie dans la communauté Zimé ? De cette question principale, découlent des questions spécifiques. La première est de savoir : quels sont les facteurs culturels zimé influençant l'épilepsie ? La seconde est : quels sont les chemins de santé empruntés par les malades épileptiques en quête

de soin ? La troisième cherche à savoir : quelles sont les représentations socioculturelles de l'épilepsie dans la communauté Zimé ? Suivant ces questions de recherche, des hypothèses de recherche ont été formulées. Comme hypothèse principale : la communauté Zimé considère l'épilepsie comme une maladie héréditaire et contagieuse, elle fait recours au rite et à la médecine traditionnelle pour soigner l'épilepsie. Cette hypothèse principale est soutenue par des hypothèses spécifiques dont la première est : plusieurs facteurs culturels zimé influencent l'épilepsie, notamment le facteur d'exclusion, de méfiance, de rejet et de dégoût vis-à-vis de la personne épileptique. La deuxième hypothèse spécifique est : l'épileptique en quête de soin, s'intéresse plus aux soins traditionnels que la biomédecine, il accorde peu d'importance à la médecine moderne. La troisième hypothèse spécifique est : l'épilepsie est source d'exclusion sociale et de diverses représentations socioculturelles dans la communauté zimé. L'objectif principal de cette recherche est d'identifier les étiologies et itinéraires thérapeutiques de l'épilepsie dans la communauté Zimé. A côté de cet objectif principal, se greffent trois objectifs spécifiques. Le premier objectif spécifique est d'identifier tous les facteurs influençant l'épilepsie dans la communauté zimé. Quant au deuxième objectif, il est question de dégager les raisons du choix des itinéraires thérapeutiques de l'épilepsie. Le troisième objectif est d'analyser les représentations socioculturelles de l'épilepsie dans la communauté Zimé. Les données ont été interprétées en mobilisant les théories de l'Ethno-Perspective, des représentations sociales et le fonctionnalisme.

Les résultats de cette recherche montrent que l'épilepsie est héréditaire, c'est une maladie mystique, une transgression des interdits, une maladie neurologique caractérisée par une anomalie de l'activité électrique du cerveau.

Mots clés : *Etiologie, épilepsie, itinéraire thérapeutique, Zimé, Tchad.*

ABSTRACT

« **Etiologies and therapeutic routes of epilepsy in the Zimé/Chad community: Contribution to medical anthropology** ». As a title of our research, the choice of this topic is in line with the fact that despite the evolution of medicine, epilepsy is a call for concern to public health. From this problem, a number of questions were asked in order to better the understanding the if the loopholes that entangles epilepsy. From this problem, a main question was formulated, namely: What are the etiologies and therapeutic routes of epilepsy in the Zimé community? Under this main question, three specific questions were posed which involved: what are the cultural factors influencing epilepsy? The second is: what are the

health paths taken by epileptic patients seeking care? The third seeks to know the socio-cultural representations of epilepsy in the Zimé community? Following these research questions, research hypotheses were formulated. As main hypothesis: The Zimé community considers epilepsy as a hereditary and contagious disease, it uses ritual and traditional medicine to treat epilepsy. This main hypothesis is supported by specific hypotheses, the first of which is: several cultural factors influence epilepsy, in particular the factor of exclusion, mistrust and disgust towards the epileptic person. The second specific hypothesis is: inadequate medical care is rendered to epileptic patient rather more emphasis is laid on traditional care than biomedicine, little importance is given to modern medicine. The third specific hypothesis is: epilepsy has greatly led to social exclusion and various socio-cultural representations in the zimé community. The main objective of this research was to identify the etiologies and therapeutic routes of epilepsy in the Zimé community. Alongside this main objective, there are three specific objectives. The first specific objective is to identify all the factors influencing epilepsy in the Zimé community. As for the second objective, it is a question of identifying the reasons for the choice of therapeutic routes for epilepsy. The third objective is to analyze the socio-cultural representations of epilepsy in the Zimé community. The data collected for this research work were interpreted through the theories of Ethno-Perspective, social representations and functionalism.

The results of this research show that epilepsy is hereditary, a mystical disease, a transgression of prohibitions, a neurological disease characterized by an abnormality in the electrical activity of the brain.

Keywords: *Etiology, epilepsy, therapeutic itinerary, Zimé, Chad.*

**LISTE DES ILLUSTRATIONS :
PHOTOS ET TABLEAUX**

Carte 1 : Carte géographique du Tchad.....	19
Carte 2 : Localisation géographique du milieu Zimé sur la carte du département de la Tandjilé Ouest.....	20
Photo 1 : Les fibres.....	113
Photo 2 : La « sauce longue »	113
Photo 3 : La viande fraîche.....	114
Photo 4 : Arbre sauvage appelé « Turda'a »	115
Tableau 1: Le calendrier lunaire zimé.....	32
Tableau 2 : Facteurs environnementaux liés à l'épilepsie.....	117

LISTE DES ACRONYMES ET SIGLES

AEF	: Afrique Equatoriale Française
AV. J.C	: Avant Jésus Christ
CICE	: Classification Internationale des Crises Epileptiques
CZ	: Communauté Zimé
DESM	: Dictionnaire Encyclopedique des Sciences Médicales
DSM	: Département Santé Mentale
EEG	: Electroencéphalogramme
EMC	: Encyclopédie Médico-Chirurgicale
GM	: Grand Mal
LFCE	: Ligue française contre l'épilepsie
LICE	: Ligue Internationale Contre l'Épilepsie
MGE	: Médecine des Grandes Endémies
MNCS	: Maladie Neurologique Chronique Sévère
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PM	: Petit Mal
PNG	: Pathologie Neurologique Grave
PVD	: Pays en Voie de Développement
SIDA	: Syndrome Immuno défient Acquis
SN	: Service National
SUM	: Mission Unie du Soudan
UCAC	: Université Catholique d'Afrique Centrale
VIH	: Virus Immuno Humain



INTRODUCTION

Les hommes vivants dans leur milieu naturel, développent leur propre intelligence pour faire face aux difficultés qu'ils rencontrent. Cette intelligence développée dans un point précis du milieu social ou communautaire répond à un besoin spécifique qui peut-être une maladie ou tout autre phénomène social. Etant donné que la vie en communauté est sujet des plusieurs facteurs extérieurs ou intérieurs qui peuvent avoir une influence positive ou négative, les humains faisant face aux difficultés diverses, notamment les maladies, élaborent leur propre solution. La maladie est comprise et interprétée de différente manière dans chaque communauté respective. Raison pour laquelle, la neurologie définit aujourd'hui l'épilepsie comme « *une affection chronique, d'étiologies diverses, caractérisée par la répétition de crises résultant d'une décharge excessive des neurones cérébraux, quels que soient les symptômes cliniques ou paracliniques éventuellement associés* ». ¹

Selon Michel Foucault (1954 : 35) « *la maladie n'a sa réalité et sa valeur de maladie qu'à l'intérieur d'une culture qui la reconnaît comme telle* », dans la communauté Zimé du Tchad, les gens ont leurs perceptions et interprètent parfois l'épilepsie comme une maladie sociale, héréditaire, mystique, contagieuse, ou elle provient d'une transgression des interdits par l'individu.

I- CONTEXTE DE L'ETUDE

Le contexte d'étude peut être le fruit d'une observation ou alors il peut provenir d'une contradiction entre deux études que l'on avait lues. Les origines du contexte peuvent être multiples, mais nous pouvons montrer à quiconque que ce contexte est précis ou mérite d'être analysé dans un domaine déterminé. C'est dans cette optique que nous allons faire sortir dans les lignes ci-après le contexte d'étude de notre thème intitulé : **étiologies et itinéraires thérapeutiques de l'épilepsie dans la communauté Zimé/Tchad : contribution à l'anthropologie médicale**. Il serait question pour nous de parler du contexte de l'étude dans une perspective trilogique à savoir aux niveaux macrosocial, me-social et microsocal.

I.1 - Situation dans le monde

La situation globale révèle que l'épilepsie est la plus fréquente parmi les pathologies neurologiques graves (Cockerell et Shorvon, 1997 : 5) à travers le monde. Dans le monde, les données épidémiologiques fournies par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) stipulent une prévalence globale de 50 millions² de personnes atteintes de cette maladie dans le monde,

¹ P. Gélisse, P. Genton, A. Crepel : Le syndromme de Lennox-Gastaut, John Libbey Eurotext, 2009, p. 35.

² Selon le rapport de l'OMS de 2015

chiffre qui augmente chaque année de deux millions de nouveaux cas. Sur cette population, 80 à 85% des cas vivent dans les pays dits « *en voie de développement* » (PVD). Selon les estimations, on compte 2,4 millions de nouveaux cas par an. L'épilepsie représente 0,5 % de la charge mondiale de morbidité. Le risque de décès prématuré chez les personnes souffrantes d'épilepsie est deux à trois fois plus élevé que pour la population générale des pays à revenu élevé. Il est plus de six fois plus élevé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Ces personnes sont souvent atteintes de plusieurs autres affections comme la dépression et l'anxiété, les déficiences intellectuelles associées, en particulier chez les enfants, et les traumatismes physiques (par exemple des fractures et des brûlures).

Par ailleurs, l'approche globale se précise à travers une localisation statistique du nombre de cas, élucidant les variations en fonction de leur augmentation annuelle et de leur répartition géographique. Enfin, plus précisément, l'épilepsie est une maladie qui ne passe inaperçue dans aucune société. La stigmatisation des épileptiques est un phénomène qui a traversé les siècles et les sociétés, identique à lui-même dans son contenu, variable dans ses formes. Une telle affection est considérée, de manière quasi systématique, comme différente des autres maladies et semble raviver des conceptions « *mystérieuses* » qui font du malade un être souvent socialement rejeté. L'unanimité des représentations relatives à l'épilepsie porte à la fois sur ses manifestations stupéfiantes, intempestives et inattendues et sur l'effet de ces dernières sur la conscience populaire. Ainsi, à travers la littérature médicale et sociale, l'épilepsie est souvent présentée comme une maladie « *universelle* »³ pour le caractère commun qu'elle véhicule à travers les époques et les sociétés: celui du rejet du malade. La pérennité des formes archaïques soulevées par la crise épileptique généralisée constitue une sorte de soubassement cognitif, sur la base duquel des comparaisons peuvent être établies entre les époques et des contextes très différents. Historiquement, l'épilepsie véhicule un profond sens émotionnel, aussi bien dans les interprétations que dans les pratiques populaires et scientifiques qui s'y rattachent. En effet, jusqu'à la fin du XIX^e siècle en Europe, l'institution psychiatrique a contrôlé en une seule et même procédure d'enfermement épileptiques et « *aliénés* ». Au même moment, dans les conceptions populaires, l'épilepsie était considérée comme une effrayante affection, contagieuse, dégoûtante, liée au péché et associée à la possession diabolique et à la sorcellerie. Aujourd'hui, dans de nombreux cas, l'épilepsie n'est pas soignée, mais essentiellement cachée grâce au contrôle des crises.

³ Debrock 1996-1997 ; Pilard et al. 1992 ; Miletto 1982. Pour cet auteur, l'épilepsie a été un moment comprise de la même façon par conséquent elle est universelle.

En France, l'épilepsie a un contexte particulièrement chronique. Cette maladie se distingue progressivement de la terminologie magico-religieuse qui la caractérisait. Selon la conception européenne, elle passe en effet à travers ses trois appellations, de l'expression « *maladie sacrée* » à celle de « *grand mal* », pour ne se désigner aujourd'hui que comme « *épilepsie* ». Mais si l'épilepsie a connu une évolution de ses représentations en occident, un élément de stabilité structure sa terminologie évolutive : la nomination de l'épilepsie repose généralement sur des qualificatifs forts, souvent crûment descriptifs et toujours enveloppés de mystère. Elle a fait l'objet de changements, notamment en vue d'éviter de prononcer en terme qui, en lui-même, porte une connotation dangereuse. De ce fait, en Europe, la grande particularité de l'épilepsie réside dans le caractère « *exceptionnel* » qui la caractérise et qui renvoie à l'expression d'une rupture avec le cours ordinaire de l'existence.

I.2-Situation en Afrique

Selon le rapport de l'OMS de 2020 relatif à la prévalence de l'épilepsie, en Afrique, l'épilepsie est une calamité maladie neurologique chronique sévère la plus fréquente, elle touche plus de 50 millions de personnes à travers le monde, dont 10 millions en Afrique. Les enfants et les adolescents sont particulièrement touchés, avec un fort taux de mortalité lié aux crises : les décès prématurés sont trois fois plus fréquents chez ces patients, qui sont pourtant facilement traitables.

Que ce soit au Sénégal, au Tchad, au Mali ou au Cameroun, cette maladie reste mystérieuse. Les préjugés autour de l'épilepsie subsistent et ont la vie dure. Contrairement aux croyances répandues, ce n'est ni une maladie mentale, ni une maladie infectieuse et surtout, elle n'est pas contagieuse. Sur le continent africain, on a encore trop souvent tendance à associer l'épilepsie à la sorcellerie.

Une croyance qui entretient une forte exclusion sociale : au Mali par exemple, 88% des gens pensent que les épileptiques ne peuvent pas être scolarisés ! Les enfants atteints peuvent être accusés d'être des enfants sorciers et être abandonnés par leur famille. Parfois même, ces superstitions peuvent porter préjudice au traitement du malade, car bon nombre de gens croient que l'épilepsie est soignée par la médecine traditionnelle. Pourtant, l'épilepsie n'a pas à être subie, il existe des traitements efficaces à base de médicaments antiépileptiques qui empêchent ou, au moins, espacent la survenue des crises. Mais les trois quarts des patients en Afrique n'ont pas accès aux soins de santé appropriés, à commencer par le diagnostic en raison d'un manque de médecins spécialistes et de machines nécessaires au diagnostic.

La prévention joue aussi un rôle clé, les causes évitables de l'épilepsie sont plus fréquentes en Afrique, notamment les infections, les grossesses et accouchements non-suivis ou encore les traumatismes crâniens et la consanguinité. Le paludisme pourrait aussi être à l'origine de l'épilepsie. « *Les lacunes en matière de traitement de l'épilepsie sont inacceptables* » explique la Docteure Tarun Dua (2020), du Département Santé mentale et abus de substances. En Afrique, les aspects socioculturels de l'épilepsie ne sont pas homogènes, ils varient selon les pays et dans un même pays selon les ethnies. L'épilepsie est associée à des croyances erronées et stigmatisantes que l'évolution des connaissances scientifiques n'arrive pas à faire évoluer en Afrique. En Afrique, Les croyances varient d'un pays à l'autre et peuvent influencer les stratégies individuelles face aux possibilités de soins. Par exemple, les gens ne chercheront sans doute pas à se faire prescrire des médicaments modernes car pour eux, l'épilepsie n'est pas considérée comme une maladie relevant de la médecine occidentale. L'épilepsie est un excellent modèle de pathologie dont la prise en charge exige une collaboration étroite entre « *médecine moderne* » ou conventionnelle et traditionnelle. Les conséquences sociales et culturelles de la maladie sont extrêmement préjudiciables pour les patients épileptiques en Afrique. Elles peuvent être globalement résumées en un mot : rejet ou stigma. Le rejet provient également de l'entourage familial bien que les patients ne soient quasiment jamais chassés de leur maison et dorment rarement dans un lieu à part. Il ne s'agit pas d'une exclusion réelle mais plutôt d'une marginalisation.

I.3-Situation au Tchad

Quelle que soit la maladie, il est impossible de la détacher du contexte social et culturel où elle s'inscrit. Chaque collectivité, chaque société en a une vision particulière qui n'est pas sans répercussions sur les réponses apportées, c'est-à-dire sur la prise en charge.

Ainsi au Tchad, l'épilepsie est interprétée comme une maladie surnaturelle. En cas de crise, le malade est abandonné jusqu'à ce qu'il retrouve son état. La plupart de personnes confondent l'épilepsie avec sa manifestation la plus spectaculaire au Tchad, la crise tonico-clonique ou généralisée comme le précise la médecine moderne.

Le climat social, culturel, communautaire Zimé est animé par des débats autour de l'épilepsie, considérée comme une maladie sale par la communauté. Appelée « *pipi* » en langue Zimé, l'épilepsie pousse la communauté Zimé à avoir des réticences ou des méfiances envers les personnes qui en souffrent. Les personnes souffrantes de cette maladie font parfois l'objet des plusieurs débats et des stigmatisations voire des rejets par la communauté. La

personne vivante avec l'épilepsie dans la communauté Zimé est mal vue, elle est considérée comme pécheresse. Dans ce sens, nous avons comme préoccupation de : comprendre le discours de la communauté Zimé au tour de l'épilepsie ; les étiologies et itinéraires thérapeutiques que la communauté Zimé utilise pour donner la santé à la personne qui souffre de l'épilepsie, les attitudes que la communauté Zimé adopte vis-à-vis de la personne qui souffre de l'épilepsie... Ce sont là entre autres nos préoccupations qui tournent au tour de notre thème de recherche.

L'épilepsie reste de ce fait dans le monde en général, en Afrique, au Tchad et dans la communauté Zimé en particulier un problème majeur de santé publique avec des conséquences sociales dévastatrices. Dans la communauté Zimé, la maladie se caractérise par un cortège de préjugés négatifs qui ont pour conséquence une stigmatisation et une marginalisation des malades. Dans cette communauté, les patients épileptiques ont un niveau socio-économique plus bas que la population générale, l'enfant épileptique étant soumis à l'école fait souvent l'objet d'une marginalisation et a un stress plus grand que ses camarades, alors que les adultes épileptiques sont en général écartés de la vie communautaire.

I. JUSTIFICATION DU CHOIX DU SUJET

Il était question ici de donner les raisons personnelles et les raisons scientifiques du choix de notre thème de recherche.

II.1- Raisons personnelles

La question de l'épilepsie pose souvent problème dans la communauté Zimé de par son environnement culturel et physique que nous cherchons à comprendre à travers notre sujet de recherche. Etant donné que nous sommes en anthropologie, spécialité médicale, l'épilepsie constitue partout dans le monde, au Tchad et en particulier dans la communauté une maladie aux multiples contours. Malgré que l'épilepsie constitue une grande préoccupation de santé publique, nous avons constaté qu'il existe moins d'écrits qui peuvent bien illustrer cette question. L'épilepsie a reçu peu d'attention. Nous avons pour raison de chercher à appréhender les facteurs qui déterminent l'épilepsie dans la communauté Zimé.

II.2- Raisons scientifiques

Bien qu'en sciences sociales les phénomènes sont presque les mêmes mais la façon de les interpréter dépend d'une discipline à une autre. A cet effet, nous avons trouvé nécessaire d'écrire ce thème dans le champ scientifique dans le but de rendre plus claire les perceptions

sociales et culturelles de l'épilepsie dans la communauté Zimé. Cette recherche s'est adossée sur les travaux antérieurs à l'effet d'évaluer leur pertinence, actualité, insuffisance. Certes, plusieurs études antérieures ont été menées dans le cadre de l'épilepsie mais cette maladie reste d'actualité. Nous avons nourri l'ambition de contribuer modestement à enrichir les études précédentes et à améliorer la mise en œuvre des actions contre l'épilepsie. La recherche a pour raison de combler un vide, car aucune étude n'a été menée en pays Zimé concernant l'épilepsie qui pourtant soulève plusieurs débats dans la communauté.

II. PROBLEME DE RECHERCHE

De par sa pertinence, notre thème est articulé autour de deux problèmes, l'un social et l'autre scientifique.

III.1-Problème social

Le climat social, culturel, communautaire Zimé est animé par des débats autour de l'épilepsie considérée comme une maladie sale. Souvent considérée comme une maladie héréditaire et contagieuse, l'épilepsie conduit une grande majorité de personnes à avoir des réticences ou des méfiances envers les personnes qui en souffrent. Les personnes porteuses de cette maladie font souvent l'objet des plusieurs débats et des stigmatisations voire rejetées par la communauté. La personne vivante avec l'épilepsie est parfois considérée comme pécheresse.

III.2-Problème de recherche / scientifique

En ce XIX^{ème} siècle, malgré les progrès essentiels accomplis dans le domaine médical comme dans la prise en charge des malades, l'épilepsie semble encore faire l'objet de confusions et d'incertitudes. La pensée médicale tend parfois à glisser vers des conceptions plus anciennes, tant l'épilepsie représente une maladie aux contours indéfinis. Et pourtant, l'épilepsie est une maladie comme les autres. Cependant, face au poids de la stigmatisation et rejet dont sont victimes ceux qui en souffrent dans la communauté Zimé, notre problème de recherche a pour souci de chercher à comprendre les discours autour de cette pathologie. Plus précisément, il était question d'identifier, décrire et analyser les raisons explicatives de cette stigmatisation vis-à-vis des personnes qui souffrent de l'épilepsie.

III. PROBLEMATIQUE

Notre thème de recherche « **Etiologies et itinéraires thérapeutiques de l'épilepsie dans la communauté Zimé/Tchad : contribution à l'anthropologie médicale** », s'inscrit dans le champ de l'anthropologie médicale en cherchant à interroger les dimensions socioculturelles variées de l'épilepsie dans la communauté Zimé. Il est question d'aborder l'épilepsie dans un contexte anthropologique. L'anthropologie médicale se particularise par sa façon d'étudier les phénomènes liés aux maladies. Contrairement aux autres disciplines comme la médecine qui étudie la maladie en adoptant d'autres postures. Raison pour laquelle, Anita Hardon (1995) définit l'anthropologie médicale comme étant : « *une branche de l'anthropologie sociale et culturelle qui étudie les phénomènes médicaux (santé, maladie) dans une perspective culturelle* ». Dans ce contexte, le phénomène médical renvoie à tout ce qui a trait à la santé humaine. Dans le même sens, pour Arthur Michael Kleinman (1967), « *ce qui intéresse l'anthropologie médicale n'est pas la maladie en tant que catégorie objective de la médecine mais la manière dont les gens ordinaires élaborent leurs propres notions de la maladie à travers leurs propres pratiques, expériences et contacts qu'ils ont avec les spécialistes* ».

Pourtant, l'épilepsie est comme toute autre maladie, tout individu est prédisposé à contracter l'épilepsie, mais force est de constater que la situation sociale des personnes épileptiques dans la communauté Zimé reste très fragile et soumise à un perpétuel débat entre le malade et son milieu de proximité. Bien souvent, le malade s'isole de lui-même et adopte un comportement solitaire.

Pour étudier ce problème, nous nous sommes adossés sur le cadre théorique constituer des concepts suivants : étiologies de l'épilepsie : pour comprendre les causes de l'épilepsie selon la croyance communautaire Zimé, l'ethno-perspective a permis de cerner le point de vue du peuple Zimé, le fonctionnalisme et le concept de représentations sociales nous ont également aidé dans l'analyse de la question.

IV. QUESTIONS DE RECHERCHE

Pour entamer cette recherche, nous avons articulé nos travaux autour de quatre questions. Ces questions sont regroupées en deux groupes, une question principale et trois questions spécifiques.

V.1-Question principale

Quelles sont les étiologies et itinéraires thérapeutiques de l'épilepsie dans la communauté Zimé du Tchad ?

V.2-Questions spécifiques

- 1- Quels sont les facteurs culturels zimé influençant l'épilepsie ?
- 2-Quels sont les chemins de santé empruntés par les malades épileptiques en quête de soin ?
- 3-Quelles sont les représentations socioculturelles de l'épilepsie dans la communauté Zimé ?

V. HYPOTHESES DE RECHERCHE

Au regard des interrogations plus haut, des tentatives des réponses ont été élaborées dans le souci d'éclaircir le sujet. Ces tentatives des réponses sont dérivées des hypothèses regroupées en deux groupes, hypothèse principale et des hypothèses spécifiques.

VI.1- Hypothèse principale

La communauté Zimé considère l'épilepsie comme une maladie héréditaire et contagieuse, elle fait recours au rite et à la médecine traditionnelle pour soigner l'épilepsie.

VI.2-Hypothèses spécifiques

1. Plusieurs facteurs culturels zimé influencent l'épilepsie, notamment le facteur de méfiance, de rejet et de dégoût.
2. L'épileptique en quête de soin, s'intéresse plus aux soins traditionnels que la biomédecine pour avoir la guérison, il accorde peu d'importance à la médecine moderne pour son traitement.
3. L'épilepsie est source d'exclusion sociale et de diverses représentations socioculturelles dans la communauté zimé.

VI. OBJECTIFS DE RECHERCHE

Les objectifs de la recherche se déclinent en deux types : un objectif principal et des objectifs spécifiques.

VII.1- Objectif principal

Identifier les étiologies et itinéraires thérapeutiques de l'épilepsie dans la communauté Zimé.

VII.2-Objectifs spécifiques

1. Identifier tous les facteurs influençant l'épilepsie dans la communauté zimé ;
2. Dégager le sens du choix des itinéraires thérapeutiques de l'épilepsie dans la communauté zimé ;
3. Analyser des représentations socioculturelles de l'épilepsie dans la communauté Zimé.

VII. METHODOLOGIE DE RECHERCHE

La méthodologie est le point essentiel de la recherche scientifique. Elle peut s'entendre comme science ou le discours sur la méthode, la cartographie des méthodes. C'est une sorte de boîte à outils où chaque outil est une méthode. Ainsi, la méthode est entendue comme : « *la manière d'aborder l'objet d'étude, le chemin parcouru, la voie à suivre par l'esprit humain pour d'écrire ou élaborer un discours cohérent, atteindre la vérité de l'objet à analyser* »⁴. Pour aborder l'objet d'étude, élaborer un discours cohérent et atteindre la vérité à analyser, la méthodologie exige une certaine rigueur, des principes à accomplir. Elle permet de voir de façon claire, limpide et pertinente d'un problème posé ou une situation donnée à travers la recherche. Ainsi, notre méthodologie concernant l'étude à laquelle nous avons menée était articulée autour de points suivants : la recherche documentaire, la recherche de terrain, les coordonnées spatiales et temporelles, le site de la recherche et les types d'informateurs. Ainsi, en ce qui concerne notre méthodologie de recherche, nous avons opté pour la méthode qualitative comme « *une méthode qui produit et analyse des données descriptives, telles que les paroles écrites ou dites et le comportement observatoire des personnes* »⁵. Elle définit les exigences opératoires de l'observation. Elle énonce à la fois les principes à respecter dans l'opération du travail de collecte de données. Elle est une véritable logique opératoire en ce sens qu'elle précise les différentes étapes du processus de la recherche pour aboutir à un but.

De ce fait, nous avons eu recours aux techniques de collecte des données qualitatives que sont : les observations directes, des entretiens formels et informels, l'interview approfondie, la discussion de groupe, le récit de vie et procéder à l'analyse ou l'interprétation des données. Nous avons fait également recours aux documentations photographiques, qui sont des outils de collecte des données importantes pour une étude portant sur l'épilepsie dans la communauté Zimé.

⁴ Mbonji Edjenguèlè, L'Ethno-Perspective ou la Méthode du discours de l'Ethno-Anthropologie culturelle, PUY, 2005, P.11.

⁵ Hygin KAKAI, Contribution à la recherche qualitative, cadre méthodologie de rédaction de mémoire, Université de Franche-Comté, Février 2008, P.17.

VIII.1-Méthode de collecte des données

La méthode de collecte des données optée pour cette étude est la méthode qualitative. Cette méthode nous a permis de décrire, analyser et interpréter les perceptions que font les Zimé de l'épilepsie.

VIII.2-Recherche documentaire

La recherche documentaire a constitué notre toute première démarche. Dans le cadre d'un travail universitaire d'étude et de recherche, il a été pour nous important de faire l'état actuel des connaissances sur l'étude et dans le domaine concerné, et pour cela, nous avons pris soin de rassembler une documentation substantielle sur la question en occurrence l'épilepsie. Ainsi, pour faire un état actuel sur le sujet de recherche, de voir ce qui a été dit sur ce sujet, nous avons passé en revue les documents relatifs à la question. C'est dans ce sens que s'est inscrite notre recherche documentaire qui, à son tour, articulée aux points suivants : une conception des fiches bibliographiques et une revue de la littérature qui est faite à partir de deux principaux points à savoir :

- La présentation de la littérature disponible en suivant deux approches : approche chronologique et approche thématique ;
- Ensuite, nous avons montré les limites de la littérature disponible et avons fait ressortir l'originalité de notre travail.

Pour ce recueil des informations, nous avons consulté la bibliothèque centrale de l'université de Yaoundé 1, la bibliothèque de la faculté de médecine de l'université de Yaoundé 1, bibliothèque de l'université Catholique d'Afrique Centrale (UCAC), la bibliothèque de la paroisse Notre Dame de Kélo, la bibliothèque de la paroisse Saint Cyrille de Kélo. Ces documents collectés nous ont permis de retrouver les informations importantes et ont permis d'apporter un plus à notre étude. Cette recherche documentaire s'est effectuée à base d'ouvrages généraux, spécifiques et méthodologiques qui nous ont permis de réaliser notre travail avec aisance. Nous mentionnons également les travaux de nos précédents notamment : des mémoires, des thèses et des rapports scientifiques. Les sites internet ont été les plus sollicités et utilisés pendant notre recherche : Wikipédia, Google scholar, Google books. Les documents trouvés sur l'internet et dans les bibliothèques nous ont permis d'avoir les informations sur les étiologies et itinéraires thérapeutiques de l'épilepsie.

VIII.3-Recherche de terrain

La recherche de terrain est un processus de collecte, d'analyse et d'interprétation et le terrain comme lieu de sédimentation de l'objet de notre étude. Ainsi, comme lieu de sédimentation de notre étude, nous avons eu les villages constituant la communauté Zimé comme : Bero, Zamri, Guelkou, Andey, Dian, Morey, Zoumadang... la recherche du terrain s'est faite du 26 Novembre 2022 au 15 Janvier 2023. Cette étude de terrain nous a permis d'entrer en contact avec plusieurs personnes : les autorités, les médecins, les guérisseurs traditionnels, les épileptiques, les parents des épileptiques. Dans cette recherche, nous avons fait appel aux outils et techniques de collecte des données appropriées à la recherche qualitative.

VIII.3.1- Coordonnées spatiales et temporelles

Cette partie de notre travail consiste de préciser le lieu et la durée de notre enquête. De ce fait, l'enquête était faite dans le département de la Tandjilé Ouest où réside la grande majorité de la communauté Zimé.

VIII.3.2- Site de la recherche

Il s'agit pour nous ici d'indiquer les lieux où l'enquête a été menée. Comme site de notre recherche, nous avons eu les villages Zimé comme : Bero, Andey, Zamri, Guelkou, Digna, Morey, Dogou, Zagobo...

VIII.3.3-Population cible

La population cible de notre recherche était les habitants des villages Zimé respectivement cités ci-haut et nous avons interrogé au minimum dix personnes par village.

VIII.3.3.1-Types d'informateurs

Nous avons interrogé des personnes selon âge et sans distinction de sexe, religion ; l'âge minimum était vingt à quarante ans et maximum quarante-cinq ou plus.

Nous avons également interrogé au moins deux personnes qui soignent traditionnellement l'épilepsie dans la communauté Zimé.

VIII.3.4- Techniques de collecte des données

Ce sont des appropriations pour nous de préciser le matériel de terrain comme technique de collecte de donnée. Nous avons eu les techniques de collecte de données orales, techniques de collecte de données iconographiques et des types de données.

VIII.3.4.1- Techniques de collecte de données orales

Dans cette partie, nous avons :

VIII.3.4.1.1- Entretiens

Il a été question d'une tête à tête orale entre deux personnes ou une personne et un groupe de personnes dont l'une transmet à l'autre des informations recherchées sur un problème précis. C'est un échange au cours duquel l'interlocuteur a exprimé ses perceptions, ses interprétations, ses expériences ; tandis que le chercheur, par ses questions ouvertes et réactions, a facilité cette expression en évitant que celle-ci ne s'éloigne des objectifs de la recherche.

De plus, l'entrevue est une technique que tout spécialiste des sciences de l'homme estime hautement. Elle est une technique d'observation qui comporte l'utilisation des questions plus ou moins directes adressées à un informateur rencontré fortuitement ou choisi en fonction de critères préalablement établis. Le but était de recueillir des données essentielles sur la question, d'analyser l'informateur comme représentant d'un milieu particulier, ou de connaître sa personnalité, sa mentalité et sa conduite. Il était direct ou semi-direct, structure ou semi-structure, individuel ou de groupe.

Selon le contexte, l'entretien est conduit à base d'un guide ou de façon informelle. Ainsi, il était question pour nous en fonction du degré de leurs connaissances sur le sujet choisir des informateurs clés : hommes et femmes. Les types d'informateurs interviewés sont les villageois, les thérapeutes, les tradipraticiens, les proches des personnes épileptiques.

Nous avons fait des entretiens dans le cadre de notre étude. Des entretiens directifs, semi directifs, approfondies...

VIII.3.4.1.2- Récits de vie

Cette partie nous a permis d'avoir des informations à côté des personnes qui ont vécu des problèmes dans leur vie. Les récits de vie sont comme notre fenêtre à travers laquelle nous pouvons voir le passé.

Ainsi, raconter une vie désigne des entretiens à visées plus larges et complètes où l'on parcourt une vaste série de sujets tels que : les souvenirs, des souffrances, les relations avec les amis ou avec la famille ; etc. Le récit de vie ou encore appelé histoire de vie, est selon Chalifaux (1992), « *un récit qui raconte l'expérience de vie d'une personne. Il s'agit d'un fait, d'une œuvre personnelle et autobiographique* ». Il est utilisé dans les études culturelles (dimensions sociaux et dans les processus de socialisation et d'interprétation).

VIII.3.4.2- Techniques de collecte des données iconographiques

Dans cette partie, nous avons observé des faits et des images

VIII.3.4.2.1- Observations

Observer veut dire que le chercheur que nous sommes faisons un effort systématique pour observer avec une attention possible les faits qu'on voit. L'observation découle donc d'un but précis et se déroule habituellement selon un plan d'ensemble préétabli : le chercheur a en tête des questions précises sur ce qu'il a à observer. Ainsi, « *l'observation comprend l'ensemble des opérations par lesquelles le modèle d'analyse (constitué d'hypothèses et de concepts avec leurs dimensions et leurs indicateurs est soumis à l'épreuve des faits, confronté à des dimensions observables* »⁶. Cette technique d'observation peut être passive et active. Par observation passive, nous entendons une manière par laquelle la recherche est conduite avec un minimum d'interactions entre le chercheur et l'objet d'étude. C'est une technique de collecte des données qui permet au chercheur de vérifier les règles et les normes à partir des comportements actuels. L'observation participante ou active est une technique de collecte des données où le chercheur participe activement aux activités, s'y immerge dans la communauté afin d'avoir les informations sur le phénomène de son étude. Pour Ketele (1991), « *observer est un processus influant l'attention volontaire et l'intelligence orienté par un objectif terminal ou organisateur et dirigé sur un objet pour en recueillir des informations* ».

Pour notre étude, il a été question de faire de l'observation directe pour observer l'environnement de notre site de recherche.

VIII.3.4.2.2- Photographie

Les photographies nous ont permis d'immortaliser les faits observés sur le terrain pour une meilleure justification de notre discours.

⁶ Raymond Quivy et Luc Van CAMPENHOUDT, Manuel de recherche en sciences sociales. Paris, DUNOLD, 1995, P.143.

VIII.3.5- Types de données

Ici, nous avons eu des différents types de données ;

VIII.3.5.1-Textes issus des entretiens

Il s'agit de l'ensemble des informations provenant des entretiens.

VIII.3.5.1.2-Notes d'observation

Il s'agit des notes d'observation lors de la collecte des données sur le terrain

VIII.3.5.1.3- Images

Nous avons présenté les images prises lors des observations.

VIII.4-Méthodologie d'analyse et d'interprétation

VIII.4.1- Analyse

L'analyse des données qualitatives dont la plus connue est l'analyse de contenu comme une méthode la plus répandue pour étudier les interviews ou les observations qualitatives. Elle consiste à retranscrire les données qualitatives, à se donner une grille d'analyse, à coder les informations recueillies et les traiter. Ainsi, pour notre étude, nous avons opté pour l'analyse de contenu qui nous a permis de rendre compte de ce qu'ont dit les interviewés de la façon la plus objective possible et la plus fiable. Selon Berelson (1952 :53), « *l'analyse de contenu est une technique de recherche pour la description objective, systématique et qualitative du contenu manifeste de la communication* ». Du grec « *analysis* » ou du latin « *analuein* » : résoudre. Pour Mbonji Edjenguèlè,

L'analyse est 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. Elle s'emploie à relever, à dévoiler, mettre à nu, à rendre lisible, visible, la pertinence culturelle d'une pratique en conformité avec un corps culturel ; il s'agit ainsi d'arrimer la compréhension des items culturels à leur contexte de sens afin d'en extraire la substantifique moelle ⁷.

⁷ Mbonji Edjenguèlè, L'Ethno-Perspective ou la Méthode du discours de l'Ethno-Anthropologie culturelle, PUY, 2005, P.65.

VIII.4.2- Interprétation

Interprétation vient du latin « *interpretare* » : expliquer, traduire, donner du sens. A cet effet, pour parler comme Mbonji Edjenguèlè,

*L'interprétation est une démarche moins déterminée par l'intérieur que par l'extérieur des données, le sens dépendant ici plus du point de vue de la chapelle théorique de l'ethno-anthropologue que des propriétés intrinsèques de l'objet à étudier, l'interprétation peut suivre l'analyse qui est la marque diacritique de l'ethno-anthropologue*⁸

Ainsi, ce qui nous a servi de clés d'interprétation, nous avons le concept d'action, attitude et le comportement pour interpréter nos données qui sont collectées sur le terrain.

Après la phase de collecte des données sur le terrain, il a été question pour nous de préciser les matériels qui nous ont permis d'analyser et d'interpréter les données collectées.

VIII.4.3-Les critères d'inclusion et d'exclusion

❖ Critères d'inclusion

Ces critères font appel aux personnes qui remplissent le profil des participants à l'enquête. Il s'agit de :

- Des pères et mères d'enfants souffrant d'épilepsie
- Etre guérisseur traditionnel
- Etre un personnel de santé du site d'étude
- Avoir une connaissance sur l'épilepsie

❖ Critères d'exclusion

Il s'agit de :

- Des personnes n'ayant pas un âge requis pour l'enquête
- Des personnes qui n'ont pas la volonté de participer à l'enquête
- Des personnes hors localité d'étude
- Des personnes qui n'ont aucune connaissance sur l'épilepsie

VIII.5-Consideration éthique

Dans les études des sciences sociales ou toute autre étude scientifique en occurrence dans les études anthropologiques, les chercheurs ont l'obligation de présenter clairement leur

⁸ Ibid, P.66.

objet de recherche. Ils sont également tenus de préserver la dignité humaine dans leurs recherches en suivant les principes et directives éthiques lorsque la recherche concerne les sujets humains.

Au niveau du choix du sujet, nous avons pris des dispositions afin de ne pas heurter la sensibilité ou mettre à mal les participants à prendre part active à la recherche. De ce fait, nous avons requis des autorisations nécessaires qui ont été présentées aux informateurs afin d'éviter qu'ils se sentent méfiants de nous donner les informations sur notre sujet de recherche.

Ainsi, notre recherche avait eu une autorisation signée dignement et délibérée par le chef de département d'anthropologie, une autorisation du médecin de l'hôpital central de Kélo pour faire valoir ce que le droit.

VIII. INTERET DE LA RECHERCHE

Nous avons ici un double intérêt : un intérêt scientifique et un intérêt pratique.

IX.1-Intérêt scientifique

Notre étude, se situant dans le cadre de l'anthropologie médicale en rapport à la santé, permettra justement d'élargir les connaissances sur les questions de cultures, de recours thérapeutiques et la santé. Elle va permettre également de mettre une autre connaissance sur la conception de l'épilepsie dans la communauté Zimé.

IX.2-Intérêt pratique

Sur le plan pratique, les résultats de cette étude peuvent être mis à contribution pour mieux donner des orientations face à la conception de l'épilepsie par les habitants de notre site de recherche.

IX.3-Difficulté rencontrées

Il est souvent rare d'effectuer un travail scientifique sans difficulté.

Ainsi, nous avons effectué notre recherche sous plusieurs difficultés liées à notre thème de recherche et les difficultés techniques relatives au terrain d'enquête. Nous avons eu des difficultés par rapport à notre thème de recherche dans la mesure où la question de l'épilepsie est considérée comme une question taboue. Il est difficile dans cette mesure de rencontrer des personnes qui peuvent nous parler de cette maladie avec aisance. Nous avons constaté chez les enquêtés une certaine retenue vis-à-vis de la question. Que ça soit les malades, les guérisseurs traditionnels ou les parents proches des malades, personne n'aime parfaitement évoquer le sujet de l'épilepsie. Cette réticence est due au fait que cette pathologie

suscite plusieurs débats et fait l'objet de stigmatisation. Les personnes souffrantes de cette maladie reçoivent les traitements en toute confidentialité. Les guérisseurs traditionnels de l'épilepsie reçoivent les patients à même la nuit de peur que les gens sachent que telle personne souffre de l'épilepsie. Il a été pour nous difficile d'aborder les gens et évoquer la question de l'épilepsie par rapport aux contours. Les personnes qui avaient des tendances à nous donner les informations avec toute liberté étaient les guérisseurs traditionnels mais eux-aussi avaient des retenues. Pour eux, la recette de l'épilepsie reste un secret et constitue un fonds de commerce par conséquent ceux-ci n'aiment pas dévoiler les secrets phytothérapeutiques.

Sur le plan documentaire, nous avons également rencontré des difficultés car il n'existe pratiquement pas d'écrits traitant la question de l'épilepsie de façon spécifique dans la communauté zimé hors mis les documents généraux.

Sur plan énergétique, nous avons eu beaucoup de difficultés. En fait, la localité d'étude est une zone non électrifiée. Ce qui nous retardait dans nos activités, car il fallait aller chaque jour dans une commune située environ cinq (5) kilo mètre charger nos appareils électroniques (téléphone portable, ordinateur portable), les outils qui nous permettaient de collecter les données auprès de nos enquêtés. Cette situation a fait que nous avons manqué plusieurs rendez-vous avec nos enquêtés dans la mesure où il faut tout d'abord régler les problèmes d'énergies de nos appareils avant d'honorer le rendez-vous.

Malgré ces difficultés rencontrées, nous avons pu entrer en contact avec les enquêtés qui nous ont donné les informations nécessaires en rapport avec notre sujet de recherche.

❖ **Plan du travail**

Notre travail est structuré en cinq (5) chapitres répartis comme suit :

Introduction générale ;

chapitre I: présentations géographique et humaine du terrain de recherche ;

chapitre II : revue de littérature, cadres théorique et conceptuel ;

chapitre III : approches historique et socioculturelle de la prise en charge des personnes épileptiques ;

chapitre IV : représentations socioculturelles et processus thérapeutique de l'épilepsie dans la communauté zime ;

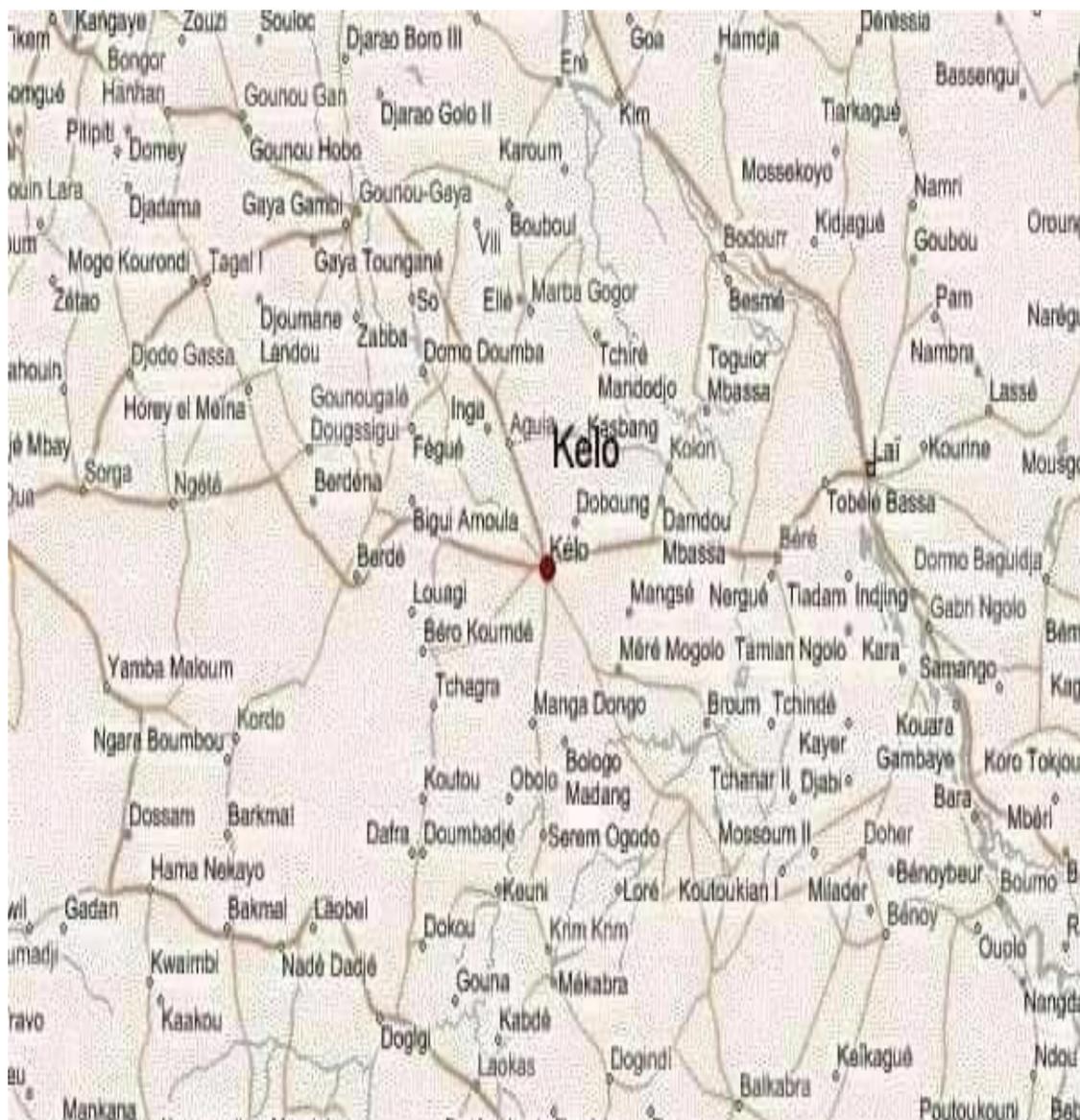
chapitre V : analyse et interprétation anthropologiques des données recueillies sur le terrain de recherche ;

Conclusion générale

**CHAPITRE I : PRESENTATIONS GEOGRAPHIQUE
ET HUMAINE DU TERRAIN DE RECHERCHE**

Pour mener une recherche dans une zone circonscrite, la présentation du milieu géographique et humaine donnent une clarté à la recherche et apportent une connaissance scientifique. Cette présentation donne une vue d'ensemble sur la situation géographique du milieu Zimé, sa géographie, son histoire, sa langue, sa population, son climat, son relief, son hydrologie, son architecture, sa végétation...

Carte 2 : Localisation géographique du milieu Zimé sur la carte du département de la Tandjilé Ouest.



Source : Page Facebook du directeur du journal Salam Info Martin INOUA DOULGUET.

I.1-Situation géographique du milieu Zimé

Situé au Sud-Ouest du Tchad entre le 8ème et le 10ème parallèle (9° et 18° de l'altitude nord et de 15° et 48° de longitude Est), le peuplé Zimé est peuplé dans sa grande majorité par les habitants de Bero, Zagobo, l'ensemble de Ndus (Irwa), Dogou, Louaki, Biki, Bongor, Mori, Ganglé, Digna, Zagoni, Zouma'dang...et ceux de Wagoy qui sont entre autres : Berem, Tchakra, Djalbeye, Galweye, Beinani et les autres dits Lélé: Boudo, Miabé, Nangassou, Miré, Mangsou, Marbelem, Bologo. Les groupes des Marbas comme : Bodossi, Enga et Goira...complètent la liste. Le peuple Zimé est l'un des grands regroupements des concentrées de la Tandjilé dans le Sud du Tchad, situé entre Laï et Pala, le peuple Zimé dit Mesmé, relève de l'autorité de la région de la Tandjilé, département de la Tandjilé-Ouest, chef-lieu Kélo. L'ensemble des Territoires occupés par les Zimés comprennent selon le dernier recensement de 2009 six (6) sous-préfectures et une commune. Le pays Zimé compte une population supérieure à 705303 habitants et s'étend sur une superficie de 30625km². Il est limité au Nord par le Kouliki (Djoumane), au Sud par par Koutou, à l'Est par Laï et à l'Ouest par le canton Weidou (Sorga) au-delà du fleuve Kabbia.

Les terres qui forment l'écorce physique du territoire Zimé sont constituées d'argiles, de sables et de rocs. A l'exception de la plaine exondée de la partie Nord et de l'Est, elles ne sont pas soumises aux inondations en saison de pluies, ce qui permet à la population d'être en contact permanent et favorise ses échanges avec les autres pays.

Comme tout le reste de la région, ce peuple reste confronté à d'importants phénomènes d'envahissement et des menaces de perte de terre.

I.2-Milieu physique

I.2.1- Relief

Le pays Zimé n'est pas montagneux. Mais bien que la plaine exondée constitue la majeure partie de ses territoires, on note au sud la présence de la latérite qui donne au paysage une couleur ocre qui s'atténue lorsque l'on monte vers le nord et qui s'aggrave lorsque l'on s'étend vers l'ouest.

La bordure montagneuse du pays Zimé est surtout marquée au sud et à l'ouest. Mais les reliefs n'atteignent une altitude importante que dans le plateau de Wagoy avec le mont Beinani Gala avec 2500m d'altitude et Bebouka près de 1850m et au centre avec le mont Donglo qui dépasse 1500m. Mais les autres points culminants comme le massif de : Djalbeye, Tchakra-Darfine, Tchakra-Wari, Galweye, Boudo-Tchaming, Kassalem Wero, Bekoro,

Monogoye-goy et Andeye-Samani...qui sont des volcans du tertiaire et du quaternaire dont les sommets sont compris entre 500-850m. A l'intérieur de ses quelques massifs, se trouvent quelques autres de faibles affleurement granitique comme : le ferrick de Bero Loumza'dangwagoy, et Dissoua Doumbadjé... qui peuvent dépasser le 200m.

I.2.2- Hydrographie

Le réseau hydraulique de son côté est composé des cours d'eau dont les plus connus sont le fleuve Kabbia, le Lao (Ging) et le Njekdleb à Zam-mbi (Zamri) et l'extrême-sud : Wesseng, Bologo, Mbitikim, Makabou, Gouna...qui sont des affluents de la Tchiré. A ceux-là, viennent s'ajouter les affluents comme celui de Bero Ngouna, Vegué et celui de Biki Mbi'babu sur la rive Est de la Kabbia. A ceux-ci s'ajoutent aussi des marigots(Adi) et des bas-fonds (Kroukou) comme ceux de Digna, Mori, Dogou, Tchoua, Palaki-keissou Monogoye centre et Doyere auxquels s'ajoutent encore des mares (Teuse'e) comme Sor'bo, Velé, zu-zum, gutu-gutu, 'Bargemé et les plaines exondées qui occupaient la zone Marba et qui ont des potentialités reconnues.

I.2.3- Climat

Le pays Zimé comme la plupart des concentrées du sud du Tchad bénéficie d'un climat de type soudanien à deux saisons dominantes : la saison sèche et la saison des pluies, influencées par deux types de vents qui sont la Mousson, vent humide soufflant de mois de mai à octobre, et l'Harmattan vent généralement chargé de poussières soufflant sur le reste de l'année. Le pays Zimé connaît une pluviométrie très abondante. Sur ces sols très favorables à l'agriculture, les précipitations sont de l'ordre de 800-1200mm/an. A la saison sèche qui commence d'octobre à mi-avril, se succède une saison des pluies s'étendant du mois d'avril à mi-octobre. La température quant à elle, varie de 15-45 degrés Celsius. Apparemment, c'est un climat calme et doux.

I.2.4- Végétation

Presque logé dans une savane arborée à l'exception de sa partie nord, avec un climat de type tropical humide et des couvertures végétales de type sahélo-soudanienne, caractérisées par la présence de *Khaya Senegalensis*, *Tamarindus Indica*, *Parkia Biglibosa*, *Butyrospermum Parkii*, *Le Daniela Oviveraet*, *l'Accacia Albida* qu'on peut trouver dans le grand sud constitué des forêts denses et claires dans le reste. Les hautes herbes de la savane forment des ceintures vertes parsemées de karité, néré, caïlcédrat et des nombreuses autres

espèces végétales. Des variétés d'arbres fruitiers comme le karité, le néré, le tamarinier, le jujubier, le ficus (bau, gin), le vitex (gissa, ayor-ayor), le palmier-dôme...forment l'essentiel de la couverture végétale du paysage zimé. Mais cette abondante richesse naturelle est soumise de nos jours à des nombreuses formes de dévastations. Cette menace est due à l'action de l'homme qui puise de ce réservoir naturel les essentiels de sa pitance. Or, cela contribue dangereusement à la réduction de la faune zimé.

I.3-Milieu humain

I.3.1- Histoire de peuple zimé

Le mot zimé désignait l'ensemble des peuples venus de l'Est de Laï et voisins de Bolo ou Nantcheré. Ce terme attribué à cette confrérie représente le diminutif du pluriel de Zimeki qui veut dire les gens venus de l'Est.

Sous ce vocable, les zimés voulaient sans doute se distinguer des autres peuples du fleuve Tandjilé. Selon l'histoire, des nombreuses sources affirment que l'Ancêtre des Zimés serait venu du Nil (l'Est de l'Egypte) en traversant d'abord le Soudan par le Nyala, ensuite de la vallée du Niellim et s'installa enfin à l'Est du fleuve Tandjilé vers le VI^e siècle puis, à l'entrée Ouest vers le VII^e siècle. Il y fonda le clan zimé. C'était cette immigration qui a conduit les descendants de ce Nillois jusqu'aux terres de l'Est du fleuve Tandjilé, puis, celle du côté du couchant. Et, après des longues distances parcourues, ils s'étaient établis là où ils se trouvent aujourd'hui. Actuellement, l'effectif des Zimés se chiffre à plus de deux (+ 2000 000) millions dans le monde. Une minorité vit sur le territoire tchadien, mais la majorité se trouve répartie entre le Cameroun, le Nigéria, Burkina Faso et l'Afrique du Sud.

En effet, ce peuple zimé était devenu un groupe des chasseurs-cultivateurs, organisés en confrérie. La traversée de plusieurs contrées a considérablement joué sur la langue d'origine. Ainsi, les langues vernaculaires de ces différents peuples ont donné forme au groupe ayant des nuances de prononciation.

Situé en plein ouest de la Tandjilé, le peuple zimé n'a pas échappé aux tristes réalités liées à la situation géo-climatique de son site. Peuple enclavé au cœur du Tchad, ces venants constituaient le groupe vulnérable le plus affecté par la famine dans la zone. Et, du fait de leurs responsabilités sociales et économiques au sein de la société locale, les actions entreprises contre leur misère deviendra un objet primordial dans les activités génératrices

de revenus, donnera son nom à ce groupe ethnique : Zii-mé qui veut dire « lutter contre la faim ». Ainsi, ce nom est gardé jusqu'à l'heure.

I.3.2- Langue zimé

L'ensemble d'installation des zimés va se constituer en un peuple unique et homogène organisé en confrérie des chasseurs-cultivateurs. La langue parlée aujourd'hui n'est pas la langue d'origine. Aussi, la langue bolo mélangée a été perdue peu à peu au profit de celles des contrées traversées. La première traversée par exemple, a permis au peuple zimé de parler un Nantcheré bazarde ; la seconde, au contact avec les peuls et les autres peuples donnera le « Ndu », un zimé plus original mais mal maîtrisé avec un accent Nantcheré. Ce métissage se développera lors de la troisième traversée et s'étendra très vite jusqu'au-delà du fleuve Kabbia un zimé défalqué. Cette dernière s'étendra jusqu'à Pala-Cameroun et au-delà. C'est elle qui amènera les diverses appellations des peuples Zimés, notamment, le Mesmé à Kelo, le Nguedé à Pont Carol, le Kado à Pala, le Lamé au Cameroun, le 'Bacama au Nigéria et le Zulu en Afrique du Sud. « Zu-lu » en Afrique du sud, signifie « fin du ciel » en zimé. Parce qu'après l'empire zulu, ce fut l'océan, une vaste mer. Cette parenthèse sur la question de la transcription de cette langue, vise à permettre à quiconque de s'approprier l'écriture de cette langue en utilisant les lettres de l'alphabet français, anglais et d'autres symboles phonétiques.

Cette transcription moderne de la langue zimé a débuté en 1953 avec l'enregistrement sur cassette lors de la grande campagne d'évangélisation dite « *La voix aux Nations* ». Mais, c'est en mars 1970 qu'elle a été fixée définitivement lors de la réunion d'experts Zimés, membres de la SUM (Mission Unie du Soudan). Elle est par ailleurs conforme à l'alphabet phonétique international des langues.

Pour le zimé, cet alphabet se compose de 36 signes que nous allons passer en revue.

I.3.3- Population Zimé

Aussi nombreux que certains groupes ethniques du monde, les peuples zimés ne se trouvent pas seulement dans leur origine natale.

A Nguedé dans la Kabbia, un important nombre des zimés s'y trouvent : les Takal installés sur l'axe Pont Carol-Gounou Gaya. Cette installation qui n'a pas tenu compte du mouvement migratoire du peuple zimé, a conservé son origine et son lieu parental (pas de

mariage avec les Berois par exemple). C'est pourquoi, un nombre important était revenu en 1957 et se trouve actuellement installé à Bero Takal.

Un autre groupe a immigré pour fonder Pal-là qui veut dire « *le hangar de fortune* ». Ce groupe a ramassé de nos jours le nom de kado, mot qui veut dire en langue peul « *païen* » au contact avec les peuls et à l'arrivée des colons dans la localité vers la fin du XVIIIe siècle. C'est ainsi que le mariage entre peul et kado donnera le groupe Moundang-lé qui veut dire « *survivants* », qui s'étendra de Torrock jusqu'à Léré et au Cameroun.

Un autre groupe se trouve aujourd'hui dans la sous-préfecture de Gobo près de Yagoua. Ceux-ci se reconnaissent des descendants des zimés de Takal. Mais, ils parlent la langue Moussey jusqu'aujourd'hui.

Une autre installation se trouvait à Batouri à l'Est, dans la pleine forêt dense jusqu'à la frontière Tchad-Cameroun. ce groupe s'appelait peuple mesmé et a toutes les carrures des autres zimés (vocabulaires, mots, noms...). Mais, l'expression de la langue parlée est métissée de mots Laka. Ce qui donnera le Mboum au Tchad, Baya au Cameroun.

Un autre encore au sud-est de la Benoué, un groupe des zimés a immigré et s'était installé à environ 85km de Garoua, sur l'axe Pitoa-Bibemi-Salassa. Ce détachement était une branche très ancienne installée au XVIe siècle, peu près de l'Ere de Degueleu Bero à Kelo ; l'homme prophète. Ce groupe a conservé l'appellation d'origine de Béré comme nom du village. C'est donc la sous-région actuelle de Ray-Bouba. Les descendants de ce village ont engendré plusieurs autres villages dont : Mbi'beimi dit Bibemi au nord d'une rivière dont l'eau était trop noire et non buvable ; sur la carte géographique, on retrouve que cette rivière est désignée par le nom de Sina-Dor'bo qui veut dire « *flanc marécageux* ». C'est une zone d'éléphants. La langue zimé Pala qui a traversé plusieurs zones à savoir : Douwei, Goumaji et Gor donne le Pevé pour cette localité. La langue zimé a été conservée avec un accent plus lourd que celui d'origine et donne aujourd'hui le Lamé lacté. Mais, les habitants de Bibemi portant hier des noms Zimés avec un prénom peul ou musulman aujourd'hui, se disent des Haoussas.

Sorembeu, un village situé sur l'axe Garoua-Tcholibé-toubo à 274km de Garoua, entre en brassage avec le peuple Mboum et donne un Lamé plus bazardé. La langue zimé devient plus compliquée à ce niveau. Mais, toutes les nominations géographiques restent les mêmes : (Sina, Go'bo, Wagoi, Adi, Bakni...).

Gor, à l'est de Touboro à proximité de la frontière avec le Tchad, renferme un nombre important des zimés. Il s'étend jusqu'à Za'dok qui veut dire « *Escale ou cité de repos* » entre Touboro et N'Gaoundéré distancé de 430km et au sud de Garoua Der-goy au pied de la montagne « *falaise* ». C'est là que le peuple zimé a connu une paisible vie dans toute son immigration. Il s'était reposé là avant d'arriver à N'Gaoundéré en compagnie de ses neveux Mboums. La langue zimé est conservée seulement en objet et en noms des choses (Siné, Der-Goy, Ndeduku, Birem...). Ce groupe évolua jusqu'à Za-vokzom, situé entre Za-'Dok et N'Gaoundéré où se trouve un peuple très conservateur avec une confrérie très bien organisée selon le modèle de la monarchie absolue européenne. Là, la langue zimé devient une langue très dispersée avec beaucoup d'autres langues. Mais, les noms demeurent zimé.

Nanga et Boko, situés entre N'Gaoundéré et Yaoundé renferment un peuple Zimé qui parle la langue zimé melangée d'Ewondo (peuple autochtones de Yaoundé). Mais, les noms des objets et les salutations demeurent zimé jusqu'au pays Bamoun.

Du côté Ouest camerounais, le Nigéria renferme un nombre important des peuples zimés :

L'Etat de Yola fut fondé par un zimé. Dans son errance, il y a trouvé une terre très favorable à l'agriculture. Il expérimenta la première année qui lui donna une abondante récolte. Et, pour le témoigner, il donna le nom de Yola qui signifie « *terre de miel* ». Quelques années après, il reçoit la visite de son confrère Marba qui lui donna donc la traduction de Yola en Djimeta qui veut dire « *la chose sucrée* ». Ainsi, la région garda cette appellation jusqu'alors avec chef-lieu Djimeta (Yola state).

Un autre groupe fonda l'Etat de Borno. Quand les zimés s'installèrent dans cette région, les Bornouans actuels n'existaient pas. Cette ville s'appelait à l'époque Yeroua qui veut dire « *la source d'eau* » en Haoussa. La conquête islamique enclenchée au XVIIe-XVIIIème siècles, repoussa les zimés qui se retranchèrent pour fonder encore la ville de Nguru qui signifie cette fois-ci « *Barrage ou tente de résistance* ».

La ville de Mubi (Mu-bra) qui signifie ton « *héritage* », était aussi une création zimé. Ces deux dernières villes furent des occasionnelles créations après l'envahissement des conquérants bornouans.

L'annexion de la ville de Mubi par les islamistes obligea les zimés déjà convertis au christianisme à quitter le nord en direction du sud. Arrivés au centre au pied du plateau, de

l'Adamawa, ils s'y installèrent et créèrent la ville de JOS pour affirmer leur foi chrétienne. Le sigle J.O.S est le diminutif de Jésus Our Saviour qui se traduit de l'anglais par *Jésus est notre sauveur*. Jusqu'aujourd'hui, l'Etat de Plateau a pour chef-lieu JOS.

Depuis la ville de Nguru dans le Nord du Nigéria jusqu'au plateau de JOS dans le moyen-sud, en passant par le Maiduguri chef-lieu de l'Eta de Borno, Mubi et Djimeta-yola à l'Est, on est dans les villes purement zimées. Mais, pour les raisons politiques et religieuses, d'aucuns se disent du groupe ethnique 'Bacama, dérivé du mot zimé 'Ba-ca qui se traduit notamment par le terme « *ceux qui ont fui la pauvreté* ». Et d'autres du groupe ethnique Haoussa. Dans le Nigéria en général, ils sont communément appelés Foulata ou simplement nordiste.

Le président Oloségun Obasanjo a dit une fois en 2005 qu'il n'y avait pas moins de 58 000 000 de tchadiens vivants au Nigéria sans le savoir. Le Nigéria comptait à l'époque 105 000 000 d'habitants.

Le zulu qui fonda un empire en Afrique du sud, fut aussi un détachement de peuple zimé. Ce groupe annexa les Bassoutos (peuple autochtone, actuel Lesotho), le conquit et s'y installa sous la direction d'un guerrier (apparemment le conquérant de Tchaka). Il installa sa capitale à Gali qui veut dire « *citée à haut risque* ». C'est plus tard qu'arriva la maison anglaise sous l'égide d'un commandant du nom de Johannes, va installer son campement à l'entrée, qui va donner l'actuelle combinaison de Johannesburg.

D'autres sources affirment qu'un nombre important des zimés sont originaires de plusieurs régions de Haute Volta (*l'actuel Burkina*). Cette immigration a été la conséquence des évasions de la traite négrière du XVIème siècle dont le pays zimé était l'un des grandes victimes.

Bref, tous ces détails veulent dire que depuis la sous-préfecture de Gobo dans l'extrême nord du Cameroun jusqu'à Yaoundé, inclut le nord-est et le centre du Nigéria, Burkina et l'Afrique du sud, les 60% de tribut sont Zimés. Mais, ils ignorent expressément leur origine tchadienne zimée faute des invasions religieuses et les découpages politiques. C'est-à-dire, le peuple zimé est en réalité, un des peuples le plus rependu dans les zones indigènes d'Afrique, du sud-ouest du Tchad, du Cameroun, du Nigéria, du Burkina et d'Afrique du sud.

I.3.4- Architecture zimé

L'architecture des sociétés zimées est très caractéristique. Les sociétés traditionnelles zimées répartissaient leurs populations en de gros villages. Les paysans les plus purs adoptaient un habitat dispersé et faisaient des petits villages, des hameaux. Parfois, les maisons familiales s'isolaient les unes des autres et s'installaient au milieu des petits champs. Les habitations faites des cases entourées des hangars et des greniers se trouvaient la plupart de cas à l'écart des parcelles cultivées quelques fois et en agglomérations denses protégées par une forteresse qu'on appelait « *là* », « *kalang* » ou « *kinga* ».

Les cases rondes du milieu traditionnel zimé retiennent du coup l'attention. Lorsqu'un visiteur entre dans une concession pour la première fois, la disposition des pailles des cases et leurs toits coniques font parler d'elles . Généralement, le chef de famille de sa propre case. La case maternelle peut servir à la fois la cuisine et dortoir. On perçoit toujours chez un bon cultivateur zimé un ou des greniers remplis des vivres. L'enclos pour les animaux domestiques, le hangar qui protège contre la chaleur, constitue le reste du décor. Un Seko clôture toute la maison ou non.

Chez les peuples zimés, architecture et patrimoine sont des biens historiques qui ont eu des valeurs sacrées et mémorisées. La coutume, la tradition, les mœurs et les fruits de la civilisation d'autan...ont laissé au monde que le peuple zimé était naturellement architecte. Car, il ne fait rien sans art et sans esthétique.

En dehors de l'agriculture et l'élevage, l'artisanat est l'une des activités les plus pratiquées en pays zimé. Les objets en fer, en argile et en bois fabriqués pour des usages divers sont très florissants.

Les ustensiles de cuisine, les jarres les pots et les gargoulettes sont fabriqués pour la plupart des cas par des femmes. Les couteaux de jet, les couteaux, les lances, les houes, les haches...sont aussi fabriquées par des forgerons. Cette division de travail⁹ au niveau de la production artisanale permet à la population de maintenir la cohésion sociale. On note aussi d'autres productions artisanales provenant de la pyrogravure, de la sculpture, de la décoration et du tissage. Des instruments de musique, de figure géométrique, des paniers, des sekos, des nattes... sont également produits pour l'ensemble des activités.

Au niveau de l'artisanat, on note une pléthore d'objets d'artisans. Mais l'absence d'une politique en la matière ne permet pas d'organiser effectivement les artisans zimés.

⁹ Emile Durkheim, De la Division du travail social, Paris, PUF, 1893.

Cependant, on note l'existence des productions artisanales de tout bord réparties sur toute la surface qu'occupaient les Zimés. A titre indicatif :

- Les mémoires des morts (tombeaux, cimetières) ;
- Les souvenirs (sculptures, gravures, dessins) ;
- Les activités ancestrales du peuple (culte, alchimie, métallurgie, chasse...) ;
- Musique et danse (angiling, ganga, duf, dali, 'diu, jiu)¹⁰ ;
- Culture instructive (ayo, ku'dom, banga, ndalanga) ;
- Civilisation maritime ('dum, vambra, bus, miseu) ; Etc.

D'autres biens historiques de la civilisation ancestrale de l'homme zimé ont une valeur universelle ; notamment :

- Les équipements de la chasse ou de guerre (bra, assa'b, jam, 'bendeng, ziu, sem'deu, djâ, 'be'eu, ber, kongrong) ;
- Les outils de travail (gum, ndundu, iciu, kira, ce'd) ;
- Les matériels de culture (atokso, njinje, gelengue, ndourourou) ;
- Les parures ou éléments de beauté (tussu, wulak, co'p, mor) ;
- Les rites (fal'diu, cak-ir, ka'b-vin, la'a se'd) ;
- Les vestimentaires (mbur, manja, zeu-goy, kambus, gidangidangzu) ;
- Les accessoires d'assises (jinga, ley, gbokro, gitla) ;
- La monnaie (da'b, wulak, bangrang, kuko, madane) ;
- Les objets artistiques (gulong, minjer, yila, dassi, 'dokso, er, njama, ngira, alingi, pelkem, karkali, mbu-mbu ga'byang ou gokyo) ;
- Les décors (her, là, parpar, kinga) ;
- Les ouvrages de réserves (zinga, lo'o, mbogo-mbogo, pal, gi, kitang, deme, koul, douktli, 'dokso, budu, gula, ir) ;
- Les ustensiles (dassi, tim, dingi, vuna, zuzu, iliu, tlibe'e, jujum, degle, ahal).

Mais toute richesse ou fortune du passé architectural zimé demande une reconstruction. Car, beaucoup des maîtres qui détenaient ces savoirs disparaissent avec les secrets du savoir-faire de leur art. C'est-à-dire, le passé architectural zimé est gravement menacé.

I.3.5- Milieu humain et l'agriculture

¹⁰Cithare, tamtam, trompette...en langue zimée.

L'agriculture occupe plus de 80% de zimés actifs et représente presque la totalité des richesses. Cette situation est due aux très favorables conditions climatiques et pédologiques. Dominées par les cultures vivrières dont les principales sont le mil, l'arachide, le sorgho, le sésame, le haricot, le maïs, le penicillaire, le poids de terre, le fonio... et les tubercules comme le manioc, l'igname et la patate. Le coton constitue la seule culture commerciale des populations.

Dans les pays de savane, l'agriculture est fondée sur les céréales qui sont les cultures directement consommées ; les domaines des petits mils. Mais s'y ajoutent le souvent les tubercules, qui tiennent une place très importante. Les systèmes des cultures des techniques utilisés mais sont surtout proportionnelles aux surfaces disponibles.

Lorsque les paysans zimés ont suffisamment de terre disponible, ils pratiquent une agriculture dite extensive. Ils cultivent deux ou trois ans, déplacent leurs champs laissant la brousse repousser pour rendre au sol sa fertilité. Quand la densité est trop élevée, le sol ne peut plus se reposer et les longues jachères sont remplacées par l'usage des techniques des cultures intensives : l'alimentation des champs par les déchets d'animaux.

Détenteurs des capacités de contrôler des vastes régions grâce à leurs organisations fortement structurées. La terre ne manque pas dans le pays zimé. Après les jardins de cases, s'étendent d'immenses champs de mils que l'on déplace chaque année. Les villages s'élèvent au centre d'une auréole déboisée où sont juxtaposés champs et jachères. Chaque famille consacre sa force de travail à la mise en culture des cultures aussi vaste que possibles. Le zimé de l'époque par exemple, avait mis en place de transformation des vieilles terres au moment où la densité de sa population avait connu le même cas chez les autres zimés. Ils avaient aménagé les méthodes traditionnelles des cultures adaptées comme les mils, les maniocs, et les oléagineuses même sur les terres négligées, les petites vallées qui drainaient l'eau et les plateaux. Ils avaient ajouté le coton en l'ensemencant sur les sillons tracés.

De nos jours, la pression démographique les pousse à multiplier les cultures sur les butes et les associer à l'arachide ; le mil, le sésame ou le haricot au coton, transformant ainsi leurs terres même plus insoumises en des jardins. Beaucoup ont repris de nos jours, la conquête des multiples petites terres qui servaient de pâturage aux bétails. Les espaces cultivables sont aménagés et sont prêts pour des hauts rendements et c'est donc cette extension des terres en butes en des espaces non utilisables, que certains vrais cultivateurs ont pu répondre à la double pression ; de leur besoin : alimentaire et monétaire.

Partout ailleurs, des Mori, Digna et Ganglé aus alentours de la ville de Kelo ; des Zagobo, Bero et Dogou jusqu'à chez les Ndus ; de Zagoni, vers Wagoy jusqu'à Miabé, les vastes étendues des cultures rizicoles de la zone marba, nantcheré et au-delà, c'est cette juxtaposition et cette spéculation délicate et chère aux chants traditionnels que les vrais paysans ont spontanément réagi face aux menaces de l'agriculture en pays zimé.

Même de nos jours, nombreux villages de ces cultivateurs purs sont devenus des grands exportateurs de coton fibre ou des denrées comme les mille et les oléagineuses. Mais, plusieurs phénomènes entament dangereusement l'agriculture en pays zimé : l'alcool locale *dit ergi* et les marchés hebdomadaires dans chaque village. Les plus fainéants profitent de l'offre pour instaurer la famine continue.

I.3.6- Milieu zimé et l'élevage

Dans le milieu zimé le domaine de l'élevage, le cheptel composé des bovins, des équins des ovins, des caprins et des volailles...est très important. Deux types d'élevages coexistent : un élevage essentiellement composé des petits ruminants et des bœufs d'attelage et un élevage ambulante essentiellement centré entre les mains des nomades peuls. Le marché hebdomadaire de Pont-carol, Djera, Kélo et Béré sont les principaux centres de commercialisation du bétail exporté sur pied qui sont aussi des centres très dynamiques, surtout en vente de bétail vers le Cameroun et le Nigéria, engendrant d'importantes ressources à l'Etat tchadien.

I.3.7- Milieu zimé et le commerce

Le secteur du commerce dans le pays zimé porte sur le formel et l'informel (les vendeurs ambulants, les femmes mossos). Plusieurs activités économiques soutiennent le commerce : l'agriculture, l'élevage et l'artisanat etc.

L'agriculture est la principale activité économique du pays zimé avec les céréales, les oléagineuses et les cultures maraichères. Il en résulte que le secteur du commerce est naturellement basé sur la commercialisation des produits agricoles que sont par ordre d'importance le riz, le coton, les produits maraichères, l'arachide, le mil et le sorgho, les fruits (citrons mangues, goyaves), les produits de cueillette (karité, néré et autres), la volaille, dominée par les œufs des pintades, la canne à sucre et les produits de transformation (galettes des mils, les boissons locales) etc.

Les activités commerciales du pays zimé s'étendent et s'accroissent avec les autres marchés hebdomadaires de Nangassou, Bologo, Kasselem, Bao, Deli, Djera, Batrang, Galapna, Béré, Dogou, Miabé et Kélo...sont dominés par les échanges des denrées de première nécessité. A cette liste s'ajoutent les petits marchés hebdomadaires des villages producteurs de ces denrées alimentaires qui ne cessent de s'identifier.

L'artisanat qui regroupe le plus souvent des gens de petits métiers comme les bouchers, les forgerons, les soudeurs, les boutiquiers, les menuisiers, les mécaniciens, les tailleurs, les réparateurs (camions, motos, vélos), les coiffeurs, les pousseurs, les briquetiers, les maçons...se sont signalés de nos jours dans le commerce en pays zimé par leur apport au secteur du commerce.

I.3.8- Calendrier lunaire zimé

Les zimés ont un calendrier très complexe. Toutefois, les événements patrimoniaux ou les moments de partage de joie tout comme celui de partage des douleurs classent et orientent les activités. Entre la saison sèche et la saison des pluies, les grands événements et les temps de troubles ou des grandes endémies...donnent aussi vie au calendrier zimé.

En effet, ce fut la « *chasse miraculeuse* » ou l'événement de Degueleu, l'homme prophète de Bero qui marque le début du calendrier zimé, surtout au retour spectaculaire plein d'émotions de joies et de surprise. Agrémenté par les youyous des femmes, par les parades des chevaux et par des danses de victoire et mystères (banga, duf, 'diu..) Degueleu et ses compagnons ont matérialisé son temple et, ce fut la première célébration en 1661. La relance officielle de cette grande cérémonie date de 1961. Après cela, le cas de Kumyô à Bungor, gugoy à Zagobo, Minjin à Dogou, Lu-vunzu à Zamri, Guma à zagoni, jiji à Louaki, etc, ont fait que les 12 mois de l'année sont entre autres dans le tableau ci-dessous :

Tableau 1: Le calendrier lunaire zimé

01	Tersime'dé	Janvier
02	Kumyô	Février
03	Nji-kumyô	Mars
04	Ter fata (Vinter Bero)	Avril
05	Mbi Lu keikura	Mai
06	Cim-gissa	Juin
07	Gila 'du'u'du	Juillet
08	Ter-vei	Août
09	Ter-ya	Septembre

10	Ter-ma nji	Octobre
11	Wakaya	Novembre
12	Kuviya	Décembre

Source : ADOUMDI ABDALLAH Caleb : Les Zimé, Ethnie Tchadienne, N'Djamena, Al-Mouna, 2018.

P33-39

I.3.9- Les zimés et les autres peuples

Si le pays zimé composait la cité qui regroupait tous les peuples avec leurs installations autonomes, le clan Bero était la chaîne qui constituait la base de tous les clans.

Le site de Zam-Turuma qui fut le premier village de la tribu, était un site qui allait être occupé par les Ancêtres de Zaulaka, n'eut été les difficultés hydrologiques rencontrant en creusant le puits. La couche de roche concentrée en profondeur ne leur permettait pas d'avancer le forage manuel. Ce fut le pourquoi de l'abandon de ce labeur, au profit des Ancêtres des gens de Bero qui, par leur bravoure, ont pu perforer cette roche qui faisait obstacle. C'était ainsi que ce site portait le nom de cet Ancêtre Zaulaka Fetna qui serait Laka. Après cet échec, le peuple Zaulaka partit s'installer où sa ruine se trouve actuellement près de Dogou. Sous la pression démographique, les villages zimés commencèrent à s'installer partout, et pendant cette période, le pays zimé commença à accueillir les peuples venant de partout, dont les Lakas (aujourd'hui Ngambaye ou Mouroum) ; L'incorporation des peuples Kuliki (kim) chez les zimés donna lieu à différentes tribus Dungriki (Marba) qui parlaient une langue à cheval entre zimé et le kim.

D'autres groupes descendirent des massas (Banana hoho) et se regroupèrent autour du fleuve Tikem, donnant le Domo. La fusion de ces deux langues donna à son tour le Má-seï qui signifie en zimé « *la femme méchante* ». (Aujourd'hui Moussey). Les Koïki, l'autre aile venante de Lee (Läi) en visites chez les zimés déjà installés pour quémander les vivres. Parce que c'était une autre période de la famine dans l'est du fleuve Tandjilé. (Aujourd'hui Lélés). Ce dernier métissage forcé a été depuis toujours la source des nombreux problèmes dont la balkanisation du pays zimé. Ces derniers arrivés même tard dans le pays zimé après les autres (Mouroum ou Laka), s'efforcent de nos jours à se faire les vrais autochtones de Kélo ! Qu'étaient devenus les descendants du petit vendeur ambulancier Bornouan déguisé en Baguirmien, qui implorait la bénédiction pour les femmes zimé au puits à chaque fois qu'elles abreuvaient sa monture et lui servaient de l'eau en troquant ses sels ? Aux zimés de s'exclamaient à chaque fois qu'il arrive devant leur puits : « *barka dja* », et lui de dire « *barka, barka* » en partant. Ce fut le hasard de communication arabisée qui donnera

l'ancienne appellation de la capitale Barkadja, déformée plus tard Barkajé par les Mouroums signifiant « *les descendants de Barka* ».

A dire vrai, comme « *nul n'a le droit d'enlever une page de l'histoire d'un peuple* »¹¹, personne n'ignore et ne peut contester que le premier roi qui a incorporé les autres peuples dans son royaume ; Kéleu, déformé plus tard Kélo par les colons et qui a donné son nom à cette ville aujourd'hui, était Zimé.

I.3.10- Organisation politique Zimé

Si les paysages sont variés et si les civilisations sont différentes, aucune société hiérarchisée n'a existé au Tchad que celle des zimés. Au nord comme au Sud, à l'est comme à l'ouest, l'hospitalité était partout de règle : parents, amis et étrangers sont reçus comme le veut la tradition et lorsque le soir tombe sur les cases, chacun frissonne en songeant aux forces obscures, aux mânes des Ancêtres qui pilotaient les nuits en pays zimé. Les femmes ont souvent leur domaine à part. Dans les réunions comme dans les travaux, elles sont séparées des hommes, ce qui leur donne une autonomie économique appréciable en même temps. Les travaux varient avec les sols et les saisons mais, qu'il s'agisse de la pêche ou de l'agriculture, l'homme est lié aux éléments qu'il espère se rendre favorable.

Le travail n'est pas seulement une nécessité vitale mais, il reste une façon de prouver son entourage et son endurance de parvenir à la réussite qui fera de quelqu'un un être envié et respecté.

La structure politique zimé place en tête de la communauté le chef de terre parce qu'il était l'unique autorité reconnue. Chez les zimés, c'est lui qui règle le calendrier agricole, la répartition des champs, des mariages, les rites de bienséance et gère le bien commun. Mais, le chef de village jouit d'une grande autonomie libérale et chaque adulte dans le village a une large autonomie économique. Tout le monde a accès à l'exploitation de la terre. Ensuite, les privilégiés comme les castes (forgerons, artisans...) contribuent au bien-être du pays et les serviteurs de la cour du roi, d'un caractère particulier à la différence de la garde royale (l'armée traditionnelle) se soucient de la liberté qui se traduit par le refus de l'autorité et le droit de l'esclavage. Chaque village était administré par un conseil des anciens dont les décisions sont transmises aux chefs de familles par l'intermédiaire des fondateurs. La terre était très paisible. Les conséquences de l'isolement et de

¹¹ Alain Foka, journaliste à la radio France Internationale (Archives d'Afriques)

l'individualisme sont compensées à chaque fois par la pratique d'une solidarité très vivante entre tous, par échanges des services gratuits (Ndei). Les classes d'âge offrent le cadre dans le lequel tout individu participe à la vie de la communauté villageoise, les jeunes gens forment des combattants fidèles. Et si à leur tête une aristocratie joue le rôle administratif et militaire, la jeunesse détient un pouvoir politique centralisé. Composée des gaillards libres et vivants dans les villages encadrés par les représentants de l'aristocratie, la jeunesse constitue le fer de lance.

Le chef du village qui a une autorité incontestée et les anciens font toujours la part de chaque différend. L'échelle comporte aussi les castes exerçantes ou un artisan spécialisé et représenté dans chaque couche. Forgerons, cordonniers traditionnels, griots qui forment autant des castes dont les membres se marient en eux pour transmettre du père au fils le secret de leurs métiers. Ces sociétés fortement structurées et organisées sont à mesure de former un Etat et d'étendre son contrôle sur des vastes régions tel était le cas des zimbés de l'époque où la suprématie a grimpé jusqu'aux limites de la terre : la cavalerie d'Afrique Noire.¹² Dans la plupart des sous-groupes, l'organisation politique zimbée ne s'apparentait pas à un Etat. Mais, les différents clans avaient à sa tête chacune un monarque, un roi et une de gouvernement formés des personnalités qui avaient tous le rang des ministres, des chefs de rites religieux, des hommes de guerre, des administrateurs territoriaux, des chefs des eaux et des récoltes...et une armée des guerriers.

Quant aux autres, ils vivaient en communautés villageoises ou claniques, indépendantes les unes des autres. Les chefs de terre sont chargés de veiller essentiellement au strict respect des lois et us ancestrales. Ils président les rites religieux, le conseil d'Anciens. Ils n'agissent que par délégation du pouvoir pour assurer la cohésion sociale. Le réel pouvoir se trouvait entre les mains des forces invisibles, les dieux et les Ancêtres divinisés. Mais, leur rôle était beaucoup plus religieux que politique.

Bien avant la conquête du Tchad par la France, le pays zimbé a été déjà au contact des allemands, quand ils avaient ouvert un poste administratif (Giger) à Kélo avec une base militaire (arrière) à Bero-Koumndé. Ce poste fut la première base militaire du pays zimbé bien avant la conférence de Berlin pour partager l'Afrique en 1884 et le début de la première guerre mondiale en 1914.

Mais quand l'Allemagne perdit la guerre en 1918, la France lui arracha ses colonies et, cette base militaire du pays zimbé fut transférée à Dogou. Aujourd'hui, les découpages

¹² Bibliothèque française, Paris, Direction des archives.

administratifs et politiques du Tchad, ont fait de cette localité une sous-préfecture. L'organisation politique actuelle qui a fait de *Barka-dja* la capitale de pays zimé date de 1910 comme département de la région du Logone par arrêté du Gouverneur Général de l'Afrique Equatoriale Française (AEF). Elle a été ensuite rebaptisée Maistre ville par arrêté N 785 du 19 mars 1947 en hommage au premier explorateur français qui foulé le sol zimé Casimir Maistre au début de 1893 afin de devenir Kélo en 1958 comme district.

Ainsi, l'histoire coloniale de la capitale du pays zimé reste semblable à celle d'autres pays de la sous-région d'Afrique noire. Car, c'est cette présence coloniale française qui a succédé à celle de l'Allemagne en 1910 qui a très rapidement fait de la localité de Kélo ainsi érigée en Poste-Administratif capitale du pays zimé et lui a donné la structure de la chefferie traditionnelle et de devenir le premier centre urbain du pays (pour mieux gérer et contenir les éventuelles révoltes des populations indigènes : cas de la révolte de Berem maîtrisée par la base militaire de Bero Koumndé).

Avec la réforme administrative des indépendances, Kélo devient sous-préfecture en 1962. Toutes ces démarches veulent lever l'équivoque d'une documentation écrite et nous dire qu'il n'apparaît pas seulement que les zimés sont ignorés dans l'histoire du Tchad mais ils n'existaient pas ! Or, depuis bien l'existence du Tchad actuel, il n'y avait que les Zimés qui avaient largement contribué à l'établissement politique et social du pays. A titre indicatif, plusieurs milliers Zimés ont occupés de postes et hautes fonctions de l'Etat (voir)¹³.

I.3.11- Milieu humain et l'organisation sociale Zimé

La société traditionnelle zimé n'avait pas de classe. Mais, elle était fortement hiérarchisée. Les hommes étaient sous l'autorité des dieux. Les jeunes obéissaient aux vieux et les femmes étaient soumises à leurs époux. C'était une société règlementée par des lois et coutumes ancestrales.

Dans le cadre clanique ou villageois, la terre appartient à la communauté. Les chefs de terres, les différents chefs religieux et les anciens étaient autant des personnalités qui avaient pour rôle de veiller au strict respect des lois et us ancestraux, de maintenir la cohésion sociale entre les membres de la communauté, et d'officier les rites et cérémonies religieuses. Les dieux et les Ancêtres étaient des autorités invisibles qui dirigeaient la société. C'étaient eux

¹³ ADOUMDI ABDALLAH Caleb : Les Zimé, Ethnie Tchadienne, N'Djamena, Al-Mouna, 2018. P33-39.

qui protégeaient les villages et la population contre tout malheur, tout danger par leurs bénédictions, la paix régnait dans la société.

Plusieurs événements sociaux faisaient les nœuds de la vie communautaire chez les Zimés : le mariage, la naissance, la femme, la justice, la culture, la croyance aux forces occultes, le sport.

I.3.12- Milieu humain zimé et le mariage

Le mariage est l'un des événements de première importance chez les Zimés. C'est en fondant un foyer que l'opportunité de procréer est offerte aux jeunes. Comme dans la plupart des sociétés traditionnelles tchadiennes, le but principal du mariage est la procréation. Raison pour laquelle, un foyer sans enfant est moins considéré.

Le mariage chez les Zimés, était d'abord l'affaire des parents. En effet, le choix des futurs conjoints incombe avant tout aux parents. Ainsi, les parents de jeune par exemple ne choisiront par pour leur fils que la jeune fille qui n'aura pas présentée des défauts moraux et physiques, qui a un bon caractère, qui est travailleuse et qui n'est pas issue d'une famille des sorciers ou des familles présentant des caractères génétiques anormaux. Il en est de même pour la famille de la jeune fille. C'est après le choix de la future mariée que les parents du garçon se rendent auprès des parents de la jeune fille pour demander leur assentiment. Une fois la demande acceptée, commence la période de fiançailles qui peut durer plus d'une année. Pendant cette période, le fiancé rend souvent visite à sa fiancée ? toujours accompagnés de ses amis intimes. Ensuite, vient la phase de la dot célébrée par une cérémonie festive. La monnaie traditionnelle du pays zimé était une sorte du coteau de jet, des bracelets et des pierres précieuses dont « *ir-bra* », « *soula* », « *da'b* » et d'autres produits.

Pour briser cette longue chaîne, les jeunes hommes organisaient un rapt, c'est-à-dire, l'enlèvement forcé de la fiancée. Cette scène se dégénère parfois en bagarre entre les intimes du fiancé et ceux du village de la fiancée qui se termine au moment où les vainqueurs emportent la fiancée.

I.3.13- Milieu humain et la naissance

La naissance d'un enfant était toujours un événement heureux dans n'importe quel foyer. C'est un sujet de joie et de fierté aussi bien pour les parents que pour la société. Quatre ou cinq jours après la naissance selon le sexe, les parents se rendent à leur lieu de culte avec toute la progéniture pour y accomplir des rites consistant à témoigner leur gratitude aux dieux

grâce auxquels un nouvel enfant vient de naître dans leur foyer. Le but ultime est la protection de l'enfant ainsi que celle de tous les membres de la famille. Après quoi les parents donnent un nom au nouveau-né.

Chez les zimés, l'enfant porte soit le nom d'un parent défunt pour permettre à ce dernier de se réincarner dans l'enfant qui porte son nom, soit un nom circonstanciel comme « *Matna* » qui signifie la mort, pour celui dont tous les aînés décèdent les uns les autres et « *Tomata* » pour une fille. Il y a des noms liés à d'autres circonstances comme « *Iyé* », « *Kindi* », et « *Mô* » pour les jumeaux, « *Ya-Fata* » qui signifie mère du soleil, « *Ya-Fur* » qui signifie la déesse de la forêt pour les filles et « *Bu-Za* » qui signifie Père du village, « *Bu-Go'b* » qui veut dire Père de la brousse pour signifier le garçon. Certains noms ont aussi un sens mystique. Ce sont des noms empruntés aux divinités et aux totems comme : « *Luna* » qui signifie Dieu et « *Yeo* » qui veut dire mystère...

I.3.14- Milieu humain zimé et la femme

Dans la société traditionnelle zimée, la femme est considérée comme être inférieur. Elle n'est jamais conviée à la prise de décisions de quelle nature que ce soit. Toutefois, il se trouve que la femme joue des nombreux rôles importants que ne joue pas l'homme. Car, en dehors de son rôle d'épouse, de mère et de maîtresse de maison, elle aide son époux dans les travaux champêtres, cultive son propre champ, approvisionne le foyer en eau qu'elle va chercher souvent très loin, transporte des fagots sur la tête depuis la brousse jusqu'à la maison. Il est indiscutable que la femme accomplit des tâches pénibles que celle-ci précitée. Et, c'est quand elle est avancée en âge que la société traditionnelle zimée lui reconnaît des égards et lui accorde un peu de respect. C'est en guise de reconnaissance pour tous les sacrifices sans cesse consentis pour le bon fonctionnement du foyer familial que son époux, lui-même très avancé en âge finit par la considérer comme égal.

I.3.15- Milieu humain zimé et la justice

Dans le milieu traditionnel zimé, la justice est rendue, soit par le chef de terre et les chefs religieux, soit par les sages, ou soit par un groupe des personnes jugé digne de la tâche. Mais, aussi par les dieux. Le jugement des dieux est implacable et automatique. C'est aussi qu'il n'hésite pas à sanctionner la communauté toute entière lorsque certains de ses membres se rendent coupables d'un sacrilège. Parmi les sanctions infligées aux vivants, on peut citer un fléau qui s'abat sur toute la communauté faisant périr un grand nombre de ses membres ou décimant les troupeaux domestiques.

Dans les juridictions du pays zimé, l'Ordalie est donc la manière de procéder à la réparation des torts et de se rendre justice. Car, elle consiste à faire subir à un présumé coupable d'un délit certaines épreuves comme lui faire plonger les mains dans de l'eau bouillante. Si ses mains ne se brûlent pas, il est déclaré innocent et l'accusateur devra lui payer des dommages pour le préjudice moral subi. Par contre, si ses mains se brûlent, il est reconnu coupable et doit par conséquent, dédommager sa ou ses victimes.

Lorsqu'il est question du crime et d'autres délits importants, on fait manger au présumé coupable du sorgho rouge ou des feuilles d'un arbre spécial reconnu pour sa vertu. Si au terme d'un délai fixé celui-ci ne meurt pas, il est déclaré innocent. En revanche, s'il meurt, avant la date fixée, cela veut dire qu'il est coupable. C'est ce qu'on appelle le serment.

Une autre forme consiste à se rendre justice soi-même. Tel peut être le cas d'un individu ou d'un groupe d'individus qui envoie une expédition punitive contre celui ou le groupe qu'il tient pour coupable de lui avoir causé un mort. Dans ce cas, seul le « *Naci* » ou le « *Soi* » qui est vérité divine que le cœur cache qui tranche et qui sauve. Si le présumé coupable est innocent, les missiles envoyés butent et s'échouent sans aucun effet. Et, cette innocence confuse l'expéditeur et peuvent se retourner contre lui. La justice en milieu zimé ne vise pas d'autre chose que de punir les criminels, les délinquants et autres comme les sorciers. Devant ce tribunal, c'est par consensus que se règle le plus souvent une affaire.

I.3.16- Rite et croyance aux forces occultes dans le milieu zimé

Religion traditionnelle pratiquée est l'animisme à qui s'ajoutent le Christianisme et l'Islam. Les zimés adoraient plusieurs divinités et les Ancêtres. L'environnement zimé était minutieusement organisé et était gouverné par les forces absolument canalisées par les actes des religieux : prières, sacrifices et était accompagné des diverses cérémonies dont les danses et les luttes. Cette concordance a pour but d'éviter tout ce qui peut briser la cohésion sociale. Dans la société traditionnelle zimée, l'un des principaux rites reste l'initiation ou le culte de l'acquisition de la sagesse. Cette formation permet aux adolescents d'entrer dans les cercles des adultes. Ce qui suppose l'idée d'une certaine transformation sociale et spirituelle de l'enfant zimé. Cette école traditionnelle baptisée dans la « *forêt sacrée* » se déroule loin du village et a un caractère ésotérique.

Durant leur séjour dans cette forêt sacrée, les élèves dits « initiés » apprennent la langue de l'initiation qui est un signe distinctif des différents camps initiatiques. C'est-à-dire, les différentes classes de l'initiation.

I.3.17- La culture et le sport dans le milieu zimé

Le pays zimé est un site folklorique constitué des nombreuses danses dont la principale est le *Kud'om* qui se danse en file indienne en exécutant les gestes et des mouvements aux pas de celui qui dirige le groupe. A celle-là s'ajoutent d'autres danses qui sont entre autres : *Banga* qui est une danse guerrière au cours de laquelle on brandit la sagaie en signe de victoire sur l'ennemi ; *Gaba* qui se danse par couple en couple en courant, en trémoussant et en faisant un aller-retour ; *Nde-njong* qui est une danse féminine, qui se danse en se jetant et en se laissant tomber entre les bras des autres qui, aussitôt renvoie la personne qui pivote et atterrit. *Ayo* qui est danse collective qui s'impose lors des grandes cérémonies rituelles ou lors des moments de partage de joie comme le mariage ; Dali qui est une nouvelle danse imposée par les rythmes de la nouvelle religion. C'est une danse très populaire qui ressemble à *Ayo* mais, elle est la danse de séduction des jeunes dits modernes ; Etc.

La danse en pays zimé est toujours accompagnée des différentes chansons et des instruments de musique. Les chansons et la danse qui évoluent au rythme de la musique traitent plusieurs thématiques dont les notions des chants funèbres, les chants épiques, comiques, nostalgiques, mélancoliques...initiatiques. Les principaux instruments de musique qui accompagnent les chansons sont : le grand tam-tam (Diu), les tambourins : Dali, Tam-tam debout (Jiu) et (Teng-jiu), la cithare (Angiling)...qui sont tous couverts de peau d'animaux, et le cor, la flute ou la trompette (Duf) qui sont tous en cannes d'animaux ou en argile.

En ce qui concerne le sport, le principal reconnu dans le milieu traditionnel zimé est la lutte (Bandri) qu'on organisait autre fois une sorte championnat ou des tournois. Mais, ce plus grand évènement culturel et sportif est disparut de nos jours, faute des menaces de la religion Chrétienne qui a passé sur lui.

Sources : ADOUMDI ABDALLAH Caleb : Les Zimé, Ethnie Tchadienne, N'Djamena, Al-Mouna, 2018, P. 9-47.



**CHAPITRE II : REVUE DE LITTERATURE,
CADRES THEORIQUE ET CONCEPTUEL**

Le thème de notre recherche s'articule autour de deux variables : « *étiologies* » et « *itinéraires thérapeutiques de l'épilepsie* ». Le présent chapitre s'appuie sur le résultat des travaux des recherches antérieures qui ont trait avec notre thème. Ces écrits ont une pertinence et ont un rapport fondamental dans notre étude. Ce chapitre s'intéresse à trois axes à savoir : la revue de la littérature, cadre théorique et conceptuel.

II.1- Recherche documentaires

Stéphane Auvin¹⁴, en tant que spécialiste des épilepsies de l'enfant et de l'adolescent nous explique l'épilepsie à partir de quelques idées que les gens se font autour de cette maladie. Il part des idées selon lesquelles :

➤ **L'épilepsie est héréditaire**

La conception selon laquelle l'épilepsie est héréditaire, Auvin nous fait savoir qu'il est très rare de trouver des familles avec plusieurs cas d'épilepsies. En revanche, un certain nombre d'épilepsies ont une origine génétique sans pour autant avoir été transmises par les parents. C'est le cas lorsqu'une mutation génétique survient. Mais ces épilepsies d'origine génétique ne concernent qu'un petit nombre de patients.

➤ **L'épilepsie est une maladie mentale**

Pour Stéphane Auvin, un sondage réalisé en 2016 pour la Fondation française de recherche sur l'épilepsie a révélé que 3 personnes interrogées sur 10 pensaient que la folie pouvait être à l'origine de l'épilepsie. Or pour lui, l'épilepsie n'est pas une maladie mentale mais une maladie neurologique qui touche le cerveau. Si les symptômes observés pendant les crises peuvent parfois être impressionnants, ils ne signifient pas que la personne perd la raison. Par ailleurs, il faut rappeler que l'épilepsie n'entraîne pas d'atteinte cérébrale susceptible de provoquer une maladie mentale.

➤ **L'épilepsie est contagieuse**

Selon Auvin, l'épilepsie ne peut pas se transmettre d'une personne à l'autre.

➤ **L'épilepsie a des causes surnaturelles**

Pour lui, par le passé, l'épilepsie a pu être décrite comme une forme de possession en lien avec des forces surnaturelles. Mais déjà, 400 ans avant J.-C., Hippocrate disait qu'il ne

¹⁴ Auvin Stéphane, L'épilepsie chez l'enfant, Conseils de vie au quotidien, John Libbey, novembre 2017, P.25.

s'agissait pas de cela. Toutefois, c'est une idée fausse qui reste encore assez répandue aujourd'hui.

II.2- Concept de représentation sociale

Il s'agit d'un concept central en Sciences Humaines dont l'utilisation dans le champ de la psychiatrie est en pleine extension. SCHEID et RAVEAU¹⁵ ont mis l'accent sur la complexité de la notion de représentations sociales. On peut en effet distinguer et rechercher quelques liens qu'entretiennent les notions :

- La notion d'opinion : c'est-à-dire l'ensemble des idées partagées sur une maladie « *partie émergée d'une représentation* », susceptibles d'être recueillies par la technique des enquêtes, par exemple : c'est dangereux, c'est contagieux, c'est impur, etc...
- La notion d'attitudes : cette notion regroupe les réactions affectives et comportementales attachées à une maladie, par exemple : des sentiments de dégoût, de répulsion qui vont conditionner le rejet, mise à distance, isolement ;
- La notion de représentations anthropologiques ou culturelles ;
- La notion des représentations « *instituées* »¹⁶ plus élaborées qui ont pour fonction de situer une maladie ;
- La notion de références culturelles, expliquée conformément à un système de croyances sacrées, c'est-à-dire une vision de l'homme et du monde magico-religieux ;
- La notion du modèle biomédical. Dans ce cas, la maladie est expliquée conformément à une conception scientifique appliquée à la vie du corps et aux mécanismes biologiques qui la régissent.

Ainsi, le concept de représentation sociale est souvent particulièrement utilisé chez les zimé dans le domaine du handicap (physique et mental). On peut rendre compte ici que les données objectives sur la représentation du handicap peuvent varier selon que l'on enquête auprès des familles, des professionnels travaillant auprès des handicapés, ou dans la population générale des autres communautés. Les des opinions et attitudes relatives à une maladie donnée peuvent varier d'une communauté à une autre.

¹⁵ SCHEID F. et RAVEAU F. Représentations sociales de la maladie mentale, techniques EMC Paris, Psychiatrie, 1991, p.5.

¹⁶ Ibid

II.3- Revue sur la notion de l'épilepsie

Cette partie se consacre de recenser quelques auteurs qui ont essayé de définir l'épilepsie.

HAENGGELI Charles-Antoine, KORFF Christian, Pécub (ill.), dans leur ouvrage : *Anne et ses copains : quatre enfants atteints d'épilepsie. Chêne-Bourg : Médecine et hygiène, Planète Santé, 2012*, posent une série des questions concernant l'épilepsie : Qu'est-ce que c'est ? Comment vivre avec ? Comment la soigner ? Pour eux, il existe de nombreuses formes d'épilepsies, dont la sévérité et l'évolution sont très variables. Certaines ne nécessitent pas de traitement, alors que d'autres sont difficiles à contrôler. Certaines débutent à un âge précis et guérissent après quelques années. D'autres persistent tout au long de la vie malgré la prise de médicaments. Certaines n'ont aucune influence sur la vie de tous les jours, le travail scolaire ou l'avenir professionnel, alors que d'autres peuvent entraîner des difficultés importantes dans tous ces domaines. Ce livre a été écrit pour les enfants atteints d'épilepsie et leurs familles. Il aborde, par l'intermédiaire de quatre enfants et adolescents, différentes formes d'épilepsie, leur origine, les traitements disponibles et quelques-unes des règles à respecter dans la vie quotidienne, à l'école, pendant les vacances.

TORDJMAN Nathalie, MOTTE Jacques, VALLEE Louis, FFRE, BOUDAULT Aurélien (ill.)¹⁷, dans leur livre : **Les épilepsies : parlons-en ! Saint-Herblain, 2011**, expliquent que l'épilepsie est souvent une invitée surprise, lorsqu'elle apparaît dans une famille. Quand elle est là, les mots pour en parler manquent aux parents, aux frères, aux sœurs et surtout aux jeunes malades.

JALLON Pierre¹⁸, **L'épilepsie. Paris, Le cavalier bleu, 2007**, pour lui, l'épilepsie caractérisée par « *Les crises à force de se répéter, peuvent abîmer le cerveau* », « *l'épilepsie, c'est une forme de folie !* », « *les épileptiques peuvent avaler leur langue, s'étouffer et mourir !* », « *les crises disparaissent à l'adolescence* », « *avec mon épilepsie, je ne peux plus conduire* », « *l'épilepsie est héréditaire* » ...Issues de la tradition ou de l'air du temps, mêlant souvent vrai et faux, les idées reçues sont dans toutes les têtes. L'auteur les prend pour point de départ et apporte ici un éclairage distancié et approfondi sur ce que l'on sait ou croit savoir sur l'épilepsie.

¹⁷ Les épilepsies : parlons-en ! Saint-Herblain, Gulf Stream Éditeur, 2011, P. 20.

¹⁸ L'épilepsie. Paris, Le cavalier bleu, 2007, P. 24.

JALLON Pierre. **L'épilepsie, Paris, PUF (Que sais-je ?), 2005.** Pour lui, l'épilepsie est une maladie singulière et spectaculaire, expression clinique d'un dysfonctionnement neuronal, l'épilepsie demeure, par ses conséquences délétères dans la vie quotidienne de ceux qui en souffrent, mais aussi par la variété de ses manifestations, un mal dont on parle difficilement. Une information éclairée sur les risques encourus par le malade, à chaque étape de sa vie, est néanmoins à n'en pas douter préférable à un silence où se mêlent l'angoisse, la crainte et l'ignorance. C'est le but que s'assigne cet ouvrage, qui s'efforce tout d'abord de mieux définir cette maladie, et dont le premier enseignement pourrait ainsi se résumer : si, pour être épileptique, il faut bien avoir des crises d'épilepsie, avoir des crises d'épilepsie ne signifie pas nécessairement être épileptique. Ainsi, l'auteur essaie de relever le tabou lié l'épilepsie.

GENTON Pierre et REMY Claude¹⁹, **L'épilepsie. Paris, Ellipses, 2003**, pour ces auteurs, l'épilepsie est jadis appelée « *mal sacré* » ou « *haut mal* », l'épilepsie effraie encore. Elle est progressivement sortie du registre de la malédiction et de la possession, et, depuis la fin du XIX^{ème} siècle, des maladies psychiatriques, et les restes des maladies neurologiques les plus fréquentes, avec environ 400 000 personnes traitées en France. Les crises, les causes, les traitements sont très divers, et il est difficile de ne pas parler des épilepsies au pluriel. Les connaissances et les outils diagnostiques et thérapeutiques évoluent très vite dans le domaine des épilepsies humaines. Une vie normale, épanouie est cependant possible pour une grande majorité des patients. C'est ce qui explique à la lumière de l'expérience épileptique de ces auteurs. Cet ouvrage s'adresse aux professionnels de santé, médecins et autres, qui désirent approfondir leurs connaissances sur les épilepsies, mais reste accessible à un public large : les patients et leur entourage y trouveront des réponses et des conseils. Ces auteurs veulent expliquer par-là qu'il existe plusieurs formes d'épilepsies.

DIEBOLD Gilbert. **L'épilepsie : une maladie refuge. Paris : Calmann-Lévy, 1999.** Pour l'auteur, les crises d'épilepsie ont souvent une signification précise que l'on doit prendre en compte pour guérir le patient. Souffrance de vivre, présence de la mort, il faut démêler cet écheveau pour parvenir à exprimer l'inexprimable des convulsions. L'analyse d'une série de cas montre comment le thérapeute aide la patient à reconstruire son identité blessée, malmenée. Cet auteur veut faire savoir qu'il faut chercher à soigner l'épilepsie à la source, c'est-à-dire chercher à savoir sa provenance, son étiologie.

¹⁹ GENTON Pierre, REMY Claude, L'épilepsie. Paris, Ellipses, 2003. P. 34.

II.4-Revue sur la crise convulsive

Dans l'Afrique contemporaine, décrite par Sophie Arborio²⁰, la crise convulsive, du point de vue causal, se joue sur plusieurs registres. Tantôt, elle se rapporte à une théorie des fluides corporels propre à un modèle de la contamination qui peut faire songer à celui de la médecine musulmane, où la bave et le lait ou encore le sperme joue un rôle prépondérant. Tantôt, elle se rattache à un autre modèle de la contamination, cette fois par l'analogique, c'est-à-dire à partir de rapports de connexion ou de « *schèmes de représentations* », selon l'expression de F. Héritier (2008 :67), généralement en rapport avec le monde animal, à l'origine du contact pathogène. Par exemple, on incrimine certains oiseaux comme étant à l'origine de l'épilepsie de l'enfant. Dans ce contexte, l'auteur nous rappelle bien que deux influences majeures ont marqué l'histoire de ces régions, même si des représentations antérieures ou de type universel s'y côtoient : la pénétration de l'islam et la médecine des Grandes Endémies. La première remonte au XI^{ème} siècle, la seconde au XIX^{ème} siècle, sous la colonisation. On a évoqué déjà le probable influence de la médecine arabe à l'époque où l'islam a répandu un fonds de nouvelles connaissances et de nouvelles pratiques médicales et corporelles (importance de l'eau dans la propreté corporelle, postures physiques codifiées, prédominance de Dieu dans toute causalité, etc.). La médecine des Grandes Endémies, qui, rappelons-le, avait encore une méconnaissance des modes de transmission des germes, s'est attelée, quant à elle, à une ségrégation des malades, fondant ce comportement sur des théories rigides de la contagion et des risques épidémiques de certaines pathologies (lèpre, fièvre jaune, trypanosomiase, etc.). La peur de l'épidémie, avec pour corollaire la nécessité de contrôler les mouvements de populations (fermeture des frontières, création de villages de ségrégation, isolement des malades et des suspects, mises en quarantaine, etc.), a certainement contribué à rigidifier les représentations relatives à la transmission des maladies. Certes, l'auteur nous met en garde contre toute globalisation et nous rappelle que les historiens de la santé font valoir une grande disparité de comportements selon les villages et les maladies. Mais, dans ce contexte, l'épilepsie était encore, pour les médecins européens affectés dans les colonies, une maladie contagieuse. La convulsion était devenue non plus une maladie des émotions, mais une « *maladie nerveuse* », dont le risque épidémique conduisait à l'isolement des malades. Cette théorie de la contagion de l'épilepsie, au moment de la crise convulsive, a perduré dans le milieu médical jusqu'à la fin du XIX^{ème} siècle. Il faudra attendre le début du XX^{ème} siècle, avec le développement de la neurologie (et la découverte du phénobarbital en

²⁰ Sophie Arborio, *Epilepsie et exclusion sociale de l'Europe à l'Afrique de l'Ouest*, Karthala, 2019, P. 132.

1912) pour qu'on reconnaisse que la crise convulsive de type Grand Mal est due à une décharge excessive de neurones situés dans le cortex cérébral, et que plusieurs maladies peuvent être à l'origine de ce processus. Aujourd'hui, les médecins parlent, du reste, des épilepsies et non plus de l'épilepsie. Les représentations coloniales de l'épilepsie, même si elles ne s'appuyaient pas sur une théorie humorale de la transmission, ont probablement influencé ou renforcé les interprétations locales de la contagiosité de la maladie. Paradoxalement, aujourd'hui, les médecins associent à une « *croyance traditionnelle* » cette idée de contamination, sans se douter qu'ils ont peut-être contribué à sa diffusion. Cette situation fait valoir le caractère déhistorisé du terme « *traditionnel* », qui attribue à la culture de l'autre une responsabilité dans la « *résistance au changement* », sous prétexte que nos « *croyances médicales* » actuelles ne sont pas encore totalement intégrées aux systèmes de pensée contemporains des populations rurales africaines. De tout temps et en tout lieu, les médecins ont relégué au statut de croyances ou de superstitions des représentations ou des savoirs sur la maladie qu'ils avaient eux-mêmes véhiculés des siècles auparavant. Mais alors que leurs démonstrations reposent sur une théorie de la preuve, les populations africaines analphabètes « *alourdissent* » leurs savoirs de ces multiples influences sans les considérer pour autant comme contradictoires. Cette pensée cumulative écrase aujourd'hui les influences historiques et donne à observer une accumulation sédimentée de savoirs hétérogènes, adaptés aux différents systèmes d'organisations sociales, là où les femmes et les enfants sont souvent les premières victimes de la pauvreté et de procédures d'isolement ou d'exclusion (retrait de l'enfant de l'allaitement maternel, déscolarisation, mise à l'écart du repas familial, etc.).

L'originalité du travail de Sophie Arborio est aussi de montrer que ces phénomènes d'exclusion ne sont ni systématiques ni propres à certaines familles à profil sociologique prédéfini. Cela signifie que les critères ethniques et religieux ne déterminent pas les comportements d'exclusion. L'analyse anthropologique révèle plutôt que les qualités relationnelles au sein de la famille déterminent davantage les comportements de rejet ou de protection des uns envers les autres. Cette situation fait valoir une dimension éminemment individuelle des attitudes de l'entourage du malade et du malade lui-même.

II.5- Représentations sociales de l'épilepsie dans la société occidentale

« ...Et comme il approchait, le démon le jeta sur le sol et le secoua de convulsions. Mais Jésus menaça l'esprit impur, guérit l'enfant et le remit à son père »²¹. Ces descriptions de la maladie épileptique empruntées au Nouveau Testament nous placent donc d'emblée dans le champ du sacré : cette affection est une malédiction, un mal sacré. Il s'agit d'une punition qui frappe les coupables d'un fait mais aussi leurs descendants. Dans ce contexte précis, la prière constitue alors le seul remède.

Cette conception prévaudra jusqu'au XVIIIème siècle où peu à peu l'épilepsie est désacralisée et rentre dans le champ médical.

Sous l'impulsion de Patricia TISSOT, médecin, moraliste de Mont-de-Marsan en France, pour lui, les troubles sont attribués à une hypersexualité ; la castration en devient le traitement. Peu après avec les aliénistes du XIXème siècle, la maladie épileptique est assimilée à une maladie mentale dangereuse et héréditaire qui constitue l'un des socles organiques de la criminalité. C'est en relation directe avec cette conception que l'on peut situer la notion de mentalité épileptique, directement issue de la tradition constitutionnaliste. C'est ainsi que LOMBROSO a pu dire : « *les épileptiques se caractérisent par la religiosité, la férocité, l'irritabilité, le cannibalisme et des instincts véritablement bestiaux* »²².

Les années 1930 avec le développement des moyens électro-encéphalographies²³ marquent un nouveau tournant. C'est l'ère neurologique de l'épilepsie qui se poursuit de nos jours. Le développement des moyens d'investigations paracliniques (EEG, mais aussi tomodensitométrie et résonance magnétique) ainsi que les résultats de la recherche pharmacologique ont permis une meilleure compréhension des mécanismes physiopathologiques mis en cause et ont abouti à la prescription de médicaments efficaces dans 70 à 75 % des cas. Sans rentrer dans le détail, les classifications actuelles distinguent : les maladies épileptiques primitives et crypto-géniques qui nous intéressent ici et les secondaires.

Dans cette conception, la maladie épileptique, affection chronique, se définit comme la succession de crises c'est-à-dire de décharges paroxystiques de neurones cérébraux

²¹ Cette référence à l'enfant épileptique est tirée de l'Evangile selon Luc. Matthieu 17. 14-27 et Marc 9 : 14-27 rapportèrent des faits analogues.

²² LOISEAU P., JALLON P. Les épilepsies. Masson Ed, Paris 1973, p.43.

²³ Examen qui permet l'enregistrement de l'activité électrique spontanée des neurones du cortex cérébral.

suffisantes pour donner des manifestations cliniquement décelables, soit par le sujet soit par un observateur.

Toutefois en 1991, la maladie épileptique stigmatise toujours le sujet qui en est atteint. La crise épileptique a un caractère brutal, soudain et imprévisible survenant chez quelqu'un d'apparemment normal. Cela fait peur et cette peur procède d'un double mouvement : c'est la peur de la différence quand elle revient au même et la peur du même quand il devient différent. Cette peur aussi trouve son origine dans les troubles du comportement de l'épileptique en crise, troubles qui renvoient à la représentation de la violence mais encore à d'autres pathologies de « *perte de contrôle* » comme l'alcoolisme ou la folie.

Les répercussions de la maladie chez le patient épileptique sont doubles. Elles peuvent être directes c'est-à-dire en rapport avec le vécu propre du sujet face à son trouble. Cette réflexion ne fera pas l'objet d'un développement ici. En revanche, nous allons nous intéresser aux répercussions induites par l'entourage familial et la société.

La famille mais surtout les parents réagissent à la maladie épileptique lorsqu'elle survient chez leur enfant.

Il est loin d'être exceptionnel d'observer chez le père ou la mère d'un épileptique, sentiments de honte et de culpabilité en rapport avec la notion répandue de maladie héréditaire de l'épilepsie.

Surtout avec l'enfant, les relations parentales sont modifiées. Cet enfant malade est plus appréhendé comme objet que comme sujet : c'est l'épileptique, le porteur de la tare.

Les réactions de l'entourage pourront alors être divers allant de la dénégation au rejet ou à la surprotection ; cette surprotection pouvant induire un état de régression avec dépendance du patient à sa famille mais aussi aux médecins ou même aux médicaments. Il se laisse parfois passivement soigner, parfois même il est enfermé dans un statut d'invalidé que ne manquent pas de renforcer certaines attitudes sociales. Si la crise épileptique isolée n'influe pas sur le devenir social d'un patient, il en est tout autrement de la maladie épileptique.

Dès l'enfance l'épileptique tend à être marginalisé. 21 à 69 % des enfants épileptiques ont des difficultés à suivre une scolarité dans des classes normales, et sont placés en instituts

spécialisés²⁴. Leur affection entraînera également des restrictions dans la pratique des sports et en France une inaptitude au Service National. Ils sont également victimes de discriminations dans le mariage. Une enquête récente, réalisée en Angleterre, révèle que 18 % des parents déconseilleraient à leurs enfants d'épouser un(e) épileptique²⁵. Il est à noter que les épileptiques se marient moins souvent que les non-épileptiques.

Dans le domaine de l'emploi, la survenue des crises représente le motif de licenciement de 40 % des patients²⁶.

75 à 80 % des épileptiques travaillent, mais une part non négligeable le fait à mi-temps dans des emplois subalternes, souvent inférieurs à leurs compétences²⁷. De nombreuses administrations refusent d'employer des épileptiques.

On le voit, plus qu'un état médical d'infériorité, l'épilepsie dans sa chronicité et la marginalisation qu'elle entraîne sur le plan social, tend à faire entrer le comitial dans le statut difficile à définir, de handicapé²⁸.

II.6-Les représentations sociales de l'épilepsie dans les sociétés traditionnelles

Andréas ZEMPLÉNI (1982 : 6)²⁹ écrit :

L'important n'est pas d'étudier la maladie en tant que catégorie objective de la biomédecine, mais comme la maladie dont les gens ordinaires élaborent leurs propres notions sur elle à travers leurs propres pratiques, leurs propres expériences et les contacts qu'ils ont avec les spécialistes.

La maladie nécessite une quête de sens qui va plus loin qu'une simple lecture de la médecine moderne. C'est dans cette logique que Claudine HERZLICH (1970)³⁰ souligne : « *pour comprendre sa maladie, le malade va se poser plusieurs questions pour déterminer les*

²⁴ RODINE P., LENNICK P., DENDRILL Y., LIN Y. Vocational and education problems of epileptic patients. *Epilepsia* 1972, 13, 149-160.

²⁵ CAVENESS N.P., GALLUP G.H. A survey of public attitudes toward epilepsy 1979 with an indication of trends over the past thirty years. *Epilepsia* 1980, 21, p 509-518.

²⁶ HULL R.P., HAERER A.T. Follow up of epileptic out patients. *Southern Méd.* 1973 (66), 292-296.

²⁷ ROGER J., et MIRIBEL J. Note sur l'état actuel de l'emploi des épileptiques adultes, *Sem Hop Paris*, 1960, P.34.

²⁸ CHAPIREAU F. Conception du handicap par les médecins français depuis 1975. *Ann. Méd.-Psychol.*, 1989, 147, n° 1, p 129-134.

²⁹ Anciens et nouveaux usages sociaux de la maladie en Afrique, Andréas Zempleni Université Paris Nanterre, 1982. Extrait du cours Introduction à l'anthropologie médicale du Pr Antoine SOCPA.

³⁰ Claudine Herzlich, Médecine, maladie et société : recueil de textes présentés et commentés. Paris ; Ecoles pratiques des hautes études en sciences économiques et sociales, 1970, P. 318.

causes et même le sens pourquoi moi ? Pourquoi maintenant ? Pourquoi lui ? Pourquoi ici ? ». Le but de ce questionnement est porteur de plusieurs points : connaître de quelle maladie il s'agit, connaître l'origine, savoir pourquoi la maladie a débuté maintenant. Ceci dit, pour interpréter la maladie, l'individu doit trouver des solutions au-delà des solutions proposées par les professionnels de santé car l'individu veut retrouver sa place dans la communauté.

Nous n'en ferons pas une revue exhaustive, mais nous pouvons déjà à partir de travaux de nos précédents réalisés sur ce sujet en milieux traditionnels africains, dégager quelques points.

Les attitudes développées dans ces sociétés traditionnelles face à l'épilepsie sont assez proches de ce que nous en connaissons chez nous dans la communauté Zimé qui peuvent être entre autres : crainte, dégoût, stigmatisation, rejet, isolement. Allant dans le même sens, Miletto³¹ retrouve chez les Dogons du Mali des attitudes de répugnance et de peur, et note que la survenue de la crise amène l'entourage à se retirer en laissant le malade tout seul; cependant, en cas de danger immédiat (chute dans le feu ou l'eau) les proches savent vaincre leur répugnance pour éloigner le malade³².

En milieu africain, elle est à l'heure actuelle vécue comme une maladie grave, ne guérissant pas spontanément, en général considérée comme héréditaire et familiale. Chez les Dogons Miletto³³ a relevé la notion de contagion à l'origine d'un certain nombre de précautions : l'entourage évite de manger avec le malade, lui fournit une nourriture qu'il devra prendre dans une vaisselle personnelle. Pourtant nous savons que la tradition du repas africain est celle du plat communautaire, on repère ici quelques écarts par rapport à la coutume et aux valeurs de solidarité réalisent de telles attitudes.

Les représentations anthropologiques de l'épilepsie dans ces sociétés traditionnelles animistes, sont inséparables du système de croyances sacrées. Ce qui est essentiel dans ces cultures c'est la force vitale circulant entre les vivants et les morts (les ancêtres) le long d'un continuum, naissance, mort comme les maladies sont des passages dangereux, surtout si un certain nombre de précautions ne sont pas mises en œuvre conformément à la coutume.

³¹ MILETTO G. Vues traditionnelles sur l'épilepsie chez les Dogons. Médecine Tropicale, 1981, P. 291.

³² Ibid

³³ Ibid

Maladie surnaturelle, l'épilepsie est conçue, représentée comme un désordre dans les relations entre les vivants et les morts, conduisant à une possession par un esprit. C'est à la faveur de ce désordre que la personne malade entre en contact avec le monde surnaturel des esprits. La crise d'épilepsie est rapprochée de la mort et culturellement rapportée à un aller et retour au cours duquel le malade a eu accès au monde invisible ; quand la crise se termine, c'est que le malade est revenu parmi les vivants.

Ces explications animistes de l'épilepsie ont évolué et en Afrique Sub-Saharienne, elles ont assimilé d'autres références culturelles en particulier empruntées à la culture arabe.

Dans l'enquête d'ADOTEVI et STEPHANY³⁴ menée chez les Wolofs du Sénégal, il ressort que l'épilepsie est rapportée à une attaque par un « *djinn* », esprit qui se manifeste souvent sous la forme d'un tourbillon de vent. Cette représentation concerne surtout les crises d'épilepsie chez les femmes enceintes et les bébés. Dans la conception traditionnelle, pendant sa grossesse, la femme africaine est ouverte et particulièrement vulnérable. À ce titre, elle fait l'objet d'attentions et de précautions rituelles visant à la protéger.

En milieu traditionnel mélanésien (Nouvelle Calédonie), le même type de précautions entoure la femme enceinte, il consiste en une interdiction complète des rapports sexuels au-delà du 4ème mois de grossesse. Le nouveau-né est soumis à une surveillance rigoureuse de la fermeture des fontanelles que l'on cherche à contrôler à l'aide d'emplâtres végétaux. Ainsi chez les Canaques de Lifou l'épilepsie est rapportée à une fissure cérébrale sous la fontanelle antérieure liée à certaines négligences de la mère qui n'a pas respecté certains interdits, par exemple exposer son dos au totem³⁵.

D'autres représentations culturelles sont attachées à l'épilepsie : possession totémique par la Chenille Hou chez les Canaques de Lifou, représentation attachée aux formes tardives d'apparition de l'épilepsie³⁶ attaque par un tiers (sorcellerie, boucan, sort jeté). Elles sont très répandues dans les sociétés traditionnelles et au-delà de l'épilepsie concernant nombre de troubles mentaux ou des conduites. Plus spécifiques et peut être moins traditionnelles semblent les représentations sociales de l'épilepsie rapportées par ADOTEVI et STEPHANY en milieu Wolof³⁷. La crise d'épilepsie de la femme enceinte est reliée à une négligence d'interdits comme de croiser un chien qui agonise ou de frapper un chien avec un bâton.

³⁴ ADOTEVI F. et STEPHANY F. Représentation culturelle de l'épilepsie au Sénégal, région du Cap Vert et du Fleuve Médecine tropicale, Volume 41, 3, mai-juin 1986, p 283-288.

³⁵ BOURRET D. et ZELDINE G. La folie canaque - A Propos de l'étiologie traditionnelle des maladies mentales en culture mélanésienne. Evolution Psychiatrique, 1978, 13, 3, P. 548-559.

³⁶ Ibid

³⁷ ADOTEVI F. et STEPHANY F. Représentation culturelle de l'épilepsie au Sénégal, région du Cap Vert et du Fleuve Médecine tropicale, Volume 41, 3, mai-juin 1986.

S'agit-il là d'une représentation sociale hybride où se mêlent les croyances animistes et l'impact des règles de prophylaxie de la rage, la question reste posée.

II.7- Impact social de la maladie de l'épilepsie dans la communauté zimé

Au Tchad en général et dans la communauté Zimé en particulier, les conséquences sociales et culturelles de la maladie sont extrêmement préjudiciables pour les personnes épileptiques. Elles peuvent être globalement résumées en un mot : rejet ou stigmatisation. Le rejet provient également de l'entourage familial bien que les personnes ne soient quasiment jamais chassées de leur maison et dorment rarement dans un lieu à part. Il ne s'agit pas d'une exclusion réelle mais plutôt d'une marginalisation. Le malade n'est jamais banni, il est toléré, mais n'a plus de rôle dans la société. En milieu rural Zimé, l'épilepsie est considérée comme une maladie transmissible, par contamination, par hérédité, par un sort lancé ou la transgression d'un interdit par le malade.

Plus grave encore, dans certaines sociétés tchadiennes, les rites funéraires ne sont pas pratiqués pour l'épileptique. Il est parfois enterré sur le lieu même de son décès ou en dehors des cimetières communs. Les malades souffrent de cette marginalisation. Ils ont honte de leur maladie, se sentent souvent diminués et cachent alors le diagnostic aux autres. L'épileptique dans la communauté est un déviant dont on ne tolère pas l'existence. Il est un modèle d'angoisse collective et de surveillance sociale. Dans le sens du stigmatisation, l'épilepsie est désignée par plusieurs noms dans la communauté Zimé.

L'attribution des noms à la maladie oriente le phénomène pathologique, lui confère un sens et permet ainsi de dépasser le caractère indéfini et incompréhensible de l'événement. La compréhension de la maladie est d'abord appréhendée par l'intermédiaire des mots, formes objectivantes qui « *désignent la nature ostensiblement instrumentale de la relation du malade à ce qui le fait souffrir et le perturbe dans son existence individuelle et sociale* ». ³⁸

II.8-Cadre théorique

Cette partie intitulée, le cadre théorique nous permet de domicilier notre sujet de recherche à des clés théoriques et de l'intégrer dans le domaine d'interprétation et de compréhension. Selon Mbonji Edjenguèlè (2005 :16) « *le cadre théorique encore dit grille d'analyse,*

³⁸Laplantine François, Anthropologie de la Maladie. Etude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine, Paris, Bibliothèque Scientifique Payot, 1986, P. 253.

modèle théorique, est ce qu'un chercheur à trouver dans une théorie, [...], qu'il formule dans ses propres mots et qui lui servira de clé de compréhension des données... » Il sera question pour nous de sélectionner et de réinterpréter les concepts ou les éléments qui constitueront le champ d'analyse et d'interprétation adoptés qui sont l'action, attitude et le comportement qui sont choisis dans les théories suivantes : le fonctionnalisme, les représentations et l'Ethno-Perspective ou l'Ethnanalyse vont nous permettre d'identifier et à mieux comprendre les facteurs psychosociaux liés à l'épilepsie dans la communauté Zimé.

II.8.1-Le fonctionnalisme

Bronislaw MALINOWSKI et Alfred Reginald RADCLIFFE-BROWN sont les auteurs de cette théorie. C'est dans l'ouvrage de Claude RIVIERE intitulé : Introduction à l'anthropologie, Paris, Hachette, (1999 :43-46) où cette théorie est expliquée. Elle est la réaction des pères fondateurs contre les thèses majeures de l'évolutionnisme unilinéaire et du diffusionnisme. Doctrine selon laquelle chaque élément culturel ou social joue un rôle pour le fonctionnement d'un ensemble ou d'une totalité. Sous cet angle, Bronislaw MALINOWSKI (1926) souligne que *« dans tous les types de civilisation, chaque coutume, chaque objet, chaque idée, chaque croyance remplit une fonction vitale, a une tâche à accomplir, représente une partie indispensable d'une totalité organique »*. Plus loin, Claude RIVIERE (1999 :44)³⁹ rapporte la définition de la culture du point de vue fonctionnaliste comme : *« Appareil instrumental qui permet à l'homme de mieux résoudre les problèmes concrets et spécifiques qu'il doit affronter dans son milieu lorsqu'il donne satisfaction à ses besoins »*.

C'est dans cette lancée que Robert King MERTON (1946) énonce trois postulats qui sont : unité fonctionnelle, la nécessité fonctionnelle et l'universalité fonctionnelle.

1. L'unité fonctionnelle : tous les éléments d'une culture ou d'une société sont fonctionnels pour un système entier, ils constituent une totalité indispensable ;
2. La nécessité fonctionnelle : tous les éléments d'une culture sont indispensables et le caractère de leur présence peut être démontré ;
3. L'universalité fonctionnelle : tous les éléments d'une culture remplissent des fonctions sociales effectives.

³⁹ RIVIERE Claude, Introduction à l'anthropologie, Paris, Hachette, 1999, P.44.

Pour palier certaines déficiences dans cette théorie, Robert King MERTON propose les concepts suivants : fonction latente, dysfonction, substitut fonctionnel.

Les termes et expressions que nous avons empruntés du fonctionnalisme sont : fonction, fonction latente, dysfonction. Ils nous ont aidés à comprendre les éléments utilisés dans la communauté zimé pour traiter l'épilepsie, les éléments interdits, les milieux interdits aux épileptiques.

II.8.2- L'Ethno-Perspective ou l'Ehnanalyse

L'auteur de cette théorie est MBONJI EDJENGUELE. Dans son ouvrage intitulé l'Ethno-Perspective ou la Méthode du discours de l'Ethno-Anthropologie culturelle, Yaoundé, puy (2005 :65-103), l'auteur a expliqué sa théorie qui est focalisée sur les connaissances endogènes voire indigènes. Théorie qui stipule qu'il faut arrimer la compréhension des items culturels dans leur contexte de sens afin d'en extraire la substantifique moelle. Cette approche qui balise l'intelligibilité des pratiques culturelles de manière holistique fait la consubstantialité de tous les ethno-anthropologues. Une démarche particulière que l'auteur a résumée sur trois axes ou trilogies : la contextualité ou socio centralité, l'holisticité ou la globalité et l'endosémie.

Les concepts empruntés à cette théorie sont : la contextualité et l'endosémie. Nous convoquons ces deux éléments pour expliquer l'attribution de différents noms de l'épilepsie que donne la communauté zimé. Ces noms sont conférés dans une langue spécifique qui est zimé. De ce fait, MBONJI EDJENGUELE (2005 :95) martèle que *« pour avoir l'exacte signification des mots d'une langue, l'on se réfère au dictionnaire de ladite langue, de même pour avoir le sens des pratiques culturelles d'un peuple, il faut s'adresser au dictionnaire dudit peuple »*.

Ces trois concepts nous permettrons d'effectuer une lecture de sens de l'épilepsie dans la communauté zimé.

La contextualité : selon l'auteur, la socio-centralité est le fait pour l'ethno-anthropologue de domicilier les éléments à étudier, les institutions à analyser dans la socio-culture qui les génère. C'est dire que, tout fait social ne doit et ne peut s'expliquer, s'analyser que s'il est restitué dans les contextes spatio-temporels et socioculturels qui l'ont produit, contexte ou, le chercheur l'a collecté ou décrit et qui seul lui donne sens. Avec le principe de contextualité, nous avons étudié le phénomène de l'épilepsie dans la socio-culture qui la

produit et cela a conduit à décrire, analyser le phénomène en fonction des éléments fournis par le groupe. L'holisticité ou la globalité : consiste pour le chercheur à étudier un élément culturel sur tous ses aspects, toutes ses formes. L'auteur affirme que, lorsque l'ethno-anthropologue étudie un élément, item culturel, il a l'obligation de référer, de renvoyer et affecter cet élément à la totalité, au tout dans lequel il existe avec d'autres éléments. L'auteur emprunte la notion de fait social chez Marcel MAUSS pour montrer que l'unité inclut le tout. En d'autres termes, chaque phénomène contient en miniature la totalité institutionnelle. A l'aide du second principe : la globalité, nous avons durant la recherche de terrain analysé le phénomène de l'épilepsie.

L'endosémie : MBONJI EDJENGUÈLE (2005) définit l'endosémie dans son livre comme la propriété pour une structure de posséder un sens à l'intérieur de sa construction. En ce qui concerne l'endosémie, l'auteur postule que, toute culture est mode de vie et les hommes qui le vivent en ce mode de vie impartissant du sens, de la signification à chaque item de l'ensemble de leur univers culturel. L'endosémie est donc la reconnaissance du sens à l'intérieur de chaque mode de vie élaboré. Et l'anthropologue ou l'ethnologue dans son entreprise, se doit de recourir à ce sens intrinsèque inhérent, endogène. Pour avoir une nette compréhension sur les perceptions de l'épilepsie et ses itinéraires thérapeutiques, nous sommes passés par la population de la socio-culture étudiée pour qu'elle nous dise ce qui en est.

Ces trois principes ont permis d'effectuer une lecture sur l'épilepsie grâce à son approche contextuelle, globale et endosémie.

II.8.3-Le concept de représentations sociales

Le concept de représentation sociale dicte à l'individu la manière de penser, d'agir, et de se manifester dans les sociétés au moyen des règles sociales, morales, juridiques. Cette théorie nous mettra de comprendre, d'analyser, d'expliquer le comportement, la manière de faire, de penser la communauté zimé vis-à-vis de l'épilepsie.

Particulier celui de l'épilepsie et les itinéraires thérapeutiques. En effet, Jodelet (1989) souligne que :

Le concept de représentation désigne une forme de connaissance scientifique, de savoir et de sens commun dont les contenus sont des modèles pour des acteurs sociaux. De façon extensive, la représentation sociale, est une forme de pensée sociale, une modalité de pensée, pratique orientée vers la communication, la

compréhension et la maîtrise de l'environnement social et matériel. En tant que telle, elle présente des caractéristiques spécifiques au plan de l'organisation du contenu des opérations mentales et de la logique.

Pour Fischer (1987), « *la représentation sociale est un processus, un statut cognitif, permettant d'appréhender les aspects de la vie ordinaire par un recadrage de nos propres conduites à l'intérieur des interactions sociales* ». La représentation sociale se définit comme mode spécifique de connaissances. Elle correspond à un ensemble d'informations, d'opinions, et de croyances relatives à un objet. Elle fournit des notions prêtes à l'emploi et un système de relations entre ces notions permettant ainsi l'interprétation, l'explication, la prédiction. Le concept de représentations sociales permet de comprendre l'attitude des populations, le comportement, la manière de penser. Pour dire, les idées ou images que les membres d'un groupe social ou d'une société se font vis-à-vis d'un phénomène. Notons aussi que, le concept de représentation sociale permet d'observer le comportement des populations. C'est dans cette lancée que Claudine HERZLICH (1984 :71) affirme que:

Travailler sur une représentation, c'est observer comment cet ensemble de valeurs, normes sociales et modèles culturels est pensé et vécu par les individus dans une société. C'est aussi étudier comment s'élabore, se structure logiquement, psychologiquement l'image de ces objets sociaux.

C'est au sociologue français (père de la sociologie moderne) Emile DURKHEIM que l'on doit la notion de représentation sociale, car pour lui, les faits sociaux sont des choses. Pour DURKHEIM, la société est un tout, une entité originale qui est différente de la simple addition des individus qui la composent. DURKHEIM abandonne ainsi la notion de représentation collective pour s'intéresser aux représentations sociales, il essaye de voir en quoi la production intellectuelle des groupes sociaux joue un rôle dans la pratique sociale.

Des définitions psychosociales de la représentation soulèvent trois aspects caractéristiques et indépendants :

La communication : les représentations sociales sont produites par les individus et offrent aux personnes un code pour les échanges.

II.9-Definitions des concepts

II.9.1- Itinéraire thérapeutiques

Le concept « *itinéraire thérapeutique* » se compose d'un nom et un adjectif. Le nom « *itinéraire* » est défini dans le dictionnaire Larousse comme « *indication du chemin à suivre, trajet parcouru, son raisonnement* ». L'adjectif « *thérapeutique* » désigne les étapes par lesquelles l'individu peut se guérir lui-même. On pourrait conclure de la définition que l'itinéraire thérapeutique est « *le chemin parcouru pour se soigner* ». La notion d'itinéraire thérapeutique utilisée chez les anthropologues, sociologues ou psychologues, relève des représentations de la santé et de la maladie chez les individus. Plus précisément, pour les anthropologues, l'itinéraire thérapeutique se rapporte, à l'échelle d'un épisode morbide et aux choix effectués par l'individu dans son recours aux soins, de ses traitements, et de ses praticiens⁴⁰. Dans l'étude de Helen Ward et al., 1997 sur le comportement de recherche des soins de santé et contrôle des maladies sexuellement transmissibles, l'auteur a défini l'itinéraire thérapeutique comme « *toute action entreprise par des individus qui considèrent avoir un problème de santé ou être malade dans le but de trouver un remède approprié* »⁴¹.

II.9.2-Epilepsie

Le mot épilepsie vient du nom commun grec « *epilêpsia* », qui signifie « *attaque* », et du verbe grec « *epilambanein* », qui veut dire « *saisir* » ou « *prendre par surprise* ». L'étymologie pointe donc la signification sur l'aspect brusque et imprévisible d'une attaque généralisée : la crise.

De façon similaire, au Tchad précisément dans la communauté zimé, les descriptions populaires de la crise, nommée « *pipi* » en langue zimé expriment l'effet de surprise, les mouvements incontrôlés et intempestifs des membres, ainsi que le sens d'une rupture totale avec le monde environnant.

La neurologie définit aujourd'hui l'épilepsie comme « *une affection chronique, d'étiologies diverses, caractérisée par la répétition de crises résultant d'une décharge excessive des neurones cérébraux, quels que soient les symptômes cliniques ou paracliniques éventuellement associés* » (Gastaut, 1973 :48). Si les référents ou le vocabulaire varient en

⁴⁰ Parcours de soins — Géoconfluences. [Online]. Available : <http://geoconfluences.enslyon.fr/glossaire/parcours-de-soins>. Consulté, le 23-11-22 à 15h23.

⁴¹] 127 Ward, H. et al. (1997) Health seeking behaviour and the control of sexually transmitted disease. Health Policy Plan. 12, 19–28.

fonction des époques, des disciplines et les cultures, les significations descriptives de l'épilepsie demeurent inchangées : la manifestation comitiale concentre tout essai d'expression relatif à cette affection.

II.9.3-Etiologie

En médecine, l'étiologie (ou l'étiopathogénie) est l'étude des causes et des facteurs d'une maladie. Ce terme est aussi utilisé dans le domaine psychiatrie et de la psychologie pour l'étude des causes des maladies mentales. L'étiologie définit l'origine d'une maladie en fonction de signes ou symptômes, c'est-à-dire en jargon de ses manifestations sémiologiques.

En littérature, on parle de récit ou conte étiologique lorsqu'une histoire, orale ou écrite a pour but de donner une explication imagée à un phénomène ou une situation dont on ne maîtrise pas l'origine.

En philosophie, l'étiologie est l'étude de l'ensemble des causes d'un phénomène.

II.10- Originalité du travail

Nous espérons marquer une différence entre notre travail et les travaux de nos précédents qui ont mené la recherche dans le champ de l'anthropologie médicale ou encore ceux qui appartiennent aux autres disciplines et qui ont produit des travaux sur les étiologies et itinéraires thérapeutiques de l'épilepsie.

II.10.1-Originalité du travail dans la communauté zimé

De par cette recherche, nous envisageons produire un document sur la sociologie zimé. Nous voulons à travers ce travail universitaire apporter notre modeste contribution à la connaissance de la socio-culture zimé tant sur le plan social, économique, politique et culturel. Nous souhaitons que ce travail apporte un éclaircissement concernant l'épilepsie dans la communauté zimé. Nous espérons également que ce travail donnera un aperçu général de la conception zimé de l'épilepsie, car jusqu'à là nous n'avons rencontré aucun travail qui parle de notre sujet de recherche spécifiquement dans la communauté zimé. Ce travail pourra de ce fait être l'objet de critique ou de remise en cause dans le but d'approfondir la question et produire une connaissance générale sur la communauté zimé.

II.10. 2-Contribution à l'anthropologie

Nous envisageons par notre étude nous atteler sur les perceptions sociales de l'épilepsie dans la communauté zimé et les itinéraires thérapeutiques en socio-culture zimé et

présenter les différentes composantes qui figurent dans les étiologies de l'épilepsie et le chemin thérapeutique.

Notre travail a une originalité dans la mesure où il entend contribuer ou enrichir le champ scientifique de l'anthropologie médicale. Ce présent travail met en exergue les perceptions, la façon de penser, de se comporter, d'agir d'une communauté avec sa propre culture vis-à-vis de l'épilepsie.

**CHAPITRE III : APPROCHES HISTORIQUE ET
SOCIOCULTURELLE DE LA PRISE EN CHARGE DES
PERSONNES EPILEPTIQUES**

L'histoire culturelle et sociale de l'épilepsie reflètent celle du rapport du corps à l'esprit selon l'évolution des savoirs religieux et de l'histoire de la médecine que l'on se situe en Europe ou en Afrique subsaharienne. Elle révèle aussi l'évolution de la notion d'identité de la personne humaine et celle du contrôle que les sociétés exercent sur ceux qu'elles considèrent comme étant hors-normes⁴².

Il ne s'agit pas ici de proposer une histoire de l'épilepsie, mais de comprendre ce qui hante encore aujourd'hui la réalité quotidienne des personnes épileptiques, à travers les significations profondes de cette affection. La perspective de l'analyse ne correspond d'ailleurs pas à celle d'une évolution linéaire qui ferait de cette maladie le produit d'une transformation entre le passé et le présent. En effet, l'épilepsie a une histoire qui peut rapprocher des époques chronologiquement très éloignées ou, inversement, marquer d'une différence fondamentale des périodes qui se succèdent sur le calendrier. Ceci tend également à montrer qu'une maladie telle que l'épilepsie peut être à la fois caractéristique d'une société donnée et un substrat, à partir duquel les localités sont susceptibles d'être comparées entre elles⁴³. Dans cette perspective, l'opposition moderne/traditionnel ne saurait traduire une dynamique où les repères spatio-temporels n'ont pas toujours une valeur de distinction entre les époques et les lieux. Parler de l'épilepsie au présent apparaît réducteur lorsque l'on réalise que la charge symbolique véhiculée par cette affection demeure inchangée à travers les époques. En effet, l'épilepsie est une maladie qui a le pouvoir de « remonter le temps », en prêtant à des situations contemporaines, de l'époque « moderne », des conceptions déjà présentes au Moyen Age. Ainsi, lorsque Défraye⁴⁴ parle « *d'images peu évolutives* » à propos de l'épilepsie, il fait référence à des formes traditionnelles d'interprétation de la maladie-présence du surnaturel, rôle de l'hérédité, de la contagion...qui perdurent à travers les époques et les sociétés. Si ces représentations ne sont pas nécessairement fossilisées ni indissociablement associées à l'épilepsie, elles semblent néanmoins ressurgir parfois face à cette maladie avec toute l'actualité de leur origine mythique. Les significations communes de ces représentations tendent alors à faire de l'épilepsie une figure partagée entre des univers socioculturels différents.

⁴² Rapport de l'OMS de 2019 relatif à l'épilepsie

⁴³ Sophie Arborio ., *Epilepsie et exclusion sociale De l'Europe à l'Afrique de l'Ouest*, Karthala, 2019, p. 235.

⁴⁴ Beaussart-Defaye, *Les épilepsies en quelques chiffres*, Fahres, 1976, P. 252.

III.1-Histoire socioculturelle de la prise en charge des personnes épileptiques

« *Le monde moderne a été fondé par trois épileptiques : Alexandre, Jules César et Luther, sans parler de Napoléon, qui n'était pas parfaitement équilibré* »⁴⁵. Une pluralité de dénominations l'impressionnante liste de noms qui furent attribués à cette maladie dans les différentes langues indo-européennes et africaines témoignent de la volonté de la classer, afin de la maîtriser davantage.

L'épilepsie ait ainsi marqué l'histoire de son caractère spectaculaire, ou que l'histoire en ait fait une maladie si légendaire, le sens n'a guère ici d'importance. La simple remarque de sa présence dans l'ensemble des œuvres scientifiques et littéraires constitue la marque d'une affection qui a longtemps suscité le questionnement et nourrie l'inspiration. Le cheminement populaire des représentations de l'épilepsie à travers l'histoire de la maladie ne pouvait donc pas s'identifier, avant longtemps, aux poussées scientifiques initiées par Hippocrate⁴⁶. Sa compréhension et, par-là, sa résolution, étaient parties intégrantes d'une histoire mythologique représentée par des héros ou des saints qui en avaient illustré l'expérience et en avaient triomphé. La désacralisation de l'épilepsie a donc supposé une extraction en profondeur des figures et principes fondateurs de l'histoire de l'Humanité. Pour parvenir à faire de l'épilepsie une maladie objective, la médecine a dû se démarquer, en tant que discipline scientifique, d'une réalité quotidienne accrochée à ces mythes fondateurs. Dès lors, la maladie devient un objet scientifique et l'homme le lieu de cet objet. De même, la médecine est autonome des sciences humaines, du moraliste et du théologien, pour ne plus combattre ensemble le mal, mais pour l'arracher à ses racines mystiques et mythologiques. Mais puisque les saints et les héros légendaires se sont révélés être des références privilégiées dans l'appréhension de l'épilepsie au cours du premier millénaire, il semble intéressant de se conformer à l'usage de la narration pour s'y référer. Car le sujet qui nous intéresse ne saurait alors, dans les mentalités populaires de l'époque, se nommer autrement que par référence à une personne, avant de devenir la maladie qu'il est aujourd'hui devenu commun d'appeler l'épilepsie.

III.2-L'épileptique, sujet de discussion sociale

L'épilepsie n'est pas une maladie anonyme dans la littérature et dans l'histoire. Elle a en effet été maintes fois incarnée et personnalisée dans des personnages célèbres. La figure

⁴⁵ Maurois André, *Les Silences du colonel Bramble*, Cambridge University Press, 2014, P. 116.

⁴⁶ Hippocrate, *Fracture*, 1 ; *Annecienne médecine*, 9 ; *Art*, 7.

du héros, sous les traits de l'épileptique légendaire, a été représentée et a su donner une voix au malade épileptique⁴⁷. Dans ces textes historiques, l'épilepsie représente toujours un élément narratif central, dont la présence vise à intensifier la tonalité légendaire du récit (Neyraut Sutterman). Liée à des tares, ou signe « *l'une monstrueuse personnalité* », elle a marqué d'une empreinte singulière des destins d'ores et déjà hors du commun. Parallèlement, elle fut sublimée dans des récits héroïques, ou associée au génie de ceux qui en souffraient. L'histoire lui prête donc une paradoxale célébrité mais cette image si ambivalente retrouve, en définitive, une unité, dans le sentiment d'excès qui l'accompagne systématiquement. Dans la littérature, elle œuvre à la création d'une atmosphère fantasmatique, notamment à travers l'œuvre de Dostoïevski⁴⁸, dont le génie littéraire traduit une existence envahie de manifestations épileptiques. Sa présence dans la mythologie classique lui confère par ailleurs une illustration dans le domaine de l'imaginaire et de la légende. Dans la mémoire chrétienne, rapprochée du phénomène de la possession, elle représente un exemple de choix dans le combat qui opposait la pensée religieuse à l'obscurantisme et aux superstitions. Elle est notamment signe de la présence démoniaque et sa guérison illustre la conversion de l'être à une existence chrétienne. Dans l'histoire de la civilisation occidentale, elle accompagne l'ascension ou, au contraire, la décadence de grands empereurs dans le domaine médical enfin, Hippocrate la place au centre des discussions relatives au rapport de la maladie avec le domaine surnaturel.

À travers ces légendes et ces événements historiques ou littéraires, l'épilepsie a donc été « *célébrée* » et son caractère si insaisissable l'a finalement conduite au-devant de la scène. Sa place dans les représentations populaires repose sur un ensemble diversifié et partagé de références imaginaires, religieuses, littéraires, médicales et historiques. Rien d'étonnant alors qu'elle possède un si grand nombre de dénominations, d'inspirations différentes, toutes élaborées dans le but de mieux cerner cette affection à la fois si reconnue et pourtant, en de nombreux points, insaisissable. La permanence de certaines représentations populaires, telle que celle de « *terreur mystique* », n'est pas l'apanage de l'épilepsie. La lèpre ou la folie cristallise également de telles peurs au sein des représentations populaires. Leur irruption dans l'interprétation de certaines maladies pose l'éternelle question du rapport de l'individu malade à la normalité. L'épilepsie, comme la folie, occupe un rôle de premier plan dans ce questionnement.

⁴⁷ Hippocrate, Art, 7.

⁴⁸ Fédor Dostoïevski fut handicapé par des crises d'épilepsie généralisée.

III.3-L'épilepsie : sujet d'exclusion sociale

Grâce à la présence des épileptiques dans les institutions psychiatriques, certaines observations majeures ont permis d'approfondir les connaissances médicales au sujet de cette maladie. La distinction de l'épilepsie avec d'autres pathologies, mentales et organiques, a été effectuée parallèlement à la différenciation des formes de l'épilepsie elle-même. Ces nouvelles classifications sont permises grâce à la démarche de différenciation symptomatologique qui caractérise alors les réflexions de la psychiatrie. Du trouble fonctionnel ou organique à la perturbation des conduites, la psychiatrie procède à une évaluation progressive, au centre de laquelle l'épilepsie se prête à une gradation innombrable de perturbations physiques et mentales. Au début du XIX^{ème} siècle, les épileptiques bénéficient également de la grande vague de « *libéralisation des fous* », initiée par Pinel. L'hospitalisation des malades épileptiques commence à ressembler à une véritable prise en charge, spécialisée d'une part avec la création de quartiers spécifiques dans les asiles, puis d'institutions, telle National Hospital for the Paralysed and Epileptics (Londres, 1860), thérapeutique d'autre part, avec l'utilisation du bromure de potassium et de la chirurgie par trépanation en 1850 avec Pierre Broca (Ah Sun, 1979 : 72). Si l'hospitalisation, ou précisément l'internement, revêt à partir de la seconde moitié du XIX^{ème} siècle le statut « *d'œuvre de science et de bienfaisance* » (Parchappe, 1853 : 11), elle demeure parallèlement « *une mesure d'ordre public* » reconnue nécessaire, notamment dans le cas des épileptiques :

III.4-Isolement des épileptiques

Dès 1850⁴⁹, les épileptiques font l'objet d'une séparation systématique dans les établissements. Cette mesure d'isolement spécifique s'accorde à diverses raisons qu'il nous faut succinctement aborder. Sur un plan général, la nomenclature qui caractérise alors l'approche des maladies trouve son sens dans le quadrillage géographique des espaces hospitaliers. Les asiles sont, en plus des conditions générales de séparation commune à tous les hôpitaux, tenus d'opérer une sous-division spatiale, en fonction de la nature, de la forme et du degré de la maladie. Dans un premier temps, c'est-à-dire en 1815, les premières distinctions qui furent appliquées reposent sur la séparation des maladies incurables et curables. Esquirol⁵⁰, qui considérait que les épileptiques appartenaient à la première catégorie, isole ces malades dans une division spéciale de l'hôpital. Par ailleurs, il existait également une

⁴⁹ Sophie Arborio., *Epilepsie et exclusion sociale De l'Europe à l'Afrique de l'Ouest*, Karthala, 2019, p. 245.

⁵⁰ Jean Etienne Esquirol, *Bulletin d'histoire et d'épistémologie des sciences de la vie* 2013, volume 20, P. 25-46.

division fondée sur le degré de « *dangerosité* » du malade, qui conduisait les autorités hospitalières à enfermer certains aliénés dans des sections spéciales. A contrario, l'étude des aspects psychiatriques de l'épilepsie a permis également d'opérer une distinction entre les épileptiques « dangereux » (*épileptiques aliénés*) et les autres formes d'épilepsie (*épileptiques simples*), qui ne nécessitent, quant à elles, aucun isolement forcé. D'autre part, la différenciation entre l'épilepsie et la folie s'arme d'une argumentation de plus en plus nuancée qui conduit à réaliser l'importance d'une séparation, entre ces deux affections, dans les hôpitaux. Cette distinction est basée sur des localisations anatomiques divergentes entre la folie et l'épilepsie, qui se traduiraient par des manifestations symptomatiques variables. Malheureusement, la prise en charge des épileptiques ainsi que leur classification par rapport au problème de la folie furent l'objet de distorsions prolongées, tout au long du XIX^{ème} siècle entre les médecins et l'administration : Ce médecin explique notamment que le seul moyen dont il disposait pour éviter à un épileptique de tomber aux mains de la Préfecture de police était encore « *de lui jeter sur les épaules la livrée du délire* » (Legrand du Saulle, 1879 : 125). A la fin du XIX^{ème} siècle, les épileptiques jouissent enfin d'une prise en charge spécifique, dans les sections spéciales des hôpitaux, ou dans des institutions spécialisées. Accueillis dans certaines communautés chrétiennes, secourus par de riches bienfaiteurs ou bénéficiant pour certains d'un traitement de faveur dans les hôpitaux, les malades épileptiques commencent à profiter effectivement du progrès des connaissances médicales que leur enfermement a d'ailleurs favorisé (Legrand du Saulle, 1879). Néanmoins, ces mesures de prise en charge restent isolées et l'attitude générale de la société à l'égard des épileptiques est encore, en 1889, globalement discriminante. Les corps d'armée et l'administration leur sont fermés, ils sont exclus du corps électoral français, un certain nombre de métiers leur sont interdits, ils ne peuvent pas servir comme domestique et « *n'inspirent même pas la commisération* » (Burlureaux, in Dechambre, 1889 : 217). Si le mariage n'est plus proscrit, il est déconseillé pour ces malades et le divorce peut être prononcé si l'épilepsie a été dissimulée avant la consécration. Dans ce contexte, leur prise en charge rassemble toutes les caractéristiques de l'exclusion sociale, sans être toujours nécessairement associée à une démarche thérapeutique. L'idée de placer les épileptiques dans des « *colonies* » à l'écart des villes constitue certes une mesure de protection pour ces malades, mais elle représente en même temps une rupture totale des contacts avec le reste de la société (Burlureaux, 1889 : 218). Le traitement qui est leur appliqué à la fin du XIX^{ème} siècle illustre d'ailleurs une telle perception, puisqu'il est encore dominé par des conceptions morales et hygiéniques, comme en témoigne ce passage du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

En définitive, l'image que l'on se fait de l'épilepsie à la fin du XIX^{ème} siècle, y compris dans le milieu médical, rejoint ouvertement celle « *que lui appliquaient les Anciens ; c'est la grande maladie par excellence* » (Burlureaux, 1889 ; 199). On n'hésite pas, dans les désignations qui s'y rapportent, à reprendre des appellations anciennes, dont le sens semble encore correspondre aux représentations en cours.

L'absence quasi-totale de certitude dans les domaines anatomique et physiologique réduit considérablement l'écart qui sépare la médecine du XIX^{ème} siècle de celle du siècle précédent. En somme, l'épilepsie est une maladie qui semble confondre les époques, les connaissances et les points de vue. Elle en devient parfois une source de discussions entre médecins et ne semble rallier les opinions qu'à travers son caractère « *universellement reprouvé* » (Burlureaux, 1889 : 221).

En ce XIX^{ème} siècle, malgré les progrès essentiels accomplis dans le domaine médical comme dans la prise en charge des malades, l'épilepsie semble encore faire l'objet de confusions et d'incertitudes. La pensée médicale tend parfois à glisser vers des conceptions plus anciennes, tant l'épilepsie représente une maladie aux contours indéfinis. Mais ce qui nous semble plus encore relever d'une imprécision des domaines d'approche, dans l'étude de l'épilepsie, tient au caractère contagieux que l'on attribuait encore au XIX^{ème} siècle à cette maladie. Sous une forme différente de celle qui prévalait au Moyen Age et à la Renaissance, la notion de contagion poursuit néanmoins son cheminement au sein des conceptions relatives à l'épilepsie. Cette conception s'appuie d'ailleurs, en grande partie, sur des modèles explicatifs anciennement évoqués par Hippocrate en premier, puis confirmés tout au long des siècles qui suivirent.

III.5-Chronique médicale de l'épilepsie

Universellement reconnue depuis des temps immémoriaux, l'épilepsie n'en est pas moins restée dans les consciences populaires, comme dans les milieux scientifiques, un sujet d'interrogations. Selon Defaye, le sens commun opère toujours selon « *un processus d'assimilation qui entraîne à tout rapporter à la crise Grand Mal* », malgré la différenciation neurologique des formes épileptiques⁵¹.

Pendant longtemps, l'épileptique est resté parmi les malades un personnage d'exception, dont la maladie ne se classait dans aucune catégorie nosologique strictement

⁵¹ Beaussart-Defaye, Les épilepsies en quelques chiffres, Fahres, 1976, P. 335.

définie et ne disposait, par conséquent, d'aucune structure spécifique de prise en charge est disponible. En Europe, l'épilepsie a navigué entre les domaines de la physiologie, de la neurologie et de la psychiatrie, sans devenir pendant longtemps une affection spécifique de l'une ou de l'autre de ces catégories. Il en fut de même entre les domaines naturels et surnaturels d'interprétation des affections, où l'épilepsie servit d'exemple pour tenter de rompre avec la confusion qui affectait, à ce niveau, l'ensemble des conceptions de la maladie restent parfois confuses. Dans le contexte rural du Tchad, l'épilepsie suscite les mêmes incertitudes lorsqu'il s'agit de définir ses limites nosologiques.

Par ailleurs, la transmission des causes morales agit également entre la future mère et le fœtus qui ressent les chocs émotionnels vécus par la femme enceinte. On ne parle cependant pas d'hérédité dans ce cas mais d'une forme de contagion nerveuse dont la conséquence peut être l'épilepsie chez l'enfant. La conception contagieuse de l'épilepsie, par le risque d'épidémie qu'elle impliquait, conduisit à isoler ces malades dans les établissements psychiatriques. La « *contagion de l'exemple* » (Parchappe, 1853 : 89) concernait non seulement les épileptiques, mais également les maniaques et les hystériques, autant de malades que l'on essayait, dans la mesure des disponibilités de l'institution, de tenir séparés les uns des autres. La volonté de se démarquer de l'épileptique, voire de s'en écarter, fut justifiée par l'idée d'une contagiosité de l'affection. Celle-ci perdure jusqu'à la fin du XXème siècle malgré les progrès des connaissances médicales. La stigmatisation des épileptiques est un phénomène qui a traversé les siècles, identique à lui-même dans son contenu, variable de ces formes. En effet, associée à l'infamie et à la possession diabolique, l'épilepsie s'est vue reléguée au Moyen Age et avant dans l'espace de la sauvagerie et du fantastique : les campagnes, telles qu'on se les imagine alors, peuplées de monstres imaginaires et de sorcières. Puis, cette exclusion se rationalise peu à peu, sous la figure de « *l'anormal* », pervers, criminel et malade que la société a en charge de maîtriser : « *Quand la crise sépare le sujet de son semblable sain, celui-ci l'isole en réponse dans le concept d'une pathologie à contrôler* » (Dubuc, 1981 : 71). L'épileptique rejoint alors un espace urbanisé, même quadrillé, et entre dans l'institution asilaire, où il sera surveillé, observé, en même temps que les fous et d'autres formes de « *dégénérescence* ». Cette observation médicale va permettre de classer les différents types de déviance, d'inventorier les maladies mentales et finalement de constituer, pour l'épilepsie elle-même, une typologie nouvelle, plurielle, autour « *des épilepsies* ». À travers cette précision des catégories médicales, l'épilepsie émerge comme une entité

nosologique à part entière, dont la prise en charge suppose, par conséquent, la création d'institutions spécialisées.

Mais parallèlement, le malade épileptique semble perdre une identité, qui s'efface, peu à peu, derrière les terminologies qui investissent l'affection proprement dite. La maladie est moins personnalisée, le caractère légendaire de ses personnages semble diluer dans une approche à la fois plus individualisant et pourtant plus anonyme du malade. L'épileptique perd ses attributs surnaturels qui faisaient de lui « *l'homme fort* », par référence à Hercule, mais il conserve son étiquette, seul repère véritable, nosologique, médical, institutionnalisé. L'exclusion apparaît ici moins décelable qu'elle ne l'était lors du « *grand renfermement* » ; elle semble pourtant, sous cette forme plus insidieuse, tout aussi « *déshumanisante* » que dans l'idée d'une possession démoniaque : « *Que cette maladie soit dite sacrée, hors de toute communication humaine, ou qu'elle soit gardée autour du champ médical, le sujet qui l'exprime en est toujours dépossédée* » (Dubuc, 1981 :65).

On constate en définitive que l'épilepsie a toujours induit des attitudes et des représentations contradictoires, y compris en terme de stigmatisation. Ainsi, pour reprendre la pensée de E. Goffman (1975), il semblerait que l'épilepsie admette « *un stigma potentiel* », c'est-à-dire qu'elle reste, en général, dissimulée par le malade car elle est susceptible d'être l'objet d'une discrimination si elle venait à être révélée. Il semble donc préférable, compte tenu des conceptions ambivalentes qu'elle véhicule, de la concevoir comme une « *maladie à part* », tant pour la permanence des comportements de rejet qui la caractérisent, qu'a contrario, pour la fascination qu'elle a suscitée dans les représentations populaires (« *morbus divinus* »), aussi bien que dans les investigations médicales. Dire de l'épilepsie qu'elle fut une « *maladie stigmatisée* » en Europe serait, en effet, réduire considérablement la perception que l'on s'en fait, autour d'une connotation exclusivement péjorative. Or ce qui semble mieux la caractériser réside dans l'ambivalence de son appréhension, ainsi d'ailleurs que dans la perméabilité de ses frontières.

L'épilepsie a longtemps été considérée comme ayant une origine spirituelle⁵². L'hypothèse émise par Hippocrate d'un dysfonctionnement cérébral ne sera reconnue qu'au XIXème siècle avec le développement de la neurologie. Aujourd'hui, les différentes avancées thérapeutiques permettent de mieux connaître l'épilepsie. L'épilepsie, à l'instar d'autres affections, est une maladie qui a débordé du champ des descriptions médicales pour venir

⁵² Jean Arveiller (dir), Caren, Psychiatries dans l'histoire, PUC, 2008, P.99

alimenter légendes et chroniques, textes littéraires et, plus tard, réflexions médico-sociales ou psychologiques⁵³. L'étude du savoir relatif à l'épilepsie en occident concerne donc non seulement l'analyse des documents scientifiques, mais également celle des sources littéraires et historiques.

III.6-Etiologie de l'épilepsie

L'épilepsie est une maladie bien connue et identifiée dans l'Antiquité⁵⁴. Ce qui caractérise ses formes les plus sévères, la crise épileptique, a été reconnue par les médecins antiques⁵⁵, même si des cas relevant pour nous d'autres maladies ont été certainement parfois inclus dans leurs descriptions. L'épilepsie est évoquée de manière plus ou moins détaillée depuis les traités de la collection hippocratique (V^e-IV^e siècles av. J.-C.) jusqu'aux écrits médicaux de la fin de l'Antiquité. Les caractéristiques de la crise lui ont fait attribuer une origine surnaturelle, opinion combattue par les médecins hippocratiques et leurs successeurs. Cette réfutation n'empêche pas les praticiens comme les profanes de reconnaître que c'est une maladie très grave, affectant singulièrement la santé et la vie sociale du patient. L'épilepsie est de surcroît un mal qui frappe particulièrement les enfants. De nombreuses stratégies ont été déployées pour les en protéger ou les soigner en cas de maladie déclarée. Si la collection hippocratique donne de nombreux détails sur l'épilepsie des enfants, ce sont les médecins et plus largement les sources de l'époque impériale romaine qui fournissent des renseignements sur la prévention et le traitement de cette maladie. L'étude de l'attitude face à l'épilepsie de l'enfant révèle aussi la profonde influence des conceptions répandues dans la société gréco-romaine à propos de l'épilepsie en général.

⁵³ . Il existe d'ailleurs un ouvrage très bien documenté à ce sujet : O. Temkin (1971). Cet ouvrage de base a largement contribué à l'enrichissement de nos recherches relatives à l'histoire de l'épilepsie en Occident. Voir également M. Weber (1980) et R. Soulayrol (1999).

⁵⁴: Pour une synthèse sur l'épilepsie dans l'Antiquité classique : TEMKIN, Owsei, *The Falling Sickness. An History of Epilepsy from Greeks to the Beginnings of Modern Neurology*, Baltimore-Londres, John Hopkins Press, 1971, 2^e éd., p. 3-81 ; WOHLERS, Michael, *Heilige Krankheit. Epilepsie in antiker Medizin, Astrologie und Religion*, Marburg, N.G. Elwert, 1999 ; quelques passages ont trait à l'Antiquité classique dans STOL, Marten, *Epilepsy in Babylonia*, Groningue, Styx, 1993. Pour l'épilepsie de l'enfant, voir aussi : BERTIER, Janine, « Enfants malades et maladies des enfants dans le *Corpus hippocratique* », dans POTTER, Paul, MALONEY, Gilles, DESAUTELS, Jacques (dir.), *La maladie et les maladies dans la collection hippocratique*, Québec, 1990, p. 211-220 ; EADEM, « La médecine des enfants à l'époque impériale », *Aufstieg und Niedergang der römischen Welt*, 37/3, Berlin, 1996, p. 2147-2227 ; HUMMEL, Christine, *Das Kind und seine Krankheiten in der griechischen Medizin. Von Aretaios bis Johannes Actuarius (1. bis 14. Jahrhundert)*, Francfort-sur-le-Main, Peter Lang, 1999, p. 179-203.

⁵⁵ A l'exemple d'Hippocrate qui est neuropsychiatre

III.6.1-Une origine surnaturelle

La dénomination la plus ancienne de l'épilepsie montre qu'on lui prêtait une origine surnaturelle. Les Grecs la nomment la « maladie sacrée », *ierè nosos*, nom repris en latin sous diverses formes. Le traité hippocratique *Maladie sacrée* (V^e siècle av. J.-C.) affirme l'origine naturelle de ce mal et souligne qu'on le croyait envoyer par un dieu en punition d'un péché. Arétée de Cappadoce (I^{er} ou II^e siècle) et Caelius Aurelianus (IV^e ou V^e siècle) qui adaptent en latin un traité perdu du médecin méthodique Soranos d'Éphèse (II^e siècle) indiquent aussi d'autres raisons possibles de cette appellation⁵⁶, mais ce sont des spéculations tardives à une époque où son sens primitif s'était en partie perdu. À part cette dénomination, les sources d'époque impériale n'indiquent pas qu'on croit alors en l'envoi de l'épilepsie par des divinités variées.

III.6.2-Origine liée à la croyance

La croyance en l'intervention plus exclusive d'une divinité, la lune, est attestée à partir du III^e siècle av. J.-C. et surtout à partir du I^{er} siècle ; la maladie est alors appelée « *maladie de la lune* », *seléniasmos* (de *selènè*, « lune »), et le malade *seléniazomenos* ou *selèniakos*, termes traduits par le latin *lunaticus*, « lunatique ». L'épilepsie serait due à un péché contre la divinité lunaire, selon divers auteurs rapportant sans doute la croyance la plus ancienne⁵⁷. Chez d'autres auteurs, l'action de l'astre est rationalisée : sa lumière influencerait la survenue d'une crise. Pour Quintus Sérenus, l'épileptique a été conçu à la nouvelle lune, d'où sa maladie. C'est aussi une maladie considérée comme une possession démoniaque. Le nom grec à l'origine du nom actuel, *epilepsis* ou *epilepsia* (de *epilambanein*, « saisir, attaquer »), apparu au IV^e siècle av. J.-C., a été interprété par certains modernes comme faisant primitivement référence à la « *saisie* » du malade par un démon. Mais pour les médecins antiques, c'est une allusion au fait que la crise d'épilepsie attaque les sens et l'esprit ou saisit les sens de sa victime. À l'exception d'Arétée de Cappadoce et de Lucien, la possession démoniaque de l'épileptique est mentionnée surtout chez des auteurs chrétiens qui, eux, y croient. Des noms

⁵⁶Grandeur de la maladie ; attaque de la tête, siège de l'âme ; guérison seulement par les dieux ; possession démoniaque (ARETEE DE CAPPADOCE, *Signes et causes des maladies aiguës et chroniques*, I, 4, 2 (Hude) ; CAELIUS AURELIANUS, *Maladies chroniques*, I, 4, 60). Sur l'expression *ierè nosos*, voir WOHLERS, Michael, *Heilige...*, *op. cit.*, p. 122-126.

⁵⁷ARETEE DE CAPPADOCE, *Signes...*, *op. cit.*, I, 4, 2 (Hude) ; ARTEMIDORE, *Clé des songes*, II, 12 ; *Lapidaire orphique*, 480-485. Chez Horace (*Art poétique*, 454), l'expression *iracunda Diana* est peut-être une allusion à l'épilepsie.

tardifs y font allusion : *daemoniacus* ou *daemoniosus*, « possédé d'un démon⁵⁸ ». Pour Michael Wohlers, c'est une conception chrétienne d'origine juive⁵⁹. Cependant, à l'époque impériale, la croyance en la démonologie existait dans d'autres milieux (platoniciens, pythagoriciens notamment), ce qui explique que Lucien imagine dans *l'Ami du mensonge* des philosophes (péripatéticien, platonicien, pythagoricien) et même un médecin, affirmant leur croyance en des histoires de possédés et de fantômes.

III.6.3-Origine liée à la contagion

C'est également le cas d'une croyance présente hors des milieux médicaux : l'épilepsie serait contagieuse. Un passage de *l'Apologie* d'Apulée, impliquant un enfant, livre un témoignage essentiel. Apulée est vers 160 l'objet d'un procès à Oea (Tripolitaine), sous l'accusation de pratiques magiques en vue de conclure le mariage qu'il a contracté avec une riche veuve de la ville. *L'Apologie* est sa plaidoirie, publiée ensuite. Il lui était notamment reproché d'avoir ensorcelé par ses incantations un jeune esclave, Thallus ; le garçon était alors tombé à terre et se serait réveillé n'ayant plus conscience de rien. Apulée réfute l'accusation, disant qu'on l'accusait sans doute par-là de pratiques divinatoires ; or pour ce genre de choses, il faudrait un enfant « *sain, sans défaut, intelligent et beau* ». Thallus ne pourrait faire l'affaire, dit-il, car il est « *accablé par l'épilepsie* » (*morbo comitiali confectus*) ; c'est pourquoi il est tombé. Comme preuve de sa maladie, Apulée conseille de demander aux autres esclaves « *pourquoi, à la vue de Thallus, ils ont soin de cracher, pourquoi personne n'ose avec lui manger au même plat, boire à la même coupe* ⁶⁰ » ; il précise que l'enfant ne peut être présent au procès car « *il est depuis longtemps relégué bien loin à la campagne, pour ne pas contaminer la maisonnée (contaminaret familiam)* ».

Il semble exister des représentations universelles de l'épilepsie comme les attitudes de terreur, de répugnance, de rejet. Le dénominateur commun pourrait renvoyer à la confrontation, pour ceux qui assistent à une crise d'épilepsie à un spectacle dont le caractère violent mobilise des représentations immédiates de monstruosité, de déchaînement de forces de la nature non canalisées, convergeant autour de la menace de mort, mort donnée ou reçue.

⁵⁸ *Daemoniacus* : HILAIRE DE POITIERS, *Commentaire sur l'Évangile de Matthieu*, 9, 5 ; 17, 5 ; *daemoniosus* : PSEUDO-APULÉE, *Herbier*, 131, 37 ; *Passion de l'Apôtre Bartholomée*, 133, 4. Voir aussi un synonyme tardif d'épileptique chez ISIDORE DE SEVILLE (*Étymologies*, IV, 7, 6) : *laruaticus*, issu de *laruatus*, « ensorcelé, possédé, victime d'un revenant », et de *larua*, « fantôme ».

⁵⁹ WOHLERS, Michael, *Heilige...*, *op. cit.*, p. 128.

⁶⁰ PREAUX, Claire, *La lune dans la pensée grecque*, Bruxelles, Palais des Académies, 1970, p. 150-202.

Dans une perspective anthropologique, tenant compte des changements et échanges culturels, il n'est pas étonnant de voir se succéder, s'intriquer ou se superposer des représentations plus élaborées en référence aux différentes conceptions religieuses animistes (possession) ou monothéistes (le Mal, l'Impur).

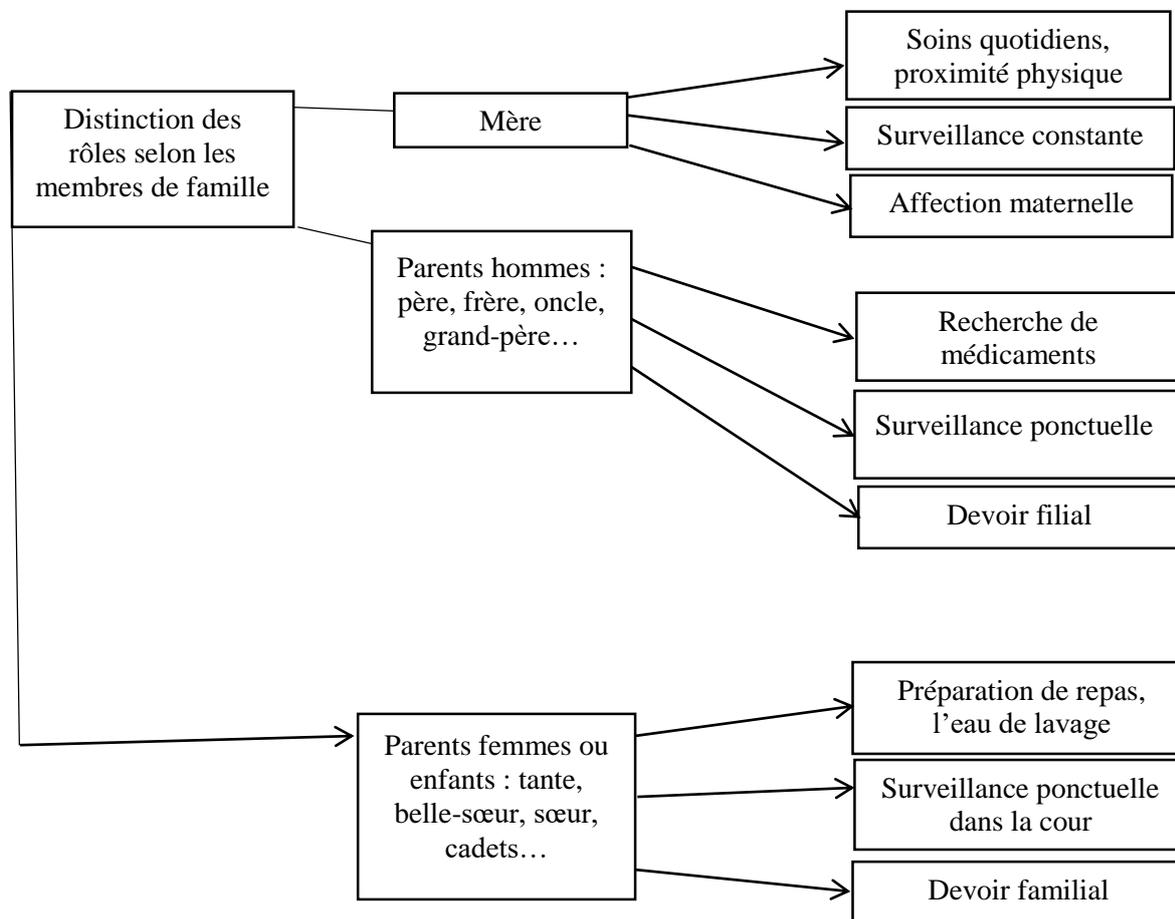
Force est de constater que l'explication médicale autorise un dégagement de ces représentations culturelles qui continuent peu à peu à accompagner l'épilepsie. En même temps que cette représentation moderne désacralise cette maladie à nulle autre pareille, elle conduit à une prise en charge médicale, à des soins et à un contrôle des crises. L'enjeu de ces représentations reste le même, il s'agit toujours de l'insertion sociale de l'épileptique.

III.7-La dimension sociale de la prise en charge de l'épilepsie dans communauté zimé

Pour maintenir la personne malade en vie et hors du danger, la famille se constitue en assistance. Cette assistance comporte des niveaux d'implication divers, respectivement assumés par les différents membres du groupe familial. Certaines tâches seront de préférence dévolues à la mère ou au conjoint, certaines seront destinées à une autorité masculine, tandis que d'autres, secondaires, pourront être assumées par un parent plus éloigné. Ce « réseau de support social » caractérise ainsi « *un répertoire de liens, autour d'un individu, susceptible de lui apporter diverses formes d'aide, c'est-à-dire une variété de ressources utilisables pour faire face aux difficultés de la vie* » (Tessier, 1985, cité par G. Cresson, 1997 : 56).

Le tableau suivant récapitule la répartition des rôles de prudence assignés à chaque membre du groupe familial dans la prise en charge de la personne épileptique :

Figure 1 : Répartition des rôles au sein de la famille, dans l'assistance de la personne épileptique



En outre, le caractère imprévisible des crises implique une attention générale du groupe familial. Celle-ci représente, en effet, une condition essentielle à la survie de la personne épileptique.

« On le surveille, lui il n'est pas comme les autres malades, on le surveille à 100% parce que sa vie est entre les mains de ceux qui entretiennent le malade. C'est une maladie pour laquelle si tu veux que le malade ait une longue vie, il faut que ceux qui sont à côté le surveillent très bien, sinon il va mourir vite » (E33 : Grand frère d'un enfant épileptique 26-12-2022).

« Tout ce qui fait pitié à l'individu dans le monde ici, la pitié d'un enfant est plus que tout ça. Mais ce que Dieu te donne, la charge qu'il te donne, tu la prends comme ça » (E35, père d'une petite fille épileptique, 26-12-2022).

Le maintien de la Personne épileptique dans sa famille est un principe généralement respecté en milieu rural Zimé. Il est rare que les conjoints et parents prennent une décision radicale qui entraîne une rupture des relations avec le malade. En outre, les exceptions

rencontrées (divorces) ne conduisent pas non plus à une situation d'isolement total puisque le malade est, dans ce cas, rendu à sa famille parentale⁶¹. Ainsi, la plupart des personnes épileptiques continuent de vivre dans leur milieu d'origine ou, éventuellement, elles se marient et reforment une nouvelle cellule familiale⁶². La prise en charge qui en découle pourrait en ce sens être qualifiée de « *domestique* », dans la mesure où elle s'organise au sein même de la cour familiale. Loin d'être occulté, le « *pipi* » domine l'ensemble de l'existence et sa présence se répercute dans tous les domaines. Sa prise en charge repose sur une « *solidarité d'intérêt du quotidien* », c'est-à-dire qu'elle vise essentiellement la perpétuation des conditions de subsistance, tant pour le malade que pour sa famille. Le maintien du malade dans sa famille nécessite une réorganisation du groupe familial autour d'une existence individuelle entièrement dépendante de son entourage. Dans ce contexte, la prise en charge de la personne épileptique ne se limite pas aux procédures thérapeutiques ; elle revêt, au contraire, un caractère « *généraliste* ». Elle s'étend, en effet, à tous les aspects de la vie quotidienne et implique une adaptation du groupe familial dans son ensemble.

La prise en charge de la personne épileptique repose donc, en premier lieu, sur des motivations d'ordre affectif (amour parental ou conjugal, compassion, pitié...). Qu'il s'agisse de s'occuper de façon ponctuelle ou permanente du malade, de supporter sa présence ou de participer financièrement, chaque membre du groupe familial est solidaire. Enfin, la prise en charge du malade est également signifiée par une implication familiale qui serait, en somme, dictée par une conscience du devoir. L'abandon total de la personne malade est une pratique socialement désapprouvée qui peut faire l'objet de déshonneur pour l'entourage. En effet, dans une communauté lignagère telle que la société Zimé, la dignité représente une valeur collective, et non individuelle, comme le rappelle Yves Person :

« *(Il s'agit d'une) dignité lignagère plus qu'individuelle, car nous sommes dans un monde de lignages* » (Person, 1983 :41).

Aussi, la prise en charge de l'individu malade est-elle conditionnée par la recherche d'une reconnaissance sociale, assujettie au devoir collectif de veiller mutuellement sur les membres de sa communauté familiale. Celle-ci subvient donc, au minimum, aux besoins fondamentaux du malade (surveillance, logement et alimentation). Au-delà des attentions

⁶¹ . S'il s'agit d'une femme, sinon, l'homme reste dans sa famille parentale, selon le principe de la patrilocalité.

⁶² . Selon l'usage, une femme mariée ira vivre dans la famille de son mari, mais dans le cas des personnes épileptiques, il arrive souvent que cette règle soit déviée. En effet, certaines malades épousent un guérisseur que son travail itinérant a éloigné de sa région d'origine. Dans ce cas, c'est ce dernier qui viendra vivre dans la famille de son épouse.

journalières, la personne épileptique bénéficie également d'un traitement religieux analogue à celui des autres membres de sa communauté. Par exemple, elle sera enterrée dans le cimetière commun⁶³, même si, comme toute personne malade, elle ne peut se rendre à la mosquée ou à l'église.

En définitive, la prise en charge de la personne épileptique est une réalité effective, en particulier dans le contexte familial où elle représente une pratique généralisée. Cependant, en l'absence de tout traitement efficace, cette assistance représente une lourde charge pour l'entourage qui ne dispose, en outre, d'aucune aide extérieure. La fréquence et la survenue brutale des crises supposent une disponibilité constante qui demeure problématique, malgré une participation solidaire des membres de la famille. En effet, une telle prise en charge constitue une source de déstructuration des rôles familiaux et nécessite divers accommodements au sein du groupe. De façon générale, une organisation sociale repose, en partie, sur un système de différenciation entre les individus qui en constituent l'unité. L'âge, le sexe, le patronyme ou la profession forment ainsi quelques catégories à partir desquelles se structure la société Zimé. À travers une telle répartition sociale, l'exclusion revêt un caractère normatif, collectivement admis.

En effet, à ce premier niveau de différenciation sociale, il existe également un système d'alliance qui fait correspondre à chaque division, un mode de solidarité spécifique. Institutionnellement, la société Zimé fonctionne donc sur la base de processus de régulation sociale opposés, à la fois séparateurs et réunificateurs. Cette structure interne module son organisation en fonction de dynamiques compensatoires, elle ne peut en ce sens, être conçue de manière inerte. En deçà du noyau fort de cette stabilité, résident des zones marginales, moins contrôlées mais dont le rôle fait également partie intégrante du processus de régulation sociale. Le sorcier occupe notamment une position significative dans cet espace, à la fois excentré et reconnu pour son rôle nécessaire à la régulation des tensions sociales. À ce compte, le processus d'une mise à l'écart ne revêt pas une forme systématique, il s'apparente plutôt à une adaptation de la société en vue de conserver sa cohésion sociale. En l'occurrence,

⁶³ Un tel constat ne recoupe pas ceux qui furent établis par d'autres auteurs ayant travaillé sur l'épilepsie dans d'autres coins du Tchad, et plus généralement, d'Afrique noire :

- A. Amani et al. (1995 :48) : « Le groupe enlève [...] le droit à la sépulture » ;
- y. Jaffré (dans revue *Épilepsies*, sous presse) : « les malades peuvent se voir interdire à leur décès une place dans le cimetière commun » (Mali) ;
- D. Bonnet (1995 : 518) : « Les malades épileptiques ne sont généralement pas enterrés dans les cimetières villageois » (Burkina Faso) ;
- S. Tinta (1996 : 96) : « Il a été enterré au cimetière commun de façon normale mais il n'y a pas eu d'assemblée de deuil dans leur famille » (Mali, pays dogon).

la maladie représente une situation de remise en cause de cet équilibre, situation à laquelle le groupe oppose un agencement spécifique de rapports sociaux. Traditionnellement, certaines affections conduisent à une éviction des malades. Il s'agit en particulier des « *maladies de dégoût* », expression à travers laquelle transparait clairement la raison de l'ostracisme social dont elles font l'objet. Cependant, les réactions stigmatisantes qui en découlent ne s'accompagnent pas nécessairement de pratiques d'enfermement et moins encore d'un regroupement des malades.

La médecine ne lui reconnaissant aucune qualité transmissible, ni « *dangereuse* » pour la société, aucune institution d'isolement ne lui fut dédiée dans la zone d'étude. En outre, la complexité des investigations neurologiques réduit considérablement les possibilités d'une prise en charge hospitalière. Dès lors, les personnes épileptiques restent dans leur milieu de vie et les modalités de l'exclusion liée à l'épilepsie sont directement dépendantes de l'organisation socioculturelle inhérente à ce contexte quotidien. Ici, la délimitation de la situation discriminatoire ne correspond pas aux contours des pratiques institutionnelles. Elle renvoie, au contraire, au niveau le plus ordinaire des relations sociales, appréhendé à partir de la diversité et de l'hétérogénéité des échanges relationnels. Avant d'être thérapeutiques, les critères de son évaluation sont éminemment sociaux ; avant d'être spécialisés, ils sont tout simplement généraux.

**CHAPITRE IV : REPRESENTATIONS SOCIOCULTURELLES
ET PROCESSUS THERAPEUTIQUE DE L'EPILEPSIE DANS
LA COMMUNAUTE ZIME**

À une époque où les connaissances « *traditionnelles* » n'avaient encore pas subi de phénomène d'acculturation, la pensée « *traditionnelle* » Zimé a fait l'objet de descriptions détaillées. À l'heure actuelle, bien que le syncrétisme des connaissances comporte encore des formes d'interprétation « *traditionnelles* », le savoir ancestral a subi les effets d'une acculturation progressive et ses détenteurs ont disparu sans avoir transmis l'intégralité de leur savoir aux générations suivantes. Par conséquent, l'étude de l'épilepsie en milieu rural Zimé a porté sur les discours de personnes parfois non spécialistes, non initiées, dont la vie quotidienne n'entretenait que peu de rapport explicite avec une pensée cosmologique traditionnelle. Néanmoins, l'observation et l'analyse de l'existence commune offrent l'avantage d'atteindre une compréhension du vécu quotidien associé à l'épilepsie. En ce sens, la perspective de recherche se détache de l'ambition d'approfondir les tréfonds de la pensée Zimé. À l'inverse, lorsque cette pensée est isolée de sa quotidienneté, elle est délibérément reconstruite par le chercheur à travers une image immuable de la « *tradition* » Zimé qui ne correspond guère à la réalité contemporaine et vécue des acteurs. Plutôt, la recherche aspire à la compréhension de l'existence des personnes épileptiques, de leur entourage et des systèmes de soins dont ils disposent. La perspective est essentiellement issue du sens commun, qui est exprimé à travers des représentations et des pratiques quotidiennes, sans nécessaire référence explicite au modèle de pensée et à l'idéologie traditionnelle Zimé.

Comme dans le discours de certains malades, la description de cette progression de la maladie peut être illustrée par des expressions sonores sous la forme d'onomatopées.

En tout cas, cette maladie c'est la chaleur. Même si cette maladie veut se lever, et qu'elle n'arrive pas à se lever, ça fait ici "tu, tu, tu, tu, tu" (bruit d'une forte respiration), ça fait en même temps "tiw, tiw, tiw" (très rapidement). Bon, si elle arrête ça, tu sues en même temps, on dirait qu'ils t'ont versé de l'eau (E10 : Guérisseur, ancien malade du « pipi », 30/11/22).

À travers ces comparaisons, les guérisseurs visent l'explication de certains phénomènes physiologiques liés à l'épilepsie.

IV.1-Representations physiques et sociales de la gravité de l'épilepsie

Le décès d'une personne épileptique résulte rarement de la maladie elle-même, mais survient plus souvent à la suite d'un accident provoqué par la crise. En milieu rural zimé, où les activités du malade le mettent en contact quotidien avec l'eau, le feu et d'autres éléments potentiellement dangereux, une mauvaise chute peut aisément entraîner la mort de la personne sans qu'il soit possible de toujours la prévenir :

Dire que ça t'a attrapé et que tu meurs d'elle comme ça, ce n'est pas nombreux. Le tout de la mort est basé sur le puits, le feu ou bien l'eau. Si ça se lève en toi, tu n'es pas au courant de toi-même (E02 : 26/11/22).

Dans ce contexte, les pertes de conscience inhérentes à l'épilepsie constituent un élément central de préoccupation corrélé à l'angoisse morbide qui l'accompagne. En effet, l'absence totale de réaction, la perte momentanée des fonctions respiratoires, ainsi que la raideur du corps évoquent, en elles-mêmes, un état cadavérique :

On dirait qu'il va mourir de suite (E8 : Grand-père d'un enfant épileptique, 30/11/22).

Cette mort « fictive » anticipe les conséquences parfois effectivement mortelles d'un accident et participe à l'élaboration d'une représentation de l'épilepsie comme « maladie de mort⁶⁴ ».

En outre, lorsque le malade « n'est pas au courant de lui-même⁶⁵ », l'idée de mort qui l'accompagne ne s'exprime pas uniquement sur un plan physique; elle renvoie également aux conséquences sociales d'un tel état. L'absence de lucidité sous-tend, en effet, une perturbation des relations sociales du malade, signe essentiel de gravité dans le discours populaire :

C'est une maladie très grave. Comme tout mal qui peut t'empêcher de collaborer avec les autres, qui fait qu'on t'abandonne, que tu manges seul. Certains meurent en puisant de l'eau, d'autres au marigot, tu es totalement inconscient, c'est une maladie très grave (E3 :26-11- 2022).

L'inconscience du malade épileptique participe ainsi à la fois aux conséquences physiquement mortelles d'un accident et à la détérioration des facultés du malade, elle-même perçue comme cause d'un retrait social de la personne épileptique. Dans cette perspective, la mort physique et la mort sociale sont appréhendées dans des termes semblables de gravité, chacune étant ramenée à un état commun, celui d'une « perte de l'esprit » :

Cette maladie n'a qu'un seul remède : partir de l'autre côté, tu meurs sans problème. Ou devenir bête, un salaud tout à fait...(E1 :26-11-2022).

Autour d'un même signe physiquement et socialement significatif, les dimensions biologique et sociale se rejoignent pour ne former qu'un pronostic sombre de l'épilepsie.

⁶⁴ Le professeur Soulayrol reprend un texte de Balzac (1951) dans lequel est décrite une crise d'épilepsie chez un enfant. Il en tire l'analyse suivante : « La crise préfigure la mort [...]. La crise mime la mort [...]. La crise est la mort [...] » (Soulayrol, 1999 : 246).

⁶⁵ De la même manière, B. Fiore cite un interlocuteur dogon qui s'exprime au sujet de l'épilepsie : « Quand mon esprit se perd, c'est comme mourir » (Fiore, 1994 : 28).

Cependant, dans certains cas, l'expression « *maladie de mort* » s'appliquera plus particulièrement aux significations sociales de l'épilepsie qui semblent, plus encore que les conséquences physiques, préjudiciables à l'existence du malade :

*Si ça guérit, si ça ne guérit pas, je suis avec ma maladie de mort.
Parce que grâce à ça, mon mariage est gâté (E5 : homme
épileptique divorcé, 26/11/2022).*

Interprétée en termes purement sociaux, la gravité du « *pipi* » se manifeste par un profond sentiment d'une « *humanité gâchée* ». Avec l'épilepsie sont atteints non seulement la personnalité propre de l'individu, sa joie de vivre, son courage, mais également, l'aspect fondamentalement social de la nature humaine. En perdant le sens de la vie, la personne épileptique perd alors tout sentiment d'exister.

IV.1.1-Le rôle de la transgression sociale

Comme la transgression d'un interdit participe à la transmission de l'épilepsie, nombre de ces « *pratiques de prudence* » durant la grossesse⁶⁶, période particulièrement riche en proscriptions. Ainsi, la femme enceinte ne doit pas se laver à une heure tardive, ni se coucher à l'extérieur de la maison sans mettre de protection entre elle et la lumière de la lune selon la croyance zimé. Cette transgression peut, en effet, être à l'origine d'une maladie infantile, dont l'aggravation aboutit à l'épilepsie. Etant couchée, elle ne doit pas se retourner sans avoir pris la précaution de s'asseoir, dans la mesure où cela risque de « *brasser des éléments dans la tête de l'enfant* », selon le discours d'un guérisseur spécialisé dans le traitement de l'épilepsie⁶⁷. Ou encore, les futurs parents ne doivent pas manger de viande de lapin, animal considéré comme atteint de cette maladie.

Dans ce cas de figure comme dans d'autres, similaires, il s'agira donc de respecter scrupuleusement tous ces interdits afin d'éviter de contracter l'épilepsie. À travers ces exemples, on constate que l'idée de transgression n'implique pas nécessairement de relation univoque entre celui qui a commis un acte réprouvé et celui qui tombe malade. Comme le suggère également F. Laplantine, l'individu qui subit les conséquences d'une transgression n'est pas nécessairement le même que celui qui est à l'origine de la violation d'un interdit :

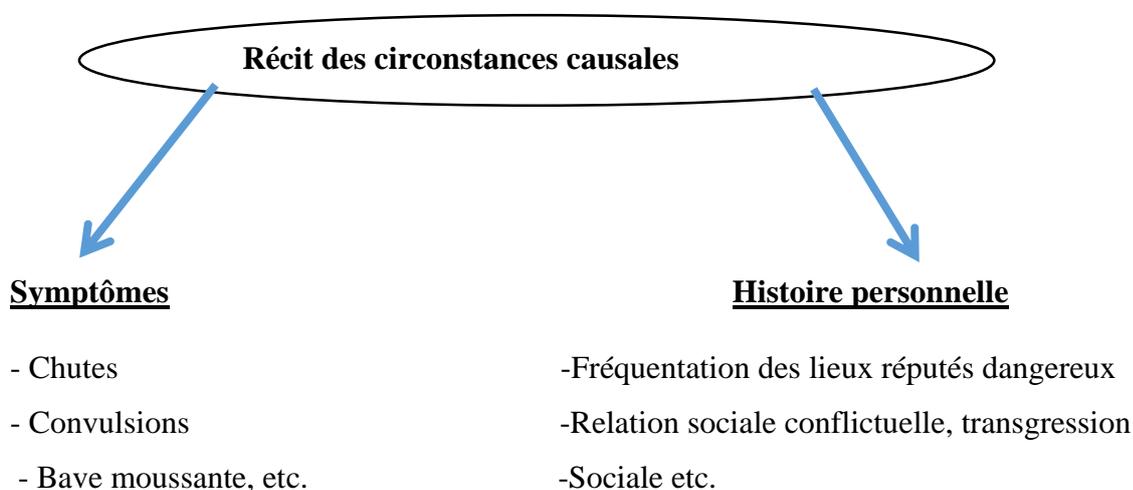
⁶⁶ De nombreuses maladies infantiles ont, dans les discours, une origine située pendant cette période de grossesse.

⁶⁷ E47 : Guérisseur traditionnel d'épilepsie.

La transgression de ces interdits peut être volontaire ou involontaire. Ainsi, après avoir touché le cadavre d'un suicidé ou l'avoir simplement aperçu, être seulement contaminé par la relation familiale qui vous lie à celui qui a été victime de cette vision sont-ils rigoureusement identiques (Laplantine, 1978 : 179).

Ainsi, les idées de contamination et de transgression sont-elles corrélées dans une large acceptation du processus de transmission de la maladie. Le respect des règles de la vie sociale représente un moyen à la fois individuel et collectif de prévention de la maladie dans la communauté zimé.

Figure 2 : Détermination étiologique de l'épilepsie en milieu rural Zimé



Source : Charles Côté Beindjeffa (2022)

Ce type d'imputation causale englobe un ensemble diversifié d'éléments de compréhension et se réfère à un contexte; il ne repose pas exclusivement sur une «*étiologie spécifique*⁶⁸» (Herzlich, 1994: 190) mais s'inscrit dans un cadre d'analyse dynamique en perpétuelle recomposition. La causalité à priori oriente les hypothèses étiologiques, tandis que leur mise en scène, sous forme de récit personnalisé, en actualise l'implication.

« *Ces maladies ont donc a priori la forme d'un couplage, mais ont précisément un contenu polyvalent, évolutif, dissimulé, qui dans le même mouvement interdit toute possibilité d'assignation biunivoque* » (Zempleni et Sindzingre, 1981 : 283).

IV.1.2-Causalités contextuelles

⁶⁸ La théorie de « l'étiologie spécifique » est apparue en même temps que les découvertes de Pasteur et repose sur le principe suivant lequel une maladie est due à l'action d'un agent spécifique, par exemple un germe (Herzlich, 1994 : 190).

La recherche d'une causalité inhérente à la maladie constitue un des thèmes privilégiés de l'anthropologie médicale. Les précurseurs de cette discipline ont largement traité de la question des causes⁶⁹, considérant ce domaine d'investigation comme une porte d'accès incontournable dans la compréhension des significations sociales de la maladie. La réflexion ne semble pas encore épuisée puisque d'autres auteurs, tels que A. Kleinman (1980), A. Zempleni et N. Sindzingre (1981), F. Laplantine (1987), ou encore C. Herzlich et M. Augé (1994) pour n'en citer que quelques-uns ont plus récemment approfondi le sujet.

La tendance à considérer les sociétés « *traditionnelles* » à partir du modèle scientifique médical⁷⁰ a, par ailleurs, contribué au développement des études sur la pensée causale. La recherche d'un sens est apparu comme le paradigme majeur de ces systèmes « *traditionnels* », même si des auteurs tels que C. Herzlich (1968), E. Freidson (1970) ou F. Laplantine (1980) et d'autres rappelaient aussi, dans le contexte des sociétés occidentales, l'implication des « *représentations sociales* » dans l'appréhension de la santé et de la maladie. Alors l'attention portée aux significations a parfois conduit à surinvestir ce domaine d'investigation tandis que la recherche d'efficacité⁷¹ par les populations a été négligée par de nombreuses études anthropologiques.

IV.1.3- Multiples implications étiologiques de l'épilepsie

Selon N. Sindzingre et A. Zempleni, la pensée causale s'interroge sur l'événement pathologique à partir des éléments d'analyse suivants : la cause, l'origine et l'agent. L'origine répond à la question du « *pourquoi ?* » et renvoie à « *une conjoncture ou un événement dont la constitution ou la reconstitution rendent intelligible l'irruption de la maladie dans la vie des individus* » (Sindzingre et Zempleni, 1981 :280). La cause répond à la question du « *comment* » et spécifie, de manière plus ou moins explicite, le « *moyen ou le mécanisme empirique ou non de l'engendrement de la maladie* » (Sindzingre et Zempleni, 1981 :280). Enfin, l'agent est une « *force efficace* » qui produit la maladie et s'attache à décrire « *qui ou quoi* » ont participé à la survenue de l'affection.

L'intérêt de cette approche réside dans la distinction opérée entre différents niveaux de causalité permettant ainsi des combinaisons étiologiques plus souples. En effet, cette «

⁶⁹ Tylor (1870), Rivers (1924), Clements (1932), Evans-Pritchard (1937), Hallowell (1941), Ackernecht (1942) témoignent de cet intérêt, selon A. Zempleni (1985 : 13).

⁷⁰ Voir également, à ce sujet, N. Sindzingre, 1994 : 99.

⁷¹ E.E. Evans-Pritchard le premier a cependant rappelé un système de pluralité des causes qui mettait en évidence différents niveaux de causalité, à partir desquels il était possible de concevoir qu'une maladie pouvait être l'objet d'un traitement physique et social sans contradiction (Evans-Pritchard, 1972).

configuration causale », telle que les auteurs la définissent, forme un ensemble d'hypothèses sollicitées en vue d'une ou de plusieurs interprétations étiologiques. Selon les discours relatifs à l'épilepsie, l'un ou l'autre de ces niveaux d'interrogation pourra être précisé ; parfois, également, aucun d'eux ne trouvera de réponse spécifique au cas considéré.

IV.1.4- Périodicité des crises

La principale distinction entre le « *pipi* » et la folie réside dans le caractère ponctuel du premier, tandis que la folie est perçue comme un trouble permanent. L'absence momentanée de lucidité chez les personnes en état de crise d'épilepsie conduit, dans certains cas, à comparer les deux affections. Toutefois, tous les discours s'accordent sur cette distinction temporelle trouble permanente ponctuelle qui sépare les deux maladies. L'alternance entre des périodes de vie « *normale* », pendant lesquelles la personne épileptique vaque à toutes ses activités, et les brutales ruptures qui rompent le cours de l'existence, caractérise le dynamisme paradoxal de l'épilepsie.

Si ça la laisse tout de suite pour arriver le mois prochain, avant ce moment, elle va piler le mil, elle va laver les habits, elle fait tous les travaux, elle fait le commerce comme il le faut. Parce que le moment où la maladie l'attrapait, cela trouvait qu'elle vendait très bien. Mais si ça l'attrape seulement, elle n'a plus de compréhension. En tout cas, elle ne sait plus quelle parole dire, elle ne sait que faire. Elle se lève pour aller se promener seulement devant les gens, elle va s'arrêter comme ça seulement (E9 : mère d'une jeune fille épileptique, 30/11/2022).

Le rôle du « *récit de commencement* » a été précédemment montré dans l'appréhension de cette maladie. Celui-ci prend une importance d'autant plus grande qu'il marque le début d'un enchaînement de crises, entre coupé de multiples rémissions. L'interprétation porte alors sur le caractère récurrent du « *pipi* », « *cette chose qui ne finit pas*⁷² » et qui, paradoxalement, peut atteindre des rémissions de « *cinq mois*⁷³ ». Ainsi, l'absence de régularité dans l'apparition des crises participe à la confusion qui marque globalement l'affection :

Ça se fait tout le temps [...] ça peut lui arriver plus de dix fois en une seule journée, et elle peut rester une semaine dans cette situation. Puis ça se calme. Elle peut alors rester plus de vingt jours sans tomber (E4 : mère d'une enfant épileptique, 26/11/22).

⁷² E9, mère d'une jeune fille épileptique, 30/11/22

⁷³ . E2, 26/11/22.

Cependant, l'entourage s'efforce de repérer les signes précurseurs d'une crise établis à partir de manifestations organiques ou comportementales singulières. Ainsi, l'observation des symptômes introduit un premier élément de stabilité dans la complexité de l'appréhension du « *pipi* ». Parmi ces signes précurseurs, les fugues du malade constituent un repère essentiel, très présent dans les discours de l'entourage :

Quand ça commence, on dirait que ça augmente sa promenade. Elle va partout. Elle n'est au courant de rien, elle marche seulement (E4 : mère d'une enfant épileptique, 26/11/22).

Dans ce cas, la famille doit prévenir les égarements du malade qui le conduiraient en brousse à une mort probable. En période de crises, le temps semble s'être arrêté, l'espace se fait infini. Pour le malade, la perception spatio-temporelle est abolie ; pour l'entourage, il semble donc primordial d'en maîtriser certains éléments. Ainsi, la temporalité constitue un critère déterminant dans l'appréhension de l'épilepsie. Elle représente une connaissance progressivement acquise par le malade et son entourage sur le déroulement de l'affection, notamment à travers la périodicité des crises. La régularité de certains phénomènes naturels offre alors une base essentielle à la constitution de repères temporels dans la survenue des crises d'épilepsie.

Les phases lunaires constituent un premier indice⁷⁴ d'évaluation dans le déclenchement mensuel des crises:

C'est quand la lune rentre dans l'obscurité, avec la pleine lune, pour elle, ça se lève à ce moment-là (E7 : mère d'une femme épileptique décédée, 30/11/22).

Lorsque la pleine lune se lève, ou au contraire disparaît, la période est considérée comme favorable à l'apparition d'une nouvelle série de crises. Pour autant, les phases de la lune ne sont pas significatives en elles-mêmes ; elles sont utilisées comme de simples repères temporels dans l'évaluation pragmatique d'une périodicité mensuelle. En effet, si la plupart des malades se réfèrent à la « *lune noire* » ou à la « *pleine lune* » pour expliquer la survenue de leurs crises, aucun n'est à même de lui prêter une explication quelconque. À un second niveau, les crises sont distinguées selon leur apparition nocturne ou diurne :

Pour elle, ça se lève la nuit quand elle se couche (E9 : mère d'une jeune fille épileptique, 30/11/22).

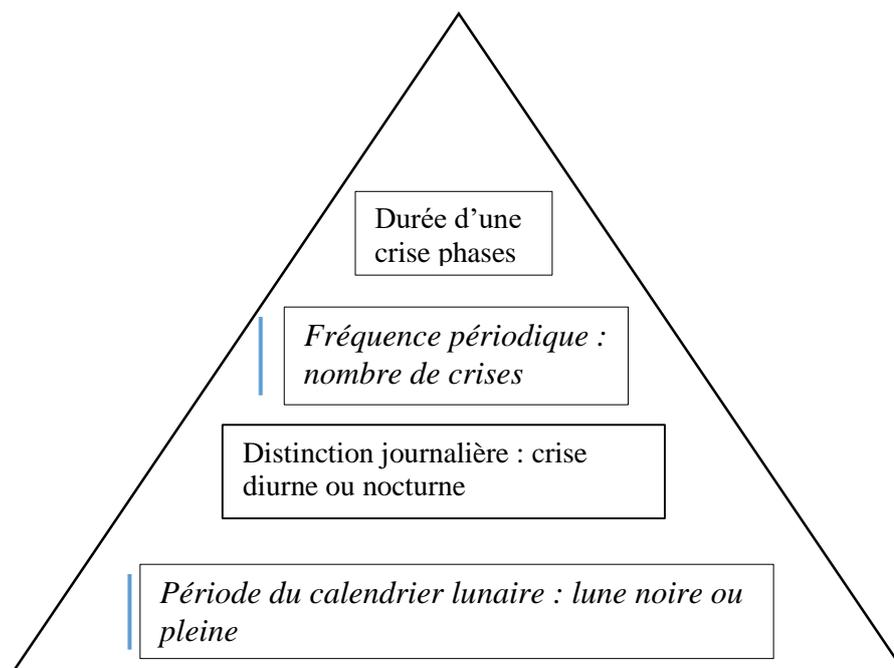
⁷⁴ Lorsque le malade est une femme, il peut également s'agir de la période des menstrues : « C'est au moment où les règles veulent venir en elle », E9, mère d'une jeune fille épileptique, 30/11/22.

Pour le premier jour, ce n'est pas grave. Pour le deuxième jour, des fois ça s'aggrave, elle passe toute la journée à se lever (E6 : Père d'un enfant épileptique, 30/11/22).

La crise elle-même fait l'objet d'une observation précise entre les différentes étapes qui la composent : signes précurseurs - convulsions sommeil-période d'incohérence. En outre, la périodicité des crises constitue un élément d'appréciation de l'évolution de la maladie. Dans l'intervalle critique, le nombre des crises peut augmenter ou diminuer, ce qui constitue une mesure élémentaire dans l'évaluation d'une aggravation ou d'une amélioration de l'affection.

En définitive, la perception temporelle du « *pipi* » représente un pôle de référence essentiel à partir duquel une certaine cohérence sera introduite dans le processus pathologique. Le schéma suivant en rappelle les principaux niveaux :

Figure 3 : Appréhension temporelle de l'épilepsie



Source : Sophie Arborio : Epilepsie et exclusion sociale De l'Europe à l'Afrique de l'Ouest, Karthala, 2019, P.254.

Cette constatation relative à la perception temporelle du « *pipi* » montre une observation minutieuse de la maladie par l'entourage, ce qui révèle l'attention portée à la personne épileptique au sein d'une famille.

IV.2- Itinéraires thérapeutiques

En première instance, le rôle de la famille s'attache à la résolution physique de l'événement pathologique. Une mobilisation collective des ressources financières accompagne la prise en charge thérapeutique de la maladie. Chaque membre du groupe apporte une contribution personnelle en s'informant sur les modalités de traitement et en engageant certaines sommes dans les dépenses liées aux soins.

Dans toute la famille, même la famille maternelle, il n'y a personne qui n'a pas fait de son mieux et sa possibilité là-dedans (E12 : père d'une enfant épileptique, 03/12/22).

S.Tinta⁷⁵, dont une partie des travaux porte sur l'épilepsie en pays dogon, précise que « *c'est en famille que sont affrontés les problèmes de la santé individuelle et collective. Il existe un réseau de responsabilité, fondé sur les liens de parenté, et cette solidarité se manifeste à l'occasion de certains événements comme, par exemple, la prise en charge du malade* ». Préalablement à la consultation, pour le choix du thérapeute et de la thérapie, intervient un consensus familial. Ici, l'isolement du malade et de sa maladie disparaît au profit d'une prise en charge collectivement assumée. Dans cette perspective, la recherche d'une thérapeutique appropriée constitue une préoccupation centrale de l'entourage du malade. À la différence d'autres affections, qui pourront être traitées au sein du groupe familial, la gravité du « *pipi* » oriente la recherche des soins vers différents « *spécialistes* » en dehors de la sphère familiale. Un membre masculin le père, l'oncle, le frère ou, éventuellement, le grand-père est chargé de se rendre aux endroits indiqués pour le traitement, avec ou sans le malade. La recherche des soins débute dès les premiers signes, même s'ils sont au départ attribués à d'autres maladies à caractère convulsif. Toutefois, la récurrence et l'aggravation des troubles convulsifs conduisent progressivement au diagnostic du « *pipi* », diagnostic qui révèle une affection connue pour sa difficile curabilité.

La première fois qu'il est tombé, ils l'ont emmené au dispensaire ; on nous a dit qu'il n'avait rien, si ce n'est un palu chronique. Ils l'ont fait coucher, ils lui ont donné de la nivaquine, soit disant que c'était le palu chronique, mais moi je n'ai pas pu croire à ça (E14 : mère d'un enfant épileptique, 03/12/22).

Les ressources « *traditionnelles* » sont, quant à elles, plus nombreuses ; elles comptent en effet, des tradipraticiens installés dans la région, ainsi que des guérisseurs itinérants, régulièrement de passage.

⁷⁵ L'identification de l'épilepsie en milieu rural bambara(Mali), Paris, 1997, P. 35.

Parmi ces différentes possibilités dont les procédés se révèlent généralement inefficaces⁷⁶, l'entourage poursuit ses investigations en opérant des choix thérapeutiques. Bien qu'hypothétique, la notion de choix apparaît centrale dans la mesure où elle véhicule et agence différents niveaux d'appréhension de la maladie. La possibilité d'une sélection prévaut dans la constitution d'un dispositif thérapeutique spécifique. Dans la décision de suivre l'une, l'autre ou l'ensemble des stratégies de soins, interviennent en effet des contraintes ou des influences, des tentatives ou des convictions, des nécessités ou des espoirs... autant de déterminants qu'il est nécessaire de prendre en considération.

Un premier constat laisse apparaître que le choix d'un traitement n'intervient pas de manière identique tout au long de « *l'itinéraire thérapeutique* ». À travers l'emploi de cette expression, M. Augé cherche, notamment, à mettre en évidence la complexité du réseau des alternatives que le malade rencontre au fur et à mesure de ses investigations.

On a cherché des médicaments, au début, les docteurs ont donné le médicament du palu mais n'a pas été une chose satisfaisante. Ils ont dit qu'il y a un comprimé qui la finit à Kélo à 1250Fcfa. On est parti visiter et ils ont donné une ordonnance. Après je n'ai plus visité encore. J'ai pris ça deux fois mais rien de bon, j'ai consommé deux de ce paquet. On a fait alors les médicaments traditionnels (E16 : Jeune homme épileptique, 03/12/22).

Dans le même temps, les guérisseurs peuvent être sollicités sur la seule base de leur réputation. Là encore, l'inefficacité des traitements se révèle générale et la confiance de l'entourage et du malade s'érousse sous la répétition des échecs thérapeutiques. Au même titre que la médecine « *moderne* », les traitements « *traditionnels* » sont l'objet de désillusions ; ainsi, le savoir des guérisseurs s'en trouve-t-il discrédité, assimilé à une entreprise malhonnête. À cette étape de la recherche des soins, l'abandon de l'une ou de l'autre des formes thérapeutiques ou l'utilisation prépondérante de l'une, constitue une première démarche alternative. Dès lors, apparaissent plusieurs cas de figure concernant les choix thérapeutiques. Néanmoins, tous ces choix sont dans l'ensemble dominés par la préférence accordée aux médicaments « *traditionnels* ».

Dans un premier temps, l'inefficacité des traitements pharmaceutiques aboutit à un abandon de cette forme de soins, sans pour autant que soit mis en cause le choix médicamenteux.

⁷⁶ « En fait, les médicaments antiépileptiques correspondent dans la quasi-totalité des cas à une prescription non médicale, sans indication posologique et sans surveillance thérapeutique, ce qui veut dire que ces traitements sont parfaitement inefficaces. »

Face à l'échec des premières tentatives de guérison, l'influence idéologique prend de l'importance. En effet, après avoir connu l'expérience décevante d'une médication « *moderne* », l'entourage s'en tient au fait généralement admis que « *le pipi n'est pas une maladie des docteurs*⁷⁷ », Cependant, en l'absence également de toute efficacité thérapeutique « *traditionnelle* », cet abandon des formes « *modernes* » de traitement n'est pas définitif. Ainsi, il peut arriver qu'à l'occasion d'une brûlure ou d'une autre blessure, le malade soit conduit dans une structure médicale plus importante où un diagnostic pourra être établi, réorientant le traitement sur une médication moderne.

IV.2.1- Répercussions sociales du traitement de l'épilepsie

Dans l'ensemble, l'amélioration effective de l'état de santé des patients modifie considérablement leur existence quotidienne et influe sur leurs relations sociales. Néanmoins, pour la plupart des malades, ce changement est essentiellement perçu comme un retour à un état de santé antérieur à leur maladie.

Ça n'a rien changé dans sa vie, elle est retournée à son ancienne habitude (E29 : grand-père d'une fille épileptique 26/12/2022,).

En effet, la conception de la guérison s'enracine dans une appréhension pragmatique de la santé, basée sur la capacité du patient à accomplir des tâches ordinaires telles que cuisiner, cultiver, puiser de l'eau, s'occuper de sa famille... La récupération d'un état physique et mental permettant l'exécution de ces devoirs sociaux constitue donc une première étape dans le processus de réinsertion sociale du malade. La disparition des crises participe à l'élargissement du champ d'activités et de relations des patients, qui ne sont plus contraints d'éviter toute manifestation publique. Dès lors, les hommes voyagent et cultivent, les femmes fréquentent le marché, font un petit commerce, vont ramasser du bois ou se rendent dans les localités lointaines seules ; autant de situations que la crainte de « *tomber en public* » ou, au contraire, dans un lieu isolé, rendait impossible.

Elle fait le commerce. Elle prépare les patates pour les vendre. Les gens payent ses choses vendues pour les manger. Elle faisait ça aussi avant que sa maladie ne s'aggrave. Mais avant la prise des médicaments, je n'acceptais qu'elle parte au marché. Depuis elle fait le marché, les jeunes femmes viennent la chercher, elle part avec elles souvent (E26 :Mère d'une jeune fille épileptique, 13/12/2022).

⁷⁷ E14, homme épileptique célibataire, 04/12/22

Le contact avec l'extérieur ou, plus largement, avec l'inconnu est à nouveau accessible aux malades, qui retrouvent ainsi une vie sociale au-delà des limites familiales.

Je fréquente les gens, les gens me fréquentent. Si je reste chez moi, les gens passent toute la journée ici. Moi aussi, je vais aux lieux publics quand je veux. Je vais en voyage aussi. Je n'ai plus peur. Partout où je vais maintenant, je suis sereine. Dieu merci (E19 :Femme épileptique mariée, 13/12/2022).

De sorte que certains malades jusqu'alors célibataires se sont mariés ou envisagent cette éventualité avec plus de confiance.

Ça va faciliter mon mariage. Mais même si je tombais encore, je vais avoir une femme, mais le médicament va le faciliter. Mes parents pensent à mon mariage (E23 :Jeune homme épileptique célibataire, 13/12/2022).

La disparition des crises facilite pour certains patients la dissimulation de leur affection vis-à-vis des personnes étrangères. Un jeune homme épileptique a pu ainsi épouser une femme d'un village éloigné du sien en lui cachant l'existence de son affection.

J'ai marié une femme, elle est enceinte. Mais ça n'a pas été dit pour ma maladie. Et comme ça ne s'est levé qu'une seule fois devant elle, la nuit, elle n'a pas su ce que c'était. Je ne lui ai rien dit parce qu'un homme est un secret. On ne doit pas dire tout son secret à une femme, si elle le découvre d'elle-même, c'est d'accord, sinon moi, je ne veux rien lui dire. Le village d'où elle vient n'est pas dans la région, c'est dans celle de Laï, de l'autre côté du fleuve (E25 : jeune homme épileptique, 13/12/2022).

D'autres malades ont, quant à eux, fait le choix de diffuser la nouvelle d'une amélioration de leur état de santé, appréciant les réactions positives qui en découlent.

IV.2.2- Différents aspects pragmatiques du choix thérapeutique

La dimension pragmatique du choix thérapeutique transparaît, en premier lieu, dans une préférence accordée au médicament en fonction de son efficacité thérapeutique. En effet, le choix s'avère en grande partie déterminé par la capacité du traitement à faire cesser, le plus durablement possible, les effets de la maladie. L'efficacité d'un médicament motive alors la poursuite du traitement et l'engagement de ressources financières et humaines.

Entre traitement moderne et traditionnel, c'est celui qui peut le soigner pour le finir, le finir totalement, c'est celui-là qui est bon. Celui qui traite bien, c'est ce qui est bon (E11 : homme marié, 03/12/22).

Si l'efficacité thérapeutique surpasse tout autre argument de choix, deux autres contraintes plus prosaïques entrent également en ligne de compte. Leur importance se révèle d'autant plus grande que les résultats des traitements sont insatisfaisants. En premier lieu, le coût financier du traitement ainsi que la nature de ce coût orientent le choix d'une thérapie. Si le premier ne semble pas déterminer, a priori, une alternative plutôt qu'une autre, la nature de la dépense constitue à l'inverse un argument non négligeable. On s'attendrait à trouver systématiquement une réticence à l'égard de la charge financière occasionnée par les médecines « modernes ». Pourtant, dans certains cas, le montant sollicité par les guérisseurs excède largement celui que supposerait un suivi médical.

Nous sommes allés dans beaucoup de villages avec elle, nous avons fait beaucoup de choses, nous avons beaucoup dépensé, c'est trop. Quand on n'a pas d'argent on vend le mil ou le riz, ma femme a vendu ses habits. Maintenant on est fatigué, on est assis, nous avons laissé tomber (E15 : Père d'une enfant épileptique, 03/12/22).

La nature du coût influe également sur le choix d'une thérapie. La contrainte monétaire inhérente au système moderne de biens et services tend, en effet, à conférer au coût médical une valeur supérieure à celui d'une thérapie traditionnelle. À coût financier équivalent, un traitement moderne constituera un investissement plus difficile à réaliser. En effet, le paiement « en nature » d'un guérisseur, avec une poule, un mouton, un bœuf ou encore un tissu, constitue une alternative supplémentaire, non négligeable dans un contexte rural. En outre, quelques guérisseurs soignent sans compensation financière, tandis que le système de soins moderne implique une dépense systématique. Enfin, auprès des guérisseurs, un crédit est toujours envisageable à la différence des structures médicales qui nécessitent un paiement au comptant. En second lieu, l'accessibilité géographique au traitement représente également un argument intervenant dans le choix d'un itinéraire thérapeutique. Face à l'inefficacité générale des traitements, le choix d'un approvisionnement plus aisé semble déterminant. Certains membres de l'entourage du malade se rendent en brousse, aux abords de leur village, pour y cueillir les ingrédients nécessaires à la préparation du médicament « traditionnel ».

Au regard de ces considérations très pragmatiques, le choix d'un traitement apparaît entièrement guidé par une approche fondamentalement matérialiste de la situation pathologique. Pourtant, celle-ci n'exclut pas la dimension religieuse, également très présente dans l'appréhension du traitement du « pipi ». Les interprétations religieuses de la réalité

thérapeutique agissent, en effet, dans un rapport de complémentarité avec un ordre pratique de résolution pathologique.

IV.2.3- Dimension biomédicale du traitement de l'épilepsie

Dans l'ensemble, malgré les effets secondaires présents en début de traitement, les malades sont très satisfaits des résultats obtenus grâce au phénobarbital. La réduction du nombre de crises, de leur intensité, ainsi que la diminution des troubles consécutifs aux crises (céphalées, courbatures...) participent à une amélioration générale de l'état de santé : sur les plans physique, psychologique et psychique.

Si je prends le médicament ; ça libère tout mon corps (E34 : homme épileptique, 26-12-2022).

En outre, selon les intéressés, cette amélioration générale contribue à une meilleure défense de l'organisme contre les «*petites maladies*⁷⁸ » :

Depuis que la prise de médicaments a commencé jusqu'à aujourd'hui, ça ne s'est pas levé en lui encore. Beaucoup de petites maladies l'attrapaient aussi, mais on peut dire que ça a fini toutes celles-ci. N'est-ce pas que pour le moment on n'a pas de déception envers ce médicament actuel ?! Le médicament est bon jusqu'à dépasser les bornes (E36 : grand frère d'un homme épileptique, 26-12-2022).

Les changements physiques apportés par le traitement sont essentiellement perçus par les malades comme une possibilité de retrouver diverses activités quotidiennes que leurs crises avaient, pour certains, considérablement restreintes.

Je lave les ustensiles, les manites sales, je pile le mil, je pars au champ pour ventiler le riz et je prépare (E38 : femme épileptique, 26-12-2022).

Par ailleurs, la rémission des crises s'accompagne d'une amélioration significative de l'état psychologique du patient. En particulier, c'est mieux-être se traduit par un sentiment de confiance renouvelé ; sentiment qui permet au malade d'élargir son champ d'occupations sans avoir la crainte de «*tomber brusquement* ». Il est exprimé à travers les énoncés suivants :

- « mon esprit se tranquillise » ;
- « avant, je me méfiais » ;
- « je lui fais confiance (au médicament) » ;

⁷⁸ Selon l'expression locale

- «je n'ai pas peur ».

De la même manière, l'entourage retrouve un sentiment de sérénité qui supplante l'inquiétude perpétuelle d'un possible accident :

Si quelque chose devait lui arriver, ce serait un fait de Dieu. Sinon tant qu'elle est en train de manger le comprimé, je lui fais confiance vraiment, je n'ai même pas peur (E39 : mari d'une malade épileptique, 26-12-2022).

Les troubles psychiques ressentis par certains malades ont cessé, hormis chez une patiente qui continue à dire et à faire des « *paroles et des actes insensés lorsque la maladie veut se lever* ». D'autres malades, dont la gravité de l'affection avait entraîné un comportement comparé à celui du « *fou* » sont, quant à eux, libérés de leur « *aliénation* » :

Il n'y a plus la folie là-dedans. Il n'y a plus cette parole. La folie est finie, complètement, complètement. Il ne fait plus de bruit. Avant, il pouvait faire une semaine en restant dans sa chambre sans rien faire. Il fuyait en brousse jusqu'à ce que nos gens du village sortent pour aller le chercher. Il disait qu'il voyait le serpent... Mais aucun de ceux-ci ne se passe maintenant (E43 : grand frère d'un homme épileptique, 07-01-2023).

Les épisodes hallucinatoires ont également disparu chez tous les patients qui s'en plaignaient avant la prise de l'antiépileptique :

Elle ne voit plus rien maintenant, elle ne voit plus les diables (E42 : frère d'une femme épileptique, 07-01-2023).

Enfin, les troubles de la compréhension qui affectaient certains malades ont considérablement diminué. Cette amélioration a confirmé l'opinion de l'entourage selon laquelle la « *sottise* » du malade était essentiellement due au « *pipi* ». De sorte que, dans cette logique, la guérison de cette maladie entraîne la disparition des troubles qui lui sont attendants :

Le fait qu'elle ne connaisse rien aux choses était dû à cette maladie. Si elle va mieux, le fait de ne rien connaître va aller mieux aussi (E45 : mère d'une jeune fille épileptique, 07-01-2023).

En définitive, les effets du traitement induisent une perception centrée sur l'idée que le médicament « *ne finit pas la maladie mais fait du mieux* », qu'il « *calme la maladie*⁷⁹ » et repousse sa survenue:

⁷⁹ [En français] dans le discours.

Même si ça doit se lever, le médicament la calme et ça dure sans se lever. En tout cas ça a été mieux pour moi beaucoup (E44 : Femme épileptique, 07-01-2023).

Si la résolution définitive de la maladie par ce traitement demeure un sujet d'interrogation pour les malades, l'efficacité du médicament est pleinement reconnue et ses qualités préventives suffisent à obtenir du patient une adhésion totale à ce type de traitement.

Fini en vérité, grâce à ce comprimé. Parce que cela vaut sept mois maintenant. Mais je continue de prendre le médicament. Ce qui est mieux pour ta maladie, c'est ce que tu prends. Parce que je ne dirais pas qu'elle est finie totalement mais ça a été mieux pour ma maladie. J'ai vu son utilité. Donc si tu le laisses, si ça va se lever ou pas, personne ne peut le savoir (E46 : Jeune homme épileptique, 07-01-2023).

L'efficacité du médicament est notamment traduite par le fait « d'aller mieux ». À un premier niveau, l'absence de douleur, de vertige ou de signe extérieur témoigne de l'amélioration concrète de l'état de santé du malade. À un second niveau, cette récupération est signifiée à travers la capacité du patient à accomplir des travaux courants :

Il Ya du mieux maintenant, tu ne sens pas la maladie en elle. Cela veut dire qu'il y a du mieux. Elle ne pouvait pas travailler sans qu'elle ait mal à la tête, dans tout le corps même. Mais depuis que le traitement a commencé, tout cela est fini maintenant (E47 : mari d'une malade épileptique, 07-01-2023).

Un état des représentations et des pratiques liées à l'épilepsie

Le « travail du médicament⁸⁰ »

La disparition des symptômes de la maladie, ainsi que l'amélioration générale de l'état de santé découlent, selon l'expression locale, du « travail du médicament » :

Depuis que j'ai commencé à prendre ce médicament, ça doit valoir trois mois maintenant, aucun mal de tête ne se fait plus et mon cœur ne tremble plus. Au point que j'ai même demandé à ma mère de le vérifier pendant que je dormais, quand moi-même je ne suis pas au courant » (E50 : femme épileptique veuve, 07-01-2023). « Il y a plus de santé. Je n'ai pas failli à mon devoir, actuellement, je travaille jusqu'à satisfaction, jusqu'à ce que je sois fatiguée. Sinon, avant je ne pouvais pas atteindre ce niveau, je tremblais.

En outre, la rémission de la maladie est illustrée à travers l'idée d'une dynamique que le médicament génère en combattant l'affection.

⁸⁰Selon l'expression locale (Litté) « le médicament a fait son travail beaucoup ».

La guérison du malade est perçue comme l'issue d'un combat contre la maladie, auquel le médicament participe activement. Dans la mesure où le « *pipi* » est une affection « *qui dure* », ce combat est lui-même conçu dans la durée avant d'obtenir une guérison définitive. La « *force* » de la maladie est liée à une accumulation temporelle de ses effets et sa disparition totale nécessite, à ce titre, une diminution progressive de son intensité. Dans cette perspective, l'idée d'un traitement à long terme est tout à fait acceptable pour les patients ; alimentée par la diminution concrète des signes de la maladie, elle est perçue comme une lutte au cours de laquelle la maladie perd peu à peu de sa « *force* » sous l'effet du médicament.

Je pense que la maladie est toujours dans mon corps. Oui, je l'ai. Mais ça ne vaut pas l'ancien. Comme la maladie a trop duré, ça sort petit à petit. Chaque fois que ça se lève, il y en a moins. Selon mon calcul, ce médicament a ré-soulevé la maladie, au fur et à mesure que ça dure, ça pourra la combattre (E49 : femme épileptique mariée).

Certains signes durables, tels que des actes incohérents encore effectués par une des patientes, sont eux-mêmes interprétés comme le fait que « *la maladie est en train de finir* ». Ces symptômes marquent une forme de résistance de la maladie et sont l'illustration même du combat contre l'affection.



**CHAPITRE V : ANALYSE ET INTERPRETATION
ANTHROPOLOGIQUES DES DONNEES RECUEILLIES
SUR LE TERRAIN DE RECHERCHE**

La méthodologie de terrain adoptée est basée sur le recueil et l'analyse des histoires de vie des malades rencontrés dans le cadre de notre recherche. Ce corpus est composé de 45 entretiens recueillis auprès des personnes ressources ; auprès de la famille des malades, auprès de soignants (guérisseurs, médecins, infirmiers, matrones...), auprès de fonctionnaires des services scolaires et sociaux et, enfin, auprès de personnes qui n'étaient pas directement concernées par la question de l'épilepsie (groupes de discussion répartis par sexe et par classe d'âge). Deux mois de présence effective dans la zone d'enquête et plusieurs travaux effectués dans différents villages de Kélo (Béro, Dogou, Andey, Guelkou, Dian...) ont permis de parvenir à recueillir l'essentiel des données pour ce travail. L'observation participante et l'utilisation de la langue Zimée ont permis d'ancrer les entretiens dans un ordre concret d'expression et de transmission orale. Il apparaît que le contenu des discours varie d'une personne à l'autre et confère ainsi à l'épilepsie des visages singuliers, parfois contradictoires ou inexpliqués ; mais également que ce contenu dépend fortement de la structure même des discours, qui semble tout à fait adaptée à cette pluralité d'appréhensions de la maladie. En outre, l'utilisation d'une méthode « *participante* » questionne le rapport de l'anthropologue à son terrain et mérite une brève analyse de son importance sur le recueil des données. En anthropologie, la démarche de recherche consiste, comme dans d'autres sciences humaines, à analyser des données préalablement recueillies sur le terrain de l'étude. Cette approche est communément liée à une démarche de recherche qualitative, qui s'attache à décrire et analyser un sujet à partir du point de vue de l'interlocuteur.

V.1- Savoirs locaux relatifs à l'épilepsie

Prononcer le terme « *pipi* » n'est jamais perçu de manière anodine, ni pour celui qui l'énonce, ni pour celui qui l'entend dans la communauté zimé. Il ne s'agit pas de l'énonciation d'un simple mot abstrait car il revêt également la fonction d'un acte aux conséquences potentiellement dangereuses. Ces dernières sont rattachées à la connotation morbide véhiculée par le terme « *pipi* » ; connotation qui découle du caractère incurable de l'épilepsie, du risque d'accident fatal qu'elle comporte ou de l'exclusion sociale qui s'y rattache.

Si ça se lève et que tu trouves au-dessus du puits, du feu, d'un trou ou que tu es en train de monter dans un arbre, tu tombes n'est-ce pas, alors, que tu vas mourir sur place, que tu seras un cadavre c'est ce qui fait que c'est grave de donner son nom. Et puis, toute maladie pour laquelle on ne trouve pas son médicament, les gens n'aiment pas en parler (E18 : Grand-père d'un enfant épileptique, 13-12-22).

Ne pas parler directement de l'épilepsie, ne pas employer le terme fort de « *pipi* », permet d'éviter de lui prêter une existence « *concrète* ».

Le vrai nom de cette maladie, c'est le "pipi", tu peux le dire comme ça, mais son nom n'est pas bon. Cette maladie a beaucoup de noms, mais tout ça sert à camoufler le « pipi » (E13-Grand-père d'un enfant épileptique, 03/12/2022).

L'euphémisme, dans le langage consacré à la détermination de l'épilepsie, offre à l'interlocuteur la possibilité de s'y référer, sans utiliser le terme qui pourrait choquer l'auditoire :

L'euphémisme est précisément une manière d'éviter, tout en introduisant une notion nécessaire au contexte, de prononcer un nom précis lorsqu'il est inopportun de provoquer cette coïncidence entre le nom et l'objet qui caractérise l'actualisation (Calame-Griaule, 1965 : 64, citée par Bargès, 1997 : 336).

Cette précaution langagière employée dans la désignation de l'épilepsie semble d'autant plus accentuée que l'interlocuteur fait référence à un parent malade ou ami proche. Les chants populaires expriment également cette délicatesse du langage afin de ne pas blesser et désespérer davantage la personne malade. On se réfère ainsi aux expressions « *des autres* », « *les autres disent que...* » pour désigner l'épilepsie, sans jamais se prononcer ouvertement sur une telle identification. Les raisons de cette méfiance sont variées mais rejoignent globalement une volonté de respecter le malade. Il s'agit en outre d'éviter de prononcer une parole chargée de connotations péjoratives et susceptible, en ce sens, de semer la discorde.

La rivalité (entre coépouses) est difficile, on ne peut pas en parler ouvertement ou très clairement devant la personne elle-même, sinon, on est une personne qui ne contrôle pas sa parole. Mais c'est la maladie qui fait tomber, c'est le « pipi » (E17 : Coépouse d'une femme épileptique, 03-12-22).

La parole revêt dans cet exemple une « *fonction d'agression* », à travers l'emploi sans retenue d'un terme qui peut choquer les proches et plus encore le malade.

Cette précaution langagière est spécialement réservée à l'emploi du terme « *pipi* » dans le discours, tandis qu'elle est complétée par d'autres formes de description. En effet, la désignation même de l'affection repose sur des formes d'euphémismes, afin d'atténuer la présentation de cette réalité traumatisante. Mais il apparaît une accentuation des caractères négatifs qui lui sont attribués lorsque le discours progresse dans la qualification de l'affection

proprement dite sans référence à une personne en particulier. À ce niveau, la distinction entre maladie et malade semble fortement prégnante dans les discours. Le langage de la maladie opère une modification significative qui tend à une abstraction de l'affection, une dépersonnalisation, à travers laquelle l'interlocuteur peut alors exprimer une conception très péjorative de l'épilepsie. Dans ce cas, il ne se réfère plus à une personne mais à une maladie, dès lors perçue comme « *mauvaise* », « *détestée* », « *mal aimée* » ou « *dégoûtante* », formes linguistiques fortes, mais le plus souvent impersonnelles. Cette modification du langage, en fonction de « *l'incarnation* » ou non de la maladie dans un sujet en particulier, est une caractéristique fondamentale du discours sur l'épilepsie.

Si ce n'est pas cette causerie, même moi je ne veux même pas dire son nom (E21 : 13/12/2022).

Une telle parole actualiserait le caractère grave de l'épilepsie dans le cadre d'un échange interindividuel. La désignation de l'épilepsie emprunte, par le biais de la parole, la voie d'une « *incarnation* », c'est à-dire qu'elle renvoie non seulement à une maladie, mais également à une personne malade.

V.2- Description de l'épilepsie selon la communauté zimé

Le « *pipi* » est décrit selon trois registres d'appréhension différents.

Les descriptions physiques de l'affection ouvrent les discours qui s'attachent à retracer les caractéristiques pathologiques de l'épilepsie. La crise généralisée concentre la majeure partie de la sémiologie de l'affection qui est initialement définie comme une « *maladie du corps* ». Cependant, il existe également des cas où, décrivant une douleur céphalée ou des troubles mentaux consécutifs à l'aggravation de leur maladie, les maladies désignent l'épilepsie comme une « *maladie de l'esprit* ». Il s'agira alors d'une interprétation de type secondaire, consécutive à l'évolution de la maladie ou ponctuellement rattachée à un signe précis. Dans l'ensemble, le « *pipi* » reste donc appréhendé comme une « *maladie du corps* ». La description physique de l'affection comporte une distinction fondamentale entre le discours des malades et celui de son entourage familial. Les récits des personnes épileptiques sont issus d'une perception intime des manifestations de la maladie, manifestations circonscrites aux épisodes pathologiques précédant et suivant la crise. À l'inverse, les discours des personnes qui entourent quotidiennement le malade sont essentiellement axés sur les signes extérieurs de la maladie et, plus particulièrement, ceux de son paroxysme : la crise. Les sensations intérieures, telles que

les malades les décrivent, s'expriment dans la localisation d'une douleur précisément située, ou progressivement diffuse à travers le corps :

Ça cogne dans ma tête, ça descend sur mon œil, la douleur descend dans la tige du bras, dans ma main droite, pour descendre après dans ma jambe, dans mon pied et l'autre côté du corps n'a rien. L'os se "casse" comme ça ; le même côté droit me fait mal, ça se "casse" aussi et la douleur descend de haut en bas (E19 : Femme mariée épileptique, 13/12/2022).

La maladie circule dans un mouvement ascendant qui part du ventre ou du cœur pour monter dans la tête. La maladie est localisée en fonction de la douleur ressentie par la personne, dans la « tête », au cœur, dans la poitrine, ou, plus rarement, par les nerfs, (muscles ou tendons) lorsque la douleur se généralise à l'ensemble du corps. La douleur « pique », « tire », « coupe », « frappe », « casse », « écrase », « cogne », ou « éclate » ... expressions qui soulignent la sensation violente éprouvée par le malade avant la crise. Puis, brusquement, le corps se fige, muet, insensible au regard du malade ; un corps en crise qui est devenu inaccessible, dans ses « maux », comme dans ses comportements. Cet épisode inconscient marque le point de rupture entre une description de l'épilepsie basée sur les troubles ressentis par le malade et une description de la maladie perçue, extérieurement par son entourage.

Par ailleurs, la crise est décrite dans une perspective dynamique : elle est marquée d'un début, d'une évolution et d'une fin qui se succèdent à travers les manifestations du paroxysme. Le retour au calme, par le sommeil, puis à la conscience et enfin à la « santé », est illustré à travers l'idée d'un « refroidissement » du corps, tandis qu'à l'inverse, un « corps chaud » sera généralement le signe d'une maladie. Enfin, la description de l'entourage est complétée d'une observation générale de l'état corporel. En effet, la corpulence du malade constitue un signe distinctif entre les formes plus ou moins graves du « pipi ».

La description du « pipi » est également conduite par un ensemble de signes psychologiques. Ce type d'appréhension relève essentiellement des discours des malades qui ressentent de « l'angoisse », un sentiment de « perte d'humanité », ou d'isolement, de « chagrin », ou encore que « la maladie allonge la pensée » et qu'« on tue mon cœur », ces émotions rendant les malades « irascibles », « jaloux » et « perturbés », selon les discours. De même que certains signes physiques constituent un critère de différenciation entre les formes d'épilepsie, le comportement psychosocial du malade joue un rôle similaire.

La maladie-là n'a pas les mêmes façons chez tout le monde. Pour certains, ça n'empêche pas leur relation humaine. Ils font leur

travail comme il faut. Ils font toutes leurs choses, tels qu'ils sont. Mais il y en a qui ne peuvent rien faire d'eux-mêmes. Ça empêche les besoins de certains, ça n'empêche pas les besoins d'autres (E22 : Tante d'un homme épileptique, 13/12/2022).

De surcroît, certaines formes, différenciées sur une base organique, impliquent des comportements différents : ceux qui bavent pendant leur crise sont parfois considérés comme plus violents que ceux qui ne bavent pas.

Enfin, les troubles psychiques occupent également une place importante dans la mesure où les interprétations surnaturelles de l'épilepsie y trouvent un support propice à leur développement. Du « vertige », à la « frayeur », il n'est qu'un pas, pour traduire une modification des perceptions visuelles, auditives et parfois même, gustatives en une interprétation surnaturelle de l'affection. La survenue des crises est alors corrélée à la présence d'entités invisibles, tels que les « diables », à travers une mise en scène singulière, imaginée par le malade et reprise par son entourage.

Au début, je lui demandais pourquoi elle criait. Elle disait que c'est un homme vieux qui vient vers elle, qu'il lui fait peur en faisant des mouvements pour l'effrayer, Il lui fait cela trois fois, puis la prend par le pied pour la faire tourner comme ça, la faire tourner, tourner, il la soulève pour la jeter et lui tourne le dos. Si cela se fait seulement, la maladie se lève. Elle avait l'habitude de me dire ça (E26 : Mère d'une jeune fille épileptique, 13/12/2022).

Par ailleurs, les crises d'épilepsie nocturnes sont particulièrement propices à l'élaboration de scénarios surnaturels, le monde de la nuit étant peuplé de génies qui se manifestent dans les rêves. Parfois, cette activité onirique modifiée par la survenue d'une crise est rapprochée d'une perception extra-lucide chez le malade. Enfin, l'état d'inconscience du malade occupe une place importante dans les descriptions des signes psychiques relatifs au « pipi ». Globalement assimilée à une « perte de l'esprit », la perte de conscience se manifeste, dans un premier temps, par une sensation de « vertige », accompagnée de « mouvements incontrôlés » pendant la crise. Un sommeil profond vient clore cet épisode, auquel succèdera, au réveil du malade, une phase d'incohérence comportementale. L'état d'inconscience est donc l'objet de descriptions précises et variées, distinguées dans ses phases, ainsi que dans son rapport à la folie lorsque celle-ci est considérée comme une forme permanente de désordre mental. La description de cette phase d'absence représente, en outre, le point marquant d'un discours extérieur qui « s'approprie » la maladie, tandis que l'acteur principal semble relégué, quant à lui, dans une position extérieure par rapport à son propre désordre pathologique.

Ainsi, Defaye rappelle à ce sujet que «*ce sont aussi les autres qui font l'épilepsie de l'épileptique*»⁸¹.

Le « *pipi* » comporte, par conséquent, une double : source d'interprétation, l'une centrée sur les signes ressentis par le malade, avant et après la crise ; l'autre, proposée par l'entourage et basée sur les signes perçus pendant la crise. Les différents points de vue se complètent et confèrent à l'épilepsie une sémiologie diversifiée, dont l'élaboration est marquée par une certaine souplesse interprétative.

V.3- Construction nosologique de l'épilepsie dans la communauté zimé

Le nom de cette maladie est nombreux, ça fait perdre son nom (E24 : Grand-père d'un enfant épileptique, 13/13/2022).

La nomination de la maladie ne représente certes pas l'unique principe employé dans la détermination d'une affection. Cependant, elle informe partiellement sur la sélection d'énoncés spécifiques; énoncés à partir desquels sera élaborée une certaine organisation nosologique appropriée à la maladie considérée⁸². Cette sélection obéit à quelques principes généraux qui président à la construction des formes nominatives de l'affection. Chacun d'eux souligne un point ou un autre de la détermination et confère ainsi à l'interprétation une certaine d'appréhension.

De la même manière, Gilles Bibeau repère un certain nombre de « *principes qui fonctionnent essentiellement dans le domaine de l'assignation de noms aux choses*⁸³ » et qui sont employés dans la nomination des maladies. Dans le cas de l'épilepsie, en milieu rural zimé, quatre principes organisateurs semblent particulièrement prégnants dans l'élaboration d'une désignation :

1. L'identification de l'épilepsie repose sur une description très réaliste des signes visibles de la maladie ;
2. Elle renvoie à certains signes ressentis, organiques ou psychiques, qu'elle associe le plus souvent à une localisation corporelle ;
3. Elle met en avant un processus comparatif entre diverses affections ;

⁸¹ Beaussart Defaye, Les épilepsies en quelques chiffres, Fahres, 1976, P. 335.

⁸² J-P. Olivier de Sardan distingue également plusieurs principes récurrents dans la nomination des maladies (1999).

⁸³ ⁸³ Gilles Bibeau, Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar, Paris, Presses Universitaires de France, 1992, P. 103.

4. Elle répond à une logique de l'imputation de la maladie à différents agents causaux.

Si ces différents principes sont momentanément isolés de leur contexte d'énonciation pour faciliter leur analyse, c'est parce qu'il existe une certaine permanence dans leur évocation. Cependant, leur appréhension ne présente pas le caractère figé d'une catégorie nosologique classique. En effet, un même discours pourra renvoyer à tous ces principes, si différents soient-ils, ce qui implique qu'ils ne sont pas exclusifs les uns des autres. Une seule forme nominative peut également recouvrir plusieurs principes à la fois. En outre, à la multiplicité des points de vue attachés à sa description vient se juxtaposer une extrême variabilité des formes pathologiques elles-mêmes. En cela, l'épilepsie apparaît comme un événement pathologique aux multiples visages, élaborés à partir de diverses implications dans la réalité sociale.

V.4-Pluralité de nom de l'épilepsie en langue zimé

Moi je dis la maladie qui fait tomber parce que tout le monde le dit. Que tu tombes ou que ce soient les mauvaises personnes, que ce soit le « pipi », que ce soit la maladie des diables, tout le monde dit la maladie qui fait tomber, tout le monde le prend pour ça (E23 : Jeune homme épileptique célibataire, 13/12/2022/.

En effet, le « *gab edlem* » constitue un énoncé générique qui désigne un ensemble d'affections caractérisées par la chute de la personne. Le « *gab edlem* » peut également répondre à une certaine indétermination de la maladie ou être appréhendé à partir d'une forme langagière communément admise dans la désignation de l'épilepsie.

Toutes les maladies qui font tomber ne sont pas le "pipi" même [...] Les maladies se ressemblent, mais ne sont pas les mêmes. Toutes les maladies qui font tomber ne sont pas la maladie qui fait tomber (E25 : Père d'une femme épileptique divorcée, 13/12/2022).

À l'inverse, le « *pipi* » désigne de manière univoque la crise d'épilepsie généralisée et renvoie à un trouble gravissime. Dans la même veine, L. Mallart Guimera montre qu'il existe des noms de maladies qui peuvent être considérés comme des « *catégories terminales* » :

Un certain nombre de termes sont des catégories "terminales" c'est-à-dire des noms de maladies qui n'en incluent pas d'autres et désignent par là même des maladies spécifiques (L. Mallart Guimera, 1977).

Une distinction entre les signes propres à chacune des affections du « *gab edlem* », ainsi qu'au « *pipi* » admet, parallèlement, des points sémiologiques de recouvrement qui permettent, au niveau générique, de confondre les nominations.

D'autres signes induisent une nomination dont le sens est rattaché à une localisation douloureuse ou symptomatique : les céphalées, le vertige ou le rougeoiement des yeux conduisent ainsi à l'énoncé « *maladie de tête* ». Celui-ci rapproche l'épilepsie de la folie, notamment lorsque certains désordres mentaux sont associés à l'épilepsie. Enfin, la raideur du corps, signe caractéristique de diverses maladies convulsives et en particulier de l'épilepsie, conduit à l'appellation de « *maladie qui rend sec* ». Les deux premiers principes abordés dans la détermination de l'épilepsie sont essentiellement descriptifs. Ils se situent dans un registre empirique et traduisent des faits pathologiques concrètement ressentis ou simplement observés.

La « *maladie qui fait tomber* » demeure, quant à elle, l'évocation d'un symptôme commun à diverses maladies et ne représente pas seulement, comme le « *pipi* », une maladie à part entière. En témoigne, l'emploi du « *gab edlem* » à la place du « *pipi* », afin de conserver une marge d'indétermination au sujet de l'affection et de modérer ainsi l'impact verbal de la désignation.

V.5- Identification de l'épilepsie et diverses affections

Un ensemble relativement stable d'affections gravite autour du « *pipi* ». Parmi elles, on trouve des maladies convulsives, infantiles, au pronostic plus ou moins sévère dont les symptômes recouvrent partiellement ceux de l'épilepsie ou, au contraire, s'en démarquent. Sur la base de symptômes communs, ces différentes affections partagent avec le « *pipi* » des zones de recouvrement symptomatologique. À ce niveau, ces maladies peuvent donc s'interchanger dans le discours et se confondre avec les symptômes de l'épilepsie. On dira par exemple, à propos d'une crise d'épilepsie généralisée, qu'il s'agit d'un « *palu mûri* » parce que la personne ressent un état fiévreux et des courbatures. Dans ce type de désignation, le discours se situe au niveau de la description mais si l'on pose la question d'une identification précise, au-delà des symptômes, la réponse portera sur l'énoncé de « *pipi* ».

Le « *pipi* », cette « *entité nosologique populaire* », ne peut donc pas être appréhendée de manière isolée puisqu'elle se situe dans un vaste ensemble nosologique.

La source de l'épilepsie est nombreuse. Elle a beaucoup d'origines qui ne sont pas les mêmes maladies, toutes celles-ci sont à la base de l'épilepsie (E29 : Grand-père d'un enfant épileptique, 26/12/2022).

L'origine de l'épilepsie sa source est fréquemment rattachée aux maladies infantiles dues à la force occulte d'un animal (engoulevent à balancier, gibier, singe rouge, coléoptère...).

Pour certains, ça commence par les choses de l'air des enfants, ce qu'on appelle "l'oiseau". Mais on peut dire aussi que le tout est dû aux hommes de la nuit. Ils multiplient les appellations, il y a beaucoup de manière de dire. Certains disent que c'est le fait que l'enfant a fait beaucoup de "palu". Il y en a qui disent que c'est le "tétanos" (E27 : Oncle d'une enfant épileptique, 26/12/2022).

À ce compte, l'identification de l'épilepsie par sa cause englobe plusieurs formes nominatives susceptibles d'être employées dans la désignation de l'affection. De sorte que l'approche de cet ensemble de représentations peut sembler déconcertante, dans la mesure où, dans cet univers labile, rien ne semble définitivement fixé.

V.5.1- À propos de la transmission de l'épilepsie

Tandis que les connaissances médicales n'établissent aucun mode de contagion de l'épilepsie, le contexte populaire zimé la considère comme une maladie contagieuse et transmissible. Cette conception relie le pôle des données nosographiques à celui de la dimension sociale dans l'interprétation de l'épilepsie. Ainsi, l'approche globale de cette notion de transmission regroupe d'une part, les agents, les modes et les conditions de transmission de l'épilepsie, d'autre part, les significations socioculturelles qu'elle véhicule.

V.5.2- Terminologie employée

Les définitions données par le dictionnaire Hachette (1994) confèrent un sens général à la notion de transmission rattachée à la signification générale de «*passage*⁸⁴ », Plus précisément, la transmission d'une maladie s'exprime à travers les idées de contamination et de contagion. D'autre part, la contamination (lat. contaminer, XIII^{ème} siècle) comporte, notamment au sens figuré, une notion de souillure.

En milieu rural zimé, l'épilepsie est considérée comme une maladie transmissible, par contamination et/ou par hérédité. Il existe dans le langage des énoncés linguistiques

⁸⁴ La notion de transmission est employée dans un sens plus large que celui de contagion, car elle englobe des situations dans lesquelles celui qui est à l'origine de la transmission n'est ni malade, ni même porteur sain : un sorcier peut, par exemple, transmettre la maladie, sans être pour autant contagieux.

spécifiques liés à l'idée de passage d'une personne à une autre, par contact direct ou indirect. Il est synonyme de mouvement, voire de métamorphose lorsqu'il est utilisé pour exprimer la transformation d'un sorcier en animal. Une maladie contagieuse et héréditaire, telle que l'épilepsie, se dira « *maladie changeante* » et la transmission « *changement* ». L'épilepsie est une « *maladie de proximité* », qui « *se trouve ensemble* », une « *maladie de s'asseoir ensemble* ». On se servira par ailleurs d'un terme qui signifie « *ascendant* » ou de « *lien* » pour évoquer plus particulièrement une transmission héréditaire. Une traduction littérale des termes ne semble toutefois pas suffisante si l'on veut saisir l'amplitude des significations de la notion de transmission. Certes, le verbe « *changer* » servira à exprimer l'idée d'une transmission, mais, pour en déterminer les agents et les vecteurs et se demander de quel type de transmission il s'agit exactement, sa signification doit être replacée dans son contexte d'énonciation. Ainsi, cette conception ne se saisit pas indépendamment des représentations sémiologiques, étiologiques et thérapeutiques de l'épilepsie. L'énumération classique des modalités de la transmission (modes, agents et conditions) n'exclut pas leur inscription dans une appréhension globale de l'épilepsie.

V.5.3- Rôle du contexte dans la conception transmissible de l'épilepsie

La détermination de la maladie englobe, comme nous l'avons vu, une démarche personnalisée, c'est-à-dire qu'elle se rapporte autant à des symptômes qu'à une histoire personnelle du malade. Elle renvoie à une existence singulière, et non pas à des signes cliniques désincarnés de toute réalité humaine. C'est au cœur de ce type de démarche que l'idée de transmission se construit, à partir d'une représentation globale de la situation pathologique ; elle ne peut donc pas être décrite uniquement à partir d'une énumération classique des formes de transmission. Pas plus qu'elle ne peut être appréhendée comme une entité abstraite et anonyme, puisqu'elle s'inscrit dans un ensemble de circonstances que l'on détermine en fonction de données individuelles.

V.5.4- Modalités de la transmission épileptique

Les modes, les agents et les conditions de la contamination représentent trois registres populaires d'interprétation distincts. Leur présentation systématique ne se retrouve pas ainsi dans les discours populaires, mais les commodités de la description suscitent une telle mise en forme. Ce modèle ne peut donc se substituer à la réalité empirique ; il tente simplement d'en faire la typologie.

V.5.5- Modes de transmission de l'épilepsie selon la communauté Zimé

Le « *pipi* » peut se transmettre par hérédité ou par contamination, mais ces deux modes de transmission ne sont pas exclusifs l'un de l'autre. Il y a des « *maladies qui attrapent la personne* » d'une part et des « *maladies transmises par lien de lignée* » d'autre part. Cependant, il ne s'agit pas d'un partage très strict, dans la mesure où une transmission par « *lien de lignée* » peut être également illustrée dans le discours à travers l'idée que « *la maladie a attrapé l'enfant quand il était petit* », par référence au moment où l'affection s'est manifestée. Ce qui semble plus significatif dans cette distinction est le fait que la maladie est depuis toujours dans le corps de la personne (hérédité) ou qu'elle y est apparue tardivement. Ainsi, dans le cas d'une transmission héréditaire, on dira que la personne est « *fabriquée avec la maladie* », ce qui sous-entend l'idée que l'affection est inhérente à la constitution même de l'individu, comme une partie intégrante de la personne. Dans le cas où la maladie survient tardivement, on dira que « *la maladie a attrapé* » la personne, un peu comme un élément extérieur à l'individu qui viendrait se surajouter à son existence.

Ainsi, la transmission de l'épilepsie fait appel à des représentations variées, dans lesquelles l'exclusion de la personne épileptique ne recouvre pas les mêmes significations. Il faut en effet distinguer d'une part la crainte de la transmission du dégoût engendré par l'aspect dégradant de la maladie, d'autre part l'incompréhension qui accompagne la perception d'une crise. Néanmoins, chacune de ces significations suscite une mise à l'écart de la personne épileptique et cette pratique sociale commune tend à confondre les différentes représentations qui les sous-tendent.

V.5.6- « Maladie qui attrape »

De façon générale, cet énoncé peut illustrer un épisode spécifique au cours duquel une affection se manifeste chez un individu ou à l'occasion duquel une maladie est transmise chez une personne. De sorte qu'on dira d'une maladie⁸⁵ qu'elle peut « *attraper* » la personne, la « *trouver* », ou « *se lever* » chez la personne; cette dernière expression s'appliquant en particulier aux manifestations pathologiques récurrentes,

Dans le cas de l'épilepsie, la maladie peut être considérée soit comme une maladie qui est en permanence dans le corps de la personne (tête, poitrine, ventre), soit comme une entité extérieure qui est alors attribuée à la présence de diables venant ponctuellement perturber le

⁸⁵ Ce vocabulaire n'est pas spécifique à l'épilepsie : il est employé pour toutes les maladies.

malade. La transmissibilité de l'épilepsie ne possède pas le caractère épidémique attribué à d'autres affections, telles que la variole ou la rougeole. Elle est considérée comme une « *maladie qui ne se transmet pas vite chez une autre personne* » et certains interlocuteurs ont également précisé que, pour être contaminé, « *ton sang doit être plus faible que celui du malade* ». Ce caractère lent et sélectif de la contamination relativise pour certains, la crainte qui s'y rapporte. La contamination est généralement appréhendée à travers un ensemble de pratiques liées au contact avec le malade épileptique :

- Par contact direct (le toucher), notamment au moment d'une crise, ou par simple voisinage, la maladie peut « *attraper la personne* ». La « *salive qui sort* » représente un vecteur essentiel avec lequel il faudra éviter d'être en contact, particulièrement lorsqu'elle se présente sous la forme de « *salive moussante* » ou de « *salive huileuse* » pendant les crises ; certains interlocuteurs ont également fait référence à une contamination au cours des relations sexuelles;

- Par contact indirect, tout objet ayant servi à l'alimentation du malade est susceptible de transmettre l'épilepsie lorsqu'il est réutilisé sans avoir été préalablement lavé ; le partage de la nourriture ou de l'eau représente également un risque important de contamination ;

- Enfin, l'enjambement des espaces souillés par l'urine ou la salive d'un épileptique en crise constitue une autre possibilité de transmission, ainsi que la respiration des flatulences du malade.

Par ailleurs, un registre intermédiaire entre le contact direct et le contact indirect englobe les actions néfastes des « *mauvaises personnes* ».

V.5.7- « Maladie transmise par le lignée »

La notion de transmission héréditaire existe et représente, à elle seule, un mode de transmission indépendant des classifications précédemment citées. Cette conception semble particulièrement prégnante dans les discours des guérisseurs, qui lui accordent une crédibilité supérieure à celle d'une contamination par contact direct ou indirect. La simple appartenance à un groupe de filiation dans lequel ont vécu d'autres personnes épileptiques constitue une première forme d'explication de la transmission par « *lien de lignée* ». Divers récits retracent ainsi l'origine de l'épilepsie à travers le constat de plusieurs membres atteints de « *pipi* » dans une même lignée. Le lien de sang, c'est-à-dire l'appartenance à une même lignée, est considéré comme un mode possible de transmission de l'épilepsie.

« *J'ai trouvé alors que la mère avait la maladie, sa personne est fabriquée avec la maladie. Le sang est mélangé avec la maladie. Depuis qu'il est petit, depuis qu'il est du sang (fécondation), la maladie il l'as* » (E24 : marâtre d'un enfant épileptique, 26/12/2022).

De la même manière, Doris Bonnet remarque que, chez les Moose du Burkina Faso, la notion de transmission «*héréditaire*» est consécutive au «*travail du sang*» et que la transmission peut ainsi s'effectuer entre la mère et son enfant à partir du sang placentaire⁸⁶. Par ailleurs, dans l'exemple cité précédemment, l'évocation du «*lien de sang*» renvoie à un autre mode de transmission lié à l'allaitement. Néanmoins, ce dernier est moins conçu comme une contamination par l'absorption de lait qu'il n'est appréhendé à travers l'idée d'un «*lien de sang*» : la mère transmet la maladie à son enfant avant tout parce qu'ils sont consanguins. L'interprétation héréditaire est spécialement évoquée lorsque la maladie apparaît chez un enfant en bas âge. L'enfant a été «*fabriqué avec la maladie*» : «*ça se trouve dans la chair, ça se trouve par le sang*». Dans ce cadre interprétatif, au cours de la grossesse, le mélange de sang conditionne cette transmission.

Il ressort de cette représentation une conception négative de la guérison de l'épilepsie dans la mesure où il semble plus difficile de guérir cette maladie lorsqu'elle est transmise de manière héréditaire que lorsque la maladie survient à l'âge adulte, sans antécédent familial. Le fait que l'enfant naisse avec l'épilepsie rend indissociables la maladie à ce dernier, représentation à partir de laquelle une guérison est rendue peu probable. Bien que la société zimé soit à filiation patrilinéaire, la transmission «*par lien de sang*» de l'épilepsie est présente à la fois dans la relation paternelle et maternelle. A posteriori, le constat d'une hérédité peut être opéré à partir de la simple présence d'un ascendant malade, quel que soit son sexe.

Néanmoins, on retrouve l'importance de ce lien patrilinéaire dans une représentation établie à priori qui différencie deux types de transmissions héréditaires : transmission par voie paternelle, liée au caractère patrilinéaire de la filiation chez les zimé, et transmission par voie maternelle, liée à la transgression d'un interdit par la femme enceinte. En effet, on trouve parmi les causes de l'épilepsie la transgression de certaines prescriptions sociales qui concernent tout particulièrement les femmes enceintes. Si l'imprudence de la mère apparaît ici la principale explication de l'apparition de la maladie, on l'associe néanmoins toujours à l'idée

⁸⁶ Doris Bonnet, Corps biologique, Corps social : Protection et maladies de l'enfant en pays mossi (Burkina Faso), ORSTOM, Paris, 1988, P. 123.

d'une transmission par « *lien de sang* ». Se coucher dehors un soir de pleine lune ou se laver après le coucher du soleil représentent des dangers utérins que la femme enceinte se doit d'éviter sous peine de voir son futur enfant atteint d'épilepsie. Liée à une transgression ou une imprudence d'un parent⁸⁷, la conception héréditaire implique, dans ce cas, le lien maternel de manière privilégiée. Mais, à l'inverse, on trouvera dans le simple caractère héréditaire de la maladie une transmission plus fréquente par le lien paternel que par le lien maternel. Cette conception se retrouve d'ailleurs dans les difficultés de mariage qu'éprouvent les hommes épileptiques, qui, pour cette raison, restent plus longtemps célibataires que les femmes épileptiques. Enfin, il faut également rappeler au sujet de la notion de transmission que la conception fataliste de l'origine des maladies tend à relativiser son importance dans la survenue de la maladie.

Nous on ne considère pas cette transmission, parce qu'on le fait à cause de Dieu, on s'en occupe et on l'apprête. On mange ensemble bien sûr (E28 : femme d'un évangéliste, amie d'une femme épileptique, 26/12/2022).

V.5.8- Conditions de la contamination d'épilepsie selon la conception Zimé

La crise représente la situation la plus propice à une contamination éventuelle. Lorsque la maladie se lève, la crainte de la contamination apparaît simultanément. Puis quand « *la maladie laisse la personne* », le danger disparaît et les relations sociales retrouvent, en général, leur cours normal. On peut alors manger avec le malade ou s'amuser avec lui.

Malgré les pratiques de prudence cela n'exclut pas une modalité plus commune de prévention et qui concerne le contact direct ou indirect avec le malade, en particulier au moment des crises. Ces pratiques relèvent d'une conception essentiellement ancrée dans une appréhension affective de la transmission sans qu'une réelle connaissance s'y rattache nécessairement.

On dit que ça se transmet parce que c'est quelque chose de dégoûtant (E33 : père d'un homme épileptique, le 26/12/2022).

Sentiments de crainte et de dégoût se mêlent dans une intolérance à l'égard de la personne en crise. En effet, l'émission de bave moussante, parfois d'urine et d'excréments, renvoie à un manque de contrôle de la personne sur ces matières considérées sales.

⁸⁷ Le père peut également être impliqué dans cette imprudence, par exemple s'il donne à manger à sa femme enceinte un lièvre qu'il vient de chasser. Ici, la faute est d'abord imputée au père, responsable d'une transgression qui aura pour conséquence une transmission héréditaire maternelle de la maladie.

Ainsi, lorsque la personne bave, il est communément admis que marcher dans son crachat ou être touché par ce dernier, voire l'ingérer par inadvertance, représentent des gestes à éviter. Au moment de la crise, les personnes présentes auront donc tendance à s'écarter et, en dehors des crises, beaucoup n'accepteront de partager ni un repas, ni un gobelet, ni même une couche commune afin de ne pas respirer les flatulences du malade.

Par ailleurs, les données contextuelles ont une importance significative dans la détermination étiologique et leur implication se retrouve à travers les conditions de la transmission de l'épilepsie. Aussi celle-ci peut-elle être liée à la fréquentation de lieu réputés dangereux, tels que le marigot ou la brousse.

De la même manière, la transgression d'un interdit place la personne dans une situation dangereuse, incertaine et la rend vulnérable aux forces qui favorisent la transmission, soit par l'action des mauvaises personnes, soit par un contact avec des éléments maléfiques.

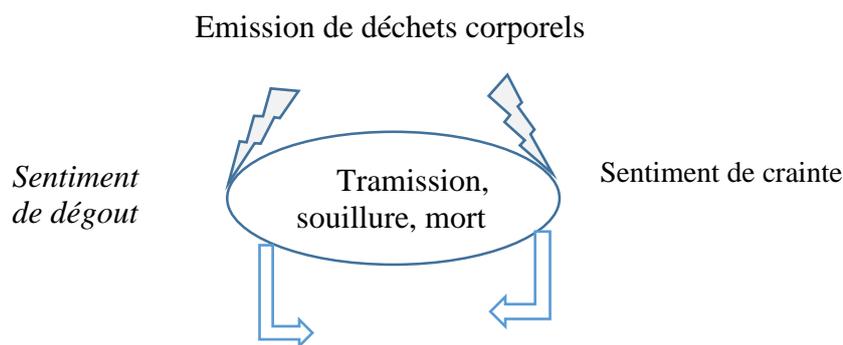
Pour certains, c'est la vue du crachat sale. Ceci salit sa poitrine et les côtés de sa bouche. Si ça vient dans leur ventre, ça va les trouver. Il y a le peut aussi, les selles, ils disent que s'ils tirent ça par la respiration, ça va les trouver. Pour d'autres, c'est la manière même de la maladie, il tremble. Pour d'autres, ils ont peur parce qu'ils ne connaissent pas et pensent que tu es décédé (E30 : Oncle d'un enfant épileptique, 26/12/2022).

Comme le rappelle à ce sujet G. Balandier :

La maladie et la mort révèlent que le désordre n'est pas séparable de la contagion, qu'il la porte en lui. La personne malade n'est pas d'abord contagieuse au sens clinique la peur n'a pas là son origine, mais au sens culturel, symbolique. Elle rend manifeste le travail du désordre, elle fait redouter l'extension de ses effets (...) (Balandier, 1988 : 190).

Dans cette perspective, la notion de contamination qui entretient un lien étroit avec celle de souillure, semble mieux convenir aux propos. L'impureté et le désordre corporel sont imbriqués dans le mélange des sentiments de dégoût et de crainte que procure la crise au public.

Figure 4 : Processus d'intolérance lié à la conception et manqué de contrôle



L'intolérance à l'égard du malade

Source : Beindjeffa Charles Côté inspirée de Sophie Arborio : Epilepsie et exclusion sociale De l'Europe à l'Afrique de l'Ouest, Karthala, 2019, P.187.

Dans la communauté Zimé, Les idées de dégoût, de saleté et de désordre physiques inhérentes à la crise forment un pont entre l'appréhension de la maladie et les significations sociales qui s'y rapportent. La représentation de la contamination émerge d'une connotation morbide et impure attachée à l'épilepsie et les comportements d'évitement qui en dérivent ont valeur de répulsion physique et symbolique⁸⁸.

V.5.9- Interdits alimentaires liés à l'épilepsie

Les personnes épileptiques sont, en effet, reconnues pour être « têtues ». Certains aliments sont proscrits aux personnes épileptiques. Malgré tout, certains bravent les interdictions alimentaires ou continuent à fréquenter les milieux publics interdits aux épileptiques en quête de santé. Nous retrouvons ci-dessous quelques aliments interdits aux épileptiques d'en consommer dans la communauté Zimé.

⁸⁸ De la même manière, le mouvement hygiéniste, au XIXème siècle, fixait les règles d'hygiène qui « deviennent comme les métaphores d'un système de règles morales et sociales qui, en garantissant les frontières entre l'intime et le public, définit la base même des rapports sociaux, et peut-être aussi leur nature ». Cette conception était issue des théories corpusculaires, puis des travaux de Fracastor (1478-1553), qui insistaient sur l'atmosphère d'un corps (corpuscules subtils, exaltés par le corps). La transmission reposait alors sur un principe de continuité entre « l'économie interne du corps humain et l'économie de son environnement immédiat ». Dans cette perspective, la notion de décence apparaît liée à celle de la contagion, dans la mesure où « la décence serait le respect des limites à ne pas dépasser, l'endiguement des débordements physiques, la mise en place de bannières effectives qui cachent le corps à la sensibilité des autres » (Marcovich, 1984 : 49, 64,65).

Photo 1 : Les fibres



Les fibres à partir desquels l'on obtient les liquides ou les gluants servant à la faire la « sauce longue » chez les Zimé.

Source : BEINDJEFFA Charles Côté (2022)

Photo 2 : La « sauce longue »



La « sauce longue » proscrite aux épileptiques.

Source : Beindjeffa Charles Côté (2022)

Selon la communauté Zimé, la « sauce longue » est strictement interdit aux personnes qui souffrent d'épilepsie dans la mesure où la convulsion qu'elles émettent lors de la crise épileptique est semblable à la sauce longue. En consommant « la sauce longue », les personnes épileptiques peuvent créer d'autres crises supplémentaires liées à la consommation de la (sauce longue).

Ces personnes sont têtues. Elles n'acceptent pas de laisser les choses aux autres personnes (E32 : Mère d'une femme épileptique mariée et gravement brûlée, 26/12/22).

Ou « simples d'esprit », ce qui les conduit à commettre des imprudences par rapport à leur état :

Tout ce que tu lui dis de laisser, il refuse de le laisser. [...] Dans son oreille, on dirait qu'il y a de la pierre dans son oreille. C'est ce qui nous angoisse dans son problème. Il n'entend rien du tout de ce qu'on lui dit. Il ne voit rien sans le faire [...] (E40 : père d'un homme épileptique célibataire, 07/01/23).

On leur attribue également une certaine asociaabilité dans le comportement, voire, dans certains cas, des attitudes violentes ou calomnieuses envers les « autres » :

Rien n'est plus grave que celle-ci (pipi) mais il faut voir ce côté-là, quoi. Elle est tout le temps fâchée contre les gens. Tu ne peux pas être avec les gens (E41 : mari d'une femme épileptique mariée, 07/01/23).

Bien que l'allure de la personne épileptique puisse porter à confusion, certains signes tant physiques que moraux participent à l'établissement d'un discours globalement stigmatisant. L'apparente normalité du malade inquiète par le risque d'imprévisibilité qu'elle inspire, en même temps qu'elle permet au malade de conserver, dans certaines situations, son anonymat. Une telle ambiguïté à l'endroit de la personne épileptique appelle la remarque suivante : entre la notion de « visibilité » et celle de « stigmaté » existe un écart significatif dans la mesure où l'extériorisation d'un signe n'aboutit pas nécessairement à la ségrégation du malade, tandis que le stigmaté représente une forme d'identification précise, employée dans un but nécessairement discriminant.

Photo 3 : La viande fraîche



Source : Charles Côté BEINDJEFFA (2022)

Viande fraîche du bœuf, interdite aux épileptiques

Parmi les éléments alimentaires interdits aux malades d'épilepsie, figure la viande fraîche du bœuf. Selon la communauté Zimé, il est strictement interdit aux épileptiques de consommer la viande du bœuf notamment la viande à l'état frais. S'il arrive par négligence ou entêtement que ces derniers consomment, ils tombent automatiquement en crise. Ils peuvent consommer la viande du bœuf dans la mesure où celle-ci est transformée de sorte qu'on ne retrouve pas du sang ou la viande soit séchée. Il n'est non seulement interdit aux épileptiques de consommer la viande fraîche du bœuf mais éviter d'assister à l'abattement d'animaux, bref éviter tout contact avec le sang.

Photo 4 : Arbre sauvage appelé « Turda'a »



Source : Beindjeffa Charles Côté. 2022 (2022)

Arbre sauvage appelé « Turda'a » en zimé. Les feuilles de cet arbre sont un aliment prisé dans la communauté Zimé, mais sa consommation est interdite aux épileptiques.

V.5.10- Données biomédicales sur l'épilepsie

Les crises d'épilepsie sont des manifestations paroxystiques (motrices, sensorielles ou psychiques) accompagnées ou non d'une perte de connaissance, liées à une décharge excessive de neurones du cortex cérébral. La sémiologie clinique dépend de l'origine topographique et de la propagation des décharges neuronales. La maladie épileptique est définie par la répétition, chez un même sujet, de crises épileptiques spontanées (E25, médecin chef de district sanitaire de Kélo, 13-12-22).

En fait, l'épilepsie est le symptôme d'un désordre neurologique sous-jacent et ne constitue pas un diagnostic en soi. Établir le diagnostic de l'épilepsie revient à déterminer les caractéristiques cliniques de l'affection : « *le siège anatomique du foyer épileptogène, l'étiologie, le type de crise, la vitesse et l'étendue de la propagation de la décharge, les mécanismes neurochimiques sous-jacents, l'âge et le degré de maturité du cerveau* »⁸⁹. La prise en compte de l'ensemble de ses aspects permet de distinguer de nombreux types d'épilepsie. Il convient d'insister sur le fait que la pathologie épileptique doit être envisagée au pluriel, tant les formes et les causes des crises sont diverses, tant leur mode d'apparition et d'évolution varie selon l'âge et les facteurs impliqués⁹⁰. Aussi on préférera la détermination des « *épilepsies* » dans le milieu médical à celle de « *l'épilepsie* » et une classification des crises épileptiques existe depuis 1969⁹¹.

De même, les causes de l'épilepsie sont diverses et déterminent en partie le diagnostic et le pronostic de l'affection. Selon P. Thomas (1992), toute crise d'épilepsie résulte de la conjonction de facteurs génétiques et de facteurs acquis. Selon les sujets, l'un ou l'autre de ces facteurs est prédominant. En outre, l'étiologie des crises épileptiques peut varier en fonction de divers facteurs environnementaux dont nous préciserons dans le tableau⁹² les spécificités pour les pays tropicaux dits « *émergeants* ». À l'heure actuelle, « *malgré les recherches les plus poussées, dans un nombre élevé de cas, les causes de la maladie restent inconnues* »

⁸⁹ Rapport de publication de l'OMS relatif à l'épilepsie (2005).

⁹⁰ E25, Médecin chef de district sanitaire de Kélo.

⁹¹ Afin de parvenir à communiquer à partir d'une terminologie commune, la recherche en épileptologie se réfère à la Classification internationale des crises épileptiques (CICE) établie par la Ligue internationale contre l'épilepsie (LICE). Par ailleurs, cette version de 1969, mise à jour en 1981 sera complétée par un système de classement des syndromes (ensemble de signes) dont les versions datent de 1985 et de 1989 (Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy, 1981).

⁹² Les facteurs notés d'un astérisque sont plus prégnants dans l'étiologie des épilepsies dans le contexte des pays dits émergents.

(LFCE, 1999). En particulier, la neurologie met aujourd'hui l'accent sur les facteurs génétiques, dont la part est encore méconnue dans la survenue des crises d'épilepsie.

Tableau 2 : Facteurs environnementaux liés à l'épilepsie

Facteurs acquis	Facteurs génétiques
Facteurs prénataux et périnataux*	Sujets à investigation
Causes infectieuses*, virales* (VIH...), bactériennes*, parasitaires* (cysticercose)	
Facteurs traumatiques : traumatisme crânien*, tumeurs cérébrales, maladies cérébrale-vasculaires	
Facteurs toxiques : médicamenteux ou métaboliques	
Facteurs divers favorisant les crises chez les épileptiques : -transition veille-sommeil -alcool -menstrues -choc affectif ou période de transition psychologique -sujet photosensible	
Facteurs indirects : -pauvreté* et illettrisme* -conditions sanitaires précaires*	

Source : Sophie Arborio, *Epilepsie et exclusion sociale De l'Europe à l'Afrique de l'Ouest*, Karthala, 2019, P.324.

Pourtant, à la différence d'autres affections, dont la médecine se réclame seul maître en la matière, l'épilepsie appartient encore, dans les représentations qui l'accompagnent, au domaine du préjugé et de l'imaginaire.

V.5.11- Analyse et interprétation étiologique

Dans la recherche des causes de la maladie, un traitement commun est employé dans la résolution d'une maladie courante, à l'étiologie connue telle la maladie du « *palu chronique* » où l'on constate parfois des crises avec convulsion similaire à l'épilepsie, maladie aux signes similaires, mais dont la cause est moins maîtrisée. L'analogie des traitements conduit alors à identifier les affections, et par là même, leurs étiologies. Il s'agit donc d'une démarche hypothéticodéductive, établie sur la base d'un rapport d'analogie entre des affections différentes, leurs traitements et, en définitive, leurs causes présumées. Un tel constat ne

signifie pas pour autant que la recherche des causes est une condition sine qua non de l'élaboration du diagnostic, et ce faisant, de la thérapeutique. Ou plutôt, une telle démarche sera essentiellement caractéristique d'un discours de guérisseur, tandis que les malades demeurent, quant à eux, dans l'ignorance de leur étiologie alors qu'ils suivent le traitement préconisé. Du point de vue des malades, il ne semble donc pas exister de lien systématique et nécessaire entre l'identification causale et l'efficacité thérapeutique. Bien que les malades s'interrogent sur l'origine de leur affection et émettent des hypothèses à ce sujet, peu nombreux sont ceux qui vont consulter dans le seul but de cette interprétation étiologique. Leur première intention est orientée vers la recherche d'un traitement dont les détenteurs ne sont pas toujours dotés de pouvoirs de divination⁹³. Le constat réalisé à travers l'exemple ci-dessus n'implique pas systématiquement une adéquation entre l'efficacité d'un médicament, sa composition et sa cause spécifique. En témoigne l'usage de thérapeutiques différentes, sans nécessaire incidence sur l'interprétation étiologique. On est donc en présence, là encore, d'une configuration possible parmi d'autres dans l'ensemble des interprétations étiologiques relatives à l'épilepsie. Enfin, la dimension étiologique de la maladie est généralement de nature sociale. En effet, comme le rappelle G. Orogitg Canal :

La causalité est indissociable de l'acte de constatation d'un trouble physiologique. Pourtant, le discours causal introduit une autre nuance, celle-là se rapporte au social (Orogitg Canal, 1989 : 13).

Dans cette perspective, l'interprétation étiologique ne reste pas cantonnée au domaine organique, elle emprunte les éléments principaux de sa description au registre des conflits politiques et/ou sociaux.

L'étiologie appartient, dans ce cas, au domaine des affaires collectives, elle réfère à un conflit d'ordre sociopolitique et ses conséquences biophysiques sont l'expression même de ce désordre. La dimension du problème posé par la maladie par l'enquête E17⁹⁴ dépasse la simple affection pathologique. C'est en ce sens que A. Zempeni (2008 :46) définit la maladie « *comme un prodrome événementiel, une irruption sur l'épiderme social. Elle déclenche une expérience collective qui permet d'explicitier, de mettre en forme, et éventuellement de*

⁹³ S. Fainzang fait la remarque suivante, à partir d'une étude sur les systèmes thérapeutiques Bisa (Burkina Faso): «On notera également que les guérisseurs ne disposent pas d'un savoir supérieur à celui des autres hommes en matière d'étiologie» (Fainzang, 1985: 111). Ainsi les devins seront-ils sollicités, indépendamment des guérisseurs, par ces derniers ou par la famine, mais ce recours ne revêt pas une forme systématique.

⁹⁴ Masbo Helene, Mère d'un enfant épileptique, 03-12-22.

résoudre les troubles ou les tensions, bien plus amples, qui affectent la vie du groupe ». D'où l'étude de cas suivant :

Il a eu un mal de ventre, ça a été très grave d'ailleurs. Et c'est cette maladie-là qui s'est terminée par celle-ci. Le problème du ventre est délicat, il est difficile d'en parler. Ça a commencé un jour en particulier... ils ont dit que quelqu'un avait dû leur donner un repas empoisonné. Il s'est couché pendant deux jours, on ne savait pas s'il allait survivre. Il était avec la petite fille qui était chargée de s'en occuper. Nous étions partis au champ, et on les avait laissés ici à la maison. À ce moment-là, j'étais encore dans la famille paternelle. De retour du champ, on nous a dit qu'ils avaient mangé quelque chose. La maladie a commencé aussitôt. Lui, il a eu une violente diarrhée ; quatre personnes ne pouvaient pas le porter. Cette maladie guérie, c'est devenu l'autre là. La petite fille, elle, est morte sur le coup. Le nouveau village qui est là-bas, ce sont les parents de O. C'est son grand-père (le grand frère de son père) qui était le chef du village. Il a divisé le village pour déménager. Ceux d'ici n'ont pas accepté. Il a dit au père de O. de quitter l'ancien site mais il a refusé. En partant, il a mélangé le repas avec un médicament. Les deux enfants ont mangé, mais il n'y a eu qu'un mort. Comme cet enfant était confié à la famille maternelle, c'est pourquoi ils l'ont eu. Ils ont appelé son frère mais il a refusé de manger. C'est le déménagement qui a provoqué tout ça. Voilà ce qui entoure la maladie. C'est le but principal (E17- Mère d'un enfant épileptique, 03/12/22).

À partir de ces études de cas, on constate l'intrication des interprétations étiologiques avec les autres domaines de l'appréhension de la maladie : la sémiologie, la thérapeutique, ainsi que le versant social du savoir populaire sur l'épilepsie sont étroitement mêlés aux causes présumées de l'affection.

En définitive, les représentations étiologiques de l'épilepsie relèvent de niveaux d'appréhension divers qui s'appellent les uns les autres dans une élaboration personnalisée de l'imputation causale. Le caractère récurrent de l'épilepsie contribue également à l'élaboration d'hypothèses variées, dans l'espoir de trouver une explication plus satisfaisante. Les multiples configurations ainsi déployées forment un ensemble de « possibles » sans cesse ouverts à la réinterprétation. On trouve, non pas une réponse à une affection pathologique donnée, mais des réponses envisagées face à l'atteinte d'une personne déterminée.

V.5.12- Epilepsie comme un phénomène normal dans la communauté zimé

Dans certaines mesures, l'épilepsie est considérée héréditaire par conséquent un phénomène normal. Considérée comme normale dans la mesure où celle-ci est liée au lien de la consanguinité. Selon la communauté zimé, chaque personne ayant un lien direct avec la

famille épileptique est probable d'en disposer elle-aussi la maladie, elle est considérée ici comme une maladie patrilinéaire car elle ne se transmet que du côté des parents du père. Jusqu'aux nos jours, les personnes épileptiques sont parfois mises à part dans la société zimé. Considérée parfois comme une maladie contagieuse par la communauté zimé, l'épilepsie reste et demeure un sujet de discussion en milieu zimé. La personne portant cette maladie ne partage pas parfois le même plat avec les personnes saines de peur que celles-ci soient contaminées. Les personnes saines ont tendances à se méfier de la personne épileptique. Les malades d'épilepsie sont abandonnées à elles-mêmes, personne ne vient à leur secours même quand ces dernières tombent en crise dans un milieu dangereux.

V.5.13- Mort d'un épileptique dans la communauté zimé

En cas de décès d'une personne épileptique suite à sa maladie dans la communauté zimé, l'on observe des exceptions concernant les rites funéraires. Exception dans la mesure où les rites funéraires d'un épileptique ne sont pas respectés comme pour une personne ordinaire. Tout d'abord, dès qu'une personne épileptique meure on l'enterre automatiquement sans une veillée ordinaire. On n'enterre pas souvent les personnes épileptiques dans un cimetière commun, elles sont parfois et souvent enterrées dans les forêts sacrées de façon spécifique à tel point qu'on n'évite de laisser leurs traces en nivelant leurs tombes. On aplatit leurs tombes et par grâce, on peut peut-être les enterrées sous un grand arbre. C'est cet arbre qui peut être une référence aux familles proches des disparus. Non seulement ça, mais on évite de faire couler les larmes sur personnes épileptique décédée. Même les condoléances sont reçues de façon discrète.



CONCLUSION

Notre travail de recherche est intitulé « *Etiologies et itinéraires thérapeutiques de l'épilepsie dans la communauté Zimé/Tchad : Contribution à l'anthropologie médicale* ». Ce titre prend en compte le fait que malgré l'évolution considérable de la médecine, l'épilepsie persiste dans le monde, au Tchad, en particulier dans la communauté zimé et constitue un phénomène de santé publique. Le problème que nous avons soulevé a engendré un certain nombre des questions qui ont conduit à comprendre les contours culturels et communautaires liés à l'épilepsie dans la communauté zimé.

Ainsi, une question principale a été formulée de manière suivante : Quelles sont les étiologies et itinéraires thérapeutiques de l'épilepsie dans la communauté Zimé ? Cette question est suivie de trois autres questions spécifiques. La première est : de savoir quels sont les facteurs culturels zimé influençant l'épilepsie ? La seconde est : quels sont les chemins de santé empruntés par les malades épileptiques en quête de soin ? La troisième se formule de la manière suivante : quelles sont les représentations socioculturelles de l'épilepsie dans la communauté Zimé ? Suivant ces questions de recherche, des hypothèses de recherche ont été formulées.

Comme hypothèse principale nous avons : la communauté Zimé considère l'épilepsie comme une maladie héréditaire et contagieuse, elle fait recours au rite et à la médecine traditionnelle pour soigner l'épilepsie. Cette hypothèse principale est soutenue par trois autres hypothèses spécifiques dont la première est : plusieurs facteurs culturels zimé influencent l'épilepsie, notamment le facteur d'exclusion, de méfiance et dégoût vis-à-vis de la personne épileptique. La deuxième hypothèse spécifique est : l'épileptique en quête de soin, s'intéresse plus aux soins traditionnels que la biomédecine pour avoir la guérison, il accorde peu d'importance à la médecine moderne pour son traitement. La troisième hypothèse spécifique est comme suit : l'épilepsie est source d'exclusion sociale et de diverses représentations socioculturelles dans la communauté zimé. Ces hypothèses élaborées nous ont permis d'atteindre les objectifs de recherche escomptés.

L'objectif principal de cette recherche était de faire ressortir les différentes étiologies et itinéraires thérapeutiques de l'épilepsie dans la communauté Zimé. A côté de cet objectif principal, se greffent trois objectifs spécifiques. Le premier objectif spécifique est d'identifier

tous les facteurs influençant l'épilepsie dans la communauté zimé. Quant au deuxième objectif il est question de dégager les raisons du choix des itinéraires thérapeutiques de l'épilepsie. Le troisième objectif est d'analyser les représentations socioculturelles de l'épilepsie dans la communauté Zimé.

Pour atteindre ces objectifs fixés, nous avons utilisé la méthode qualitative de collecte des données en sciences sociales. De ce fait, nous avons mis en application la recherche documentaire et la recherche de terrain.

Suivant la méthodologie, la recherche documentaire dès l'entrée de jeu était notre première phase de recherche. Elle a permis à passer en revue les documents et travaux de recherche en lien avec l'approche culturelle de l'épilepsie. La recherche documentaire effectuée dans les centres de documentation nous a permis de constituer une source bibliographique mettant l'accent particulier sur l'épilepsie.

Relativement à la recherche du terrain, nous avons fait usage des techniques de collecte de données telles que : l'observation directe, qui a permis d'observer comment se compose les remèdes pour le traitement de l'épilepsie, de voir la qualité d'aliments réservés aux personnes qui souffrent d'épilepsie. L'entretien a permis aux enquêtés de s'exprimer librement et profondément sur la question qui autrefois était considérée comme taboue. Certains enquêtés ont profité de cette occasion d'exprimer leur ressenti vis-vis de leurs proches qui souffrent de l'épilepsie. Le groupe de discussion focalisé nous a permis lui-aussi d'avoir plusieurs avis parfois différents sur les étiologies et itinéraires thérapeutiques de l'épilepsie dans la communauté. La photographie nous a permis de présenter à travers les images, les aliments interdits aux épileptiques, les plantes médicinales issues de la forêt. S'agissant de collecte de ces données, nous avons fait appel aux outils de collecte de données qui sont : l'appareil photo, le magnétophone, le guide d'entretien, le bic, le crayon.

Concernant l'interprétation des résultats obtenus de l'analyse, nous avons fait recours aux cadre théorique suivant : le concept de représentations sociales d'Emile DURKHEIM, le fonctionnalisme de Bronislaw MALINOWSKI & Alfred Reginald RADCLIFFE-BROWN et l'ethno-Perspective de MBONJI EDJENGUELE à travers l'endosémie culturelle et la globalité

Le concept de représentations sociales a permis de comprendre et d'expliquer les construits sociaux que la communauté se fait autour de l'épilepsie et les itinéraires thérapeutiques. Ce concept a conduit à présenter les attitudes de la communauté zimé face à l'épilepsie.

L’Ethno-Perspective à travers l’endosémie culturelle a permis de donner le sens du dedans de quelques éléments matériels et plantes intervenant dans la prévention de l’épilepsie ; la globalité nous a permis d’étudier d’autres aspects de la vie culturelle zimé à l’instar de l’organisation sociale.

Les démarches scientifiques entreprises ont permis d’arriver aux résultats vérifiant nos hypothèses élaborées. Les résultats de recherche sont les suivants : l’épileptique est resté dans la communauté zimé parmi les malades un personnage d’exception, dont la maladie ne se classe dans aucune catégorie nosologique strictement définie et ne dispose aucune structure moderne pour le soin hormis la médecine traditionnelle. Dans la communauté zimé, l’épilepsie est considérée comme une maladie contagieuse, héréditaire et mystique, dont seule la médecine traditionnelle se revendique le monopole.

De plus, les représentations socioculturelles zimé influencent sur le choix des itinéraires thérapeutiques de l’épilepsie. Les malades d’épilepsie s’orientent vers le chemin de la guérison en fonction de plusieurs raisons. Dans notre site de recherche, malgré la présence des hôpitaux et centres de santé, rare de trouver les malades d’épilepsie dans ces lieux de santé. Les épileptiques se dirigent toujours vers les guérisseurs traditionnels et par parfois de façon discrète. Pendant notre recherche, nous avons constaté que l’épilepsie reste jusqu’à là un tabou dans la communauté zimé car les personnes n’en parlent pas de cette maladie en toute liberté.

Nous avons noté au cours de cette recherche plusieurs causes de l’épilepsie : Les causes se situent en deux niveaux : le niveau culturel et le niveau clinique.

S’agissant du niveau clinique, selon nos enquêtés, l’épilepsie est héréditaire, contagieuse, mystique. Elle fait souvent suite aux manques de respect des interdits, c’est la suite logique d’une transgression des interdits. C’est aussi la traversée des lieux ou forêts dits sacrés qui sont à la cause de l’épilepsie.

Quant au niveau clinique, l’épilepsie est une maladie neurologique caractérisée par une anomalie de l’activité électrique du cerveau : un groupe de neurones du cortex est activé de manière anormale. L’épilepsie peut avoir une origine génétique, mais elle peut aussi être liée à des lésions cérébrales dues à des traumatismes crâniens, des accidents vasculaires cérébraux des infections ou tumeurs. Elle provient aussi des mauvaises prises des médicaments. Il existe différentes sortes d’épilepsies plus ou moins graves. Chez l’enfant, l’épilepsie-absence, qui se manifeste par des courtes absences, est la plus courante ; elle disparaît généralement à l’adolescence ou l’âge adulte. Les crises d’épilepsies sont classées en deux grandes catégories selon la médecine :

- Les crises généralisées, avec une perte de conscience transitoire, des contractions musculaires, secousses raideurs musculaires ;
- Les crises focales ou partielles : les symptômes dépendant de la région cérébrale touchée par l'épilepsie.

Ce travail universitaire était limité de comprendre les étiologies et itinéraires thérapeutiques de l'épilepsie dans la communauté zimé. Ce travail peut faire également l'objet de critique et un autre travail plus approfondi de recherche dans une communauté du Tchad ou partout ailleurs.



BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES GENERAUX

ABEGA, Séverin Cécile, (2005), Introduction à l'anthropologie sociale et culturelle, Paris, Afrédit.

ABOUNA P, (2011), Le pouvoir de l'ethnie, Introduction à l'ethnocratie, Paris, L'Harmattan.

ADOUMDI A.C, (2018), Les Zimé, Ethnie Tchadienne, N'Djamena, Al-Mouna.

ALETUM TAMBWE Michael, (2001), Sociologie politique, Yaoundé patoh Publishers.

AMSELLE J.L, (1999), Logiques métisses (2e éd.), Paris, Payot& Rivages.

AMSELLE I-L. et M'BoKOW E, (1999), Au cœur de l'ethnie (2e éd.), Paris, La Découverte/Poche.

AUGÉ M., (1983), « L'ordre du récit et le pouvoir des mots », in Graines de parole, Paris, CNRS.

AUGÉ M. et al, (1974), La construction du monde, Paris, Maspero.

BALANDIER G, (1988), Le désordre, éloge du mouvement. Paris, Fayard.

BALANDIER G, (1971), Sens et puissance : les dynamiques sociales, Paris, PUF.

BANBERA T. et THOYER A, (1997), Le riche et le pauvre et autres contes bamanans du Mali, Paris, L'Harmattan.

CHEIKH A.D, (1979), Nation nègre et culture, Tome I et II, Paris, éd. Présence africaine.

CLASTRES P, (1974), La société contre l'État. Recherches d'anthropologie politique, Paris, Les Éditions de Minuit.

CROS M, (1996), Les maux de l'Autre, Paris, L'Harmattan.

DIKA AKWA NYA BONAMBELA, (1982), Les problèmes de l'Anthropologie et de l'Histoire africaine, Yaoundé, Editions Clé.

DOUMBI-FAKOLY, (2004), L'origine négro-africaine des religions dites révélées, Dakar, Menaibuc.

DURKHEIM E, (1893), De la Division du travail social, Paris, PUF.

DURKHEIM E, (1912), Les formes élémentaires de la vie religieuse, Paris, PUF.

ELIADE M, (1965), Le sacré et le profane, Paris, Gallimard.

HERKSKOVITS M.J, (1993), Les bases de l'anthropologie culturelle, Paris, PUF.

LABURTHE T et WARNIERS J-P, (1993), Ethnologie-anthropologie, Paris, PUF.

- LINTON R**, (1977), *Le fondement culturel de la personnalité*, Paris, Bordas.
- LOMBARD J**, (1986), *Introduction à l'ethnologie*, Paris, L'Harmattan.
- MAUROIS A**, (2014), *Les Silences du colonel Bramble*, Cambridge University Press.
- MAUSS, Marcel**, (1950), *Sociologie et anthropologie*, Paris, PUF.
- MEBENGA TAMBA L**, (2015), *Funérailles et mutations sociales en Afrique. Analyse de la situation en pays Beti au Cameroun Central*, Saarbrücken, Allemagne, EUE.
- NGANGBET, Michel**, (1984), *Peut-on encore sauver le Tchad*, Paris, Karthala.
- NGANGSOP, GUY Jérémie**, (1986), *Tchad vingt ans de crise*, Paris, l'Harmattan.
- OGIEN A**, (199), *Sociologie de la déviance*, Paris, Armand Colin.
- RIVIERE Claude**, (1999), *Introduction à l'anthropologie*, Paris, Hachette.
- SOCPA Antoine**, (2003), *Démocratie et autochtonie au Cameroun*, Münster, lit Verlag.

OUVRAGES SPECIFIQUES

- ADOTEVI F. et STEPHANY F.** Représentation culturelle de l'épilepsie au Sénégal, région du Cap Vert et du Fleuve *Médecine tropicale*, Volume 41, 3, mai-juin 1986.
- Arborio S**, (2019), *Epilepsie et exclusion sociale De l'Europe à l'Afrique de l'Ouest*, Karthala.
- ARISTIDE A**, (1986), *Discours sacrés : rêves, religion, médecine au IIe siècle après. L-C* ; Paris, Macula.
- ARNOLD D**, (1946), *Imperial medicine and indigenous societies*, London, Manchester University Press.
- ARVEILLER J** (dir), Caren, (2008), *Psychiatries dans l'histoire*, PUC.
- AUGÉ M. et HERZLICH C**, (1984), *Le sens du mal*, Paris, Archives Contemporaines.
- AUVIN S**, (2017), *L'épilepsie chez l'enfant - Conseils de vie au quotidien*, John Libbey, novembre.
- BAOO J.P**, (1996), *Médecine coloniale et endémies en Afrique*, Paris, Karthala.
- BASTIDE R**, (1965), *Sociologie des maladies mentales*, Paris, Flammarion.
- BASTIEN C**, (1988), *La folie bien tempérée*, Paris, L'Harmattan.
- BERTIER, J**, (1990), « Enfants malades et maladies des enfants dans le *Corpus hippocratique* », dans POTTER, Paul, MALONEY, Gilles, DESAUTELS, Jacques (dir.), *La maladie et les maladies dans la collection hippocratique*, Québec.
- BIBEAU G**, (1992), *Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*, Paris, Presses Universitaires de France.

BIRABEN J-N, (1989), « Essai sur les grands fléaux épidémiques », in *Maladies et sociétés (XIIe_ XVIIe siècles)*, éd. du CNRS, Paris, Actes du colloque de Bielefeld.

Bonnet D, (1988), *Corps biologique, Corps social : Protection et maladies de l'enfant en pays mossi (Burkina Faso)*, ORSTOM, Paris.

BOUCHARD R et al, (1975), *L'épilepsie essentielle de l'enfant*, Paris, PUFI Psychiatrie de l'enfant.

BOURRET D. et ZELDINE G, (1978), *La folie canaque - A Propos de l'étiologie traditionnelle des maladies mentales en culture mélanésienne. Evolution Psychiatrique.*

BOUVARD C. et al, (1974), *L'épilepsie et les autres*, Villeurbanne, SIMEP.

BROUSSAIS F.J.V, (1986), *De l'irritation et de la folie (3e éd.)*, Londres, Paris, Fayard.

BRUNET JAILLY J, (1993), *Se soigner au Mali*, Paris, Karthala/Orstom.

CAHIERS JUSSIEU n° 5, (1979), UNIVERSITÉ PARIS VII, *Les marginaux et les exclus dans l'histoire*, Paris, 10/18 Union Générale d'Éditions.

CAILLOIS R, (1939), *L'homme et le Sacré*, Paris, PUF.

CALMEIL. C, (1845), *De la folie considérée sous le point de vue pathologique, philosophique, historique et judiciaire*, Londres, Baillière.

CALVET L.J, (1992), « Contribution à la réflexion sur le vocabulaire Bamanan de la maladie », in *Langues et métiers modernes ou modernisés*, Québec, Marquis Montmagny.

CAVENESS N.P., GALLUP G.H. A survey of public attitudes -toward epilepsy en 1979 with an indication of trends over the past thirty years. *Epilepsia*.

CHAPIREAU F. Conception du handicap par les médecins français depuis 1975. *Ann. Méd.-Psychol.*, 1989.

Charles-Antoine, H, Christian, K, Pécub (ill.), (2012), *Anne et ses copains : quatre enfants atteints d'épilepsie*. Chêne-Bourg : Médecine et hygiène, Planète Santé.

CHEBEL M, (1999), *Le corps en Islam (2e éd.)*, Paris, PUF/Quadrige.

CISSE Y, (1973), « Signes graphiques, représentations, concepts et tests relatifs à la personne chez les Malinkés et les Bambara du Mali », in *La notion de personne en Afrique noire*, Paris, CNRS.

Claudine H, (1970), *Médecine, maladie et société : recueil de textes présentés et commentés*. Paris ; Ecoles pratiques des hautes études en sciences économiques et sociales.

COCKERELL O.C. et SHORVON S.D., *Épilepsie. Concepts actuels*, Meudon, RanD. SA, Novartis Pharma S. A., 1997. **COLLEYN J.P.**, *Les chemins de Nya Culte de possession au Mali*, Paris, EHESS, 1988(coll. « Anthrope visuelle »).

- CONRAD P. et SCHNEIDER J.W.**, (1980), *Deviance and medicalization*, Toronto, The C.V. Mosby Company.
- COPPO P. et KEITA A.**, (1990), *Médecine traditionnelle : acteurs et itinéraires thérapeutiques*, Trieste, E. Edizioni.
- COULIBALY B.F.**, (1990), *Une société rurale bambara à travers les chants de femmes*, Dakar, IFAN.
- DAVID PATTERSON K. et HARTWIG G.W.**, (1978), "The disease factor: an introductory overview", In: *Disease in African history*, Durham, Duke University Press.
- DEFAYE B.**, (1976), *Les épilepsies en quelques chiffres*, Fahres.
- DEFAYE J.**, (1976), « L'épilepsie comme objet de recherche médico-sociologiques », in *Santé, Médecine et Sociologie*, Colloque International de Sociologie médicale, Paris, CNRS/INSERM.
- DEFOIS G.**, (1991), « Corps mystique et corps social », in *Corps, religion et sociétés*, Lyon, PUF.
- DELASIAUVE J.**, (1854), *Traité sur l'épilepsie*, Paris, Masson, 1854.
- DIAOURE R.**, (1992), « Les dénominations des malaises et des maladies en Bamanan », in *Langues et métiers modernes ou modernisés*, Québec, Marquis Montmagny.
- EADEM.**, (1996), « La médecine des enfants à l'époque impériale », *Aufstieg und Niedergang der römischen Welt*, 37/3, Berlin.
- ESQUIROL E.**, (1858), *Des maladies mentales*, Paris, Londres, J.B. Baillière.
- EVANS-PRITCHARD. E.**, (1972), *Sorcellerie, oracles et magie chez les Azandé*, Paris, Gallimard.
- FABRE G.**, (1990), « De la peste au sida, l'imaginaire du mal », in *Le social dans tous ses états*, Paris, L'Harmattan.
- FAINZANG S.**, (1988), *L'intérieur des choses. Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina*, Paris, L'Harmattan.
- FASSIN D.**, (1992), *Pouvoir et maladie en Afrique*, Paris, PUF, coll. « Champs de la Santé ».
- FAY C.**, (1999), « Du « culturel », de « l'universel » ou du « social »? Penser le sida et la prévention au Mali », in. Becker et al. (00.), *Vivre et penser le sida en Afrique*, Paris, Karthala /Codesria.
- FOTSO DJEMO J.B.**, (1982), *Le regard de l'autre, Médecine traditionnelle Africaine*, Paris, Silex.
- FOUCAULT M.**, (1975), *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris, Gallimard.
- GANGUILHEM G.**, (1999), *Le normal et le pathologique* (8e éd.), Paris, PUF/ Quadrige.

GENTON P., REMY C, (2003), L'épilepsie. Paris, Ellipses.

Gilbert D, (1999), L'épilepsie : une maladie refuge. Paris : Calmann-Lévy.

HULL R.P., HAERER A.T, (1973), Follow up of epileptic out patients. Southern Méd.

HUMMEL C, (1999), *Das Kind und seine Krankheiten in der griechischen Medizin. Von Aretaios bis Johannes Actuarios (1. bis 14. Jahrhundert)*, Francfort-sur-le-Main, Peter Lang.

JALLON P, (2005), L'épilepsie, Paris, PUF (Que sais-je ?).

JALLON P, (2007), L'épilepsie. Paris, Le cavalier bleu.

LAPLANTINE F, (1986), Anthropologie de la Maladie. Etude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine, Paris, Bibliothèque Scientifique Payot.

LAPLANTINE F, (1991), Corps, religion et société, Lyon, PUL.

LOISEAU P., JALLON P, (1973), Les épilepsies. Masson Ed, Paris.

MARTEN, (1993), *Epilepsy in Babylonia*, Groningue, Styx.

MILETTO G, (1981), Vues traditionnelles sur l'épilepsie chez les Dogons. Médecine Tropicale, Mai-juin.

Nathalie T., Jacques M., Louis V., FFRE, BOUDAULT A., (ill.), (2011), Les épilepsies : parlons-en ! Saint-Herblain.

Pierre G., REMY C, (2003), L'épilepsie. Paris, Ellipses.

PIERRE, BONNTE et MICHEL, IZARD, (1991), Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie, Paris, PUF.

REMILLET GILLET et al, (2004), Malades, médecins et épilepsies, Paris, L'Harmattan.

RODINE P., LENNICK P., DENDRILL Y., LIN Y, (1972), Vocational and education problems of epileptic patients. *Epilepsia*.

ROGER J., et MIRIBEL J, (1960), Note sur l'état actuel de l'emploi des épileptiques adultes, Sem Hop Paris.

SCHEID F. et RAVEAU F, (1991), Représentations sociales de la maladie mentale, techniques EMC Paris, Psychiatrie.

SOPHIE A, (2012), Epilepsie et exclusion sociale de l'Europe à l'Afrique de l'Ouest, Karthala.

SOW, Ibrahim, (1978), Les structures anthropologiques de la folie en Afrique Noire, Paris, Payot.

TEMKIN O, (1971), *The Falling Sickness. An History of Epilepsy from Greeks to the Beginnings of Modern Neurology*, Baltimore-Londres, John Hopkins Press, 2^e éd;

TINTA S, (1997), L'identification de l'épilepsie en milieu rural bambara(Mali), Paris.

Ward, H. et al. (1997), Health seeking behaviour and the control of sexually transmitted disease. Health Policy Plan.

WOHLERS M, (1999), *Heilige Krankheit. Epilepsie in antiker Medizin, Astrologie und Religion*, Marburg, N.G. Elwert.

Zempleni A, (1982), Anciens et nouveaux usages sociaux de la maladie en Afrique, Université Paris Nanterre.

OUVRAGES METHODOLOGIQUES

BEAUD Michel, (2006), L'art de la thèse. Comment préparer et rédiger un mémoire de master, une thèse de doctorat ou tout autre travail universitaire à l'ère du Net, Paris, 2006.

BEAUD, Stéphane et WEBER, Florence, (2008), Guide de l'enquête de terrain, Paris, la Découverte.

GRAWITZ, Madeleine, (2001), Méthodes de recherches en sciences sociales, Paris, Dalloz,.

KAKAI Hygin, (2008), Contribution à la recherche qualitative, cadre méthodologie de rédaction de mémoire, Université de Franche-Comté, Février.

MBONJI EDJENGUELE, (2005), L'Ethno-Perspective ou la méthode du discours de l'Ethno-Anthropologie culturelle, Yaoundé, PUY.

OLIVIER, L-Bedard, G-Ferron, J, (2005), Elaboration d'une problématique de recherche. Sources, Outils et méthodes, Paris, L'Harmattan.

QUIVY, R. CAMPENHOUDT LV, (2006), Manuel de recherche en sciences sociales, Paris, Dunold.

ZAGRE Ambroise, ((2013), Méthodologie de recherche en sciences sociales. Manuel de recherche à l'usage des étudiants, Paris, L'Harmattan.

DICTIONNAIRES

BOUDOU, R BESNARD, P CHERKAOUI, M LECUYER, B-P, (1999), Dictionnaire de Sociologie, Paris, Larousse.

DECHAMBRE, (1877), Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales, Paris, Masson et Asselin, Tome 35.

DICTIONNAIRE DE LA LANGUE du XIXème et du XXème siècles 1789-1960, Trésor de la langue française, Paris, CNRS,1.

DICTIONNAIRE HAGIOGRAPHIQUE, (1993), Dix mille Saints, Brepols.

DUBOIS J. et al., Dictionnaire étymologique et historique du français (2·éd.), Paris, Larousse, 1993. Encyclopédie DIAUNIVERSALIS, 1992 et 1998.

GASTAUT H, (1973), Dictionnaire de l'épilepsie, Genève, OMS.

THESES, MEMOIRES, RAPPORTS

AH SUN A., Histoire de l'épilepsie, de l'Antiquité au XIX" siècle, thèse Médecine, Bordeaux, 1979, n° 374.

ARBORIO S, (2001), Variation des savoirs et des pratiques. A propos de l'épilepsie au Mali, thèse Anthropologie sociale, Paris.

BARGES A, (1997), La Grande Maladie. Le Sens du Trouble et de l'Alliance entre Afrique Mandingue, Institution Occidentale, Lèpre et Modernité, thèse Anthropologie, Aix-en-Provence, mars.

BAROIS R, (1922), Les épileptiques de génie dans l'histoire et la littérature Quelques précisions sur les différentes modalités de leur épilepsie, thèse Médecine, Paris.

BENEDUCE R, (2000), Entre plusieurs mondes - Acteurs, discours et pratiques de lapossession en Afrique, thèse Anthropologie sociale et ethnologie, Paris, EHESS.

BERCHE T, (1990), Réflexions sur la naissance d'un programme intégré de santé (à propos de la lutte contre l'épilepsie), Rapport dactylographié.

BERTAUX C, (1987), Science, divination, corps : Topologie langagière des espaces anthropologiques et sociaux, thèse Lettres et Sciences Humaines, Paris.

BONNET D, (1982), Corps biologique, corps social Les Mossi de Haute Volta, thèse Anthropologie, Paris.

WEBOGRAPHIE

<https://www.diplomatie.gouv.fr>

<http://geoconfluences.enslyon.fr/glossaire/parcours-de-soins>.

www.istockphoto.com

SOURCES ORALES

N°	Noms et prénoms	Âges	Situation matrimoniale	Qualités	Niveau d'étude	Dates
01	Philomène SUKMANE	30	Mariée	Ménagère	BEPC	30-11-22
02	SOUMOTCHEI André	34	Marié	Commerçant	3ème	26-11-22
03	LANGUINEO Martine	40	Mariée	Enseignante	Bac A4	30-11-22
04	HAOUA ISSA	35	Mariée	Ménagère	CMII	26-11-22
05	KOLOKANI Timothée	37	Mariée	Commerçante	non	26-11-22
06	TCHITAMA Martin	45	Divorcé	Cultivateur	3ème	26-11-22
07	FEBO Marceline	30	Mariée	Ménagère	non	30-11-22
08	SISALSOU Pierre	47	Marié	Commerçant	CEII	26-11-22
09	LASSAMANE Céline	31	Mariée	Ménagère	CPII	30-11-22
10	LUNA TCHIVINE	50	Veuf	Cultivateur	3ème	30-11-22
11	SUMATONG	48	Marié	Enseignant	BAC A4	03-12-22
12	VEIVRA Antoine	42	Mariée	Commerçante	5ème	03-12-22
13	LOUMSOU Celestin	55	Veuf	Cultivateur	4ème	03-12-22
14	BARDA Suzanne	43	Mariée	Infirmière	BEPC	03-12-22
15	AMANE SOUKYASSOU	49	Marié	Cultivateur	BEPC	03-12-22
16	KADJOUROM	52	Marié	Cultivateur	4ème	03-12-22
17	MASBO Héléne	56	Veuve	Ménagère	CEPII	03-12-22
18	TOKAMA André	40	Mariée	Commerçant	3ème	13-12-22
19	NDAKDASSOU Benedicte	65	Veuve	Ménagère	CE2	13-12-22
20	ALLADOUM pierre	34	Marié	Enseignant	BAC A4	13-12-22
21	TEMLE	38	Divorcée	Commerçante	3ème	13-12-22
22	LITCHA Grâce	49	Divorcée	Ménagère	Non	13-12-22
23	SUKANA Luc	61	Marié	Cultivateur	CEPII	13-12-22
24	SUMADAO Barthélemy	69	Guérisseur	Cultivateur	CP1	13-12-22

25	DJATO Sebastien	48	Marié	Médecin	BAC+7	13-12-22
26	LANVARI Bonté	29	Mariée	Commerçante	6ème	13-12-22
27	WALSOUMO François	26	Célibataire	Etudiant	Bac+2	26-12-22
28	TRAWALA Marie	58	Mariée	Ménagère	BEPC	26-12-22
29	TCHITAMA Ferdinand	27	Celibataire	Commerçant	1èreL	26-12-22
30	TCHIMDOUKSOU	29	Marié	Cultivateur	2nd	26-12-22
31	FETO'O WANADA	30	Divorcée	Ménagère	5ème	26-12-22
32	TANUMA François	61	Marié	Cultivateur	Non	26-12-22
33	GAGUE SAWARSOU	70	Veuf	Cultivateur	CM2	26-12-22
34	ASSANE SAMGUE	48	Marié	Commerçant	3ème	26-12-22
35	VINDLOR Simon	50	Marié	Enseignant	Licence	26-12-22
36	ANGAYAM	69	Marié	Cultivateur	Non	26-12-22
37	TCHITAMA Philémon	72	Veuf	Cultivateur	CM2	26-12-22
38	TATOURA Grâce	45	Mariée	Commerçante	4ème	26-12-22
39	ANDJEFFA Pierre	48	Marié	Cultivateur	TA4	26-12-22
40	NGARDA	50	veuf	Cultivateur	BEPC	07-01-23
41	MANABO GEROME	33	Marié	Cultivateur	2nd	07-01-23
42	TCHIMA	29	Célibataire	Chauffeur	4ème	07-01-23
43	GOLA	54	Marié	Couturier	6ème	07-01-23
44	FEMISSOU Divine	58	Mariée	Enseignante	Bac A4	07-01-23
45	NDAKDA	65	Veuve	Ménagère	CE1	07-01-23
46	SOUDOUGNA	67	Marié	Forgeron	CE2	07-01-23
47	KODOME	71	Divorcé	Guérisseur	CM2	07-01-23
48	DEBENG Charline	32	Mariée	Pédiatre	Licence	26-11-22
49	PATBOL Rachel	42	Mariée	Sage-femme	Licence	26-11-22



ANNEXES

ANNEXE 1 : Formule de consentement libre et éclairé

FORMULE DE CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRE

Bonjour/Bonsoir/Madame/Monsieur

Bonjour ! je suis BEINDJEFFA Charles Côté, étudiant à l'Université de Yaoundé 1, au département d'anthropologie en master 2. Je me présente devant vous dans l'objectif de recueillir les informations concernant l'épilepsie. En effet, c'est dans le cadre de la préparation de mon mémoire de fin de formation que je mène une enquête portant sur le thème « **étiologies et itinéraires thérapeutiques de l'épilepsie dans la communauté zimé/Tchad** ». Cette recherche a pour objectif d'analyser et comprendre les causes de l'épilepsie et les moyens mis en œuvre par la communauté pour éradiquer cette pathologie.

Ainsi, j'ai jugé utile de me rapprocher de vous afin de recueillir des informations fiables. Les informations qui seront recueillies resteront confidentielles et ne seront utilisées que pour les travaux académiques. Cependant, cette enquête pourra se passer en toute liberté et dans la seule mesure où vous m'accordez votre permission, votre volonté et votre disponibilité.

Je demanderai vos permissions d'utiliser les appareils qui me permettront d'enregistrer les informations que vous allez me donner pour gagner à temps et prendre fidèlement vos informations.

Cet entretien pourra nous prendre au maximum entre 45 minutes à une heure (1h) du temps.

Etes-vous d'accord de participer à cet entretien ?

OUI.....NON.....

Je tiens à vous rassurer une fois de plus que ces informations resteront confidentielles et ne seront utilisées exclusivement dans le cadre académique.

Date.....

Signature de l'enquêteur

ANNEXE 2 : Autorisation de recherche

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I
THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I



FACULTE DES ARTS, LETTRES ET SCIENCES HUMAINES
FACULTY OF ARTS, LETTERS AND SOCIAL SCIENCES

DEPARTEMENT D'ANTHROPOLOGIE
DEPARTMENT OF ANTHROPOLOGY

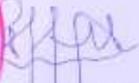
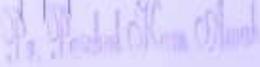
Yaoundé, le 16 MARS 2022

AUTORISATION DE RECHERCHE

Je soussigné, Professeur **Paschal KUM AWAH**, Chef du Département d'Anthropologie de la Faculté des Arts, Lettres et Sciences Humaine de l'Université de Yaoundé I, atteste que l'étudiant **BEINDJEFFA Charles Coté**, Matricule 170869, est inscrit en Master II dans ledit département. Il mène ses travaux universitaires sur le thème : « **Pathologie et itinéraire de l'épilepsie dans la communauté zime (Tchad) : contribution à une anthropologie médicale** », sous la direction du Professeur SOCPA Antoine.

A cet effet, je vous saurais gré des dispositions que vous voudriez bien prendre afin de fournir à l'intéressé toute information nécessaire à mesure de l'aider dans le bon déroulement de sa recherche.

En foi de quoi la présente autorisation de recherche lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit./-


Le Chef de Département



ANNEXE 3 : Autorisation de recherche délivrée par le médecin de l'hôpital central de Kélo

REPUBLIQUE DU TCHAD
 PRESIDENCE DE LA TRANSITION
 PRIMATURE
 MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA PREVENTION
 SECRETARIAT D'ETAT PUBLIQUE ET DE LA PREVENTION
 SECRETARIAT GENERAL
 DELEGATION PROVINCIALE DE LA SANTE PUBLIQUE
 ET DE LA PREVENTION DE LA TANDJILE
 DISTRICT SANITAIRE DE KELO
 SECTION ADMINISTRATION ET GESTION DES RESSOURCES

UNITE - TRAVAIL - PROGRES

N° 341 /PT/PMT/MSPP/SE/SG/DPSPT/DSK/SAGR/2022

AUTORISATION DE RECHERCHE

Il est autorisé à l'étudiant de l'Université de YAOUNDE 1 en formation
 Option : **Faculté des Arts, Lettres et Sciences Humaines** à effectuer des travaux
 de recherche pour la rédaction de son mémoire sur le thème : « **Pathologie et
 Itinéraire de l'épilepsie dans la communauté zimé (Tchad) : contribution à une
 anthropologie médicale** » pour une durée deux semaine. Allant du 29 /11/2022 au
 13/12/ 2022, il s'agit de :

- Mr BEINDJEFFE CHARLES Coté

En foi de quoi, cette autorisation de recherche lui est délivrée
 pour servir et valoir ce que de droit.

Kélo, le 29/11/ 2022

Le Médecin Chef du District




Dr DJATO SEBASTIEN

ANNEXE 4 : Attestation de stage effectué à l'hôpital

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET
DE LA PREVENTION
Délégation Provinciale de la Santé Publique et de la Prévention de la Tandjilé
District Sanitaire de KELO
Section Administration et Gestion des Ressources

Unité-Travail-Progress

ATTESTATION DE STAGE

Je soussigné, Dr DJATO SEBASTIEN, Médecin Chef du District Sanitaire de Kélo atteste que Mr BEINDEFFE CHARLES Coté, Etudiant en Anthropologie de la Faculté des Arts, Lettres et Sciences Humaine de l'Université de Yaoundé I, a effectué un stage académique de recherche pour la rédaction de son mémoire de fin formation au District Sanitaire de Kélo, du 29 Novembre 2022 au 14 Décembre 2022.

Appréciation : BIEN.

En foi de quoi, cette attestation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à Kélo, le 15 Décembre 2022

Le Médecin-Chef du District


Dr DJATO SEBASTIEN



ANNEXE 5 : Guide d'entretien**Guide d'entretien N°1 :****Cible : Parents des personnes victimes d'épilepsie****Mot d'introduction**

Bonjour/Bonsoir/Madame/Monsieur

Bonjour ! Je suis BEINDJEFFA Charles Côté, étudiant à l'Université de Yaoundé 1, au département d'anthropologie en master 2. Je me présente devant vous dans l'objectif de recueillir les informations concernant l'épilepsie. En effet, c'est dans le cadre de la préparation de mon mémoire de fin de formation que je mène une enquête portant sur le thème « **étiologies et itinéraires thérapeutiques de l'épilepsie dans la communauté zimé/Tchad** ». Cette recherche a pour objectif d'analyser et comprendre les causes de l'épilepsie et les moyens mis en œuvre par la communauté pour éradiquer cette pathologie. Ainsi, j'ai jugé utile de me rapprocher de vous afin de recueillir des informations fiables. Les informations qui seront recueillies resteront confidentielles et ne seront utilisées que pour les travaux académiques. Cependant, cette enquête pourra se passer en toute liberté et dans la seule mesure où vous m'accordez votre permission, votre volonté et votre disponibilité.

Etes-vous d'accord à participer cette enquête ?

Section 0 : Caractéristiques sociodémographique du répondant

- Quel est votre nom
- Quel est votre âge
- Quelle est votre activité principale
- Quelle est votre situation matrimoniale
- Quel est votre niveau d'étude
- Quelle est votre religion

Section 1 : Connaissance générale sur l'épilepsie

- Connaissez-vous l'épilepsie
- Connaissez-vous quelqu'un qui souffre de l'épilepsie
- Avez-vous vu une fois quelqu'un en crise d'épilepsie
- Cette maladie est-elle récurrente dans le village

Section2: Etiologies de l'épilepsie

- Comment appelle-t-on l'épilepsie en langue maternelle ?
- Quelles sont les origines de l'épilepsie ?
- Comment se manifeste-t-elle ?
- Quels sont les signes qui montrent qu'un individu souffre de l'épilepsie ?

Section 3 : Appréhensions socioculturelles de l'épilepsie dans la communauté zimé

- Qu'est-ce que l'épilepsie selon vous ?
- Que représente l'épilepsie dans la communauté selon vous ?
- Avec quel terme l'on désigne l'épilepsie ?
- Quels moyens utilisez-vous pour soigner l'épilepsie ?

Section 4 : Moyen de prise en charge de l'épilepsie

- Que faites-vous quand votre parent souffre de l'épilepsie ? Quels sont les médicaments que vous lui donner
- D'où proviennent les médicaments et comment vous les administrés
- Que faites-vous si la maladie persiste ?
- Faites-vous recours aux hôpitaux pour les soins ?
- Avez-vous des préférences entre la médecine moderne ou la médecine traditionnelle pour le traitement de l'épilepsie ?
- Et quelle la recommandation de la communauté ?

Section 5 : Relation soignant –soigné

- Quelle votre relation avec le corps soignant ?
- Quel regard porte le corps soignant vis-à-vis de vous ?
- Les corps soignants gardent-ils une distance avec vous ?

Guide d'entretien n°2 :

Cible : Personnels de santé

Mot d'introduction

Bonjour/Bonsoir/Madame/Monsieur

Bonjour ! Je suis BEINDJEFFA Charles Côté, étudiant à l'Université de Yaoundé 1, au département d'anthropologie en master 2. Je me présente devant vous dans l'objectif de recueillir les informations concernant l'épilepsie. En effet, c'est dans le cadre de la préparation de mon mémoire de fin de formation que je mène une enquête portant sur le thème « **étiologies et itinéraires thérapeutiques de l'épilepsie dans la communauté zimé/Tchad** ». Cette recherche a pour objectif d'analyser et comprendre les causes de l'épilepsie et les moyens mis en œuvre par la communauté pour éradiquer cette pathologie. Ainsi, j'ai jugé utile de me rapprocher de vous afin de recueillir des informations fiables. Les informations qui seront recueillies resteront confidentielles et ne seront utilisées que pour les travaux académiques. Cependant, cette enquête pourra se passer en toute liberté et dans la seule mesure où vous m'accordez votre permission, votre volonté et votre disponibilité.

Etes-vous d'accord pour votre participation à cette enquête ?

Section 0 : Caractéristiques sociodémographiques du répondant

- Quel est votre nom
- Quel est votre âge
- Quelle est votre activité principale
- Quelle est votre situation matrimoniale
- Quel est votre niveau d'étude
- Quelle est votre religion

Section 1 : Origine de l'épilepsie

- En tant que personnel de santé, c'est quoi l'épilepsie selon vous ?
- Avez-vous un pavillon réservé aux personnes qui souffrent de l'épilepsie dans votre hôpital ?
- Quelles sont les origines de l'épilepsie selon vous ?
- Quels sont les symptômes de l'épilepsie ?

Section 2 : Appréhension de l'épilepsie

- En tant que personnels de santé, comment appréhendez-vous l'épilepsie ?
- Quelles sont les différentes formes de l'épilepsie ?
- Quelles sont les conditions de la prise en charge de l'épilepsie ?
- L'épilepsie est-elle une maladie contagieuse ou héréditaire ?

Section 3 : La prise en charge des personnes malades d'épilepsie

- Recevez-vous souvent les malades d'épilepsie dans votre centre hospitalier ?
- Disposez-vous des médicaments pouvant soigner l'épilepsie ?
- Quel doit être la prévalence de l'épilepsie sur l'étendue que couvre votre centre hospitalier ?
- Combien coûte le traitement de l'épilepsie ?
- Quelle est la durée du traitement ?
- Quels sont les différents traitements de l'épilepsie que vous connaissez ?
- Que pensez-vous de la médecine moderne et la médecine traditionnelle pour le traitement de l'épilepsie ?
- Existents-ils les moyens de prévention contre l'épilepsie ?
- En cas de non satisfaction du patient, quelle orientation vous lui donnez pour qu'il ait la santé ?
- Avez-vous pour habitude de recommander le patient d'opérer le choix sur d'autres itinéraires ?

Guide d'entretien n°3 :

Cible : Guérisseur traditionnel

Mot d'introduction

Bonjour/Bonsoir/Madame/Monsieur

Bonjour ! Je suis BEINDJEFFA Charles Côté, étudiant à l'Université de Yaoundé 1, au département d'anthropologie en master 2. Je me présente devant vous dans l'objectif de recueillir les informations concernant l'épilepsie. En effet, c'est dans le cadre de la préparation de mon mémoire de fin de formation que je mène une enquête portant sur le thème « **étiologies et itinéraires thérapeutiques de l'épilepsie dans la communauté zimé/Tchad** ». Cette recherche a pour objectif d'analyser et comprendre les causes de l'épilepsie et les moyens mis en œuvre par la communauté pour éradiquer cette pathologie. Ainsi, j'ai jugé utile de me rapprocher de vous afin de recueillir des informations fiables. Les informations qui seront recueillies resteront confidentielles et ne seront utilisées que pour les travaux académiques. Cependant, cette enquête pourra se passer en toute liberté et dans la seule mesure où si vous m'accordez votre permission, votre volonté et votre disponibilité.

Etes-vous d'accord pour votre participation à cette enquête ?

Section 0 : Caractéristiques sociodémographiques du répondant

- Quel est votre nom
- Quel est votre âge
- Quelle est votre activité principale
- Quelle est votre situation matrimoniale
- Quel est votre niveau d'étude
- Quelle est votre religion

Section 1 : Origine de l'épilepsie

- En tant que guérisseur traditionnel, qu'est-ce que l'épilepsie selon vous ?
- Quelles sont les origines de l'épilepsie selon vous ?
- L'épilepsie est-elle transmissible ou héréditaire ?

Section 2 : Appréhension de l'épilepsie

- Que représente selon vous l'épilepsie ?
- Quel est le nom de l'épilepsie en langue zimbabwaise ?
- Quels sont les symptômes de l'épilepsie selon vous ?

Section 3 : Pratiques thérapeutiques de l'épilepsie

- Depuis quand avez-vous commencé à soigner traditionnellement l'épilepsie ?
- Par quel canal avez-vous appris à traiter l'épilepsie ?
- Donnez-vous vraiment la santé définitive aux patients d'épilepsie ?
- Quelle est votre relation avec les personnels de la médecine moderne ?
- Avez-vous des locaux spéciaux pour recevoir les patients d'épilepsie ?
- Le traitement se fait en combien de temps ?
- Combien coûte le traitement de l'épilepsie ?
- Le paiement se fait avant ou après la guérison ?
- Y a-t-il de sacrifice, offrande ou des paroles à prononcer pendant l'administration du traitement ?
- Quels sont les éléments que vous utilisez pour le traitement de l'épilepsie ?
- Recommandez-vous souvent le patient d'opter pour un autre choix dans le cas où vous n'arrivez pas à le soigner ?

Section 4 : Prévention de l'épilepsie

- Existente-t-elle des méthodes de prévention de l'épilepsie ?
- Quelles sont les mesures préventives de l'épilepsie ?

Section 5 : Relation soignant-soigné

- Quelle est votre relation avec vos patients ?
- Donnez-vous souvent des recommandations à vos patients ? si oui, ces derniers suivent-ils vos recommandations ?

Guide d'entretien N°4 :
Cible : les malades d'épilepsie

Mot d'introduction

Bonjour/Bonsoir/Madame/Monsieur

Bonjour ! Je suis BEINDJEFFA Charles Côté, étudiant à l'Université de Yaoundé 1, au département d'anthropologie en master 2. Je me présente devant vous dans l'objectif de recueillir les informations concernant l'épilepsie. En effet, c'est dans le cadre de la préparation de mon mémoire de fin de formation que je mène une enquête portant sur le thème « **étiologies et itinéraires thérapeutiques de l'épilepsie dans la communauté zimé/Tchad** ». Cette recherche a pour objectif d'analyser et comprendre les causes de l'épilepsie et les moyens mis en œuvre par la communauté pour éradiquer cette pathologie. Ainsi, j'ai jugé utile de me rapprocher de vous afin de recueillir des informations fiables. Les informations qui seront recueillies resteront confidentielles et ne seront utilisées que pour les travaux académiques. Cependant, cette enquête pourra se passer en toute liberté et dans la seule mesure où vous m'accordez votre permission, votre volonté et votre disponibilité.

Etes-vous d'accord à participer cette enquête ?

Section 0 : Caractéristiques sociodémographique du répondant

- Quel est votre nom
- Quel est votre âge
- Quelle est votre activité principale
- Quelle est votre situation matrimoniale
- Quel est votre niveau d'étude
- Quelle est votre religion

Section 1 : Connaissance générale sur l'épilepsie

- En tant que personne victime de l'épilepsie, pouvez nous dire est celle maladie ?
- Comment l'épilepsie se manifeste-t-elle dans votre organisme ?
- Comment vous vous sentez avec cette maladie ?
- Quelle est votre relation avec l'entourage ?
- Pratiquez-vous toutes les activités comme les autres avec cette maladie ?
- Etes-vous sous traitement ?
- Quand avez-vous fait la crise d'épilepsie ?

Section 2 : Relation soignant-soigné

- Recevez-vous des traitements contre l'épilepsie ? si oui, où est-ce que vous recevez ce traitement ?
- Recevez-vous les traitements à l'hôpital ou chez un guérisseur traditionnel ?
- Quelle est votre relation avec le soignant ?
- Les traitements sont prévus pour combien de temps ?
- Votre soignant vous donne-t-il des recommandations ?

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	i
DEDICACE	Erreur ! Signet non défini.
REMERCIEMENTS	vi
RESUME	vii
ABSTRACT	viii
LISTE DES ILLUSTRATIONS :	vi
PHOTOS ET TABLEAUX	vi
LISTE DES ACRONYMES ET SIGLES	vii
INTRODUCTION GENERALE	1
I. CONTEXTE DE L'ETUDE	2
I.1 - Situation dans le monde	2
I.2-Situation en Afrique	4
I.3-Situation au Tchad	5
II. JUSTIFICATION DU CHOIX DU SUJET	6
II.1- Raisons personnelles	6
II.2- Raisons scientifiques	6
III. PROBLEME DE RECHERCHE	7
III.1-Problème social	7
III.2-Problème de recherche / scientifique	7
IV. PROBLEMATIQUE	8
V. QUESTIONS DE RECHERCHE	8
V.1-Question principale	9
V.2-Questions spécifiques	9
VI. HYPOTHESES DE RECHERCHE	9
VI.1- Hypothèse principale	9
VI.2-Hypothèses spécifiques	9

VII. OBJECTIFS DE RECHERCHE.....	9
VII.1- Objectif principal.....	9
VII.2-Objectifs spécifiques	10
VIII. METHODOLOGIE DE RECHERCHE.....	10
VIII.1-Méthode de collecte des données.....	11
VIII.2-Recherche documentaire	11
VIII.3-Recherche de terrain.....	11
VIII.3.1- Coordonnées spatiales et temporelles.....	12
VIII.3.2- Site de la recherche	12
VIII.3.3-Population cible	12
VIII.3.3.1-Types d’informateurs	12
VIII.3.4- Techniques de collecte des données	12
VIII.3.4.1- Techniques de collecte de données orales	13
VIII.3.4.1.1- Entretiens.....	13
VIII.3.4.1.2- Récits de vie	13
VIII.3.4.2- Techniques de collecte des données iconographiques.....	14
VIII.3.4.2.1- Observations.....	14
VIII.3.4.2.2- Photographie.....	14
VIII.3.5- Types de données.....	15
VIII.3.5.1-Textes issus des entretiens	15
VIII.3.5.1.2-Notes d’observation.....	15
VIII.3.5.1.3- Images	15
VIII.4-Méthodologie d’analyse et d’interprétation	15
VIII.4.1- Analyse	15
VIII.4.2- Interprétation	16
VIII.4.3-Les critères d’inclusion et d’exclusion	16
VIII.5-Consideration éthique.....	16

IX. INTERET DE LA RECHERCHE	17
IX.1-Intérêt scientifique	17
IX.2-Intérêt pratique	17
IX.3-Difficulté rencontrées	17
CHAPITRE I : PRESENTATIONS GEOGRAPHIQUE ET HUMAINE DU TERRAIN DE RECHERCHE.....	18
I.1-Situation géographique du milieu Zimé.....	21
I.2-Milieu physique	21
I.2.1- Le relief	21
I.2.2- Hydrographie	22
I.2.3- Le climat.....	22
I.2.4- La végétation	22
I.3-Milieu humain	23
I.3.1- Histoire de peuple zimé.....	23
I.3.2- La langue zimé.....	24
I.3.3- La population Zimé.....	24
I.3.4- L'architecture zimé.....	27
I.3.5- Le milieu humain et l'agriculture.....	29
I.3.6- Le milieu zimé et l'élevage.....	31
I.3.7- Le milieu zimé et le commerce	31
I.3.8- Le calendrier lunaire zimé	32
I.3.9- Les zimés et les autres peuples	33
I.3.10-L'organisation politique Zimé	34
I.3.11- Le milieu humain et l'organisation sociale Zimé	36
I.3.12- Le milieu humain zimé et le mariage	37
I.3.13- Le milieu humain et la naissance	37
I.3.14- le milieu humain zimé et la femme	38

I.3.15- le milieu humain zimé et la justice.....	38
I.3.16- Rite et croyance aux forces occultes dans le milieu zimé.....	39
I.3.17- La culture et le sport dans le milieu zimé	40
CHAPITRE II : REVUE DE LITTERATURE, CADRES THEORIQUE ET CONCEPTUEL	41
II.1-Recherche documentaires	42
II.2-Le concept de représentation sociale	43
II.3-Revue sur la notion de l'épilepsie.....	44
II.4-Revue sur la crise convulsive	46
II.5-Les représentations sociales de l'épilepsie dans la société occidentale	48
II.6-Les représentations sociales de l'épilepsie dans les sociétés traditionnelles.....	50
II.7- Impact social de la maladie de l'épilepsie dans la communauté zimé	53
II.8-Cadre théorique	53
II.8.1-Le fonctionnalisme.....	54
II.8.2- L'Ethno-Perspective ou l'Ehnanalyse	55
II.8.3-Le concept de représentations sociales	56
II.9-Definitions des concepts	58
II.9.1- Itinéraire thérapeutiques	58
II.9.2-Epilepsie.....	58
II.9.3-Etiologie	59
II.10- Originalité du travail.....	59
II.10.1-Originalité du travail dans la communauté zimé	59
II.10. 2-Contribution à l'anthropologie	59
CHAPITRE III : APPROCHES HISTORIQUE ET SOCIOCULTURELLE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EPILEPTIQUES.....	61
III.1-Histoire socioculturelle de la prise en charge des personnes épileptiques	63
III.2-L'épileptique, sujet de discussion sociale.....	63
III.3-L'épilepsie : sujet d'exclusion sociale.....	65

III.4-Isolement des épileptiques	65
III.5-Chronique médicale de l'épilepsie	67
III.6-Etiologie de l'épilepsie	70
III.6.1-Une origine surnaturelle	71
III.6.2-Origine liée à la croyance	71
III.6.3-Origine liée à la contagion	72
III.7-La dimension sociale de la prise en charge de l'épilepsie dans communauté zimé.....	73
CHAPITRE IV : REPRESENTATIONS SOCIOCULTURELLES ET PROCESSUS THERAPEUTIQUE DE L'EPILEPSIE DANS LA COMMUNAUTE ZIME	78
IV.1-Representations physiques et sociales de la gravité de l'épilepsie	79
IV.1.1-Le rôle de la transgression sociale	81
IV.1.2-Causalités contextuelles	82
IV.1.3-Les multiples implications étiologiques de l'épilepsie	83
IV.1.4-La périodicité des crises	84
IV.2-Les itinéraires thérapeutiques.....	87
IV.2.1-Les répercussions sociales du traitement de l'épilepsie	89
IV.2.2-Les différents aspects pragmatiques du choix thérapeutique	90
IV.2.3-La dimension biomédicale du traitement de l'épilepsie.....	92
CHAPITRE V : ANALYSE ET INTERPRETATION ANTHROPOLOGIQUES DES DONNEES RECUEILLIES SUR LE TERRAIN DE RECHERCHE	96
V.1-Les savoirs locaux relatifs à l'épilepsie	97
V.2-La description de l'épilepsie selon la communauté zimé	99
V.3-La construction nosologique de l'épilepsie dans la communauté zimé	102
V.4-Pluralité de nom de l'épilepsie en langue zimé	103
V.5-L'identification de l'épilepsie et diverses affections.....	104
V.5.1-À propos de la transmission de l'épilepsie.....	105
V.5.2- La terminologie employée	105

V.5.3-Le rôle du contexte dans la conception transmissible de l'épilepsie	106
V.5.4-Les modalités de la transmission épileptique	106
V.5.5-Les modes de transmission de l'épilepsie selon la communauté Zimé	107
V.5.6- « La maladie qui attrape »	107
V.5.7-La « maladie transmise par le lignée »	108
V.5.8-Les conditions de la contamination d'épilepsie selon la conception Zimé	110
V.5.9-Les interdits alimentaires liés à l'épilepsie	112
V.5.10- Données biomédicales sur l'épilepsie	116
V.5.11-Analyse et interprétation étiologique	117
V.5.12- L'épilepsie comme un phénomène normal dans la communauté zimé	119
V.5.13-La mort d'un épileptique dans la communauté zimé	120
CONCLUSION GENERALE	121
SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES	126
ANNEXES	viii
ANNEXE 1 : Formule de consentement libre et éclairé	ix
ANNEXE 2 : Autorisation de recherche académique	x
ANNEXE 3 : Autorisation de recherche délivrée par le médecin de l'hôpital central de Kélo	xi
ANNEXE 4 : Attestation de recherche effectuée a l'hôpital	xii
TABLE DES MATIERES	xxi

