

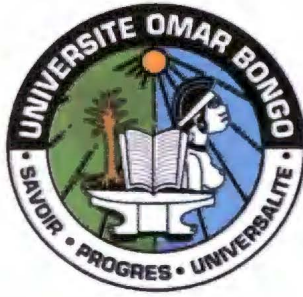


**Mémoire Présentée
par Ernest Fabert
MENSAH**

**UNIVERSITE OMAR
BONGO
Faculté des Lettres et
Sciences Humaines**

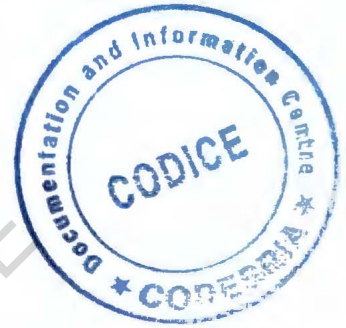
L'imaginaire de l'offre de soin à Libreville

2005-2006



Faculté des Lettres et Sciences Humaines

Département d'Anthropologie



Mémoire de D.E.A.

Option: Anthropologie Africaine

**L'IMAGINAIRE DE L'OFFRE DE SOIN
À LIBREVILLE**

Présenté et soutenu par :

**Ernest Fabert MENSAH
NGOMA ADETE**

Sous la Direction de

**Joseph TONDA
HDR,
Maître de Conférences
(CAMES)**

Année académique 2005-2006

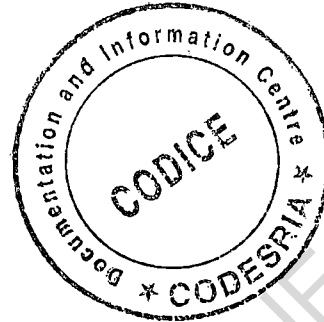
15.0404
MEN
13967

27 FEV. 2008

15.04.04
MEN
13967

SOMMAIRE

	Pages
Dédicace	
Remerciements	
Exergue	
Introduction	1
Première Partie	11
Chapitre I : Problématique	
A – Champ d'étude	12
B – Etat de la question	17
Chapitre II : Perspective de travail	
A – Hypothèses	49
B – Construction du modèle d'analyse	63
Deuxième Partie	76
Chapitre III : Images « construites » et Images « conçues »	77
Chapitre IV : <i>Nganga</i> et pasteurs charismatiques : mêmes schèmes de fonctionnement	90
Conclusion	110
Sources documentaires	119
Table des matières	128
Annexes	129



DEDICACE

A

Ceux qui ont donné de leur vie pour que vive le savoir.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

REMERCIEMENTS

Nos gratitudes vont à l'endroit de Monsieur Joseph TONDA qui a bien voulu diriger ce travail et pour ce qu'il a su rendre intelligible le flou de notre pensée.

Que le corps enseignant du Département d'Anthropologie de l'Université Omar BONGO ainsi les principaux animateurs du Laboratoire d'Anthropologie (Laban) trouvent ici l'expression de notre reconnaissance

Nous ne saurons clôturer cette rubrique sans adresser nos sincères remerciements au Conseil pour le Développement de la Recherche en Sciences Sociales (**CODESRIA**) sans le financement de qui ce travail n'aurait pu être réalisé.



Conseil pour le développement de la recherche
en sciences sociales en Afrique

EXERGUE

« (...) Les sciences de l'homme sont encore dans leur adolescence. Sans doute faut-il admettre que leur sujet – l'homme – leur échappera toujours par quelque bout, ne serait-ce que parce qu'il incorpore à son raisonnement et à sa conduite des connaissances que ces sciences lui apportent... Il est probable que la lumière projetée par les sciences sociales sur le comportement humain, non seulement contribue à modifier celui-ci mais pousse le sujet lui-même à se masquer et à se terrer. Un être investi d'une connaissance presque parfaite de lui-même s'abolirait dans l'évidence et la certitude de cette connaissance : les sciences de l'homme ne progressent que dans la mesure où l'homme continue à leur échapper ; on n'en saurait dire autant des sciences de la nature (...) »*.

* Jean-Marie Domenach, *Approche de la modernité*, Paris, Ellipes, 1986. p. 6.

INTRODUCTION

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

La trajectoire suivie par la médecine dite *traditionnelle* africaine est riche en rebondissements. En fait, son « histoire », son itinéraire et surtout sa « résistance » aux différents *traumats* dont elle a été victime (colonisation, post-colonisation et même indépendance) sont autant d'éléments qui auraient dû participer à son *extinction* mais le scénario est contraire. En effet, si l'on se situe du point de vue historique, on se rend rapidement compte que la médecine dite traditionnelle par le truchement des tradipraticiens ou plus exactement à travers les *nganga* pour ce qui est de l'Afrique centrale, a joué et joue d'ailleurs encore un rôle crucial dans la lutte contre des affections multiples et complexes touchant les populations. Cette médecine dite traditionnelle a été rappelons-le, le seul système de soin de santé disponible des siècles durant, pour la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies sociales, mentales et physiques.

Au – delà des stigmates dont elle a été victime durant la période coloniale de la part des systèmes en place, la médecine dite traditionnelle a continué à se développer même si son développement c'est fait pour l'essentiel, dans la clandestinité. Il a fallu donc attendre les années 60 pour voir cette médecine réapparaître de manière audacieuse et ouverte malgré les lois et ordonnances qui interdisaient son exercice.

La médecine dite traditionnelle apparaît comme le produit d'institutions sociales et de traditions culturelles qui ont évolué pendant de nombreux siècles pour améliorer la santé des populations en Afrique notamment. Notons que l'usage de cette médecine est général à l'Afrique, du Cap au Caire et du Sénégal à Djibouti. Son accessibilité, sa disponibilité et sa popularité ne font pas de doute dans la mesure où environ 80 % d'Africains y recourent pour leurs besoins de santé d'après l'OSA (Observatoire de la Santé en Afrique)¹.

Aujourd'hui, cette médecine connaît un regain d'intérêt de la part de ceux qui hier la combattait. L'ONU par le biais de l'OMS, ainsi que l'ACCT, le CAMES et l'UA, (ex OUA) recommandent la réhabilitation de la médecine traditionnelle et son insertion au sein du système de santé dit moderne². Ce changement d'attitudes des organismes internationaux fait suite à de nombreux constats. Parmi lesquels, on peut par exemple noter que selon certains

¹ Ebrahim M. Samba, « Message du Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique à l'occasion de la première journée de la médecine traditionnelle africaine », In *Observatoire de la Santé en Afrique*, Janvier - Juin 2003, vol. 4, N°1, p.1.

² *Ibid.*

analystes, cette médecine dite traditionnelle serait la culture, l'avenir et l'héritage de l'Afrique parce que sa région jouirait d'une riche base de bio-ressources : *environ 6 377 espèces de plantes sont utilisées en Afrique tropicale, plus de 4 000 sont des plantes médicinales. On estime que 90 % de la médecine dite traditionnelle en Afrique est à base de plantes (OSA)*³. Mais jusqu'ici, ces chiffres n'avaient suscité aucun engouement de la part des décideurs Africains de sorte qu'aucun effort n'a été consenti pour développer cette spécificité médicinale africaine.

Actuellement, on note néanmoins plus de considération à l'égard de cette médecine. On remarque donc que plusieurs structures de recherche et de promotion de cette forme de médecine ont vu le jour sans oublier que de grands moyens sont déployés dans le même but, c'est-à-dire pour développer d'abord, pour promouvoir, ensuite, la diversité et la spécificité de la médecine dite traditionnelle africaine. D'où l'instauration par les instances internationales en l'occurrence l'OMS, organe spécialisé de l'ONU, d'une journée internationale de la médecine traditionnelle africaine commémorée pour la première fois le 31 Août 2003 sous le thème : *la médecine traditionnelle, notre culture, notre avenir*. Ce pas en avant montre que la médecine dite traditionnelle africaine revêt non seulement, un caractère capital dans la gestion épidémiologique dans un contexte de grande pandémies telles le VIH/SIDA ou le Paludisme, mais aussi dans la prise en charge des affections multiples que connaît actuellement le monde. En gros, la gestion des grandes endémies, des épidémies et autre affections passe désormais par la prise en compte de la médecine dite traditionnelle. Ce n'est donc pas étonnant que la déclaration de l'OUA à Abuja au Nigeria en Avril 2001 l'identifie comme une *priorité de recherche* et la désigne finalement, pour la période de 2001 à 2010 comme *Décennie de la médecine traditionnelle africaine*⁴.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la médecine dite traditionnelle comme « la combinaison des connaissances et pratiques, explicables ou non, utilisées dans le diagnostic, la prévention ou l'élimination de maladies physiques, mentales ou sociales et qui s'appuient exclusivement sur l'expérience et l'observation passées transmises de génération en génération, verbalement ou par écrit ». Cette définition de l'organisation internationale atteste que la médecine dite traditionnelle a longtemps joué un rôle indispensable et reconnu

³ Rufaro Chatora, « vue d'ensemble de la médecine traditionnelle dans la région africaine » In *Observatoire de la Santé en Afrique*, Janvier - Juin 2003, vol. 4, N°1, p. 4.

⁴ *Ibid.*

dans les systèmes de santé du monde comme l'atteste la Déclaration d'Alma-Ata de 1978 sur les soins de santé primaires (SSP), qui reconnaît l'importance de celle-ci et de ses praticiens dans l'atteinte de la santé pour tous.

Cette reconnaissance, officielle soit – elle n'offre toujours pas de manière définitive une lecture claire et évidente du système médicinal dit traditionnel. D'autant que selon l'OMS, la combinaison des connaissances et des pratiques peuvent être *explicables ou non*. On peut par ailleurs relever que s'il y a reconnaissance de cette forme de soin, il reste que cette dernière est loin d'être l'égale du système *légal* ou dit moderne. Cette dichotomie est observable dans le choix des mots utilisés pour la définir. Elle est qualifiée de *traditionnelle africaine* alors que le système occidental est lui, qualifié de *moderne* ce qui dénote qu'on est toujours pas en présence de deux systèmes de santé différents mais d'égale importance, mais plutôt en présence d'un système bien élaboré et donc rationnel d'un côté, et d'un système dénué de toute rationalité mais dont on reconnaît tout de même l'efficacité de l'autre. Tout se passe comme si la rationalité était l'apanage d'un seul système (système occidental) et du côté de la médecine dite traditionnelle, on serait en présence d'un système hasardeux où le mystique (surnaturel) et le tâtonnement seraient les mots clés. Il faut toutefois souligner que là n'est pas notre préoccupation fondamentale dans cette étude, même si ce pré-positionnement épistémologique nous paraît indispensable.

L'étude que nous nous proposons de mener porte sur les formes traditionnelles d'offres de soins. Nous nous intéressons en effet, à la contribution que peut apporter la médecine dite traditionnelle (dénuee de tous les clichés), dans le rapport à la maladie. Autrement dit comment, à partir du discours sur la maladie et des représentations (images) qui s'y rattachent, le *nganga* envisage-t-il le diagnostic, le traitement ainsi que la prévention des affections dans un contexte urbain, à Libreville notamment. Notre intérêt pour cette étude réside en ce que, de plus en plus, on assiste à une sorte de retour aux « sources » des populations même citadines.

Seulement, dans le même temps, malgré une reconnaissance de la part des instances internationales à l'instar de l'OMS, il y a toujours, de la part d'une certaine frange de la population, mais aussi et surtout de la part des leaders des églises dites de réveil, une « diabolisation » voire une *marginalisation* des pratiques médicales dites traditionnelles et de celui que l'on nomme en Afrique centrale *nganga*, (guérisseur, devin, devin-guérisseur) et

de plus en plus par les termes de tradipraticien et de tradithérapeute. Pourtant, il est reconnu que, pour une autre frange de la population et pas des moindres (aussi bien urbaine que rurale), le *nganga* ou tradipraticien donne, à travers ses multiples systèmes d'explication, d'interprétation et de traitement de la maladie, satisfaction face aux maux dont seraient victimes les individus, qu'ils (maux) soient physiques, sociaux ou mentaux.

Cet intérêt quasi *inconditionnel* des populations pour la médecine dite traditionnelle dans un contexte urbain, malgré la quasi *omniprésence* d'une médecine dite moderne bien organisée et suffisamment structurée, attire fortement notre attention et nous invite à une réflexion sur les raisons réelles qui sous-tendent le choix porté aux *nganga* par les populations dans leurs différents itinéraires thérapeutiques notamment en ville. Il est évident que d'emblée, l'argument le plus plausible en réponse à cette attitude des citoyens face à la médecine dite moderne est certainement celui du coût très élevé des prestations offertes par les services de santé qu'ils soient publics ou privés. D'où, l'intérêt pour nous d'approfondir et d'enrichir les données déjà existantes sur la question.

Partant de ce constat, nous nous proposons d'analyser les facteurs susceptibles de donner une meilleure lecture du ou des comportement(s) des populations citadines à l'égard des *nganga* ou tradipraticiens garants d'une « culture traditionnelle » souvent taxée de passéiste voire *primitive*, étant donné que la ville offre par ses différents services d'énormes opportunités en ce qui concerne la prise en charge médicale. Mais « *pourquoi, en dernier recours c'est-à-dire, même après s'être rendu préalablement chez un ou plusieurs médecins, les populations partent – elles rencontrer un nganga* » ? En d'autres termes, pourquoi la médecine traditionnelle à travers un personnage, le *nganga* continue-t-elle à faire l'objet de sollicitude de la part des populations librevilloises ?

De nombreuses hypothèses susceptibles de répondre à notre préoccupation restent possibles, hormis bien entendu celle relative au coût très élevé des prestations sanitaires modernes, du fait notamment que, nombreux parmi ceux qui ont recours aux services des *nganga* ont, dans la plupart des cas, effectué au moins un passage dans les services de soins modernes c'est-à-dire dans les *hôpitaux*, les *cliniques* ou les *dispensaires*. Ceci remet ainsi en cause l'hypothèse du choix lié au rapport au coût des services de soins qui serait exorbitant pour ce qui est du système moderne et modique en revanche, pour ce qui est de la médecine dite traditionnelle.

Au regard de ce qui précède, l'hypothèse qui nous semble la plus plausible et que nous nous proposons de vérifier est que : La montée de la fréquentation des *nganga* par les populations est consécutive à l'*image* que celui-ci donne à la maladie, *image* reconnue par les patients et fondamentalement opposée à la logique préconisée par la médecine moderne. Cette *image* est elle-même exacerbée par des mutations consubstantielles à toute société et entretenues par un *informel*.

Soulignons ici le fait que les populations urbaines africaines n'ont, pour ainsi dire, jamais renoncé radicalement avec le système de soin dit traditionnel. Il est vrai que la tendance à été au changement de mentalité face à cette médecine millénaire durant les périodes coloniale et post-coloniale, mais au fond rien dans les attitudes et les comportements ne permet de dire avec exactitude que d'une manière ou d'une autre ces populations des villes d'Afrique Noire notamment, sont parvenues à mettre en époque leur patrimoine médicinal. Ce qu'il convient de dire est qu'avec les différents systèmes politiques subis (colonisation et post-colonisation), elles ont été amenées de gré ou de force à un moment donné par les effets des lois et ordonnances à observer une réticence face à leur système de santé dit traditionnel eu égard naturellement aux sanctions prévues à toute effraction. Et c'est là d'ailleurs que devait se poser le problème de rationalité voire celui de l'épistémologie notamment en matière d'objectivité scientifique ou non de la médecine dite traditionnelle, mais là n'est pas notre préoccupation.

En fait, de manière générale, en Afrique, et au Gabon en particulier, la logique du *déterminisme*⁵ est fondamentale dans l'approche des événements quotidiens. En effet, il y a chez les populations librevilloises une forte culture de la « *négation du hasard* » c'est-à-dire un système de croyance qui insiste sur la signification à attribuer aux choses et non sur l'explication fondée sur l'expérimentation et la vérification : on préférera une explication symbolique plutôt que le fait lui – même. Ici, l'essentiel est mis sur l'interprétation des faits au détriment de leur caractère matériel. Cette méthode peut, dans certains cas, conduire à conclure que nous sommes en plein dans l'irrationnel, dans l'absence d'objectivité. Mais envisager ainsi les choses nous induirait inexorablement dans l'erreur. Le recours fréquent à des explications de type religieux, (interdits ou tabous), permet de maintenir une relative harmonie dans la communauté et correspond peut être au niveau d'explication possible ou

⁵ Fabert Mensah, *Les nganga et les conflits familiaux à Libreville*, Mémoire de Maîtrise, UOB, Septembre 2005 p. 10.

permise. Il est donc indispensable d'en tenir compte dans les analyses des faits (maladie, conflits, mort, etc.) si l'on veut réellement saisir les contours.

A cet égard, François Laplantine souligne d'ailleurs que « *les sociétés africaines traditionnelles savent parfaitement que, par exemple, l'absorption de certains aliments peut s'avérer nocive pour l'organisme, mais elles estiment que cette causalité est doublée d'une origine plus décisive de la maladie et qui mérite donc une explication. Le souci de cette pensée correspond à un besoin de rendre à tout prix le monde signifiant (...)* »⁶.

Même s'il est admis par la conscience collective des populations africaines vivant en milieu urbain qu'il existe un niveau d'interprétation des événements qu'elles vivent quotidiennement, il reste que les voies d'accès à ce niveau d'interprétation ne sont pas de leur ressort mais celle dévolue est exclusivement à un certain personnage de la société : le *nganga* ou tradipraticien. D'où, la culture et le développement, par les populations urbaines contre toute attente, de l'acte de *consultation* qui est en fait une pratique divinatoire qui constitue à n'en point douter le premier palier de toute relation thérapeutique au près des *nganga*. Mais qu'entend – on par pratique divinatoire encore appelée consultation dans le contexte gabonais ?

Par « divination » nous dit le *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'Anthropologie*⁷, il faut entendre à la fois un système d'interprétation culturelle codifié des événements passés, présents et futurs, et l'ensemble des moyens mis en œuvre par les devins : on parlera de « techniques » ou de « pratiques » divinatoires et d'« institutions ». Les techniques divinatoires permettent de révéler des événements jusque là non appréhendés. Les interprétations sont souvent associées à des prescriptions (notamment l'effectuation des sacrifices), par exemple lorsque l'évènement est perçu comme un problème à résoudre, une transgression ou une infortune. Lorsqu'elle diagnostique les causes de malheur ou de maladie ; la divination est par là même liée aux institutions thérapeutiques.

⁶ François Laplantine, *Maladies mentales et thérapies traditionnelles en Afrique Noir*, Edition Jean Pierre Delarge, Paris, 1976.

⁷ Pierre Bonte & Michel Izard, *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*, Paris, Puf, 2000, pp. 780-781.

Soulignons que la divination est ainsi mise en œuvre aussi bien pour des événements exceptionnels et imprévus, que pour des événements quotidiens et réguliers : elle n'est pas seulement une technique de déchiffrement, elle est aussi une expression standardisée, une rationalisation culturelle des causalités relatives à l'ordre du monde et des humains. Cette capacité d'interprétation culturelle codifiée des événements, nous l'avons signalé plus haut, relève du tradipraticien ou *nganga*.

Pour Marc-Eric Gruenais⁸ les expressions « tradi-thérapeutes » ou « recours traditionnels » renvoient à tous les spécialistes qui se définissent en tant que détenteurs d'une pratique de « soins et de guérison » mais qui n'appartiennent pas à la profession médicale. Elles peuvent en fait s'appliquer à toute une gamme de spécialistes qui se réclament « d'une forte légitimité ». Il s'agit là de chefs de culte, des spécialistes dont les pouvoirs sont fondés sur des entités invisibles spécifiques à une aire culturelle.

Il poursuit en expliquant que ce qu'il entend par « spécialiste à forte légitimité », correspond grossièrement aux devins-guérisseurs qui, par exemple dans le bassin du Congo sont désignés par le terme générique les *nganga*. Il ajoute en faisant remarquer que traditionnellement, le terme les *nganga* était si souvent employé en association avec le nom d'une entité magico-religieuse qui fonde le pouvoir du spécialiste. Ainsi, on était *nganga x* ou *nganga y*. Ainsi, le terme de *nganga* serait le terme générique qui engloberait en son sein les notions de devin et de devin-guérisseur.

Notons qu'il ne s'agit pas pour nous de dresser ni de proposer une classification des différents acteurs exerçant dans le domaine de la médecine dite traditionnelle. Mais, nous tentons de montrer de manière sommaire que, même si nombre de nos informateurs font nettement la distinction entre *nganga* véritable et *charlatan*, le principe à la base des pratiques de l'un et l'autre de ces deux individus reste fondamentalement le même c'est-à-dire tenter de donner à l'évènement (maladie, malheur ou autre infortune) une interprétation qui transcende l'évidence des faits en présence.

On peut donc retenir que le devin, le devin-guérisseur et leur homologue le charlatan (qui ne fait pas l'unanimité que l'on se situe du côté de ses confrères ou bien du côté de la

⁸ Marc-Eric Gruenais « la professionnalisation des « néo-tradipraticiens » d'Afrique centrale in *Santé Publique & Sciences Sociales*, N° 8 & 9, Juin 2002.

clientèle), procèdent de la même manière dans leur approche des événements qui leur sont soumis par leur clientèle respective.

La clientèle dont il est question ici est constituée des personnes qui consciemment ou non assurent, entretiennent et perpétuent la relation thérapeutique avec les *nganga* ou tradipraticiens. Comme le souligne John Mbeti⁹ : « *même si le malade sait qu'il a du paludisme parce qu'un moustique porteur de malaria l'aurait piqué, il voudra quand même savoir pourquoi c'est lui que le moustique a piqué et non pas un autre* ».

Si l'on s'en tient à la définition de la maladie que nous propose l'OMS on dira qu'« elle est un état de parfait bien être physique, mental et non simplement l'absence de maladie ou d'infirmité physique »¹⁰.

Pour ce qui est de l'Anthropologie, dans son souci de rendre plus accessible les *faïres* et les *agirs* de l'autre, elle nous apprend à considérer que des cultures différentes offriraient des manières différentes de comprendre la maladie et, par voie de conséquence, le processus de guérison qui lui est rattaché. Les sociétés occidentales la définissent, par exemple, en termes de virus et d'infection à combattre comme nous venons de le voir (OMS), tandis que d'autres évoqueront plutôt une possession ou une dépossession de l'âme créant ainsi un « déséquilibre » dont il faudra rétablir l'harmonie. Dans tous les cas cependant, le corps se présente comme un théâtre de forces et d'enjeux opposés, voire contradictoires, auxquels on doit livrer bataille. On peut comprendre que la maladie, ainsi envisagée, devient rapidement la métaphore d'un conflit moral, et que le processus thérapeutique consistera à repousser l'« ennemi » envahisseur au-delà des frontières corporelles.

La façon de comprendre et d'expliquer la santé ou le désordre mental est, nous dit Gilbert R. Ayhi¹¹, dévoilée par ce qui est reconnu ou incriminé comme cause du désordre. Au niveau descriptif, prenant le cas de la maladie mentale au Bénin, cas qu'il généralise à la plupart des sociétés africaines, il souligne qu'elle s'explique par deux causes essentielles : elle

⁹ John Mbeti, *Religions et philosophies africaines*, Edition Clé, Yaoundé, 1972.

¹⁰ Organisation Mondiale de la Santé (O M S). Rapports technique Afro N° 1, sur la médecine traditionnelle africaine : rapport d'un comité régional d'experts, Genève, 1976, p. 58.

¹¹ Gilbert R. Ayhi, « Modèles traditionnels de la santé et de la maladie mentale au Bénin » In *Savoirs endogènes* : pistes pour une recherche sous la direction de Paulin J. Hountondji, Dakar, 1994.

est considérée comme soit l'œuvre d'un homme vivant, soit d'un esprit. Quand elle due à un être vivant, la maladie est provoquée par attaque directe ou par attaque indirecte.

Il s'ensuit que « l'efficacité thérapeutique est tributaire du système d'interprétation qui définit à la fois le malade et sa maladie, et que ce système ne peut être dissocié d'une mentalité qui façonne aussi bien le corps que l'esprit. Les moyens thérapeutiques utilisés seront donc dépendants des modes de pensée et des croyances que chaque société entretient au sujet de la mort et des états pathologiques qui assaillent sans répit, un jour ou l'autre, chacun de ses membres »¹².

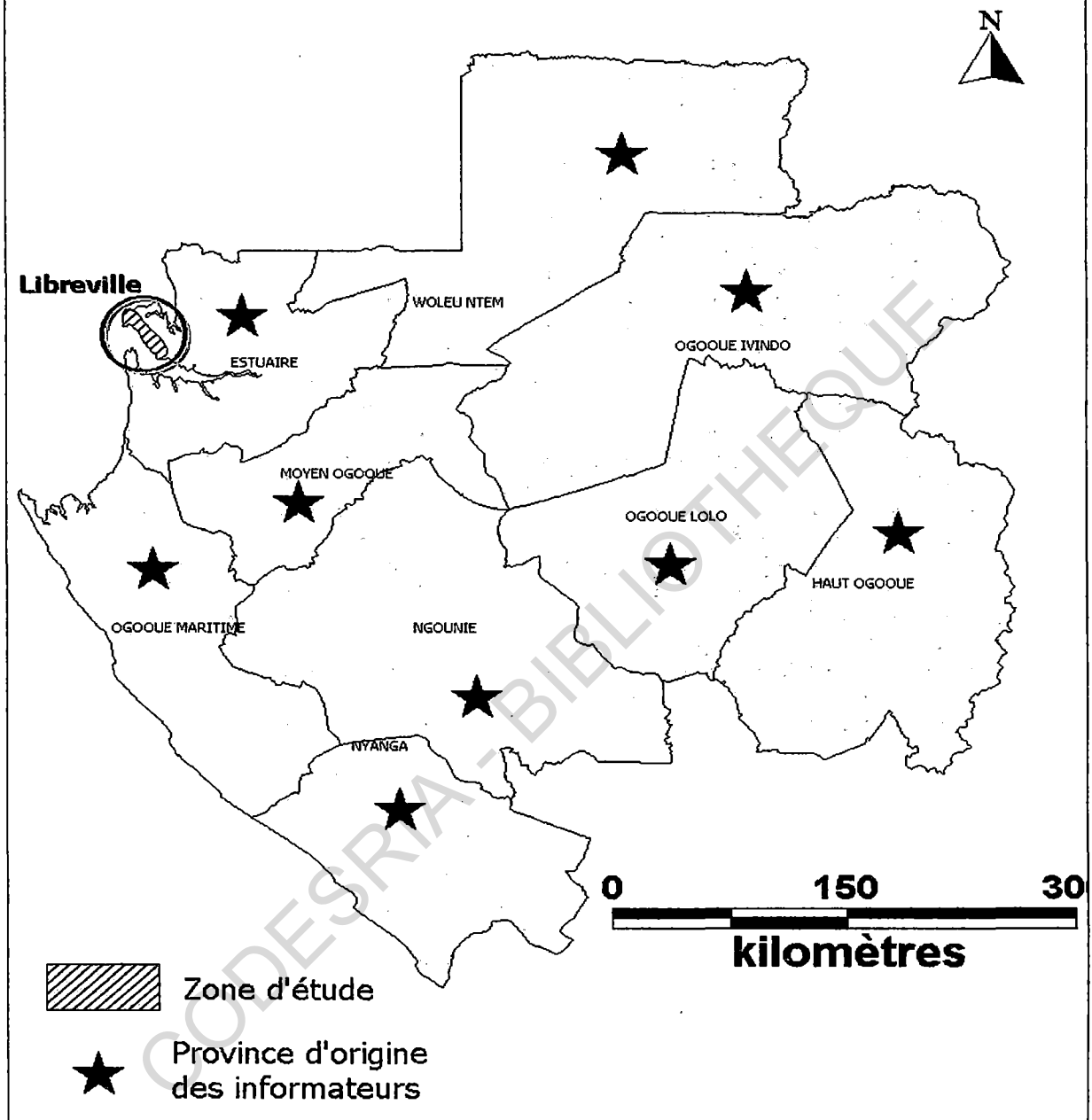
Mais qu'est-ce qui, au-delà du caractère dit interprétatif et symbolique des événements dévolus au tradipraticien et du rôle du *patient* dans son rapport avec ce dernier, assure la « pérennisation » de la relation thérapeutique entre populations urbaines et *nganga* ? La réponse à cette interrogation ouvre sans aucun doute la voie d'accès à la compréhension ainsi qu'à la saisie des mécanismes à la base de ce rapport *nganga* / patient vieux de plusieurs milliers d'années et que la modernité ne parvient toujours pas à entamer.

Notre projet consiste justement à comprendre les mécanismes qui sous tendent la « complicité » inconditionnelle qui existe entre d'un côté les populations gabonaises vivant à Libreville et de l'autre, les *nganga* garant d'une logique dite dépassée, mais dont l'impact et l'enracinement sont toujours évidents dans les mœurs et risquent encore de demeurer ainsi pour longtemps.

Pour mener à bien notre travail, nous nous servons des données d'une collecte antérieure (mémoire de Maîtrise) que nous avons enrichie de nouvelles informations complémentaires collectées sur le terrain. Ainsi, notre *population cible* est constituée dans un premier temps d'individus ordinaires, c'est-à-dire aussi bien les hommes que les femmes, exerçant ou non une fonction dans la société (fonctionnaires, chômeurs, femmes au foyer étudiants) et d'un autre côté, elle se constitue de *nganga* ou tradipraticiens (hommes et femmes). L'âge de nos informateurs varie entre 25 et 73 ans ce qui nous donne un ratio de 49 ans.

¹² Louise Fournel, *Synchrétisme symbolique et guérison : le cas d'un «guérisseur» québécois contemporain*.

Carte du Gabon: Libreville comme zone d'étude



Source: LAGRAC/UOB

Conception: Fabert MENSAH NGOMA
Réalisation: Parfait NDONG ONDO

PREMIERE PARTIE :
APPROCHE THEORIQUE ET
METHODOLOGIE

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Chapitre 1 : Problématique

A – Champ d'Etude.

Examinant le rapport entre populations et tradipraticiens encore appelés *nganga* dans un itinéraire thérapeutique en contexte urbain, notre étude s'inscrit à la fois dans le champ de l'Anthropologie dynamique et celui de l'Anthropologie religieuse. D'autre part, du fait que les sociétés africaines se trouvent comme partagées, écartelées entre deux univers : « *une tradition qui ne se laisse pas oublier et une modernité qui la fascine et la violente* »¹³, nous pensons que l'Anthropologie dit de l'Informel¹⁴ de Gauthier de Villers nous offrira un cadre de lecture propice de la situation actuelle.

Le choix porté sur le champ de l'anthropologie religieuse et l'Anthropologie dynamique répond à notre souci d'analyser les interactions entre d'un côté, le système religieux et de l'autre le système social. L'anthropologie religieuse constitue à notre avis, une voie d'accès possible à la compréhension des phénomènes que nous voulons analyser au cours de cette étude, cas de la place du *nganga* dans la conscience collective des populations vivant en ville par exemple.

Comme le souligne Durkheim¹⁵, le contenu du discours religieux dans les mythes et les rituels notamment, reproduit ou transpose le mode de structuration de la société et les enjeux de la vie sociale d'une part. Tandis que de l'autre, il reproduit l'idée que réciproquement l'institution religieuse est susceptible de remplir une fonction d'intégration sociale, et que plus généralement, les catégories de la pensée religieuse (le découpage du temps et de l'espace, les conceptions ethniques et métaphysiques qui déterminent l'ethnos d'une société) ont une incidence sur la vie sociale dans tous ses aspects (parenté économique, politique, ethnosciences, taxinomies populaires...). En gros, l'idée est que les faits religieux sont en interaction avec les faits sociaux, ces derniers s'inscrivant dans une logique de transformations de structures aussi bien communautaires que familiales en milieu urbain.

¹³ René Luneau, *Comprendre l'Afrique*, Paris, Karthala 2002, p. 11.

¹⁴ L'« informel », contrairement à son usage habituel qui fait référence essentiellement à une économie parallèle qui échappe aux cadres juridiques et institutionnels mis en place par l'Etat, désigne ici, *des formes atypiques (non conformes à des modèles culturels), composites (produites par hybridation, métissage de formes issues de matrices hétérogènes), et ambiguës, polysémiques (se réfèrent à des codes culturels différents)*.

¹⁵ Emile Durkheim, *les formes élémentaires de la vie religieuse*, Paris, PUF, 1979, p. 10.

Le choix porté sur l'Anthropologie dit de *l'Informel* est, quant à lui, conditionné par le fait que ce champ d'étude suppose que l'appréhension des disparités et contradictions culturelles en Afrique et précisément dans les villes, passe nécessairement par l'interprétation de la confrontation entre « modèle culturel traditionnel » et « modèle culturel moderne » génératrice des nouveaux enjeux tant économiques et financiers qu'idéologiques.

Ce *tiers-système* comme le nomme De Villers, se caractérise par son *indétermination*, c'est-à-dire qu'il est « *ni reproduction des types traditionnels ni transformation radicale de ceux-ci, mais création des formes « ambiguës », donc appelant à une double lecture ; l'une mettant l'accent sur les phénomènes de continuité (d'adaptation ou de réinterprétation de traits culturels anciens), l'autre sur les phénomènes de changement ou de rupture (par l'acculturation ou l'intervention des formes originales de la modernité) »*¹⁶.

Puisqu'il apparaît a priori, que les éléments dits traditionnels d'une société ne se laissent pas aisément oublier quel que soit le lieu de résidence des individus (au village ou en ville), il s'avère et nous l'avons souligné ailleurs¹⁷ que les *nganga* ou tradipaticiens assurent la perpétuation en ville de la tradition malgré les effets de l'urbanisation et de la modernisation qui auraient dû annihiler l'impact de cette tradition. Ainsi, ces *nganga* s'adaptent – ils au sein des villes et plus particulièrement, à Libreville tout en véhiculant les logiques « ancestrales » qui ne sont d'ailleurs plus tout à fait les mêmes et c'est là que *l'informel* nous est essentiel.

C'est donc parce que, semble-t-il, nous sommes en présence de ces deux modèles évoqués plus haut (modèle traditionnel et modèle moderne), qu'il nous a paru essentiel de nous appuyer sur la modèle d'analyse proposé par le champ dit de l'Anthropologie de *l'informel*, modèle qui pourra certainement nous permettre une meilleure approche du phénomène relatif aux relations entre les *nganga* (garants de la tradition) et les populations urbaines (*lieu* de l'expression du moderne).

S'il est vrai que notre travail ne s'intéresse pas proprement dit aux savoirs médicaux *traditionnels* en tant que techniques en œuvre dans la société gabonaise précisément à

¹⁶ Gauthier de Villers, « Propositions introductives », *Cahiers Africains*, n° 19-20 Paris l'Harmattan 1994, p. 8.

¹⁷ Ernest Fabert Mensah Ngoma, *Les nganga et les conflits familiaux à Libreville*, Mémoire de Maîtrise, UOB, Septembre 2005 p.

17.

Libreville à travers particulièrement, les différents produits et remèdes matérialisés notamment par des potions, des décoctions, des macérations et autres éléments pratiques de cette médecine, il reste que notre regard - bien que s'intéressant aux mécanismes et logiques qui, pour la plupart semble inconscients et même imperceptibles pour un observateur non averti - porte un intérêt majeur sur la notion de « pratiques de santé »¹⁸ en tant que formulation qui recouvre un champ extrêmement vaste recouvrant en son sein aussi bien l'ensemble des décisions prises et relatives au maintien et / ou à la préservation de la santé qu'à l'ensemble du savoir. Cela implique que, une fois le diagnostic établi, le recours à des *soignants* ou à tout autre spécialiste garant du rétablissement et du maintien de la santé et la capital cognitif soit mis en œuvre pour que l'issue de ce recours soit, sans aucun doute, le rétablissement de la santé.

Notons, que toutes ces pratiques mises en place au cours d'un itinéraire thérapeutique sont elles même incluses dans un ensemble de conduites existentielles de gestion de l'infortune. Cette infortune ne se résume pas exclusivement à la maladie entendue comme une « affaire » de dysfonctionnement physiologique, mais la perception de l'infortune, c'est-à-dire de la maladie dans les sociétés africaines dites traditionnelles n'est, selon Laplantine, qu'un cas particulier de la « logique générale du malheur »¹⁹.

On peut en effet, dire que cette « logique générale du malheur » veut que les raisons qui entraînent la maladie chez un individu aient la même origine que celles qui produisent la stérilité d'un couple, l'échec dans les plantations ou au cours d'un examen, les disputes dans un village et par-dessus tout, la mort. Il faut ajouter que cette situation a toujours pour conséquence l'organisation d'un rituel thérapeutique au cours duquel on fait appel au sacré pour comprendre d'abord, et pour soigner ensuite le dysfonctionnement survenu. Notons que ce rituel reste identique à celui qui est utilisé pour remédier à tout ce qui est considéré par le groupe social comme une calamité. On remarque clairement que les fonctions en présence sont celle de l'interprétation premièrement et ensuite, celle de l'action thérapeutique.

Ceci nous amène à accorder une place toute aussi essentielle à l'Anthropologie de la maladie bien qu'elle n'eut pas un écho assez fort du fait que le choix fut plutôt porté sur

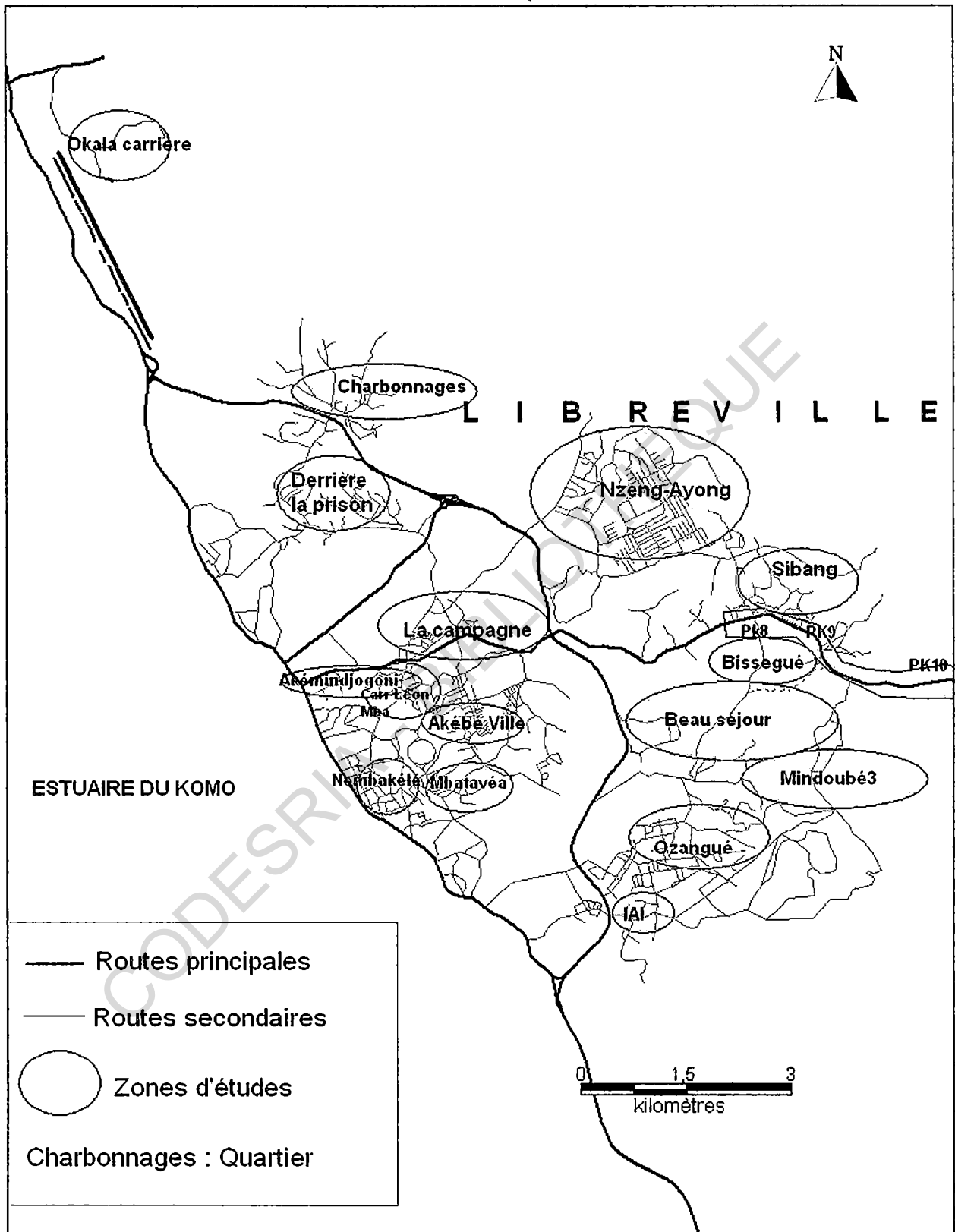
¹⁸ Thierry Patrick Nzamba Nzamba, *Bungang : « Pratiques de santé » chez les *bapumu* du Gabon*. Esquisse d'une systématique des médecines traditionnelles, Libreville, Mémoire de DEA, UOB, 2003.

¹⁹ François Laplantine, *Maladies mentales et thérapies traditionnelles en Afrique Noir*, Edition Jean Pierre Delarge, Paris, 1976.

l'Anthropologie médicale notamment aux Etats-Unis d'Amérique où elle est une discipline à part entière. l'Anthropologie de la maladie a au moins, le mérite de souligner que la maladie doit être envisagée comme un moyen, au même titre que les autres champs notamment le religieux ou le politique, d'accéder à la compréhension et à la connaissance des sociétés, particulièrement, celles dites traditionnelles.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Carte N° 3 LIBREVILLE: Quartiers enquêtés



Source: LAGRAC

Conception : MENSAH.F Réalisation: MOUVIOSSI J.B

B - Etat de la Question

La littérature sur la médecine dite traditionnelle africaine est très abondante notamment lorsqu'on considère ses différentes formes. En effet, la pluralité des cultures africaines entraîne *ipso facto* une pluralité de formes spécifiques à chacune de ces cultures notamment en matière de médecine. Notons toutefois que, pour l'essentiel, cette diversité de formes médicinales ne se traduit en réalité qu'en apparence car, nous le verrons, le fond de ces différentes formes de médecine reste fondamentalement le même c'est-à-dire une approche de la maladie opposée à celle proposée par la biomédecine. Ce qu'il y a de remarquable par contre, c'est qu'en observant attentivement sa structure et son élaboration, on se rend rapidement compte que, de manière générale, la médecine dite traditionnelle apparaît, ainsi que le souligne la revue de l'Observatoire de la Santé en Afrique (OSA, 2003), comme *le produit des institutions sociales de traditions culturelles qui ont évolué pendant de nombreux siècles pour améliorer la santé*²⁰.

Cette partie du travail se propose de passer en revue, non les contributions apportées sur le sujet par quelques auteurs retenus. Cette revue de la littérature prendra en compte, aussi bien les questions d'ordre historique, que celles relatives à l'« authenticité » et à l'« efficacité » de la médecine dite traditionnelle africaine. S'il est évident que tous les aspects que nous évoquerons ici ne constituent pas fondamentalement notre objet d'étude, il n'en demeure pas moins qu'ils permettront d'avoir une meilleure lisibilité en matière de production scientifique notamment.

En terme historique, nombreux sont ceux qui pensent comme Paulin J. Hountondji²¹ que *la dépendance scientifique du tiers monde est, en dernière analyse, de même nature que sa dépendance économique et que, replacée dans sa genèse, elle apparaît comme le résultat de l'intégration progressive du tiers monde dans le procès mondial de production des connaissances, géré et contrôlé par les pays du Nord*. Ceci est attesté par le fait qu'à l'époque coloniale, le territoire dominé fonctionnait, sur le plan économique précisément, comme un réservoir de matières premières destinées à alimenter les usines de la métropole. *Ce que l'on a moins bien remarqué*, poursuit l'auteur, *c'est qu'elle fonctionnait aussi, par rapport à*

²⁰ Ebrahim M. Samba, « Message du Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique à l'occasion de la première journée de la médecine traditionnelle africaine », In *Observatoire de la Santé en Afrique*, Janvier - Juin 2003, vol. 4, N°1, pp.1- 2.

²¹ Paulin J. Hountondji, « Introduction », In *Savoirs endogènes : pistes pour une recherche*, Dakar, 1994, p. 2.

l'activité scientifique métropolitaine, comme une pourvoyeuse de matières premières. La colonie n'étant qu'un immense réservoir de faits scientifiques nouveaux, recueillis à l'état brut pour être communiqué aux laboratoires et centre de recherche métropolitains, qui se chargeaient, et pouvaient seuls se charger de les traiter théoriquement, de les interpréter, de les intégrer à leur juste place dans le système d'ensemble des faits connus et reconnus par la science. Autrement dit, si l'activité économique de la colonie se caractérisait par une sorte de vide industriel, l'activité scientifique se caractérisait, elle aussi, par un vide théorique criard. La colonie manquait de laboratoires comme elle manquait d'usines. Elle manquait de laboratoires au sens large du terme²², où toutes les disciplines, qu'elles relèvent des sciences exactes et naturelles ou des sciences sociales et humaines, ou d'autres secteurs encore de la connaissance, se développent en laboratoire.

Ainsi, les colonies n'avaient que faire, pensait – on, de ces lieux spécialement aménagés et équipés pour le travail conceptuel, de ces bibliothèques savantes ou, le cas échéant, de ces appareils compliqués, nécessaires pour la transformation des faits bruts en connaissances vérifiées – ce qui s'appelle l'expérimentation. Par contre, les laboratoires métropolitains trouvaient, à la colonie, une source d'enrichir leur stock de données et de s'élever d'un cran dans leur recherche, à la fois d'une connaissance exhaustive et vraiment universelle, et d'une maîtrise pratique du milieu humain.

Ce n'est certes pas ici pour nous, le lieu de résoudre des problèmes anciens et bien connu du grand nombre (pillage, exploitation et marginalisation pour ne citer que ceux – là). Il s'agit plutôt de jeter un regard critique, et cela nous paraît intéressant, *du point de vue historique et épistémologique, sur ce que la science européenne doit au tiers monde, la nature et la portée des connaissances issues du traitement théorique de cette masse nouvelle de données et d'informations, le fonctionnement réel des disciplines nouvelles fondées sur ces découvertes (géographie tropicale, agriculture tropicale, sociologie africaine, anthropologie, etc.), et les manèges induits, dans les disciplines plus anciennes par ces mêmes découvertes²³.*

²² Ce qui est proposé ici, nous dit l'auteur, c'est une généralisation de la notion de laboratoire non dans une perspective anthropologique, mais épistémologique.

²³ Paulin J. Hountondji, « Introduction », In *Savoirs endogènes : pistes pour une recherche*, Dakar, 1994, p. 3.

Ici, ce qui nous paraît important est moins la question liée à l'histoire en tant que telle c'est-à-dire la situation d'exploitation voire de surexploitation des matières premières de l'Afrique par l'Europe durant la période coloniale et d'avantage encore, mais celle de la *scientificité* ou non des pratiques africaines en général et de la médecine dite traditionnelle en particulier. S'il est vrai que les hommes sont toujours un peu responsables de ce qui leur arrive d'une part, et que le discours accusateur n'est souvent qu'un alibi, une forme subtile de démission de l'autre, force est tout de même de reconnaître ici que *le sous – développement* qui, dans ce cas de figure n'implique pas essentiellement les domaines de l'économie, mais aussi ceux des sciences, *n'est jamais inné, mais il résulte toujours d'un processus historique*²⁴.

Il n' «appartient» pas aux Africains de décider de ce qui relève ou non de la science. La décision de la *scientificité* ou non de telle ou telles pratiques par exemple, revenait à la métropole. Laquelle se devait donc, à travers ses laboratoires, *de traiter théoriquement les faits scientifiques nouveaux, de les interpréter, de les intégrer à leur juste place dans le système d'ensemble des faits connus et reconnus par la science*²⁵. Mais comment peut – on parler d'un modèle scientifique universel quand les outils de ce fameux modèle ne tiennent pas compte des particularités, des spécificités ainsi que des réalités culturelles des sociétés dont on se propose d'étudier par exemple ?

C'est ce qui a justifié, à notre niveau, le choix de l'expression médecine dite traditionnelle au lieu de médecine traditionnelle tout court, car ne disposant pas d'outils nous permettant de distinguer avec exactitude ce qui relève du traditionnel de ce qui ne l'est pas. A moins de retomber dans *l'évolutionnisme* où l'Afrique et ses pratiques seraient au stade premier ou second de cette longue quête qu'est la civilisation. Quels seraient donc les critères de validité du moderne et quels seraient ceux du traditionnel ? Est – il objectif de considérer que, parce que l'approche médicale de l'Afrique (approche apparemment basée sur les plantes et la ritualisation) ne correspond pas à celle de l'Occident (approche que l'on dit moderne, standard ou universel), elle est donc traditionnelle ou mieux, primitive ? Autant de questions qui méritent à notre avis quelques éclaircissements. Mais une fois encore, là n'est pas notre préoccupation fondamentale.

²⁴ *Ibid*, p.5.

²⁵ *Ibid*.

Abordant la question de la tradition et de la modernité de l'Afrique, du rationnel et de l'irrationnel, René Luneau rappelle que *dans les années soixante nombre de ceux qui découvraient alors l'Afrique étaient persuadés que quelques décennies à l'occidentale suffiraient à effacer de sa mémoire ce qui pouvait encore subsister d'un monde dit traditionnel que la colonisation avait déjà sérieusement malmené*²⁶. Mais grande est la surprise lorsque l'on constate, malgré les changements sur les plans de l'infrastructure notamment (un processus de *modernisation* et une rapide urbanisation où l'on peut estimer que les jeunes générations entrent tout naturellement et qu'elles ne savent plus rien de la « tradition » puisque comme le dit un proverbe arabe : *les hommes ressemblent plus à leur temps qu'à leur père (...)*), *qu'il apparaît sur le terrain que les choses sont moins simples et que la rationalité nouvelle, enseignée à l'école et au lycée, se trouve parfois singulièrement désarmée face à une autre rationalité – car c'en est une – venue de très loin précise t – il, et qui dans la vie quotidienne n'a rien perdu de sa pertinence et de son ingéniosité*²⁷. L'auteur va même jusqu'à reconnaître qu'il n'est pas facile de comprendre ce qui se vit actuellement en Afrique noire.

René Luneau, contrairement à d'autres chercheurs occidentaux, a le courage de reconnaître que l'Afrique n'est pas qu'un objet de curiosité, un objet d'étude l'Afrique est bien plus que cela. Contrairement aux préjugés qui lui sont souvent prêtés (irrationalité, fétichisme, mysticisme, subjectivité en gros primitivisme), l'Afrique a une rationalité, elle est certes autre, mais elle en est une. Pour ne prendre que le pan de la santé qui constitue d'ailleurs l'objet du présent travail, l'Afrique serait aujourd'hui un continent décimé si elle ne disposait pas de moyens sûrs efficaces pour lutter contre les épidémies aux autres calamités naturelles dont elle a dû faire face des siècles durant. Il s'agit là, des réalités de la vie de l'Afrique et non pas des moindres, qu'il ne faut pas occulter. L'Afrique n'a pas attendu reconnaitre – le, les campagnes de vaccination et autres programmes de l'OMS pour garder en vie ses filles et fils.

Portant nos regards sur les formes dites traditionnelles d'offres de soins en Afrique en général, et particulièrement à Libreville, il est essentiel que notre attention se tourne sur la littérature spécialisée dans ce domaine. En effet, en matière de médecine dite traditionnelle, les sources sont multiples de sorte que nous ne retiendrons que celles qui nous paraissent

²⁶ René Luneau, *Comprendre l'Afrique*, Paris, Karthala 2002, p. 10.

²⁷ *Ibid.*

s'intéresser de plus près à notre objet d'étude. Nous pensons à cet effet à une documentation qui s'intéresse à la particularité et à l'originalité de cette médecine.

Envisager une revue de la lecture critique sur la spécificité de la médecine dite traditionnelle, suppose que nous voyons d'abord à quoi renvoient les notions de santé et de maladie dans les sociétés africaines, d'autant que la médecine en général se donne pour but de veiller à la conservation de la bonne santé des individus en luttant, contre les différentes formes de maladies qui les mettent à mal et finissent par affecter la société entière.

En français, le terme « maladie », nous rapporte le *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*²⁸, renvoie au moins, à trois significations différentes susceptibles d'intéresser l'anthropologue : événement concret affectant un individu donné, entité taxinomique entrant dans une nomenclature, notion générale abstraite d'un état qui est opposé à la bonne santé.

Dans beaucoup de sociétés sans écriture poursuit – il, on ne retrouve pas nettement le concept général et abstrait de maladie, car celui – ci y est fondu dans les catégories plus vaste du mal, d'infortune, de désordre, etc. Et même lorsque la présence de cette notion est attestée, on observe fréquemment le recours aux interprétations qui font des maladies événements néfastes parmi d'autres affectant les relations sociales.

La santé quant à elle, de la même manière que la maladie, est une modalité de l'infortune. Elle est systématiquement un aspect de l'harmonie qui régit les rapports spatiaux et temporels de l'individu avec le monde et avec les autres. Nous sommes donc en présence de deux notions qui sont fondamentalement liées l'une à l'autre.

Si l'on peut considérer avec Marc Augé²⁹ et N. Sindzingre & A. Zempléni³⁰ que tout comme la naissance et la mort, la maladie est un événement social imposé par la condition biologique de l'homme, il faut toutefois signaler que contrairement aux deux premiers, la maladie est un événement réversible et récurrent à la fois et qui peut intervenir tout au long d'une existence. Sa manifestation apparaît chez les individus à la fois comme inopinée et sélective, ses caractères requérant un éclairage qui ne peut se limiter au seul mécanisme pathologique. De par son enracinement dans un corps souffrant, et parce qu'elle menace

²⁸ Pierre Bonte & Michel Izard, *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*, Paris, Puf, 2000, pp. 780-781.

²⁹ Marc Augé, « Ordre biologique, ordre social : la maladie forme élémentaire de l'évènement » In M. Augé et C. Herzlich, *Le sens le sens du mal*, Paris, éd. des Archives Contemporaines, 1996, pp. 35 – 91.

³⁰ N. Sindzingre & A. Zempléni, « Anthropologie de la maladie » In *Bulletin d'Ethnomédecine*, N° 15, 1982 pp. 3 – 22.

l'intégrité et la pérennité tant de la personne que du corps social, la maladie est un événement qui a la particularité de mobiliser une forte charge affective et d'activer des processus sociaux souvent complexes.

La maladie est d'abord l'expression et la prise de conscience personnelle d'une altération de psychosomatique vécue comme étant déplaisante et incapacitante. Le seuil de perception et la pertinence différentielle des symptômes sont fortement influencés non seulement par le milieu culturel, mais aussi par la biographie de l'individu et l'histoire du groupe. Dès le départ, le fait d' « être malade », c'est-à-dire le vécu subjectif personnel de la maladie a déjà une dimension sociale.

Pour le malade et son entourage, mais aussi pour la plupart des spécialistes traditionnels intervenant dans la quête thérapeutique nous dit Sindzingre³¹, le diagnostic, c'est-à-dire l'application de modèles explicatifs aux manifestations morbides singulières afin d'y lire les effets d'une entité nosologique (relatif aux signes distinctif de la maladie en vue de la classer) ou d'autres entités causales, doit moins répondre à un besoin de savoir en tant que tel qu'à une quête de sens. Or, les effets de sens induits par une interprétation ne dépendent pas de son degré de vérité, mais de sa pertinence dans une situation événementielle singulière, ainsi que de sa cohérence avec le vécu subjectif du malade et avec les représentations qu'il a de son rapport aux autres et au monde.

Ainsi, l'explication de l'événement maladie dans les sociétés dites traditionnelles est, d'après Zempléni³², essentiellement structurée par des liens de causalité. Quatre questions sont généralement posées : 1 – De quelle entité nosologique s'agit-il ? 2 – Quel en est le mécanisme ? 3 – Qui ou quoi en est la cause ? 4 – Pourquoi affecte – elle la personne à tel moment ?

Notons que ces questions ne sont pas toutes posées nécessairement au même moment ou dans un ordre déterminé, et les réponses qui leur sont respectivement apportées n'entretiennent pas obligatoirement entre elles des relations fixes. Dans bien de sociétés ces questions « diagnostiques » et les indications thérapeutiques découlant des réponses qu'elles

³¹ N. Sindzingre, « Tradition et biomédecine » in *Science sociales et santé*, N° III : Anthropologie, sociétés et santé, 1985, pp. 9 –

26.

³² A. Zempléni, « La maladie et ses causes » In *L'Ethnographie : causes origines et agents de la maladie chez les peuples sans écritures*, N° 96 -97, 1985, pp. 13 – 14.

suscitent, ne relèvent pas toutes des mêmes qualifications. En effet, les questions 1 et 2 souligne l'auteur, sont plutôt de l'ordre du savoir commun des praticiens dits traditionnels ou biomédicaux, la dernière question c'est-à-dire la question 4 concerne particulièrement les devins, les médiums ou les prêtres, tandis que la question 3, ressortit à l'un ou à l'autre de ces deux champs de compétence.

De plus, ces quatre interrogations suscitent des types de réponses qui, au-delà de la grande variété de formulations possibles, livrent au malade et à son entourage, un potentiel de sens qui va croissant lorsqu'on suit l'ordre donné ci-dessus. *Aussi, dans beaucoup de sociétés, au-delà du seuil d'angoisse, la quête thérapeutique est – elle souvent moins orientée vers les mécanismes de la maladie que vers ses causes, notamment celle qui rendent compte de la singularité des cas individuels et qui sont révélés par les techniques de divination et de l'extase plutôt qu'inférées à partir des symptômes : action délétère d'un être doué d'intentionnalité (ancêtre, divinité, sorcier), responsabilité de personnes ou d'événement déterminés (transgression de règles sociales ou religieuses, contamination) dans l'activation de l'agent pathogène³³.*

Il est important de retenir à ce niveau que généralement, la quasi-totalité des événements importants dans la vie de l'homme demandent à être expliqués, on est ainsi tenu d'en trouver les causes, comprendre la nature et leur donner un sens. La maladie s'inscrit donc dans cette logique. En effet, l'Homme, confronté à une sensation désagréable et inhabituelle, se doit de la décoder et la relier éventuellement à d'autres manifestations et décider d'y voir des signes inquiétants qui nécessitent une action médicale.

Dans ce cas, la maladie est perçue comme le résultat d'une intervention étrangère qui menace non seulement la vie de l'intéressé (le corps physique ou biologique), mais aussi celle de la famille, du village et même du clan (le corps social). D'où l'importance de relier l'élaboration des notions de maladie et de santé au social et au culturel du moins en ce qui concerne les sociétés dites traditionnelles. Ce d'autant plus que de manière générale, la société offre à l'individu des cadres d'interprétation des phénomènes relatifs à la vie et notamment en ce qui concerne la maladie et ses symptômes. C'est précisément à ce niveau que nous nous proposons d'axer l'intérêt de ce travail.

³³

Pierre Bonte & Michel Izard, *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*, Paris, Puf, 2000, p. 438.

Envisager une interprétation de phénomènes suppose qu'il existe un cadre bien élaboré au sein duquel les sociétés puisent leurs éléments explicatifs : les systèmes de représentation. En gros, le système de représentation désigne un ensemble d'idées et de valeurs propres à une société. De nos jours, l'expression « système de représentation » est particulièrement ambiguë. En effet, certains travaux en sciences humaines (sociologie et psychologie notamment) ont tenté d'aborder la question sans toutefois établir radicalement une position qui fasse l'unanimité.

Emile Durkheim dans *les règles de la méthode sociologique*³⁴ s'oppose à l'approche psychologique des systèmes de représentation en soulignant que toute société élabore plusieurs systèmes de représentation spécialisés : du cosmos, de la totalité sociale, de la magie et de la sorcellerie, etc. Dans l'esprit des individus, de tels systèmes ne sont présents que de façons généralement incomplètes et partiellement conscientes. Ces données sont donc traitées par la sociologie que comme de réalités autonomes, existant indépendamment de ce que les psychologues appellent des « représentations » ou des « images » mentales. Durkheim insiste sur le fait que la notion de « représentations collectives » témoigne non pas de dispositions mentales individuelles, mais des aptitudes intellectuelles du groupe.

Seulement, il se trouve que les faits culturels ne sont pas de simples juxtapositions, ils forment un système. Ainsi, les classifications des espèces naturelles, et des groupes sociaux, l'organisation symbolique des espaces et les représentations du corps sont conçues comme les éléments interdépendants d'une représentation culturelle du monde. Et c'est là que l'Anthropologie structurale, en insistant sur ces aspects systématiques, a tenté d'en décrire les principes formels, qu'elle attribue à certaines dispositions innées de l'esprit humain. De ce point de vue, il apparaît clairement que la dimension psychologique a donc été réintroduite dans l'analyse des systèmes de représentation.

Notons qu'à l'opposé de l'Anthropologie structurale, l'anthropologie dite « symbolique » incarnée par C. Geertz et D. Schneider³⁵ considère toujours les systèmes de représentations comme une « réalité » autonome, indépendante des esprits qui la manipulent au risque de prendre pour autant de données empiriques ses propres catégories analytiques.

³⁴ Emile Durkheim, *les règles de la méthode sociologique*, 16^e éd. Paris, PUF, 1967.

³⁵ C. Geertz, *Local knowledge. Further essay in interpretative anthropology*, New York, Basic Books (trad. Fr. *Savoir local, savoir global : les lieux du savoir*, Paris PUF, 1986).

On peut dès lors comprendre qu'au sein des sociétés dites traditionnelles, l'approche de la maladie ainsi que tout protocole qui s'ensuit (nosologie, mécanisme, causes et moment) n'obéit pas exclusivement aux logiques thérapeutiques dites modernes, mais elle relève d'une complexité plus spécifique, propre à ces sociétés.

De nombreux travaux en sciences humaines portant sur les médecines des pays dits en développement et particulièrement en Afrique noire, ont toujours présenté ces médecines comme étant fondamentalement liées aux domaines magico-religieux. En effet, il semble difficile d'envisager, en ce qui concerne les sociétés dites traditionnelles, une quelconque possibilité d'objectivation, tant le mystique et le religieux semblent influencer de manière permanente le vécu quotidien des individus et donc de la société toute entière. Or, il est attesté que, dans la quasi-totalité des sociétés africaines au sud du Sahara, l'approche de la maladie obéit à plusieurs paramètres, lesquels sont fonction du type de maladie en présence.

Ainsi, Nicolas Monteillet³⁶ analysant le pluralisme thérapeutique au Cameroun, relève de manière formelle dans ce pays que contrairement à ce qu'on a longtemps cru, les troubles du corps ne sont pas aussi souvent associées à la persécution (sorcellerie) donc au domaine magico-religieuses. Elles ne sont pas aussi vécues comme la sanction d'une transgression de l'ordre « social », que dans les sociétés occidentales, le rhume n'est associé à la négligence de se vêtir d'un vêtement chaud. La future mère qui consomme une antilope risque de contaminer son fils selon le même lien de cause à effet que l'absorption excessive d'alcool ou autre substances toxiques dans la conception dite moderne.

Selon la nature du mal poursuit – il, *on avait recours à des thérapeutes aussi différents que les « faiseurs de remèdes » (mbembala), les « contre – sorciers » (ngengan) ou les initiateur de rites majeurs (bod mindjele) dont l'aura du grand prêtre (nkongan) garantit l'efficacité des remèdes s'appliquant d'abord aux causes de fracture du lignage. Mais avant de s'attaquer aux sources de dévoiement des forces invisibles et de la sorcellerie, on envisageait dans un premier temps, les simples causes naturelles. Les techniques de ces divers thérapeutes pouvaient donc être uniquement constituées de recettes ou être plus ou*

³⁶

Nicolas Monteillet, *Pluralisme thérapeutique au Cameroun : crise hospitalière et nouvelle pratique populaires*, Paris, Karthala, 2005.

*moins imprégnées de rituels combinés de manière originale par chaque individu – thérapeute*³⁷.

Certaines maladies pouvaient ainsi se guérir au moyen des propriétés des pharmacopées. Les praticiens de cette catégorie de maladies naturelles tirent la plus grande partie de leur savoir thérapeutique d'une connaissance de vertus simples. On peut dire qu'ils traitent des maladies « naturelles » au sens où la société traditionnelle entend ce terme : maladie engendrée par les « vers » et diverses causes mécaniques. Notons que leur champ d'action s'étend aussi bien dans le domaine de l'obstétrique, de la gynécologie, de la pédiatrie que dans celui de nombreux maux aux causes naturelles : ictères, abcès, fractures ou les diverses formes du paludisme.

Ce type de thérapeutes encore appelés *mbembela* du côté du Cameroun, *dont le champ d'exercice et l'extrême variabilité de sa spécialisation, en raison de l'ampleur du spectre des pathologies dont ils sont les praticiens reconnus, font d'eux, les thérapeutes – clé de l'ancienne société, les traitants de premier recours. Privilégiant les étiologies « naturelles », ils contrebalancent par la fréquence de l'intervention de leur pharmacopée médicinale, l'ensemble du système « magico-religieux » précolonial si souvent privilégié par les chercheurs*³⁸.

Monteillet souligne que la science de ces thérapeutes était autrefois si reconnue qu'elle faisait parfois figure d'omnithérapie et d'alternative universelle aux autres spécialistes (*ngengan*) de ce qu'il appelle l'arrière monde. Les remèdes de ces thérapeutes jouaient en même temps, selon lui toujours, un rôle de test thérapeutique, leur échec permettant de définir l'opportunité de consulter un *ngengan* supposé manipuler les pouvoirs dangereux (pouvoir des ancêtres ou des esprits libres).

Il convient de remarquer ici que, comme pour la biomédecine, l'itinéraire thérapeutique, dès l'apparition d'une maladie, est d'abord orientée dans une perspective purement naturaliste. Cet état de fait permet de nous rendre compte que l'hypothèse selon laquelle, les sociétés traditionnelles n'envisage la maladie et d'ailleurs, tous les événements qui se présentent à elles qu'exclusivement sur le plan de la superstition. L'intérêt est, pour

³⁷ *Ibid*, p. 27.

³⁸ *Ibid*, p. 28.

ainsi dire, mis dans l'immédiat, à la recherche des causes rationnelles avant toute action thérapeutique.

S'il est admis, dans la plupart des cas connus ou étudiés, que la maladie est souvent approchée du point de vue magico – religieux, il est important de reconnaître que ces études ou observations n'ont pas souvent tenu compte des réalités qui sous-tendent les pratiques thérapeutiques dites traditionnelles, réalités qui prennent en compte, il est vrai, la dimension religieuse de la maladie, mais généralement, en première instance, c'est la dimension naturelle, c'est-à-dire, celle qui va explorer les simples causes naturelles de la pathologie ou de l'infortune autrement dit, une agression microbienne ou bactériologique et non pas directement l'agression mystique comme cela est, dans la plupart des cas présentés au public. D'où l'usage des traitements essentiellement basés sur la pharmacopée.

Il arrive, et nous l'avons vu en introduction, que le type de thérapeute que nous venons de décrire peut être doublé d'autres facultés notamment celle de la vision, ce qui lui permet de faire des *incursions* dans le *monde secret* de la sorcellerie. Dans ce cas, note Monteillet, contrairement au premier, le pouvoir paraît avoir été hérité le plus souvent par la « sang » (...) ³⁹ transmis de père en fils. L'ascèse associée à la transmission du pouvoir (prescriptions et interdits) leur a valu à la fois respect et suspicion : le sacrifice d'un membre (bras, jambe) ou, plus implicitement, d'un être humain, un proche généralement qui en fait donne la mesure de la puissance des pouvoirs qu'on le suspecte de mobiliser pour guérir (car a-t-on toujours entendu : le maladie peut venir de celui à qui on est venu demander la guérison).

Ce dernier (guérisseur - *visionnaire*) traite les maladies par des rites le plus souvent individuels ou devant un comité restreint convoqué dans un lieu isolé qui peut être une rivière, une forêt ou même l'arrière de la maison de ce dernier. Cette particularité suggère les raisons de la maladie sont antisociales et que l'évocation des ancêtres serait le contre poids de cette *attaque*. Dans le souvenir collectif notamment des plus vieux, ces anciens rituels ont pourtant gardé une réputation d'efficacité inégalée qui les oppose aux cérémonies plus théâtrales des successeurs jugés moins puissants⁴⁰.

³⁹ Ibid.

⁴⁰ Ibid. p. 30.

Au sein de l'itinéraire thérapeutique, la dimension divinatoire n'est pas en reste, elles est aussi mobilisée généralement par les différents ngangas décrits plus haut. En effet, ce pan de la médecine dite traditionnelle fait son entrée quand la maladie devient récurrente ou prend un tour épidémiologique, ou lorsque les malheurs s'accumulent. On peut aussi signaler d'autres causes qui sont supposées être en rapport avec les ancêtres et les interdits. Les maladies qui entrent dans cette catégorie en ce qui concerne le Cameroun ressortissent aux *bod minjele* c'est-à-dire des hommes responsables des initiations qui comportent une fonction thérapeutique en dehors de leur dimension sacerdotale plus importante.

Au-delà de l'approche purement individuelle de la maladie, on note que les sociétés dites traditionnelles ont élaboré des mécanismes thérapeutiques capable de protéger le pays, la région ou le village contre les épidémies et guerres à travers des rituels permettant de retourner le mal contre les ennemis. Ce pouvoir qui aurait été volé à Dieu lui – même, cette force dont le champ d'application était sans limite et qui irriguait tout le ritualisme ancien par l'intermédiaire des sacs d'initiation était sous la responsabilité d'un des personnages les plus charismatique, voire sacerdotal de la société : le *nkongan* (de *ngan* : pouvoir invisible).

Rappelons que ce domaine de la médecine dite traditionnelle est marqué par un *pouvoir* peu ordinaire. *Ce pouvoir dérobé au Créateur – premier des ancêtres – était étranger à toute notion de moralisation associée à une théologie formalisée. Le nkongan ou garant du rituel en activant la puissance des sacs des initiateurs de rituels collectifs orientés vers le bien être de la collectivité (rituels associés aux médecines « lignagères », « familiales ») canalisait les puissances nécessaires au maintien de l'ordre collectif et au bien être de la collectivité⁴¹.* Toujours sur le plan collectif, ajoutons que les orateurs jouent un rôle central dans les rites de purification collectif à l'instar du *ka'a* (type d'orateur) qui traite le maladie en apaisant les haines et les violences dans les lignages et en réalisant des confessions collectives associées à une exhortation à l'abandon des ressentiments à l'intérieur du lignage, scellé par des serments. L'orateur intervient aussi lors des rites propitiatoires et des bénédictions, lors du mariage, de la circoncision ou des rites funéraires. (N. Monteillet, 2005).

⁴¹

Ibid.

Pour sa part, Sylvie Fainzang⁴², en envisageant un itinéraire thérapeutique chez les Bisa du Burkina, met en rapport la maladie, divination et la reproduction du social. Il s'agit pour elle dans ce travail de montrer comment de manière générale, les populations Bisa réagissent face à l'évènement et plus exactement, face à la maladie. Elle s'interroge aussi sur les pratiques que son apparition engendre. Fainzang accorde également une place conséquente aux institutions majeures qui prennent en charge la maladie c'est-à-dire celle des guérisseur et celle des devins dont, selon elle, les fonctions sont nettement séparées : les uns considérant la maladie en tant que manifestations c'est-à-dire par l'état du corps et les autres, s'intéressant à la maladie qu'en tant qu'évènement autrement dit, à ses conditions d'émergence. Ainsi, la notion de remède et le fondement même de la cure thérapeutique associés au déroulement de la consultation divinatoire doivent permettre à terme de repérer les principes qui régissent et mettent en évidence la complexité de l'itinéraire thérapeutique en pays Bisa.

S'il est avéré que dans son ouvrage, l'auteur accorde un intérêt certain à l'approche de la maladie, il reste que cette dernière, n'est qu'un évènement parmi tant d'autres et qu'il existe de nombreuses circonstances à la suite desquelles on est, ou peut être amener à consulter le devin. En revanche, la maladie en tant que menace de l'intégrité de l'individu et du groupe, joue un rôle déterminant et fournit le motif sous-jacent aux consultations qui ne la prennent pas immédiatement pour objet. Ce qui signifie que la maladie, perturbation de la santé de l'individu et de la société ne devient un évènement que sous l'égide de l'institution divinatoire. Cela signifie que c'est en vertu du rapport spécifique que les devins sont supposés entretenir avec les savoirs et leur aptitude à connaître l'« intérieur des choses » qu'ils sont les plus aptes à ériger une pratiques sociale en évènement.

Remarquons que si les nombreux travaux, et en particulier ceux des anthropologues anglo-saxons, ont montré que l'institution divinatoire s'acquittait dans les sociétés africaines d'une fonction de contrôle social, il reste qu'à partir de la place qu'elle occupe dans la société Bisa notamment, elle assume également et plus exactement une fonction de reproduction sociale, précisément par le biais de sa gestion intellectuelle de l'évènement.

La représentation du monde occupe également une place de choix dans l'analyse de Fainzang. En effet, nous dit – elle, l'étude des pratiques et des représentations de la maladie

⁴² Sylvie Fainzang, « *L'intérieur des choses* » : *Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina*, Paris L'Harmattan, 1986.

ne peut éluder celle, préalable de la vision du monde qui les sous-tend. Il est évident que parmi les discours que l'on peut recueillir, rares sont ceux où il n'est pas fait par exemple référence aux « génies » pour expliquer ou justifier tel évènement, telle conduite, tel geste ou telle parole. Il s'agit, à partir de cet instant de comprendre ce que représente ces « génies », à quoi renvoie tel évènement, telle conduite, tel geste ou telle parole, quelle place occupent – ils au sein du système auquel ils appartiennent ainsi que le rôle qui leur est imparti. De même est – il nécessaire d'aborder l'ensemble des catégories conceptuelles forgées par la pensée, bien sûr Bisa puisqu'il s'agit ce groupe, afin d'élucider le contenu et de saisir la signification des pratiques qu'elles induisent.

Un fait est très marquant dans son approche, celui de la pluralité des représentations du monde chez les Bisa. On relève que la représentation que ce peuple a du monde résulte de la synthèse d'informations diverses et ces informations suggèrent qu'il existe en réalité non pas une mais des représentations également diverses de l'univers. Sylvie Fainzang fait remarquer que ce serait un tort de croire, en effet, que la vision du monde est une et une seule au sein d'un groupe culturel donné, et l'usage courant qui est fait dans la littérature ethnologique des expressions comme « la » représentation de l'univers ou « la » cosmologie trahit son illusion de restituer une série homogène de postulats relatifs à l'ordre du monde et la société. S'il est certain qu'il existe, au sein d'un groupe donné, un discours dominant revendiqué dans ses grande lignes par l'ensemble des membres de la communauté, cette référence commune a une « trame de base » ne doit pas masquer la multitude des discours individuels qui tirent leur pluralité de la diversité de leur déterminations respectives.

Pour ce qui est de la cosmologie, Fainzang propose plusieurs catégories qui structurent fondamentalement ce domaine de la culture Bisa, mais nous ne retiendrons pour notre étude que trois éléments : il s'agit de *wozo*, des *ancêtres* et des *génies*. *Woso*, provisoirement traduit par commodité est conçu comme Dieu, envisagé comme la cause première de toutes choses, il représente l'entité suprême à l'intérieur d'un système hiérarchisé de catégories symboliques.

La référence à *wozo* est faite quotidiennement à travers toute sorte de souhaits et de formules de politesse, élément du discours témoignant de la prédominance accordée à cette catégorie dans l'ordre des puissances. Toutefois, il est à noter qu'aucune communication n'est établie entre les hommes et *wozo*, et il ne fait l'objet d'aucun culte.

Quant aux ancêtres, ils sont supposés résider dans le ciel, en un lieu indéterminé et avoir depuis ce lieu, un regard privilégié sur la société des vivants qu'ils surveillent. A l'inverse de wozo, les ancêtres essentiellement masculins font l'objet d'un culte. Ils sont censés, à l'instar des hommes dans la société des vivants, prendre en charge l'essentiel de la collectivité. Le culte des ancêtres suppose une pratique sacrificielle régulière à leur intention, destinée à assurer la protection des sacrifiants.

« (...) les sacrifices ne peuvent être accomplis que par des hommes. La finalité du sacrifice est de formuler une requête ou d'exprimer un remerciement, au sujet d'une affaire dont les hommes seuls ont le contrôle. Si le sacrifice concerne une affaire collective, il relève du chef de la collectivité. Un chef de cour est le seul à pouvoir sacrifier au nom de toute la cour, pour demander santé et protection en faveur de ses membres. Un chef de famille sacrifie au nom des membres de sa famille. Il ressort de ce principe que les aînés sont les mieux habilités à faire des sacrifices à vocation collective. Un cadet peut également accomplir des sacrifices mais sa requête ne peut porter que sur des personnes dont il a la responsabilité. Si une femme souhaite faire un sacrifice, elle doit demander à son mari de l'accomplir pour elle. L'interdiction qui lui est faite de prendre en charge l'exécution du sacrifice implique donc qu'elle doive nécessairement rendre compte de son souhait à son mari. L'obligation de cet intermédiaire marque ainsi l'impossibilité, pour une femme, de manifester son autonomie »⁴³.

Les ancêtres sont en effet réputés punir les actes de transgression aux prescriptions majeures du système social, et exige par conséquent l'observance de ces dernières. Les ancêtres sont ainsi considérés comme les auteurs de « sanctions » infligées aux vivants qui ont failli au respect des règles élémentaires de la vie sociale en particulier en commettant : un inceste le vol d'une compensation matrimoniale ou un « meurtre à la main ».

En effet, le choix de ces trois domaines de la vie sociale n'est pas gratuit, il répond à un besoin de structuration et même de régulation de la société. En punissant l'inceste, les ancêtres sont supposés veiller à ce que soient respectées les règles matrimoniales fondamentales qui régissent la reproduction humaine et en fixe les modalités. La sanction du vol d'une compensation matrimoniale est également destinée à prévenir tout acte qui mettrait

⁴³ Sylvie Fainzang, « L'intérieur des choses » : *Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina*, Paris L'Harmattan, 1986, p. 22.

un obstacle aux conditions de réalisation de l'alliance, et partant, de la reproduction des hommes. Enfin, la punition relative au meurtre correspond à celle d'une atteinte aux personnes et donc à la population.

Ainsi, le rôle dévolu aux ancêtres est donc essentiellement celui de veiller à la reproduction du groupe humain. *Les ancêtres doivent assurer la pérennité du groupe, dont ils assument la dimension historique*⁴⁴.

La dernière catégorie que Fainzang retient pour structurer la cosmologie des Bisa est celle des génies. On dit des génies qu'ils sont l'expression des multiples forces qui régissent le groupe en assumant sa dimension socio-économique. Les génies sont des puissances qui se distinguent nettement des *Wozo* et des *ancêtres* et dont le rôle et la présence sont sans cesse réaffirmés dans l'univers symbolique bisa. Cet auteur note que dans ce contexte, le mot « génie » est employé à la manière d'un terme générique par commodité, de manière à permettre dans un premier temps de rendre compte de l'unité des notions qu'il recouvre, bien que celles-ci soient métamorphosées par deux catégories : les *zinaro* et les *tono*.

Si ces deux catégories correspondent à deux types de puissances, elles ne se laissent pas aisément réduire, du fait de leur complexité et de leur ambivalence, à une dichotomie qualitative (du type : génies maléfiques/génies bénéfiques) ou fonctionnelle (du type : génies protecteurs/génies persécuteurs). Bien que marqué par une insuffisance sémantique évidente, en ce qu'il renvoie à deux types d'identités distinctes (les *zinaro* et les *tono*), le terme de « génie » permet cependant de mettre en évidence le fait que ces entités sont pensées ensemble et sont réputées entretenir des relations spécifiques entre elles.

S'agissant des lieux de résidences de ces génies, on considère que les collines, les rochers, les forêts et les arbres, etc., sont supposés abrités un ou plusieurs génies en même temps, conformément à la conception selon laquelle tout élément naturel est fonctionnel. Mais les lieux investis par les génies ne sont pas essentiellement constitués par les formes accidentelles du milieu naturel. Il en existe ainsi dans les puits, au croisement des chemins, sur les places de marché qui sont autant de lieux socialement nécessaires.

44

Ibid, 25.

Signalons au passage, *qu'il n'est pas inutile d'insister sur cette notion d'« habitation », et cela pour deux raisons. D'une part, parce qu'en montrant que les génies ne sont pas des lieux eux-mêmes, mais des puissances qui les habitent, cette conception met en relief leur caractère mobile et leur faculté de se déplacer d'un lieu à un autre – d'où les multiples possibilités de rencontres entre eux et les humains –, d'autre part, parce que la notion de d'habitat renvoie à un mode de vie conçu en étroite collaboration avec celui des hommes*⁴⁵.

En effet, bien qu'il soit admis une certaine opposition entre le monde des hommes et celui des génies, opposition marquée par à la fois en terme de spatialité (brousse/village) et en termes de temporalité (puisque la brousse est définie comme étant d'une relation d'antériorité par rapport au village), celle-ci n'est qu'*apparente*, puisque l'existence des génies détermineraient même la vie qu'elle soit politique, économique ou religieuse des communautés humaines.

Ceci dit, la notion d'espace est ici fondamentale en ce qu'elle détermine le cadre territorial et social dans lequel ils peuvent s'accomplir, et sert corrélativement de base à l'énoncé de certains interdits. C'est ainsi que les relations sexuelles sont prohibées en brousse, lieu où seuls les génies (et les animaux sauvages qui leur appartiennent) peuvent se reproduire.

*« Si un rapport sexuel a lieu en brousse, les partenaires doivent offrir un sacrifice aux génies en s'excusant d'avoir violé leur territoire, sous peine de s'attirer leur courroux. Il existe cependant une dérogation à l'observance de cet interdit : si les partenaires sont contraints de se retirer en brousse, pour souci de discrétion, l'acte sexuel doit alors être accompli dans un fossé, où s'accumulera l'eau des prochaines pluies, qui effacera les traces de spermes humain. »*⁴⁶

Dans ce vaste univers, il se trouve que seul le devin est habilité, ou plus exactement seul le devin a le pouvoir de voir les génies, ces derniers étant invisibles aux humains « ordinaires », lesquels ont néanmoins une représentation précise de l'apparence physique des

⁴⁵ Sylvie Fainzang, « *L'intérieur des choses* » : *Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina*, Paris L'Harmattan, 1986, p. 28.

⁴⁶ *Ibid*, p.29.

génies, comme en témoignent les nombreuses descriptions qu'ils en font. Seulement, si l'apparence physique de ces êtres permet de les identifier à ceux conçus dans des sociétés voisines et décrites par les ethnologues comme des modèles d'inversion par rapport aux humains, elle paraît donc plus notoirement marquée comme modèle négatif.

Abordant la question de la maladie proprement dit, Sylvie Fainzang fait remarquer que les différentes catégories produites par la pensée des *bisa* occupent une place déterminante dans la vie quotidienne du groupe social, corrélative à celle qui leur est impartie à l'intérieur de la configuration hiérarchique de l'univers. Elle propose en particulier de voir, comment la puissance dévolue aux génies et consubstantielle à la position élevée qui leur est attribuée dans l'ordre hiérarchique des choses, métaphorise la notion de contrôle social. L'énoncé de la puissance des génies est tacitement présent dans tous les processus explicatifs qui admettent l'idée d'une « sanction » ou de « récompense » comme vecteurs entre deux termes : l'action et l'évènement. Il convient donc, pour comprendre la nature de ce contrôle social, d'examiner les processus explicatifs de l'évènement forgé par la pensée *bisa*. L'évènement exemplaire à cet égard est celui de la maladie, par la fréquence de son apparition et la nécessité d'y faire face. C'est donc à l'étude des comportements et des représentations relatives à la maladie, en particulier le système étiologique des *Bisa*, qu'il convient de porter une attention singulière.

Deux types d'étiologies nous sont proposées dans l'approche de la maladie : l'une dite *étiologique constante* et, l'autre dite *étiologique variable*⁴⁷. En ce qui concerne la première forme, c'est-à-dire l'étiologie constante, elle s'inscrit dans un registre où la logique interprétative tire son sens dans l'action supposée des génies. Sa formulation est corrélative à la théorie de la contamination qui suggère une relation causale entre l'apparition des symptômes sur le corps et l'élément de la nature (arbre ou colline) commandité par un génie et donc responsable de l'infortune. Cette étiologie a un caractère constant dans la mesure où elle énonce ce qu'il est convenu de considérer comme nécessaire ou possible, en s'appuyant sur corpus de croyances relatives à l'ordre du monde. Ajoutons que cette étiologie, qui relève de la connaissance du savoir commun, est marquée d'une certaine *permanence* en tant qu'elle a son origine dans le complexe des représentations cosmologiques en liaison avec les processus cognitifs de la société.

⁴⁷ Sylvie Fainzang, « L'intérieur des choses » : *Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina*, Paris L'Harmattan, 1986, pp. 78 – 98.

Pour ce qui est de la deuxième étiologie, celle dite variable, on peut dire que, loin d'être pré-établie, elle a un caractère variable strictement conjoncturel. La cause de la maladie dépend ici du contexte particulier dans lequel elle apparaît, de l'individu qu'elle concerne, de l'histoire personnelle du malade et celle de son entourage, du type de relation qu'il a pu nouer et des comportements qu'il a pu avoir avec l'ensemble du groupe social ou avec les puissances surnaturelles. « *Cette étiologie relève exclusivement du savoir du devin, informé à qualité par les génies* »⁴⁸.

L'étiologie variable renvoie par définition à un nombre infini de causes ; celles-ci ne sont donc pas catégorisables. L'étiologie variable est fonction du contexte d'apparition de la maladie, lui-même variable puisque mettant en jeu un individu particulier, impliqué dans un réseau de relations particulières avec le reste du groupe, à un moment particulier de son existence. C'est au terme de son investigation que le devin pourra déclarer qu'elle est la cause première de la maladie ; si c'est le cas d'une action des génies, il pourra expliquer pourquoi l'arbre par exemple, lui a transmis « sa marque », c'est-à-dire par exemple quelle est la faute initiale commise par le patient qui a entraîné le courroux des génies.

Qu'il s'agisse d'une étiologie dite constante ou d'une étiologie dite variable, il appartient au seul devin ou guérisseur ou plus exactement encore, le *nganga* pour le cas de Libreville, établir les causes premières ou profondes de l'évènement maladie. Encore que dans le cas du Gabon, la maladie, nous l'avons dit plus haut, n'est pas exclusivement le malaise issu d'une attaque microbienne ou bactériologique, mais d'un malaise dont les causes sont tout aussi complexes que le société elle-même.

L'appréhension de ces complexités passe nécessairement par le rôle de l'institution divinatoire dont le *nganga* est l'illustre représentant. Ainsi, la faculté reconnue au *nganga* de voir « le fond des choses », ou encore « l'intérieur des choses » lui donne en effet autorité pour expliquer l'irruption de tout évènement de la vie de l'individu ou du groupe, ou pour en prévoir l'apparition. La connaissance du *nganga* ou devin ressortit à l'ordre de la temporalité dont il discerne l'enchaînement des termes. Il organise des réseaux de correspondance entre les faits passés, présents et à venir et fonde leur articulation sur la cohérence qu'elle entretient avec les schémas de causalité.

⁴⁸

Ibid, p. 83.

Le *nganga* ou devin a donc compétence non seulement pour formuler un diagnostic, mais également pour faire un pronostic sur les phénomènes. Dès lors, toute situation nouvelle doit entraîner la consultation d'un *nganga* en ce qu'elle est porteuse d'événements nouveaux qu'il s'agit de maîtriser, et donc d'intégrer dans l'un ou l'autre des deux systèmes étiologiques (étiologie constante et étiologie variable). Ceci confirme d'ailleurs la théorie de la dynamique des structures sociales notamment celles dites traditionnelles que l'on a toujours cru statique.

Simone Kalis⁴⁹ pour sa part note, en scrutant la médecine dite traditionnelle, la religion et la divination chez les Seereer du Sénégal que, l'étude du système médical sérère fait apparaître les conceptions définies par une société africaine en matière de pratique thérapeutique, reconnaissant ainsi (implicitement) la consubstantialité entre médecine et religieux au sein des sociétés dites traditionnelles africaines. En effet, la première difficulté à laquelle est confronté tout « novice » qui se risque pour la première fois en Afrique, notamment dans le domaine médical est sans nul doute l'impossibilité d'identifier les pathologies dont les patients se disent porteurs. Il apparaît toujours pour l'observateur non averti qu'une sorte de distorsion est introduite dans les concepts que véhiculent les discours sur la maladie. Dans la plupart des cas, le malade entretient avec son *soignant* une sorte de « dialogue de sourd », tant le champ sémantique du premier ne recouvre pas des éléments susceptible d'éclairer celui du second à savoir, la biomédecine, d'où l'incompréhension au premier contact.

Ce constat montre avec pertinence que le concept de maladie en Afrique ne se laisse pas saisir d'entrée de jeu. Il faut, pour le comprendre, inévitablement intégrer les catégories culturelles spécifiques à chacune des sociétés, catégories qui intègrent, nous l'avons dit plus haut, à la fois le médical et le religieux.

Simone Kalis se propose dans sa contribution d'étudier le système médical dit traditionnel en portant son intérêt particulièrement sur les croyances et représentations rapportées par les discours de la population et sur les comportements et les institutions qui relèvent de la pratique médicale. Notons que la présence de l'Islam et du Christianisme au sein des sociétés africaines en général et particulièrement chez les Seereer pour le cas présent,

⁴⁹ Simone Kalis, *Médecine traditionnelle, religion et divination chez les Seereer de Siin du Sénégal : la connaissance de la nuit*, Paris, L'harmattan, 1997, 335 p.

n'a pas modifié dans ses profondeurs le système religieux et médical. Les deux institutions sont intimement liées, les guérisseurs cumulent les rôles de thérapeute et maître de culte. Les tradipraticiens assument un rôle prépondérant dans la société, non seulement dans la gestion de la santé, mais encore dans celle de leurs actes quotidiens.

L'intérêt dans son étude est mis sur l'articulation de l'individuel et du social dans les processus de la maladie et dans les stratégies de sa résolution. En effet, le système étiologique déclenche un double mouvement : celui de la restitution de sens et celui de la dynamique des rôles et des liens sociaux entraînant des interactions entre le patient et le groupe social. Signalons que la notion de restitution de sens dont il est ici question, est celle empruntée à David Le Breton⁵⁰ où il souligne que *la trame de sens est cette matière première de la culture qui fonctionne comme un bouclier protégeant l'aspect brut et brutal du monde ; elle insère l'homme avec un minimum de crainte dans un univers cohérent et prévisible.*

Le système de représentation des pathologies et les pratiques thérapeutiques ont pour objet de préserver l'ordre social, la médecine traditionnelle étant un « art des usages sociaux de la maladie ».

Le concept de santé se définit chez les Seereer non pas essentiellement par l'absence de maux physiques et psychiques, mais également par l'absence de maux sociaux. La maladie est vécue comme le résultat d'une agression extérieure au malade. L'état de santé se mesure aux qualités relationnelles que l'individu entretient avec ses semblables, les ancêtres et les génies qui impriment sur son être l'emprunte de leurs bienfaits ou de leurs méfaits par un surplus ou un déficit de « force vitale ». Il est clair que dans cette perspective, l'absence de maladie et de malheur est indubitablement rapportée à un état de paix dont est porteur non seulement l'individu, mais la société et le cosmos. Ainsi, la santé individuelle se mesure à l'aune de l'harmonisation de la société, l'édifice corporel étant le reflet de l'édifice social.

Penser le corps c'est aussi le penser en relation au monde et à la société nous dit Simone. La médecine dite traditionnelle ne morcelle par l'homme mais l'envisage dans sa globalité, dans un environnement humain matériel et spirituel avec lequel il entretient une communication étroite. C'est pourquoi l'approche linguistique des composantes de la

⁵⁰

David Le Breton, *Anthropologie de la douleur*, Paris, édition Métailié, 1995, pp. 107 – 108.

personne, de la construction de l'univers et du répertoire des maladies permet de comprendre la logique cognitive mise en œuvre dans l'expérience médicale. Cette dernière donnée est fondamentale dans la mesure où à travers un corpus de texte endogène, des informations renseignant la saisie du malheur dans une société ou une culture donnée peuvent être recueillies et de manière intrinsèque.

En effet, *sitôt qu'une souffrance atteint un individu, l'intéressé et l'entourage investissent ce qui est à l'origine du mal. Toute maladie et par extension toute infortune exige une explication. Cette quête de sens et cette réflexion interprétative de la causalité sont conçues sous la forme d'une démarche holistique. L'organique ne prend son sens que relié au social. Notons que le recours aux devins chez les sérère est très systématique par le fait qu'il y a un désir réel de connaître les causes profondes de leurs maux qui se situe en amont du symptôme. La finalité des stratégies thérapeutiques ne vise pas uniquement à éradiquer l'infortune, mais à trouver un sens à l'évènement en le rendant intelligible*⁵¹.

Comme pour la quasi-totalité des sociétés au sud du Sahara, les Seereer, dans leur approche de la maladie se réfèrent à deux catégories étiologiques : *les maladies de Dieu et les maladies des agents maléfiques. Les premières sont des pathologies naturelles et ordinaires qui relèvent du destin, « c'est une chose de Dieu ». Les autres ne sont pas naturelles. Les entités responsables sont les ancêtres, les sorciers, les morts, les génies, les pratiques maraboutiques et les transgressions des interdits se rapportant aux ancêtres aux génies et aux morts. L'auteur note pour les pratiques maraboutiques, qu'elles sont le fait des vieillards qui, arrivés au terme de leur voyage terrestre prélèvent à leurs victimes le quantum de vie ou d'énergie vitale pour renforcer leur longévité*⁵². Elle ajoute toutefois, que les maladies relatives aux agents maléfiques dépendent de la volonté divine. Cette situation fait que la tâche du tradipraticien n'est pas souvent aisée puisque la dimension religieuse le place en position d'intermédiaire entre les hommes et Dieu. Or, comment négocier le retour à la normale d'une maladie qui dépend de la volonté de Dieu ?

Le pouvoir du guérisseur, nous dit Kalis, n'est pas une donnée immédiate et isolée. Il est en connexion avec les autres puissances (ancêtres et génies) qui l'orientent et le

⁵¹ Simone Kalis, *Médecine traditionnelle, religion et divination chez les Seereer de Siin du Sénégal : la connaissance de la nuit*, Paris, L'harmattan, 1997, p. 17.

⁵² *Ibid.*, p. 18.

renforcent. Le praticien, comme nous venons de le dire est le médiateur d'une force sacrée qu'il capte et mobilise dans un but thérapeutique. La communication entre les deux mondes est directe, les tradipraticiens auxquels s'adressent les messages les reçoivent et les interprètent par une saisie intuitive immédiate et par les données communiquées au cours des songes.

Des supports matériels permettent aux ancêtres et aux génies de se rendre audibles et de générer des visions adéquates aux situations que les guérisseurs doivent interpréter, énoncer et auxquelles ils doivent trouver un remède. Les modalités de la cure répondent aux différentes représentations de la maladie. Le but de toute prophylaxie et de toute cure est d'envisager une relation harmonieuse ou de restaurer le lien distendu entre les patients et les autres hommes, les ancêtres et les génies. On comprend dès lors que l'intervention des tradipraticiens se situe à deux niveaux de lecture :

- le premier est psychologique : *l'action thérapeutique n'est pas seulement une technique et une utilisation de recettes, mais aussi une communication verbale et corporelle entre le guérisseur et le patient dans lequel le rythme et la gestuelle tiennent une place considérable.*

- *le second niveau quant à lui est transcendantal : la cure est encore un rite qui réactualise le mythe des origines et la conception de l'univers. Elle s'appuie sur les forces qui animent le monde visible et invisible⁵³.*

On peut retenir à ce niveau qu'établir une dichotomie entre le religieux et le médical est une entreprise *périlleuse* dans la mesure où l'un s'imbrique inexorablement dans l'autre et que leur dissociation dans le but de les isoler pour en tirer un sens, entraînerait inévitablement une véritable perte de sens dans la saisie des phénomènes liés au protocole thérapeutique dans les sociétés dites traditionnelles.

Il est évident, comme l'a fait remarquer Simone Kalis, que l'analyse minutieuse du processus de recherche, de maintien et de conservation de la santé dans les pays au sud du Sahara, offre une opportunité certaine dans la compréhension de ces sociétés. Ainsi, en scrutant attentivement la maladie et ses causes, on pénètre difficilement, il est vrai, mais profondément les méandres des sociétés dites exotiques dans leurs multiples complexités.

⁵³ Simone Kalis, *Médecine traditionnelle, religion et divination chez les Seereer de Siin du Sénégal : la connaissance de la nuit*, Paris, L'harmattan, 1997, p. 17.19.

Les représentations du mal et de la maladie s'appuient de manière générale sur une conception *extériorisante*. Elle renvoie de ce fait à une interprétation sémantique située hors du malade. En effet, devant l'angoissante réalité du mal, les hommes ont élaboré un comportement défensif en reportant sur des entités maléfiques émissaires les responsabilités de la maladie, du malheur et de la mort. La réaction persécutive est souvent la réponse nécessaire aux situations pathologiques et conflictuelles. L'interprétation persécutive des troubles désigne le malade en victime d'un autre. Sa culpabilité ou celle de ses proches ne l'aliène alors d'aucune manière⁵⁴.

Toutefois, il est à noter que cette conception dite *extériorisante* du mal et de la maladie ne l'est que de manière apparente. Elle n'est qu'un prétexte de mobilisation collectif ou social ; la convocation d'une entité maléfique pour expliquer la raison de l'infortune crée chez les membres de la communauté (famille, village, clan, lignage etc.,) un sentiment d'insécurité et d'incertitude qui les poussent à se fédérer en vue d'endiguer le mal qui en fait, menace l'intégrité de chaque individu et donc du groupe dans son ensemble. De ce fait, le groupe est invité dès l'apparition d'un symptôme (il existe deux niveaux symptomatique : le premier est naturellement identifiable sur le corps de l'individu atteint de l'infortune et donc alerte l'individu lui-même du mal-être, et l'autre se situe à un niveau plus important et plus vaste, c'est celui du corps malade, de l'individu souffrant qui devient un symptôme de la société souffrante.) à mettre en relation l'évènement empirique qui est la maladie avec une autre expérience (un conflit, une transgression d'interdit, un manquement à la loi ancestrale).

Le malade et son entourage conçoivent alors la maladie comme l'effet de l'action intentionnelle d'un autre, comme l'effet du désir d'un autre. Comme le souligne d'ailleurs Zempleni⁵⁵, *ce sont les pouvoirs et les forces mobilisés par l'autre qui sont les référents étiologiques des interprétations*. Ce qui fait que la notion de force et d'énergie est à comprendre plus en terme signification et d'efficacité symbolique qu'en terme physique et mécaniste. Les agents persécuteurs que sont les ancêtres, les sorciers, les génies ou autres, entretiennent avec les humains un jeu de relations complexes. Relations qui peuvent à la fois s'avérer bénéfiques et thérapeutiques, tantôt maléfiques et pathogènes.

⁵⁴ Simone Kalis, *Médecine traditionnelle, religion et divination chez les Seereer de Siin du Sénégal : la connaissance de la nuit*, Paris, L'harmattan, 1997, p. 106.

⁵⁵ Andras Zempleni, « Entre 'sickness' et 'illness' : de la socialisation à l'individualisation de la maladie », *Social Science and Medecine*, vol 27, N° 11, 1988, pp. 1171 – 1182.

La maladie, « forme élémentaire de l'évènement » selon Marc Augé⁵⁶, trouve sa signification dans une inscription corporelle immédiate de l'expérience pathologique vécue par le malade et dans un ancrage plus large au niveau de la collectivité. L'aventure pathologique individuelle est d'emblée intégrée à l'aventure événementielle du groupe et interprétée par le malade et la société eu égard au schéma étiologique commun, ce qui se résume par : l'inscription du sens (social) sur le corps (individuel) est immédiat. La valeur causale d'un symptôme est toujours sanctionnée par l'approbation collective. Le discours sur la causalité de la pathologie chez les Seereer tient compte de cette dichotomie dans ses modèles étiologiques⁵⁷.

Du point de vu individuel, lorsque le malheur affecte un membre de la société, ce dernier peut à priori poser une connexion entre le symptôme et / ou l'infortune et sa cause supposée. Ce qui signifie que tout un chacun possède une connaissance minimale de la science médical, aussi avant d'entreprendre une démarche thérapeutique, l'intéressé se penche sur les relations nécessaires qui s'imposent entre le trouble ressenti, physiologique ou non, et le corpus des interrogations qui englobent trois termes de la configuration explicative : la cause, l'agent et l'origine.

Si un individu éprouve un symptôme reconnu et légitimé par ses proches nous signale Kalis, cela suppose que la ou les cause(s) de cette infortune s'inscrivent nécessairement dans l'une ou l'autre catégorie étiologique retenue et reconnue par sa tradition ou par sa culture. Ajoutons que, si une catégorie étiologique est reconnue par une tradition ou une société, il est inféré que des malheurs relevant d'une liste appartenant à cette catégorie ont de fortes chances de se produire. Ainsi, toutes les explications retenant l'attention comporte donc simultanément une activité rétrospective et prédictive⁵⁸.

Tout cela suppose qu'au sein de certaines sociétés africaines notamment chez les Seereer du Sénégal, on effectue des opérations a priori entre certains symptômes définis et des modèles étiologiques sous forme d'unités stables. En d'autres termes, cela voudrait dire que la nature du symptôme va définir en première lecture, non seulement la nature de l'infortune,

⁵⁶ Marc Augé, « Ordre biologique ordre social : la maladie, forme élémentaire de l'évènement », In *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie* (M. Augé et C Herzilch, éd) Editions des archives contemporaine, Paris, 1983, pp. 35 – 91.

⁵⁷ Simone Kalis, *Médecine traditionnelle, religion et divination chez les Seereer de Siin du Sénégal : la connaissance de la nuit*, Paris, L'harmattan, 1997, p. 108.

⁵⁸ *Ibid*, p. 109.

mais davantage les conséquences qui y sont attachées, lesquelles sont généralement connues par le groupe d'appartenance, elles sont donc classables. Ce n'est qu'à la lumière de ces différentes relations qu'une action thérapeutique peut être envisagée par l'entourage et l'individu lui-même puisque l'origine et les implications de l'infortune sont *maîtrisées*.

Notons toutefois qu'il n'y a pas que le registre de causalité *a priori* comme nous venons de le voir au sein des sociétés dites traditionnelles, il existe également un registre de causalité dit *a posteriori*. Seulement, cette entité pathologique est le modèle-type, comme le souligne Kalis, des maladies dont la causalité ne peut être découverte tardivement du fait notamment de leur faculté à pouvoir être connecté à de nombreuses étiologies, c'est le cas des maux de ventre par exemple.

En raison donc du vaste champ d'application des logiques thérapeutiques, il est possible que des cas qui peuvent se rapporter au mal de ventre pour ne retenir que cette catégorie de symptôme, le diagnostic ne peut être que rarement posé d'emblée. Si donc la maladie est jugée bénigne et que les troubles n'affectent pas fondamentalement la santé de l'individu, celui-ci attend l'évolution de la symptomatologie. Toute évolution d'une maladie passe par l'un des termes suivants : la résolution rapide du trouble, sa persistance ou son aggravation.

L'attitude quasi commune de tout patient, ajoute Simone Kalis, est de tenter, dans un premier temps, d'enrayer la maladie par une médication adéquate à sa portée. Il faut rappeler que dans son entourage, se trouve toujours un individu qui connaît quelques recettes médicales. Il n'est donc pas nécessaire de se pencher immédiatement sur la causalité précise. Ce n'est que lorsque les douleurs s'aggravent ou que d'autres symptômes participent à l'aggravation que les membres du groupe se mobilisent afin de déterminer, avec l'aide cette fois-ci du guérisseur ou *nganga* et plus souvent du voyant (encore dans la plupart des cas les *nganga* cumulent voyance et savoir thérapeutique), le modèle explicatif de l'infortune.

On peut dire que l'approche causale de la maladie se résume comme suit : la causalité *a priori* intègre des « énoncés acontextuels »⁵⁹ sur des enchaînements nécessaires ou possibles entre un symptôme ou un syndrome rapporté et sa cause, son agent et son origine. La causalité

⁵⁹

Andras Zemleni, « La réhabilitation magico-religieuse » In *Psichiatria e Psicoterapia analitica*, 1985, 4,4 pp. 22 – 39.

a posteriori quant à elle, met en œuvre une opération plus complexe qui prend en considération les situations biologiques, psychologiques, et sociales du patient et de son entourage, aux différents stades d'apparition, d'évolution, de répétitivité de la maladie. Cette démarche tient compte du *contexte intersubjectif et social de leur formation*.

Ce qu'il y a de remarquable dans l'approche thérapeutique sérène, bien que l'on y relève quelques spécificités dans la démarche, c'est qu'elle est structurée sur le modèle thérapeutique des sociétés que nous avons examiné plus haut. Cette quasi similitude dans les approches invite sans nul doute, le chercheur à scruter au sein de ses différentes communautés, qui du reste ne se connaissent nécessairement pas puisque ne partageant pas les mêmes aires géographiques, pour en ressortir s'il est possible, un modèle que l'on dirait *type* ou *archétype* révélateur de l'identité ou de la parenté des groupes en matière de médecine notamment.

Cette similitude peut se vérifier par les catégories étiologiques de la maladie et les protagonistes du malheur chez les Bisa du Burkina Faso et bien entendu chez les Seereer du Sénégal. En effet tout comme pour les Bisa comme pour les Seereer, il existe en gros deux catégories étiologiques : les bisa parlent d'étiologie constante et d'étiologie variable alors que les Seereer parlent d'en terme d'étiologie, des maladies de Dieu et des maladies des agents maléfiques. On comprend que même si certains pays d'Afrique ne partagent pas les mêmes frontières, il reste que du point de vue médical, les techniques et les savoirs restent identiques.

Notons par ailleurs, que la constatation de la quasi identité des recours thérapeutiques en Afrique de l'ouest nous permet, en dépit de la distance qui sépare cette aire géographique de l'Afrique centrale, de faire une extrapolation puisque nous rencontrons non seulement les *mêmes* pratiques médicinales, mais également les mêmes logiques en ce qui concerne justement les étiologies, ce qui semble conforter notre hypothèse de travail, hypothèse rappelons qui attribue la grande fréquentation des *nganga* par les populations urbaines à l'« image » qu'elles ont ou se font de la maladie et que, seul le *nganga* sait la leur restituer puisqu'il en est à notre avis, le *dépositaire*.

Il est important de faire remarquer que, comme pour les Seereer du Sénégal ou pour les Bisa du Burkina Faso, les populations africaines dans leur ensemble, qu'elles soient urbaines ou rurales, reconnaissent le statut du guérisseur ou *nganga* à tout individu légitimé

par la société, dont l'activité ne s'étend pas exclusivement au domaine spécifiquement médical, mais qui prend en charge toutes les situations problématiques de la vie, on peut citer entre autres les difficultés conjugales, le chômage ou la perte d'emploi, les échecs de toute nature, etc., révélateur d'une sorte *d'imbrication*, nous le soulignons déjà plus haut, entre médecine et religieux.

A notre avis, l'auteur qui met en lumière, et de fort belle manière, cette relation entre médecine et religieux est François Laplantine⁶⁰. En effet, cet auteur a non seulement apporté à la communauté scientifique une contribution conséquente en terme de production dans le domaine de la santé maladie, il a le mérite, dans ses travaux, d'interroger les phénomènes qui paraissent anodins aux yeux de l'observateur, pour en tirer la substance capable de rendre intelligible et compréhensible, le phénomène observé ; d'où notre intérêt pour son approche de question.

Dans son *Anthropologie de la maladie*, Laplantine passe en revue et de manière tout à fait rigoureuse les pratiques médicales non seulement celles dites traditionnelles dont il est question dans notre travail, mais il met un accent particulier sur les approches proposées par la médecine moderne. Il rapproche, comme le fait remarquer Nzamba Nzamba⁶¹, des matériaux qui n'ont pas souvent été mis en commun (littérature et biomédecine) sans toutefois céder à la tentation de tomber dans la fameuse *dichotomie légendaire* : médecines modernes/médecines traditionnelles. Il scrute également avec un intérêt particulier des questions d'ordre épistémologiques.

Dans cet ouvrage, François Laplantine met d'emblée en garde sur la pertinence scientifique du découpage spontané de l'ethnologie réaliste qui postule la distinction d'un objet qui relèverait de l'anthropologie médicale et un autre qui relèverait de l'anthropologie religieuse. Il pense au contraire que ce qui doit être remis en question, c'est que cette distinction (anthropologie médicale/anthropologie religieuse) opérée par une compréhension éminemment ethnocentriste soit la plupart du temps transportée et transposée telle quelle dans ce que l'on croit être la science.

⁶⁰ François Laplantine, *Anthropologie de la maladie*, Paris, PUF, 1997, 411p.

⁶¹ Thierry Patrick Nzamba Nzamba, *Bungang* : « Pratiques de santé » chez les *bapunu* du Gabon. Esquisse d'une systématique des médecines traditionnelles, Mémoire de DEA, UOB, 2003, p. 80.

Seulement, poursuit –il, il importe que sous l'éclairage d'une *stricte épistémologie de la pluridisciplinarité s'articule la recherche en anthropologie médicale et anthropologie religieuse, non comme étant une simple addition de deux disciplines s'appropriant des champs thématiques, c'est-à-dire des « territoires » préconstruits empiriquement et idéologiquement découpés, mais l'éclairage successif d'une double démarche différenciée sur le même phénomène.*

Le constat frappant qu'il fait est que *ce que tel chercheur considère comme rituel religieux sera étudié par un autre comme une pratique médicale et vice versa.* Un autre constat tout aussi curieux que le premier, et ce n'est pas un hasard du tout, nous dit –il, est le fait que *pour quiconque effectue des recherches en ethnomédecine et en ethnopsychiatrie, c'est la rubrique « religion » et non « ethnologie » du bulletin signalétique du C.N.R.S. que l'on trouve plus de références.*

En fait, tout phénomène, qu'il soit comme ostensiblement religieux (un pèlerinage, un rite de protection individuel ou collectif) ou comme manifestement médical (une intervention chirurgicale en bloc opératoire), est toujours un « phénomène social total » qui appelle l'éclairage de plusieurs démarches successives : celle de l'anthropologie médicale et de l'anthropologie religieuse, mais aussi de l'anthropologie politique, économique..., dont il convient chaque fois d'articuler les pertinences ou, comme le dit Devereux, la « rentabilité » respective⁶².

Dans l'étude des relations possibles entre la maladie et le sacré nous dit Laplantine, la médecine et la religion, le sacré et le salut⁶³ en tant que *conservation de santé* sont deux cas de figure qui peuvent d'emblée être distingués.

Le premier cas va concerner les situations thérapeutiques dans lesquelles ce que nous assignons en religieux et ce que nous appelons le médical sont étroitement mêlés. C'est en fait l'immense majorité des pratiques utilisées dans les médecines populaires. Il concerne donc les rites de protection les pèlerinages et les « voyages » aux saints guérisseurs, le recours aux « panseurs de secrets » détenteurs de formules dans lesquelles il est question du Diable et du Bon Dieu, qui mobilisent des significations explicitement religieuses. Il en va de même du

⁶² François Laplantine, *Anthropologie de la maladie*, Paris, PUF, 1997, pp. 345 – 346.

⁶³ La racine indo-européenne *san* a donné à la fois *sanitas* (santé) et *salvatus* (le salut)

*recours aux plantes dont les différentes utilisations sont loin de pouvoir être expliquées par les propriétés strictement médicales qu'on leur attribue*⁶⁴.

*Le second cas quant à lui, se présente comme rigoureusement inverse par rapport au précédent puisque jusqu'ici, seules les sociétés occidentales ont historiquement procédé à cette rupture entre les deux champs (religion et médical). La fonction médicale, disjoint de la fonction religieuse, prend une autonomie relative, puis totale par rapport à cette dernière, et devient une pratique spécifique et spécialisée. La fonction religieuse qui peut être la sienne, soit sous forme résiduelle, soit sous forme nouvelle, n'est plus du tout perçue par la société, aussi bien du côté des soignés que du côté des soignants, qui affirment qu'ils ne sont que des praticiens d'une science neutre et objective et rien d'autre*⁶⁵.

Cette approche est ainsi confortée par l'ouvrage du grand Psychiatre Henry Ey intitulé *Naissance de la médecine*⁶⁶ qui met en évidence ce qu'il considère comme un préalable épistémologique à toute pensée médicale digne de ce nom : « arracher » la maladie à la religion, à la philosophie et aux sciences humaines afin de dégager un « ordre naturel ». Signalons que cet ouvrage est un exposé des « *difficultés épistémologiques auxquelles s'est toujours heurté et se heurte encore l'effort des médecins pour dégager leurs connaissances du corps et de ses maux de la mythologie qui les dissout dans la symbolique de leurs représentations, c'est-à-dire la problématique du mal* ».

Laplantine note qu'il est essentiel de prendre à la lettre de tels énoncés car précise t-il, ils correspondent exactement au processus d'enclavement de la pensée médicale « scientifique » dans sa volonté de s'affranchir de la pensée « non scientifique », par un acte de différenciation consommée entre ce qui relève du malheur biologique et ce qui relève des autres malheurs. Aussi, ce que l'on nomme « progrès » de la « science médicale » consiste –il dans une émancipation par rapport aux croyances métaphysiques, aux spéculations philosophiques et aux demandes psychologiques, mais aussi par rapport au social et notamment par rapport aux étiologies sociales qui attribuent la cause présumée de la maladie au religieux.

⁶⁴ François Laplantine, *Anthropologie de la maladie*, paris, PUF, 1997, pp. 346 – 347.

⁶⁵ Ibid, p.347

⁶⁶ Henry Ey, *Naissance de la médecine*, paris, 1981.

Il est intéressant de remarquer à ce propos que ce clivage de la nature et de la culture n'est pas le seul fait de la connaissance médicale moderne. Ainsi, la majorité des ethnologues qui étudient les thérapies traditionnelles procèdent toujours, à l'instar des médecins, à la ventilation dualiste de deux champs de connaissances : (l'empirique/le symbolique ; la pharmacopée et les techniques médicales/les rituels ; l'étiologie naturelle / l'étiologie magico-religieuse...)⁶⁷

En gros, nous avons d'un côté un savoir « mythologique » flou et ambivalent selon Henry Ey, et de l'autre le savoir « objectif » du naturalisme médical. Alors que, chez les médecins cette série d'opposition consiste en une émancipation progressive du *savoir objectif* en une hiérarchisation des termes en présence, chez les ethnologues en revanche, on tend à privilégier, du moins comme objet d'étude, tout ce qui relève du *savoir mythologique*. Mais, dans les deux cas, qui relève d'une même conception de la maladie (sickness), c'est finalement un seul et même processus idéologique qui est à l'œuvre : celui des préjugés non critiques de l'observateur occidental, c'est-à-dire un ethnocentrisme, délibéré chez beaucoup d'ethnologues ce qui semble infiniment grave.

François Laplantine formule la remarque suivante : il n'y a pas de pratiques purement « médicales » ou purement « magico-religieuses », mais tout au plus des recours distincts, du reste rarement antagonistes, et surtout, il est difficile, si ce n'est illusoire, de penser que seul le savoir dit *objectif* ou *rationnel* relèverait du « médical » par rapport au savoir dit *mythologique* qui serait ipso facto, lié au « religieux ». Nous nous trouvons, en revanche presque toujours en présence de deux niveaux interprétatifs étroitement intriqués : une interprétation portant sur les processus étiologico-thérapeutiques, une interprétation portant sur la question du sens et du pourquoi, laquelle ne cesse d'apparaître du point de vue biomédical comme un redoublement inutile de la problématique causale.

De manière tout à fait ironique et simple Laplantine montre que, même en Occident les « retrouvailles » du médical et du religieux sont très fréquentes. En effet dit –il, *on s'aperçoit des retrouvailles de médical et du religieux lorsque l'individu fait l'expérience d'une affection qui bouleverse littéralement son existence, ou lorsque la culture, comme c'est le cas en Occident aujourd'hui, vit une crise de ses fondements : il nous semble alors possible*

⁶⁷

François Laplantine, *Anthropologie de la maladie*, Paris, PUF, 1997, p. 348

*de détecter de sacré en dehors même des institutions qui en avaient hier encore le monopole et la gestion*⁶⁸.

Sur ce point bien précis, et en s'attellant à mettre en évidence la maladie comme cas particulier du malheur social et la santé comme cas particulier de l'obtention du salut, Laplantine note que c'est l'étude de la médecine populaire - *pour laquelle ce que la pensée rationnelle s'est historiquement efforcée avec beaucoup de difficulté de disjoindre, ne se trouve pas à nouveau réuni, mais n'a en fait jamais été séparé – qui va nous permettre de saisir sous son plus fort grossissement ce qui précisément est occulté par la médecine positiviste*⁶⁹. Cette dernière n'arrivant jamais à se limiter aux propositions que lui offre le registre purement *rationnel* ou purement *objectif* dans sa tentative d'expliquer de manière définitive les raisons de l'infortune c'est-à-dire le pourquoi et le comment de la maladie.

⁶⁸ François Laplantine, *Anthropologie de la maladie*, paris, PUF, 1997, p. 350.

⁶⁹ Ibid, p. 351.

Chapitre 2 : Perspective De Travail

Dans ce travail, nous nous proposons d'apporter des éléments de réponse pouvant justifier les raisons qui, malgré le fait que nous soyons en contexte urbain, amènent les populations à continuer à recourir aux services des *nganga* garant d'une tradition que l'on dit dépassée. Cette préoccupation nous amène à réexaminer avec un autre regard l'ensemble de pratiques, de représentations symboliques ou non et de discours relatifs aux notions de santé et de maladie que l'on a de cesse d'assigner au registre du passé.

A - Hypothèse

En effet, lorsqu'on considère attentivement les comportements et les attitudes des populations urbaines, on pourrait se rendre compte que ceux – ci (c'est-à-dire ces comportements et attitudes) comportent de manière intrinsèque des « tares » d'une tradition qui n'a pas l'intention de se vouer à une « perdition ». Par « tares », nous ne concevons pas le mot comme le fait le *Dictionnaire universel*, qui y voit un grave défaut, un vice ou une imperfection majeure d'un individu ou d'une société, mais plutôt comme un *habitus* selon Bourdieu.

L'habitus étant donc « le produit de toute trajectoire d'un individu, de l'éducation qu'il a reçue et des expériences qu'il a accumulées, éducation et expériences qui s'enracinent dans la trajectoire historique du groupe social auquel il appartient, puisqu'elles véhiculent des schèmes de pensées et de comportement transmis, sous des formes à chaque fois retravaillées, de génération en génération, et puisqu'elles expriment des conditions sociales d'existence qui sont, elles aussi, le résultat d'une trajectoire collective ou plus exactement qui sont l'aboutissement de cette trajectoire dans une conjoncture socioéconomique particulière »⁷⁰.

Cette précision est importante avant de signaler que si l'examen ou l'étude du système de soin de santé traditionnel portant sur les croyances et les représentations rapportées par les discours et les comportements des populations n'est pas la seule voie d'accès possible aux

⁷⁰

Gauthier de Villers, « Propositions introductives », *Cahiers Africains*, n°19-20 Paris l'Harmattan 1994. p. 13.

logiques qui sous – tendent le comportement des individus vivant en milieu urbain face au *nganga* notamment, il reste que cette approche semble la plus susceptible d’offrir des cadres de lecture plus appropriés en ce qui concerne ce phénomène. Ceci du fait qu’il existe sans conteste, une intimité quasi « génétique » entre pratiques thérapeutiques et pratiques religieuses au sein des sociétés dites traditionnelle. Cette parenté est davantage actualisée en ville par le fait que le *nganga*, personnage *emblématique* de la société traditionnelle, assume comme le signale Simone Kalis, les rôles de thérapeute et maître du culte. Le *nganga* joue un rôle prépondérant dans la société, non seulement dans la gestion de la santé de ses membres mais encore de leurs actes au quotidien. Cette position privilégiée donne au personnage un caractère ambivalent, nous l’avons dit, mais à la fois complexe et *prépondérant*.

Dans notre quête des logiques en cours dans le processus « du retour aux sources », nous envisageons de porter notre intérêt sur un personnage qui semble à notre avis, remplir ou du moins présenter les mêmes caractéristiques que celui qui nous intéresse (le *nganga*), il s’agit du pasteur des églises pentecôtistes et charismatique. Dans l’examen des caractéristiques de ce personnage, nous espérons en comparaison avec la *nganga*, montrer que les schèmes en cours dans les relations *nganga* – populations sont, à quelques différences près, les mêmes en cours dans les relations *pasteurs* – fidèles.

Par cette démarche, nous tenterons de faire ressortir à travers notamment l’examen des croyances et des représentations, le concept *d’image* qui, nous semble t – il, joue un rôle fondamental dans l’émergence des attitudes et comportements des populations vivant en milieu urbain en rapport avec les *nganga*. Cette *image* dont il est ici question, est celle que les populations se font d’abord de la santé, puis de la maladie et enfin, de ses causes et les moyens d’en guérir ; *l’image* est aussi celle qu’elles se font du *traitant*⁷¹ mais aussi du *traité*⁷² ; il s’agit à la fois d’une *image* métaphorique, une *image* abstraite, une *image* mentale et une *image* conceptuelle. En gros, elle est constituée d’un ensemble composite d’éléments qui, mis en commun, n’en font une *image* unique à laquelle chacun se reconnaît.

Pour aborder cette question de transformation et de *retransformation* des attitudes et comportements des populations vivant dans les ville africaines et pour le cas particulier de Libreville, il est important de faire montre de prudence du fait notamment de la complexité et

⁷¹ L’usage du terme est large, il intègre en effet, le *nganga*, le médecin ainsi que le pasteur.

⁷² Le traité est ici le malade ou patient au sens biomédical, au sens de la culture traditionnelle et au sens où l’envisage la Bible.

de la subtilité de la situation sociale dont l'homme est toujours le centre d'intérêt. Il est à souligner que l'homme qui fait l'objet de tant de convoitise en matière de science n'est toujours pas extérieur, comme on pourrait le croire, aux résultats souvent réévalués et repensés par les sciences qui font de lui leur objet d'étude. C'est dans cette perspective que Jean Marie Demenach⁷³ note que : « (...) *Les sciences de l'homme sont encore dans leur adolescence. Sans doute faut-il admettre que leur sujet – l'homme – leur échappera toujours par quelque bout, ne serait-ce que parce qu'il incorpore à son raisonnement et à sa conduite des connaissances que ces sciences lui apportent... Il est probable que la lumière projetée par les sciences sociales sur le comportement humain, non seulement contribue à modifier celui-ci mais pousse le sujet lui-même à se masquer et à se terrorer (...)* ».

Cette mise au point nous amène à examiner les approches qui ont été proposées par certains auteurs, en ce qui concernant notamment aussi bien les croyances et les représentations symboliques de la maladie et ses corollaires, que les pratiques thérapeutiques qui y sont associées. Il ne s'agit pas d'établir dans cet examen une sorte de hiérarchisation de concepts ou encore une quelconque dichotomie entre eux, il s'agit plutôt de les envisager dans leur interdépendance et dans leur interconnexion.

« Les motivations qui conduisent à la consultation (entendues du nganga) sont d'une part l'évocation d'une maladie que le patient et l'entourage jugent spécifiquement africaine et d'autre part le désir de connaître la cause profonde du mal. Ces deux motifs s'enracinent dans le modèle culturel de la maladie telle qu'elle est vécue en Afrique. L'échec de la médecine occidentale et le coût élevé des médicaments orientent les malades vers la médecine traditionnelle. Parfois c'est un membre du personnel médical de la structure moderne qui invite la malade à se rendre chez le guérisseur, le mal ne ressortissant pas à sa compétence »⁷⁴.

Cette citation de Simone Kalis est particulièrement révélatrice. En effet, si comme nous le soulignons déjà en introduction, l'argument de coût très élevé des prestations de la médecine moderne ne semble pas retenir notre attention du fait notamment que les populations qui fréquentent les *nganga* aient, au préalable engagé une démarche thérapeutique

⁷³ Jean-Marie Domenach, *Approche de la modernité*, Paris, Ellipses, 1986. p. 6.

⁷⁴ Simone Kalis, *Médecine traditionnelle, religion et divination chez les Seeree de Siin du Sénégal : la connaissance de la nuit*, Paris, L'harmattan, 1997, pp 180 - 181.

au sein des structures médicales modernes, il reste que l'argument de la *spécificité africaine de la maladie* et celui de la *recherche de la cause profonde* de l'infortune nous invitent à une réflexion minutieuse sur les contenus donnés à ces arguments. Cette réflexion se doit d'être d'autant plus minutieuse que même les personnels soignants du système dit moderne orientent les malades vers les tradipraticiens et donc vers la médecine dite traditionnelle qui seule seraient à même de guérir leurs maux.

On voit que cette situation remet sur scène le rapport entre thérapie et croyance, rapport que structure à notre avis, un ensemble de représentations qu'il s'agira de scruter et d'interpréter. Notons que le pouvoir qui semble reconnu au guérisseur ou *nganga* n'est pas une donnée immédiate et isolée. Ce pouvoir est en connexion avec d'autres puissances (ancêtres et génies) qui sont sensés l'orienter et le renforcer. Il est donc certain que cette situation invite une interprétation religieuse puisque dans ce cas, le *nganga* ou tradipraticien semble être l'« homme de la situation », son intérêt est non seulement manifeste dans les discours, mais il est également revendiqué par les acteurs sociaux eux – mêmes.

Dans ce genre de situation nous dit Laplantine, la tâche de l'anthropologue, qui ne saurait se satisfaire de la redondance « savante » des modèles culturels « populaires » construit par la culture elle – même, c'est-à-dire « fait à la maison », consiste alors à ne pas prendre au pied de la lettre ce qui est dit, au contraire à chercher ce qui est tu ou alors le non-dit : les enjeux sociaux et économiques notamment, des discours religieux véhiculés et manipulés.

Si le caractère ici biologique, là social et là psychologique ne change pas la spécificité des représentations qui appartiennent à un même ensemble théorique signale Laplantine, la question qui se pose alors est celle de savoir qu'est-ce qui distingue vraiment les thérapies officielles (médecine moderne) des thérapies populaires (médecine traditionnelles) ? Par rapport à cette question, l'auteur fait vite d'exclure l'hypothèse du statut social de médecin qui serait supérieur à celui du *nganga*.

En effet, comme on vient de le souligner, on remarque que les guérisseurs traditionnels ou *nganga* sont investis par leur groupe d'un pouvoir exorbitant, souvent même supérieur à celui crédité au médecin diplômé. Ce n'est donc pas le statut social du soignant qui permettrait de savoir ce qui distingue la médecine moderne et de la médecine dite

traditionnelle et donc ce qui favorise ce que nous avons appelé le « retour aux sources ». Ce n'est pas non plus, le fait que le malade qui s'adresse à un guérisseur recouvrerait une autonomie qui lui est effectivement confisquée par la médecine moderne.

Si donc les hypothèses du statut social du médecin diplômé et de la confiscation de la santé par la médecine moderne ne parviennent pas à elles deux à répondre à la question posée c'est-à-dire, celle de la distinction médecine moderne médecine traditionnelle qui justifierait l'attitude et les comportements des populations vivant en ville, il est donc évident que la réponse à cette question se trouve ailleurs. Mais nous pensons que cet ailleurs n'est pas fondamentalement détaché de ces hypothèses il est même, à notre avis, bien imbriqué dans celles – ci.

Le statut social du soignant en milieu traditionnel n'est pas à dissocié du malheur, de l'infortune ou de la maladie. En effet, s'il est reconnu que les *nganga* sont investis d'un pouvoir *exorbitant* par les membres de leur groupe, c'est d'abord par rapport au champ de compétence dans lequel ils opèrent. Ce champ de compétence qui se caractérise par la maîtrise de l'infortune et de manière plus générale du malheur n'est pas l'apanage de n'importe quel individu d'autant plus que la maladie ou l'infortune ne relève pas de l'ordre du naturel, mais du mystique, du surnaturel. Le soignant ou *nganga* est, dans la plupart des cas, le seul à avoir fait l'expérience de cette maladie ou de cette infortune, il est donc à ce titre pour en avoir été victime, le seul média permettant l'éradication du mal. Notons à ce niveau que certaines de nos informations de terrain font ressortir que le mot *nganga* serait l'association de deux expressions *nga* et *nga* qui veulent dire respectivement *maladie* et *malade* pour le premier et qui *guérit* ou *remède* pour le second. Ainsi, l'association des deux mots donne *nganga* ce qui, traduit littéralement donne : *qui a été guérit de maladie et qui guérit la maladie*. La maladie n'étant pas ici réduit nous l'avons signalé plus haut au seul registre naturel c'est-à-dire un dysfonctionnement physiologique comme l'envisage la biomédecine.

Cette situation nous donne l'occasion de voir plus en détail les représentations que l'on se fait du mal et de la maladie en milieu traditionnel, représentations qui en fait constituent l'image qui se veut, nous le soulignons plus haut, métaphorique, abstraite, mentale et conceptuelle de la maladie, du traitant et du traité.

Ces représentations de la maladie et du mal s'appuient généralement sur des conceptions *extériorisantes*⁷⁵ c'est-à-dire qu'elles renvoient à une interprétation sémantique qui se situe hors du malade. Comme l'a souligné Kalis, l'homme, devant l'angoisse de la réalité du mal, élabore des comportements défensifs en reportant sur des entités maléfiques émissaires, les responsabilités de la maladie, du malheur et de la mort. On se rend compte que la réaction persécutive est souvent la réponse nécessaire aux situations pathologiques et conflictuelles. L'interprétation persécutive désigne le malade en victime d'un autre. Cet autre n'est pas accessible par tous d'où l'importance du média, de l'intermédiaire (*nganga*) qui seul est habilité à entreprendre ou initier démarche visant à rétablir l'ordre rompu.

De ce fait, le groupe d'appartenance du malade est alors invité dès l'observation des premiers symptômes de la maladie (symptôme, il faut le rappeler qui ne relève pas exclusivement du registre de la biomédecine), à mettre en relation l'évènement empirique qui est la maladie avec une expérience (un conflit, une transgression d'interdit, etc.). La maladie est donc considérée par le malade et son entourage comme l'effet d'une action intentionnelle d'un autre. Ce sont les pouvoirs et les forces mobilisés par cet autre qui deviennent de ce fait les référents étiologiques des interprétations.

Notons que les agents persécuteurs dans ce cas sont, soit les génies, soit les ancêtres ou encore les sorciers. Dans tous les cas, ces différentes entités évoluent dans des registres qui échappent totalement à la perception sensorielle ordinaire donc au commun du mortel et entretiennent avec ces derniers des relations complexes. Les notions de pouvoir, force et énergie à l'œuvre dans ces relations sont donc à comprendre plus en terme de signification symbolique qu'en terme de physique et mécaniste.

Toute maladie et par extension tout infortune exige une explication, cette dernière dépasse comme vu plus haut, le simple aspect physiologique. Cette quête de sens ou d'explication interprétative de la causalité est conçue sous forme de démarche holistique, compte tenu des représentations et des relations sociales propres à chaque peuple. Ceci fait que le champ de la maladie ne peut pas être isolé des autres domaines connexes qui ressortissent à la société traditionnelle. Contrairement à l'approche de la biomédecine qui isole sans autre forme de procès la maladie au seul univers de la pathologie physiologique, la

⁷⁵ Terme emprunté à Simone Kalis qui y voit le fait que le malade n'est pas toujours tenu pour responsable du malheur qui s'abat sur lui.

pensée dite traditionnelle n'insère pas la maladie dans les limites du corps individuel, mais la distribue en périphérique à tout le champ social en une réalité vécue par tous les membres du groupe. L'organique ne prend son sens que relié au social contrairement au modèle occidental.

Il est vrai, comme le souligne une formule célèbre de Lévi-Strauss que dans les sociétés traditionnelles « *la forme mythique prime le contenu du discours* », alors que dans la civilisation mécanique « *il n'y a plus de place pour le temps mythique* »⁷⁶, mais quel que soit leur degré d'acculturation, les populations, dans une société en transitions, se réfèrent, pour des raisons multiples qu'il faut absolument interroger, aux systèmes de représentations issus de la société traditionnelle.

Nombreux sont ceux qui, à l'instar de Georges Dimy Tchetché⁷⁷, pensent que la référence au mythe donc au système de représentation traditionnel masque ou voile un malaise suscité par la multiplication d'expérience qui, précisément en raison des conditions de changement, deviennent incohérentes et inordonnables. Son hypothèse est que les signifiants culturels sont manipulés par les sociétés traditionnelles elles-mêmes à des fins idéologiques, puisque le mythe sert désormais à dominer consciemment un réel encore incompréhensible en fonction des intérêts d'un groupe particulier.

Seulement, cette fonction idéologique de la manipulation des signifiants culturels ne semble pas tout à fait recevable dans la mesure où la tendance aux référents culturels n'est pas une donnée isolable et ne se limitant qu'à une sphère bien déterminée ou à un groupe particulier de la société traditionnelle. Cette tendance est quasiment générale à toute l'Afrique subsaharienne (ensemble dans lequel, les passerelles entre communautés ne sont pas forcément perméables du fait de la diversité culturelle). On se demande alors à quel moment ces groupes diversifiés ont-ils pu à un moment donné de leur histoire, se mettre ensemble pour penser une stratégie unique visant à lutter (en manipulant les référents culturels) contre le changement c'est-à-dire la modernité, car le présupposé de cette théorie de la manipulation consciente des référents culturels est que les sociétés africaines opposaient une résistance à toute forme de changement extérieur à elles.

⁷⁶ Claude Lévi-Strauss, « l'efficacité symbolique », in *Anthropologie structurale*, Plon, Paris, 1900.

⁷⁷ Georges Dimy Tchetché, *Thérapie familiale et contextes socioculturels en Afrique noire*, Paris, L'harmattan, 1996, p. 32 – 33.

Il nous semble que les référents culturels ou plus exactement les interprétations symboliques ne sont pas conscients. Comme nous l'avons souligné avec Bourdieu, il existe un *habitus* qui, au-delà des changements de conjonctures reste fortement intériorisé dans la personnalité intrinsèque des individus et donc des groupes. Cet *habitus* peut surgir à n'importe quelle occasion. Il ne s'agit pas d'une réaction pensée ou préparée par un quelconque groupe, mais d'une attitude spontanée et parfaitement inconsciente puisque fondamentalement intériorisée par l'histoire et les expériences acquises.

D'ailleurs ces référents culturels de la thérapie ou plutôt leur efficacité permettent de mettre en lumière les manifestations de l'*habitus* et de justifier le recours thérapeutique privilégié par les populations urbaines. Franck⁷⁸ note à ce propos que le degré d'efficacité des méthodes thérapeutiques et religieuses semble résider dans leur capacité à faire jaillir l'espoir en mobilisant la dépendance du patient envers autrui. Cet autrui notons – le, n'est pas nécessairement le groupe d'appartenance du malade, mais plutôt le thérapeute (*nganga*) dans un premier temps puis l'entité responsable de l'infortune, et dont seul le *nganga* reste la seule voie d'accès, l'unique média susceptible de *négoier* le rétablissement du malade.

On comprend que l'espoir dont il s'agit ici est celui du rétablissement de l'ordre naturel des choses à savoir le recouvrement de la santé, encore que là aussi le mot n'est pas envisagé dans ces sociétés comme le fait l'organisation mondiale de la santé (OMS). Le recouvrement de la santé de l'individu au sein de ces sociétés est donc *consolidé par les attributs personnels du soignant et par ses accessoires qui sont sensés recevoir leur pouvoir d'une signification symbolique déterminée. L'idéologie et le rituel fournissent et au groupe tout entier et au patient particulièrement une trame conceptuelle qui permet d'organiser la détresse chaotique de ce dernier et lui donner un plan d'action qui l'aide à redonner un sens au désordre et à résoudre son conflit intérieur*⁷⁹.

A y regarder de plus près, on se rend bien vite compte que, dans cette efficacité thérapeutique reconnue au *nganga*, le patient lui – même n'est pas étranger. Puisqu'il est question de représentations, *d'images* ou de référents symboliques ou culturels. Dès l'entame du processus thérapeutique, le tradipraticien à pour charge de réactualiser, en organisant des rituel dit de conjuration de sorts ou de guérison, un ensemble *d'images*, de symboles que le

⁷⁸ Franck, « Why patients leave psychotherapy », in Archives of Neurology, 77, pp. 283 – 299, 1957.

⁷⁹ Georges Dimy Tchetché, Thérapie familiale et contextes socioculturels en Afrique noire, Paris, L'harmattan, 1996, p. 35 - 36.

patient inconsciemment retravaille pour mettre sur rail le processus de guérison. En fait, c'est parce que le patient doit se reconnaître dans l'ensemble des *images* que non seulement son environnement immédiat donc sa famille lui présente, mais aussi celles qui lui sont proposées en dernier recours par le *nganga* que, finalement on peut espérer à un quelconque effet positif dans la thérapie. Nous l'avons abordé plus haut, les causes de la maladie sont dans la plupart de cas extérieur à la victime, on parle de persécution, de sanction et dans certains cas de violation d'interdits.

Dans leur quasi-totalité, les *nganga*, devins ou tradipraticiens mettent l'accent sur deux catégories étiologiques pour expliquer les causes de la maladie :

- Les maladies de Dieu ou maladies naturelles, on considère que sur elles, l'homme n'a en général aucune emprise et donc, on ne peut envisager une sorte de prévention. Cette dernière précision est intéressante parce qu'on note que lorsqu'un événement échappe à l'entendement de l'homme, celui-ci est ipso facto rapporté à Dieu ce qui fait que tout ce qui posera un problème sera simplement imputé au divin. Finalement, les maladies dont l'étiologie et la thérapie ne ressortissent pas à la compétence humaine sont classées dans cette catégorie.

- les maladies des agents maléfiques désignées encore par l'expression : « les maladies non naturelles ». Ces maladies sont le résultat des actions des entités qui peuplent l'univers invisible des groupes. Il s'agit des ancêtres, des sorciers, des génies dont les actions ressortissent néanmoins à la volonté de Dieu.

L'image souvent donnée aux ancêtres n'est pas uniforme. On a d'une part, ceux qui pensent que les ancêtres sont des esprits des premiers ascendants du groupe décédés qui auraient pour mission de guider et de protéger leurs descendants. Soulignons que cette catégorie d'ancêtres aurait, avant leur trépas annoncé l'imminence de leur départ en promettant de laisser leur esprit guider, veiller et aider les restants. A ce titre, les vivants sont tenus de leur vouer un culte pour maintenir la flamme des promesses. D'autre part, on a ceux qui pensent que les ancêtres sont des êtres créés par Dieu et dont la tâche est qu'ils « s'attachent » aux humains pour les aider. D'autres encore pensent que ces deux catégories ne constituent qu'une seule. S'il est avéré que le rôle dévolu aux ancêtres est celui de veiller sur le maintien du groupe, il reste que ceux-ci sont réputés punir les actes de transgressions aux prescriptions majeures du système social, et exigent par conséquent l'observance de ces derniers. Les ancêtres sont aussi considérés comme les auteurs de « sanctions » infligées aux

vivants qui ont failli au respect des règles élémentaires de la vie sociale nous l'avons signalé ailleurs.

Pour ce qui est de la représentation du sorcier, elle tient plus aux motivations qui mettent toujours en relation des individus reliés dans l'espace ou dans la parenté. La notion d'espace ici attire particulièrement notre attention dans la mesure où contrairement à la tendance habituelle, le lien de sang n'est plus suffisant pour prétendre poser un acte de sortilège envers tel ou tel individu. Les attaques en sorcellerie sont multiformes et se déroulent aussi bien de jour que nuitamment, à l'état de veille ou pendant la phase onirique du sommeil. On croirait que la ville (notre terrain d'étude) crée de nouveaux cadres d'opérations sorcellaires qui, contrairement au village qui privilégiait le lien de sang et l'action nocturne, privilégie le cadre spatial et double l'action nocturne de l'action diurne. On est donc en situation de *déparentélisation* pour emprunter l'expression de Joseph Tonda.

Cette nouvelle configuration met à mal les stratégies préventives et défensives qui consistent à éloigner au maximum le sorcier du village et de l'acculer à élire domicile ailleurs. On comprend dès lors que l'image qu'on a du sorcier est finalement celle de la déviation du modèle culturel dans la mesure où la sorcellerie s'entend comme étant la mise en œuvre par un ou plusieurs personnages particuliers et ambigus de la société, du pouvoir destructeur dont ils se rendent les maîtres. Le sorcier est donc le contre modèle, l'antithèse du modèle social puisqu'il pratique l'acte anti-social par excellence, à savoir la destruction du principe vital.

De leur côté, les génies, sont considérés par les populations comme des esprits créés par Dieu bien avant la création de l'homme. Ces populations classifient ces entités en bons et en mauvais génies en référence aux relations qu'elles entretiennent avec ces derniers d'après Simone Kalis⁸⁰. Cette perception des génies est également la même en ce qui concerne le Gabon comme ça l'est pour le Sénégal. Il n'est pas rare d'entendre dire « cet échec est dû au mauvais génie de la famille » ou « c'est grâce au génie protecteur du clan que j'ai échappé à cet accident » ou encore « c'est mon ange gardien qui m'a sorti de cette impasse ». Autant d'expressions aussi bien générales que personnalisées qui témoignent de la forte implication de ces entités dans le vécu quotidien des individus. La conscience collective considère l'intentionnalité de leurs actes et retient la bipartition soulignée plus haut, c'est-à-dire qu'on a

⁸⁰ Simone Kalis, *Médecine traditionnelle, religion et divination chez les Seereer de Siin du Sénégal : la connaissance de la nuit*, Paris, L'harmattan, 1997, pp. 153.

des génies alliés et des génies persécuteurs. Il est à noter que l'antériorité supposée des génies sur les hommes assure sans équivoque, l'assujettissement de ces derniers face aux premiers.

Le discours des populations sur les génies fait ressortir le fait que ces derniers entretiennent avec certains individus des relations privilégiées, il s'agit des devins ou *nganga* qui sont sensés assurer la médiation entre leur univers et celui des humains, mais il y a aussi que certains de ces génies peuvent s'éprendre d'un humain quelconque et le considérer comme un(e) fiancé(e). Avec d'autres les rapports sont plus conflictuels et ceux-ci se traduisent par les maladies incessantes constatées chez ces derniers. Pour se laisser apercevoir ou découvrir par les humains, les génies se métamorphosent en entité susceptible de pouvoir être appréhendée dans l'univers visible. Ils revêtent ainsi des formes humaines, animales, végétales ou atmosphériques. On relève dans ces mutations, que la forme la plus courante est celle de l'homme blanc ou noir avec de longs cheveux.

Ce qui est à retenir, c'est que ces génies bien que pouvant faire bénéficier les hommes de leurs bonnes grâces, entretiennent de manière quasi permanente des relations conflictuelles notamment lorsque leur territoire est *violé* par les humains, territoire notons-le qui se situe dans le même environnement que celui où les hommes sont, eux aussi sensés vivre. Il s'agit des forêts de chasse, d'agriculture, de rivières ou d'étang de pêche, de montagnes, des ruisseaux, etc. Cette situation de promiscuité fait en sorte que, de manière presque permanente, les hommes soient des victimes potentiels de leur courroux, ou au contraire dans des cas extrêmes, des destinataires de leur faveur. Notons que quelque soit la situation, seuls les devins ou *nganga* sont habilités à établir tout contact avec ces derniers.

Il est évident que les catégories étiologiques que nous avons choisi d'explorer ne sont pas exhaustives, selon les cultures et les traditions, elles peuvent s'étendre dans des univers et des catégories plus complexes encore et aboutir à des classifications plus larges que celles présentées. Le souci dans notre cas est de parvenir à montrer, au-delà de la complexité des systèmes étiologiques, que la logique qui les sous-tendent sont quasiment les mêmes.

Dans cette perspective, la classification retenue dans le cadre de ce travail permet de distinguer l'existence de maladies causées par les ancêtres, celles causées par les génies et celles causées par les sorciers tout en retenant que dans ces trois registres, Dieu aurait sa part de responsabilité. « *En quelque sorte, cette étiologie fournit une sorte de trame du diagnostic*

de toute maladie ; elle énonce un système de catégorie dont l'existence est donnée, et sur le plan formel, constante, dans la mesure où la maladie a toujours pour cause l'intervention de l'une de ces catégories »⁸¹. Toutefois, il est à noter que ce type de représentation fournie, il est vrai, la matière d'une étiologie constante, qui peut être reprise ou non par le devin, mais qui figure de manière permanente dans le stock des causes possibles de la maladie.

Rappelons que le cosmos, entendu comme univers peuplé à la fois par les humains et les esprits (Dieu, génies, ancêtres et sorciers) ne représente pas pour les populations un monde statique et muet. Cette conception est fortement intériorisée dans les consciences de sorte que chaque événement de la vie est scruté sous le présupposé de cette réalité. En fait, pour les sociétés dites traditionnelles, ce cosmos est un univers producteur de sens et chargé de signes qui sont des supports de messages, cet univers est un monde de dialogue comme le souligne Kalis. Il appartient aux seuls *nganga* à travers l'institution divinatoire, en vertu de rapport spécifique qu'ils sont supposés entretenir avec le savoir et de leur aptitude à connaître disons-le, l'« intérieur des choses », de rendre *intelligibles* (ou devrait – on dire, accessibles ou plutôt donner un sens), l'ensemble des supports de messages cryptés qui se situe à cheval entre un mode dit physique, le nôtre et un autre dit invisible, celui des esprits.

A ce titre, il est important de rappeler que les catégories étiologiques constituent un corpus abstrait de causes auxquelles on se réfère pour élaborer une typologie des maladies sans qu'il ait imputation nécessaire d'une maladie particulière à une typologie particulière également. Si les membres du groupe en général et les guérisseurs sont désignés dans la recherche étiologique d'une maladie, il reste que les premiers c'est-à-dire les groupes, ne disposent pas un savoir supérieur aux seconds (*nganga*) en matière d'étiologie. Seuls les *nganga*, nous l'avons déjà signalé, sont aptes à connaître au terme de la consultation, la cause première de telle maladie affectant tel individu. D'où l'intérêt pour nous, comme nous l'avons fait pour les catégories étiologiques, de porter un regard attentif sur les attributs voire le statut social du *nganga*.

Cette démarche nous permet d'entrevoir, à travers l'acquisition du « pouvoir » par ce dernier, comment, autour de ce personnage se fabrique une image, comment est – elle perçue par les populations et aussi quelle est sa contribution personnelle dans la fabrication de cette

⁸¹ Sylvie Fainzang, « L'intérieur des choses » : Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina, paris L'Harmattan, 1986, p. 81.

image. En effet, nous dit Sylvie Fainzang, *si les ancêtres et les génies assurent le contrôle social, à ce contrôle social se superpose la place occupée par la figure du devin ou ngangas, personnage central de la société et agent réel de contrôle imputé aux puissances surnaturels (ancêtres, génies et sorciers)*⁸².

Le *ngangas* ou tradipraticien ou encore guérisseur est souvent présenté comme le personnage le plus enraciné de la société notamment sur les plans culturel et traditionnel. On dit de lui qu'il est *organiquement* lié à sa société, c'est un personnage de *savoir* et de *résistance* culturel. Le *ngangas* est un personnage de la communauté, il y vit, et son statut lui est transmis, dans certains cas et généralement les plus nombreux, de génération en génération. Sa vie sociale se caractérise par le fait qu'il est au service de la communauté, il ne faut pas confondre dans leurs attributions respectives, le *ngangas* du charlatan.

Il est généralement opéré une classification des personnes qui interviennent dans le champ thérapeutique traditionnel souvent pour montrer qu'à l'instar de la médecine dite moderne, il y a aussi au sein de société traditionnelle une spécialisation de la fonction. On distingue ainsi parmi ces personnages :

- ceux qui utilisent les plantes ;
- ceux qui voient ou devin ;
- ceux qui s'occupent des rites ancestraux ou ritualistes ;
- ceux qui doivent prendre soin de la communauté.

Cette classification qui n'est pas exhaustive ne trouve pas, de manière générale, l'assentiment de tous les tradipraticiens dans la mesure où selon ces derniers, il existe une interaction entre les différentes spécialisations. *Un bon ngangas* disent-ils, *doit pouvoir opérer sans distinction dans tous les registres qui lui sont soumis.*

Le caractère exceptionnel du guérisseur est manifesté par de nombreux éléments. Ceux-ci vont de la phénoménologie de la naissance aux relations avec les esprits en passant par l'initiation c'est dire la formation ou l'*école*.

Pour ce qui est de la naissance, on peut dès les premiers instants de grossesse observer certaines particularités chez la femme qui la porte. En effet, elle peut durant toute la durée de

⁸²

Ibid.

la grossesse être gravement malade ou encore vivre un fait tout à fait exceptionnel. On peut aussi voir se manifester la particularité au cours du développement de l'enfant qui sera « peu ordinaire » dans ses attitudes et comportement, il pourra même dans certains cas, avoir une malformation ou un autre évènement peu naturel qui sera imputé à un esprit tutélaire. On dira dans ce cas que le devin ou guérisseur dispose d'un savoir congénital, c'est-à-dire que les pouvoirs dont il disposerait seraient d'origine divine.

La relation aux esprits quant à elle nous renvoie à la notion de choix par les ancêtres ou les génies. En effet, ces derniers peuvent choisir l'individu qui sera le détenteur du savoir médical. Notons que dans les sociétés traditionnelles, la relation aux morts est très forte. Ces morts peuvent revenir pour secourir le société en cas de problème, seulement ce retour n'est possible que par la médiation d'un corps généralement un enfant et conditionné par l'attitude respectueuse des vivants vis-à-vis des morts.

En ce qui concerne l'initiation, l'apprentissage ou encore la formation, elle consiste à travers un rituel, à transmettre un ensemble de connaissances pratiques et mystiques à une catégorie de personnes bien déterminée c'est-à-dire qui remplissent les critères demandés pour cette tâche. Cette transmission du savoir n'est pas comme on le croirait une simple formalité que l'on accomplirait en une saison sèche comme c'est pour le cas des rites de passages. Le candidat n'est pas choisit au hasard, il doit avoir présenté au cour de sa croissance, dans ses relations avec les autres, certaines aptitudes qui permettent à l'initiateur, généralement seul, d'être sûr que l'initié fera bon usage de ce savoir que l'on présente toujours comme ambivalent. Ainsi, cette formation se repose nous l'avons dit, sur un savoir pratique, mais surtout plus sur une communication entre le monde visible et le monde invisible. C'est là, la tâche du guérisseur qui doit être l'interprète, et celui qui rend accessible les messages des ancêtres, des génies et autres.

Il est important de souligner que dans l'approche thérapeutique des sociétés dites traditionnelles, la relation à l'invisible est la base de tout système de guérison. La mort par exemple n'est pas la cessation de vie, mais avec la mort, on passe à une autre vie. Cette approche thérapeutique qui se complexifie par l'interpénétration d'univers différents notamment le monde de l'invisible dans le monde visible et donc physique participe à l'accroissement de l'incertitude qui habite les populations habitant les milieu urbains et les

pousse à trouver au près de ceux qui ont une maîtrise supposée des deux univers une sorte de refuge et de sécurité.

Le *nganga* est assurément celui qui a la capacité de lire les signes, les symboles, les interpréter pour leur donner un sens. Une fois le sens donné à l'évènement, le *nganga* est tenu d'organiser des rituels d'offrandes ou de sacrifices, rituels et sacrifices visant non seulement le rétablissement de l'équilibre de l'individu et celui de la société toute entière.

Parce qu'il est doté d'aptitudes éminemment surnaturelles et reconnues de toute la société, le *nganga*, dans sa tâche quotidienne qui consiste dans le recouvrement de la santé des individus et de la société elle-même, met à l'œuvre une démarche qui lui permet d'approcher le malade et la maladie. Cette démarche est le diagnostic. En effet, comme le souligne bon nombre de tradipraticiens, l'observation est la première étape de toute action thérapeutique. Du fait de la longue expérience disent les *nganga*, l'observation devient chez eux comme une faculté : « *le simple fait de regarder un homme me permet de savoir ce qui se passe en lui, mais je ne peux le lui dire* »

Après la phase de l'observation, il y a celle de l'interrogation. Ici, les questions posées au malade sont déterminantes. Les réponses qui en résultent vont non seulement conditionner l'attitude du malade et du groupe face à la maladie, mais davantage le traitement à prescrire. La phase qui semble à notre avis la plus capitale est celle de la divination, car c'est elle qui fait appel aux registres étiologiques auxquels nous avons fait allusion au cours de cet exposé. Registres rappelons-le, qui sont connus et intériorisés par chaque groupe et chaque individu en particulier. Il arrive, selon nos informateurs *nganga* notamment que l'esprit ancestral fasse lui-même le diagnostic en le révélant au guérisseur tout en lui donnant le traitement qui correspond à l'infortune.

B - Construction du modèle d'analyse

Dans cette partie du travail, nous voulons proposer un modèle d'analyse qui permette de mettre en perspective la relation populations, *maladie* et *nganga* vue sous l'angle d'un « miroir spectral ». En effet, comme nous le soulignons précédemment, nous pensons que la forte fréquentation non des *nganga*, mais aussi des « lieux de guérison divine » par les populations librevilloise est sous-tendue par un ensemble *d'images* composites qu'elles se font de la maladie, de l'infortune en gros du malheur d'une part, mais aussi du *nganga* ou du

prophète-guérisseur (uniques personnages oscillant entre deux monde totalement opposés) de l'autre, qui du reste, entretiennent ces *images* qui, n'en font qu'une en définitive.

* La notion d'image chez les *nganga*

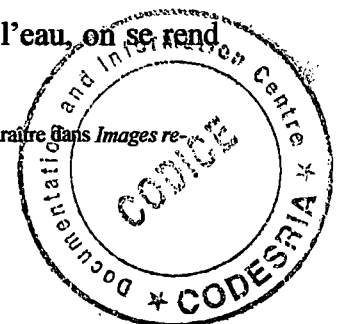
Le concept de miroir spectral que nous empruntons à Julien Bonhomme⁸³, nous sert de prétexte pour aborder celui de l'*image* qui semble conforter, voire justifier les attitudes et les comportements des populations urbaines, face notamment au malheur. Dans son article, Bonhomme inscrit son travail dans ce qu'il nomme une *anthropologie attentive* aux objets, à leur propriété physique comme à la diversité socioculturelle de leurs usages. Il envisage d'étudier, non pas comme on l'aurait certainement pensé, les appropriations qui ont accompagnées la diffusion du miroir en Afrique centrale, mais plutôt les réappropriations qui ont accompagnées cette diffusion. Le présupposé de ce préalable est que l'idée de miroir – non pas le support physique en tant que tel – était déjà présente dans cette partie du continent avant son arrivée matérielle. Ce présupposé est d'une importance capitale dans la mesure où il corrobore en quelque sorte le fait que la notion d'*image*, comme nous l'envisageons, est effectivement présente au sein de ces sociétés dites traditionnelles sous des formes certainement variées (symbolique et représentation).

Avant d'aller plus loin dans notre démonstration, il importe d'abord de noter que Par « miroir spectral » il faut entendre dans un premier temps, le corps ou la surface qui réfléchit ou qui renvoie l'image des objets ou des hommes et ensuite - et c'est là l'enjeu de la question - comme la production de formes effrayantes toujours en rapport avec les esprits ou la mort.

Dans cet article, Bonhomme envisage le miroir et ses usages, non pas du point de vue symbolique, mais du point de vue d'une pragmatique des manipulations spéculaires. S'il note que les miroirs occupent une place de choix dans la divination et l'initiation notamment et qu'ils auraient été sélectionnés pour des propriétés optiques qui vont pouvoir être mises en jeu dans les dispositifs rituel aussi concrets qu'efficaces, notre approche du miroir est davantage symbolique que matérielle. Il est vrai, comme nous l'avons souligné plus haut, que l'idée de miroir réfléchissant est fortement présente dans le quotidien des populations d'Afrique centrale ainsi que ses usages. En effet, pour ne retenir que le rôle joué par l'eau, on se rend

⁸³

Julien Bonhomme, *Réflexions multiples : Le miroir et ses usages rituel en Afrique centrale*, Article à paraître dans *Images revues* n°4 (Objet mis en signe/mis en scène), 2006.



compte que cette substance est réfléchissante. Elle permettait non seulement aux individus de se regarder, donc d'avoir une idée de leur personne physique, mais elle servait aussi, par son caractère réfléchissant, à d'autres usages : le cas de la consultation ou divination auquel Julien Bonhomme fait allusion. Il donc avéré que le concept *d'image* revêt en Afrique centrale aussi bien le caractère qui lui est communément reconnu, c'est-à-dire celui de rendre l'image physique de soi, celle d'autrui, mais elle revêt tout aussi un caractère métaphorique, un caractère abstrait, un caractère mystique dont l'accès est rendu quasiment impossible du fait de la violence de son contenu.

En fait, tout comme le miroir dans la société traditionnelle a un usage double (un usage simple qui consiste à réfléchir l'image à laquelle il est confronté, et un usage ésotérique auquel seuls les *initiés* ont accès, exemple réfléchir les sorciers responsables des conflits dans le village ou encore de maladie, etc.), la maladie procède de la même logique : une conscience collective de son être, de sa manifestation dans une certaine mesure d'autant que cette dernière n'est pas toujours perceptible par les regards non avisés (rappelons que nous sommes dans un contexte africain et qu'en Afrique, la maladie ne revêt pas le même sens qu'en Occident par exemple), et une autre plus restreinte et ésotérique de ses causes et des moyens d'en guérir. Tout se passe comme si dans les deux cas (miroir et maladie), le but est, pour ceux qui en ont la *maîtrise*, de parvenir au contrôle du *pouvoir* qui graviterait autour de ces « événements », contrôle qui finalement leur octroierait un *pouvoir* et donc une « reconnaissance populaire ». Notons que l'ambivalence dont il est question dans *l'image* se caractérise par la *fascination* et la *violencisation*.

Parce qu'il est reconnu en Afrique centrale notamment qu'à l'exception des violations des interdits et des tabous pour lesquels l'individu est tenu – pour une part – responsable du malheur ou de la maladie qui s'abat sur lui, les causes de la maladie qui affecte un membre du groupe sont toujours extérieures à lui ; parce que la maladie n'est envisagée que comme un « signe » de perturbation de l'ordre social qu'il faudrait à tout prix décoder pour en découvrir les causes profondes en vue de l'extirper ; parce que les entités responsables de l'irruption de la maladie appartiennent à un monde dont le fonctionnement échappe totalement à toute logique rationnelle, le *nganga* constitue alors, puisque à cheval entre deux univers (monde visible et monde invisible), le recours privilégié voire permanent des populations y compris celles vivant en milieu urbain.

Le *nganga* « fascine » par l'histoire de sa naissance généralement peu ordinaire, par son initiation, par son discours sur son rapport au monde invisible, par la nature de ses esprits tutélaires, par sa « maîtrise » des esprits, par l'*efficacité* de ses prescriptions thérapeutiques. En gros, le *nganga* est l'homme de la situation face à la maladie qui n'a de véritable sens, que le sens caché que seul lui peut décrypter, expliquer et enfin guérir. A ce propos, De Rosny note que : *Trouver les causes du malaise familial et social dont un grave accroc de santé est un symptôme tangible, et obtenir la réconciliation qui s'impose, telle est l'obsession du nganga, ce dont il parle le plus souvent au cours des soins*⁸⁴. D'où, à notre avis l'intérêt des populations librevilloises notamment pour ses services.

Mais le *nganga* ne fait pas que « fasciner », il « violence » aussi et cette violence est, non pas une violence physique, mais une violence de l'imaginaire. Le phénomène de *violencisation* dans ce cas est assez complexe, il ne s'appréhende pas facilement, mais pourtant il est très prégnant. En effet, parce qu'il est l'interprète des problématiques lignagères, problématiques qui s'articulent pour l'essentiel, au tour des questions de sorcellerie, le *nganga* inspire dans son environnement immédiat une sorte de psychose de la part des mêmes populations qui lui ont pourtant conféré le « droit thérapeutique ».

L'idée est que le *nganga* « reçoit » des populations qui le consultent, des *images* de frayeur constituées par la puissance des haines des jalousies et des animosités qui ont lieu au sein des familles et matérialisées par les poisons mystiques, les envoûtements dont les maladies sont l'aboutissement et les sorciers, l'origine. Puisque ces frayeurs dont sont victimes les populations, le *nganga* est à même de les affronter et de les juguler, la conséquence immédiate est qu'il pourrait, parce que maîtrisant le domaine, être amené à un moment ou à un autre à exacerber ces frayeurs au détriment bien entendu des populations qui lui ont fait confiance. Ce d'autant plus que, selon le discours populaire, est considéré comme *nganga* le plus fort, celui qui parvient à cristalliser toutes les fureurs et les peurs de la société, c'est comme si *nganga* et sorcier devenaient alliés. Il apparaît à présent de manière claire que de la même façon le *nganga* inspire la sérénité aux populations, dans le même temps, angoisse et incertitude y sont inspirées.

⁸⁴ Eric de Rosny, *L'Afrique des guérisons*, Paris Karthala, 1992, p.31.

Pour revenir à notre modèle du miroir, Joseph Tonda⁸⁵ note pour ce qui est du miroir du « Kong » ou celui de la maison du mort que, non seulement le miroir reflète les fantômes, mais il menace de transformer le sujet lui-même en fantôme ». Il relève que le miroir « spectralise » la personne. Il est toujours un miroir qui donne à voir la troublante image d'un sujet défiguré par des pouvoirs occultes qui les dépassent (la mort, la sorcellerie). Tonda signale encore qu'au Gabon et au Congo, on retourne la glace dans la maison d'une mort, de même qu'on ne regarde pas dans le rétroviseur d'un corbillard, de peur d'être tourmenté par le fantôme du défunt et de mourir soi-même.

Si Julien Bonhomme semble s'interroger sur l'association miroir et mort en Afrique centrale, comme élément de similitude entre la conception africaine et la conception occidentale du miroir, qui en fait justifierait l'emprunt de premier chez le second, il reste qu'il est bien difficile pour lui de trancher le problème. Il est à noter à ce propos que de nombreux travaux face à l'épineuse question de l'emprunt préfèrent trancher par une logique qui devient une sorte de classique : « l'esprit humain, quel qu'il soit et sous toutes les latitudes fonctionne de la même manière, seuls les déterminants culturels marquent les particularités ».

Ce qui nous semble particulièrement important dans la conception et les usages du miroir, c'est cette tendance à *l'appropriation*. Nous pensons que toute la violence de l'imaginaire qui entoure les représentations ainsi que les usages du miroir ne sont pas gratuites, il s'agit à notre avis, et ce de manière générale, à travers cette violence de *privatiser* peu ou prou mais à dessein, les *pouvoirs* contenus dans le miroir.

En effet, lorsqu'on analyse de plus près la démarche de *violencisation* des images reflétées par le miroir, on se rend compte que celles-ci ne relèvent pas d'un registre commun ou naturel. Les *images* déformantes comme le souligne Joseph Tonda, sont sans cesse associées à des situations sources d'angoisse : *l'image* que pourrait refléter la miroir dans la maison d'un mort, *l'image* que pourrait refléter le rétroviseur d'un corbillard (allusion à la mort), *image* qui pourrait apparaître la nuit (moment supposé propice aux activités sorcellaires), etc. autant *d'images* composites qui ne laisseraient pas insensible toutes les consciences auxquelles elles se heurteraient.

⁸⁵

Joseph Tonda, *Le souverain moderne. Le corps du pouvoir en Afrique centrale* (Congo Gabon), Paris, Karthala, 2005, pp. 78-79.

Nous voulons donc montrer que *l'image* constituée et présentée par le *nganga*, la maladie, l'infortune ou le malheur en général, agit exactement chez les populations comme *l'image* que produit le miroir spectral, autrement dit qui produit la peur, la frayeur et qui renvoie aux esprits et aux morts. Cette *image* de l' « événement maladie » est donc source d'angoisse et d'incertitude pour celui qui veut y « regarder » d'autant plus que les acteurs en jeu sont des esprits dans la plupart des cas. Ainsi donc, la maladie - élément complexe et imprévisible de l'individu et de la société qui peut conduire au malheur de la victime et donc du groupe, puisque extérieure à ces derniers généralement non spécialistes - est « abandonnée » aux *spécialistes* de cet événement parce que ne disposant pas de la *puissance* nécessaire pour la juguler et la vaincre.

Au total, la description de l'évènement *maladie* et de tous ses corollaires notamment la *fascination* et la *violence* de l'imaginaire obéit à une logique qui vise son « contrôle » par ce que l'on pourrait qualifier comme une *caste*, celle des *nganga*. En effet, l'idée est de mystifier l' « événement maladie » en y créant autour, par le truchement des *images*, un événement, non seulement complètement extérieur à l'homme (ancêtres, génies, sorciers, etc.), mais en faisant de cet extérieur, un *lieu*, un *registre* qui échappe complètement aux communs des mortels. En témoigne, la nature des créatures qu'on y rencontre, leur force et leur témérité devant les limites des individus normaux, et bien sûr la vulnérabilité de ces derniers. C'est donc en cela que nous pensons que *l'image* remplit une fonction fondamentale dans les pratiques médicales des populations, même devenues urbaines. Cette *image* peut déterminer également, nous l'avons dit, l'efficacité thérapeutique.

*** La notion d'image au sein des lieux de guérison divine**

C'est avec Patrick Chabal et Jean Pascal Daloz qu'on peut mieux voir si notre concept d'image sied avec la logique de guérison divine en Afrique notamment. En effet, ils signalent que : « Les Africains vivent dans une interminable atmosphère de superstition et de croyance en des entités invisibles : l'occulte est omniprésent, la sorcellerie florissante, les cérémonies rituelles abondent tandis que les liens avec les ancêtres sont toujours aussi forts et que les

communautés religieuses prolifèrent »⁸⁶. Cette dernière remarque nous permet de montrer que les logiques en cours dans la relation *nganga* populations vivant en milieu urbain sont les mêmes qui existeraient entre ces mêmes populations et les pasteurs, prophètes et autres dans les églises de réveil pentecôtistes et charismatiques.

Sans toutefois, s'aventurer dans les critiques très complexes formulées dans son introduction à *La guérison divine en Afrique centrale* par Joseph Tonda, critiques de certains auteurs qui portent essentiellement sur deux énoncés de la thèse sur la mort ou l'absence de Dieu dans la mission civilisatrice des structures de causalité du malheur en Afrique ces énoncés soutiennent, pour le premier, le fait que, *les Eglises de guérison parodient l'ordre (néo) colonial qui a produit des assignations identitaires négatives en Afrique : «Très semblable au caméléon qui parvient à faire passer inaperçue son adaptabilité chromatique, la parodie transforme, mélange ou substitue des significations sans annoncer en clair son but subversif (...) »*. Et le second est celui de *la critique capitaliste dans les églises pentecôtistes, dont l'activité fondamentale est bien entendu la guérison divine et le combat spirituel contre satan. Cet énoncé suggère que les discours des pentecôtistes sont des discours symboliques voire politiques, critiquant l'économie capitaliste en faisant des marchandises le symbole de la sorcellerie et des démons associés...*⁸⁷, nous pensons que dans les lieux de guérison divine, c'est-à-dire les églises pentecôtistes, les schèmes de fonctionnement en cours sont exactement les mêmes que ceux qui sous-tendent la consultation des *nganga* par les populations. Il est à relever à ce niveau que si les énoncés auxquels Joseph Tonda émet des critiques, posent le problème *religieux* en terme de similitude ou ressemblance de systèmes de représentation pour en fait ressortir à terme l'idée de résistance à la civilisation coloniale, notre approche à nous ne s'intéresse pas fondamentalement à la *manipulation* du religieux à des fins purement politique comme cela semble être le cas. Mais s'il y a *manipulation*, celle-ci viserait l'appropriation, l'accaparement par des *tiers* (pasteurs, prophètes et autres pour le cas des églises pentecôtistes et *nganga* pour les populations rurales et urbaines), c'est dans le but de *gérer* l'« événement maladie » entendu sous sa plus large appréhension comme nous l'avons défini plus en arrière.

⁸⁶ J.P. Chabal & J.P. Daloz, *L'Afrique est partie ! Du désordre comme instrument politique*, Paris, Economica, 1999, p. 83.

⁸⁷ Joseph Tonda, *La guérison divine en Afrique centrale*, Paris, Karthala, 2002, pp. 32 -34.

L'idée est que les populations urbaines au même titre que les populations rurales, s'abandonnent à des personnes particulières qu'elles soient *nganga*, pasteurs ou prophètes dans la gestion des infortunes sous prétexte que ces dernières sont pourvues d'une puissance extraordinaire qu'elles sont sensées détenir d'entités surnaturelles dont les pouvoirs sont inestimables. C'est parce que l'univers d'exercice des forces responsables des malheurs dont la maladie est la manifestation la plus fréquente, échappe au contrôle du commun des mortels donc aux individus normaux, ceux-ci préfèrent abandonner à des personnes considérées comme exceptionnelles et dont l'histoire est souvent peu ordinaire, la responsabilité de « gérer » donc de négocier dans cet « environnement hostile » avec les *esprits* responsables des infortunes en vue du rétablissement de l'harmonie rompue.

On peut remarquer que dans cette logique, la notion *d'extériorité* est fondamentale. Cette *extériorité* nous l'entrevoit à deux niveaux principalement : le premier, nous le soulignons précédemment, est celui de la maladie. En effet, la maladie est envisagée comme étant la conséquence d'un acte ou d'une entité extérieure au corps malade ou au corps social même si force est de constater qu'elle les affecte. Le malade n'est jamais responsable de son infortune, la cause est ailleurs et il faut la mobilisation de tout le groupe pour mettre en marche l'itinéraire thérapeutique. Cet itinéraire thérapeutique suggère que, si la famille ne dispose pas, comme c'est généralement le cas, de *nganga*, ce dernier doit être sollicité à l'extérieur du groupe d'appartenance, c'est-à-dire ailleurs,

Le second degré *d'extériorité* se situe quant à lui, au niveau de *l'esprit* tutélaire du traitant. En effet, les « forces » ou « pouvoirs » sensés guider, orienter ou diriger le soignant dans sa démarche thérapeutique c'est-à-dire dans la négociation ou le combat avec les esprits nocifs pour la restauration de la santé sont extérieurs à lui. Cela signifie que la puissance qu'on leur reconnaît (*nganga* et pasteurs et prophètes) obéit à cette logique d'extériorité. Ils sont davantage des *privilegiés* de ces esprits puissants et *ambivalents* que autre chose fondamentalement. Ces puissances leur accordent ainsi la gestion de la maladie, de l'infortune en gros du malheur.

C'est donc parce que les populations rurales ou urbaines sont « parfaitement conscientes » que leur *malheur* et même leur *bonheur* relèvent du monde invisible donc du

monde des esprits, et que les « personnes reconnues » par la société comme étant aptes à affronter ces *malheurs* et accorder ce *bonheur* reçoivent ce pouvoir des entités extérieures au monde visible, donc finalement du monde des esprits, que non seulement la confiance s'instaure, mais plus encore nous paraît-il, l'efficacité thérapeutique aussi, du fait notamment de l'adhésion inconditionnelle.

Cette réflexion nous amène à penser que la combinaison de ces deux *extériorités* que sont, la maladie pour le cas du malade et du groupe, et la pouvoir pour celui du tradipraticien ou *nganga*, justifie l'abandon et la confiance des populations aux personnes du *nganga*, du pasteur et du prophète chacun dans son environnement.

En effet, si la maladie est extérieure à soi et donc au groupe, et que la puissance nécessaire à sa guérison se trouve elle aussi extérieure au monde physique, au monde des mortels et donc extérieure aussi aux *nganga* pasteurs ou prophètes, même s'ils en sont les principaux représentants reconnus par la communauté, on se rend compte que « les chances de guérison » dans ces *lieux* (*mbandja* et églises), du fait des actions conjuguées à la fois par les puissances tutélaires et ceux qui en sont les représentants, sont certaines dans la mesure où l'infortune et le moyen de la juguler se trouvent ensemble dans un même environnement : le monde des *esprits*.

Pour ce qui est des lieux de guérison divine, nous pensons que l'intérêt des populations pour les lieux se justifie par les miracles qui s'y produisent d'une part, *le miracle étant considéré comme une « arme » stratégique pentecôtiste servant à disqualifier les nganga et les expériences de guérison qu'ils produisent*⁸⁸. Ainsi, la « propagande pentecôtiste » (ou discours sur les *nganga*) réussit-elle à rallier à la cause du Dieu chrétien une frange très importante de la population urbaine.

D'autre part, cet intérêt pour les lieux de guérison divine dans les villes trouve sa justification dans le fait que Christ, à l'instar de l'ancêtre ou le génie, peut à la fois *envoyer*⁸⁹ la maladie et la guérir, il s'agit d'un Dieu qui, peut donc sanctionner et peut aussi bénir. C'est

⁸⁸ Georgina Michelle Nfono Assoumou, *Posture du magicien : Miracle et diabolisation de l'expérience de guérison à Libreville*, Mémoire de Maîtrise, UOB, Septembre 2005, p. 2.

⁸⁹ Joseph Tonda, *La guérison divine en Afrique centrale*, Paris, Karthala, 2002, p. 26.

un Dieu aussi ambivalent que les génies et les ancêtres des populations africaines, mais qui semble avoir le *dessus*⁹⁰ sur ces derniers, du fait de la non inscription de leurs *actes* dans la *logique*, dirait-on, *chrétienne*. On peut encore relever que l'ambivalence des opérations tant dans la sanction que la bénédiction ne peut être annihilée même si l'on change de registre elle reste fortement présente dans les deux environnements facilitant pour les nouveaux adhérents leur *intégration* ainsi que la légitimation de leurs expériences individuelles.

Le concept *d'image* nous est clairement rendu par la liste des cas suivis personnellement par Joseph Tonda dans son enquête à Libreville. En effet, note l'auteur, *les contraintes de la conversion/guérison peuvent conduire un « frère en Christ » pentecôtiste, grâce aux dons de vision et aux révélations du Saint Esprit dont il bénéficie à :*

1 – récuser les liens de filiation qui l'unit à son père « vu » en train de le « bloquer » dans sa vie, et à reconnaître comme son « vrai père » son pasteur ;

2 – expulser de chez lui respectivement sa mère, « vue » entraîné de « manger en vampire » son fils ; sa sœur, sa nièce, ses petits frères, pour cause de « jalousie » envers son épouse ; sa tante maternelle, coupable d'« impudicité » et de désir « démoniaque » : elle a été « vue » en train de marcher nue à minuit dans le couloir central de la maison, fantasmant sur le sexe du maître des lieux... ;

3 – interdire à sa sœur, à ses neveux de lui rendre visite lors d'une hospitalisation pour infection grave ;

4 – vivre stoïquement le chômage qui intervient après ces expulsions et accusations de sorcellerie comme une « mise à l'épreuve » divine ;

5 – organiser une réunion de famille pour « demander pardon » à sa sœur, sa mère et au reste de sa famille non « convertie » et régulièrement traité de « païenne » ;

6 – se voir opposer le refus du pardon profondément affectée par l'accusation de sorcellerie et par l'« insulte » de « paganisme » dont elle a fait l'objet, alors qu'elle dit n'avoir jamais renoncé à son « Dieu des Catholiques » ;

⁹⁰ L'idée ici est que, comme le souligne ailleurs Joseph Tonda, le christianisme procède par écrasement pour venir à bout de la tradition des peuples de l'Afrique noire.

7 – *s'interdire de se rendre à son village, craignant la sorcellerie des initiés qu'il a offensés en enfreignant de façon ostensible les interdits d'une confrérie à laquelle il appartenait, etc*⁹¹.

Ces sept *recommandations* nous intéressent à double titre. Premièrement, elles ont le mérite, non seulement de rendre compte de la nature des *images composites* que se font les individus devenus *chrétiens* vis-à-vis de leur *parentèle* par le biais évidemment d'un frère comme c'est le cas, ou d'une sœur à qui le Saint esprit aurait fait grâce de quelques dons particuliers. En second lieu, ces recommandations nous sont utiles parce qu'elles confortent l'idée que les populations urbaines fonctionnent une fois dans les églises de réveil sous les mêmes schèmes que lorsqu'elles allaient chez les *nganga*, du moins en ce qui concerne les *images* consécutives aux *discours* qui leur est produit.

Ce qui est davantage intéressant dans cette approche, c'est qu'en faisant une analyse inverse de ces « recommandations », c'est-à-dire en les confrontant au *miroir* de la tradition, on se rend compte que les *images* qu'elles nous donnent, parce que contraires aux précédentes, rendent comptent de la logique d'*écrasement* du christianisme pentecôtiste sur la tradition africaine comme le suggère Tonda.

En effet, les contraintes de la *conversion/guérison* qui peuvent conduire un frère ou une sœur en christ à se conduire de manière particulière vis-à-vis des membres de sa famille sont en totale opposition avec celles que prônent de son côté la société traditionnelle notamment dans le maintien de la stabilité du groupe, on peut même *souçonner* dans cette démarche, la « mise en place » d'une logique d'*individualisation* et donc de rupture de l'individu d'avec son groupe d'appartenance c'est-à-dire sa famille :

1 – le père géniteur est considéré comme un *dieu* et quel que soit le genre de filiation (patri ou matrilinéaire), interdiction est faite aux individus de porter atteinte à sa personne morte ou vivante, car cela est source de malédiction ;

2 – la solidarité au sein de la parenté reste très forte et l'inceste y est prohibé de sorte que la question est davantage taboue ;

⁹¹

Joseph Tonda, *La guérison divine en Afrique centrale*, Paris, Karthala, 2002, p. 17.

3 – en cas de maladie, le groupe entier est mobilisé dans le but d'entreprendre une itinéraire thérapeutique ;

4 – en cas d'incident professionnel, le groupe est une fois encore convoqué pour tenter de *résoudre* le problème en soutenant dans un premier temps matériellement et financièrement le concerné ;

5 – en cas d'insulte et d'accusation de sorcellerie à l'endroit d'un parent géniteur ou proche (aîné), des rituels indiqués sont organisés par les chefs de familles ou coutumiers en gros par des personnes à qui incombent cette responsabilité et non pas, par l'individu coupable ;

6 – ces rituels dit de pardon et de réparation trouvent toujours un dénouement heureux, du moins si toutes les dispositions à suivre sont respectées ;

7 – le village est pour les populations un lieu de « refuge » et d' « assistance ». Les interdits des confréries religieuses doivent rester secrets tout le long de sa vie.

S'il est vrai que l'individualisation ou du moins les processus d'individualisation ne sont pas ici le but du présent travail, il n'en demeure pas moins qu'à partir des ces sept recommandations, qui du reste ne sont pas exhaustives, on peut se rendre compte d'au moins deux faits :

- en premier lieu, il y a le conditionnement préalable des individus fidèles des lieux du pentecôtisme. En effet, en examinant de manière consécutive chacun de ces points cités plus haut, on remarque que les conséquences éventuelles causées par de telles actions sont connues d'avance, et l'individu est préparé à les vivre, à les subir *stoïquement*. Seulement, ces conséquences n'ont rien d'une manifestation mystique ou extraordinaire, il est évident et légitime dans les sociétés africaines notamment, que chaque action qui s'inscrit dans un tel registre, entraîne les conséquences que ces mêmes *recommandations* prévoient, il n'y a donc rien d'étonnant ni d'étrange ;

- enfin, il y a le fait que tout comme pour le *nganga* en milieu urbain, le pasteur conduit ou favorise inexorablement l'individualisation des populations en les *victimisant* et en rendant dans le même temps les familles de ces dernières responsables des malheurs qui accablent ces individus. Ainsi, que l'on soit à l'église ou que l'on soit chez un *nganga*, on ne sort pas de la logique du malheur, logique dans laquelle le sorcier est le seul responsable. La

seule différence qui semble apparaître ici est celle de la logique sorcellaire qui n'est plus en ville, celle de la famille car, nous semble t-il, puisque que le Dieu dont il est question dans ces lieux est un Dieu universel représenté par le Saint Esprit, les forces qu'il est sensé combattre sont elles aussi universelles et la sorcellerie en fait partie, il n'est donc plus question de sorcellerie *parentélisée*⁹², mais de sorcellerie urbanisée, modernisée ou mondialisée. Signalons que cette nouvelle tendance est également observable chez les *nganga* ou tradipraticiens.

De ce point de vue on comprend en quoi l'Anthropologie de *l'Informel* nous est essentielle dans la mesure où comme le note De Villers, L' « informel », contrairement à son usage habituel qui fait référence essentiellement à une économie parallèle qui échappe aux cadres juridiques et institutionnels mis en place par l'Etat, désigne ici, *des formes atypiques (non conformes à des modèles culturels), composites (produites par hybridation, métissage de formes issues de matrices hétérogènes), et ambiguës, polysémiques (se réfèrent à des codes culturels différents)*⁹³.

Au-delà de ces observations, ce qui apparaît clairement, que l'on soit de l'un ou de l'autre côté des registres (*nganga* ou églises pentecôtistes – pasteur ou prophète), c'est le concept *d'image* qui, comme nous le soulignons plus haut, est entretenu pour obtenir les effets escomptés : le contrôle et la gestion de l' « événement maladie ».

⁹² Concept emprunté à Joseph Tonda en rapport avec la déparentélisation.

⁹³ Gauthier de Villers, « Propositions introductives », *Cahiers Africains*, n°19-20 Paris l'Harmattan 1994. pp. 8-9.

DEUXIEME PARTIE :
ANALYSE ET COMMENTAIRE DES
CORPUS ORAUX

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Chapitre III : Images « construites » et images « conçues »

Ce chapitre se propose de mettre en exergue deux faits qui nous semble intimement liés et qui jouent un rôle important dans *l'activation* des comportements des populations vis à vis des *nganga*, non pas essentiellement au sein des populations urbaines, mais aussi et d'abord au sein des communautés rurales puisque quelque'elles soient, ces populations sont intimement liées à leur tradition. En effet, il semble que *l'image* que l'on a de la maladie, de l'individu souffrant, du *nganga* en gros, de l' « événement maladie » est le fruit à la fois d'une construction et d'une conception.

A – Images « construites »

Pour ce qui est de la construction, on remarque qu'il y a un flou entretenu par les *nganga* autour de la maladie, de ses causes et des moyens d'en guérir. De la même manière, ce flou est entretenu par ces mêmes *nganga* non seulement dans le processus d'acquisition de leur pouvoir, mais aussi dans le « monde » supposé invisible où se déroule toutes ces opérations (jet de sort, maladies et guérison) rendant ainsi difficile d'accès cette sphère d'action : la *consultation*, *l'identification* de la *source du malheur* et enfin la *thérapie*.

(...)Le nganga c'est un « rectificateur », un redresseur, donc un sauveur dans tous les domaines de l'activité humaine, physique, mystique, social et spirituel parce qu'il est en contact avec les plans spirituels, lorsqu'on sait que tout à sa source dans l'esprit même si un nganga ne connaît pas des activités telles que la technologie, si quelqu'un vient lui demander des informations sur ce domaine précis, le nganga va directement s'adresser à l'esprit c'est l'esprit qui connaît tout, qui peut tout et l'esprit va agir en conséquence. Ainsi le travail du nganga, c'est de demander donc des faveurs au bénéfice des gens. Voilà, le nganga rectifie les situations, quand il trouve quelqu'un de « tordu »⁹⁴, il agit comme lui seul sait le faire pour redresser la situation. Le nganga est donc à cheval entre le monde matériel et le monde spirituel (...).

Récit 1 en français de Mr Marcellin Eyene Abagha as Atom Ribenga⁹⁵ sur la définition du *nganga*⁹⁶

⁹⁴ Dans le terme tordu, notre informateur y voit non seulement les cas d'individus que l'on traite souvent de sorcier, mais aussi toute forme de dysfonctionnement lié à une maladie, à un envoûtement, un sortilège, etc.

⁹⁵ Marcellin Eyene Abagha, alias Atome Ribenga, *nganga*, adjudant chef majeur de gendarmerie en retraite, 63 ans, marié, niveau 3^e.

⁹⁶ Récit collecté entretien réalisé le 16 Mai 2004 à 13 heures au quartier Okala-Carière, par Fabert Mensah.

(...)En ce qui concerne une définition du nganga, vous savez Dieu ne pouvait pas seulement donner toute la puissance à son fils Lucifer et laisser les autres sans parvenir parce que la sorcellerie existe belle et bien Si nous sommes nganga aujourd'hui, c'est par la grâce de Dieu C'est-à-dire que Dieu a vu qu'il y avait trop de morts brusques, prématurés Il savait qu'il y a des gens, pour être riches, vont éliminer les autres c'est pourquoi, je ne peux pas condamner les églises éveillées parce qu'elles font le même travail que nous les nganga nous faisons. Enfin, c'est pas mon domaine, je préfère parler de ce qui me concerne le nganga doit donc sauver les gens, les protéger contre les membres de leur famille qui sont sorciers (...).

Récit 2 en français de Ndong née Minkoue Mi Ndong Rose⁹⁷ sur la définition du nganga.⁹⁸

(...)Déjà un nganga c'est déjà l'ensemble de tout. Le nganga c'est celui qui soigne, le tradipraticien, c'est le nganga et c'est celui qui fait un peu de tout, tous les mauvais sorts en tout cas, c'est-à-dire qui lance et qui enlève les mauvais sorts. Il fait aussi des retours à l'envoyeur. Mais fondamentalement, le bon nganga ne peut pas faire de mal, il sait seulement enlever les mauvais sorts et peut-être rendre à celui qui l'a envoyé.

Vous savez comme on le disait, le nganga est celui qui a tout, qui voit tout et qui fait tout donc déjà, les rapports avec la famille c'est que, lorsqu'on est nganga c'est toujours la mauvaise image du nganga qu'on retient. Donc les liens avec la famille sont partagés, d'autres apprécient, mais il y a d'autres qui n'apprécient pas, ça dépend d'abord de l'ethnie et de la tradition même. Pour ce qui est de moi, ma famille n'apprécie pas vraiment ce que je fais, je suis punu et les punu ne connaissent pas vraiment le nganga donc accepter cela c'est difficile.

Récit 3 en français d'Eric Iwangou⁹⁹ sur la notion de nganga¹⁰⁰

(...)Au nombre de maladies que nous soignons, il y a les maladies psychiques encore appelées maladies psycho somatiques, c'est-à-dire des maladies qui se manifestent dans la chair mais qui ont leurs origines dans l'esprit. D'une manière générale, ce sont ces maladies que nous soignons entre autre encore, l'aliénation mentale, maboulisme, la folie, la possession, les envoûtements etc. Toutes ces maladies trouvent leurs origines dans l'esprit, c'est en ce lieu qu'il faut enrailler l'origine de la maladie avant de soigner la chair et voilà pourquoi nous procédons souvent aux initiations où on donne le bois sacré, l'iboga, l'initiation servant à ce moment là de technique psychiatrique et le bois sacré d'anesthésie. Les maladies sont causées par deux catégories d'individus : le patient lui-même ou bien les autres à l'extérieur c'est-à-dire un parent, un oncle, une tante ou un grand père. Ici, il agit spirituellement sur cette personne là, mais ce genre d'action à distance c'est invisible, on va à l'hôpital, on examine, on

97 Rose Ndong née Minkoue Mi Ndong, nganga, commerçante, 44 ans niveau Terminal, mariée 2 enfants, nationalité, équato-guinéenne, Fang, Yebiving, résidente au quartier Derrière l'Hôpital militaire PK 10.

98 Entretien réalisé d'abord le 06 Avril, puis repris le 03 Mai 2004 au quartier Derrière l'hôpital militaire par Fabert Mensah.

99 Eric Iwangou 26 ans, nganga par succession, sans emploi, niveau « secondaire », célibataire, trois enfants

100 Entretien, réalisé le 24 Avril au quartier PK 8.

ne voit rien. Ou bien un esprit, un être décédé qui vient assigner le corps d'un vivant, c'est dans ces cas où nos frères médecins ne peuvent rien.

Récit 4 de Mr Marcellin Eyene Abagha as Atom Ribenga sur la maladie.

En plus du discours, Georgina Michelle Assoumou¹⁰¹ note à la suite d'un tradipraticien que, tous les praticiens sont spécialistes des maladies spirituelles provoquées par les sorciers même s'ils reconnaissent que cette spécialité ne les empêchent pas de traiter quelques maladies naturelles. Elle poursuit en soulignant que nombreux sont, ceux qui considèrent les *nganga* comme des sorciers ; de bons sorciers qui luttent les mauvais sorciers. La consultation joue un rôle essentiel dans le processus thérapeutique. Elle sert à déterminer le type de mal dont souffre la victime et donc permet d'engager un genre de thérapie propre au mal identifié.

Georgina Michelle identifie au moins quatre éléments différents les uns des autres mais qui servent aux *nganga* dans la consultation. Il s'agit du miroir, de la cuvette d'eau, du Coran ou la Bible et du chapelet. Ces différents objets, pris dans leur particularité, sont des objets naturels d'usage presque quotidien à l'exception du Coran, de la Bible et du chapelet qui relèvent d'un registre purement religieux, mais dont la détention par les individus reste libre. Ici, ces différents objets sont chargés, en plus des symboles dont ils font l'objet, de force, de pouvoir de puissance de *transcendance* qui permet aux seuls *nganga* de lire les événements passés présents ou à venir. Ce qui suppose que l'action des *nganga* peut à la fois enrayer, guérir, contre-attaquer et même prévenir des attaques source de maladies.

On peut également voir dans les différents objets constitutifs de *pouvoir* ou de la *puissance* de divination ce concept *d'informel* dont nous faisons allusion plus haut. En effet, qu'il s'agisse de la Bible, du Coran du chapelet ou encore du miroir dans une moindre mesure, il se dégage que, le caractère *atypique* noté par De Villers est fortement attesté. Comment peut-on concevoir que le *nganga* qui est considéré par le christianisme comme étant la figure du diable, peut-il adjoindre à son arsenal de travail l'élément sensé le combattre dans sa profession, fut-il un élément sacré (la Bible) ? On peut encore se demander si par cet acte, le *nganga* n'est pas en train de reconnaître et de *légitimer* le fait que le *mal* constituant essentiel de ces pratiques et que, le seul moyen de les légitimer et donc de les

¹⁰¹ Georgina Michelle Nfono Assoumou, *Posture du magicien : Miracle et diabolisation de l'expérience de guérison à Libreville*, Mémoire de Maîtrise, UOB, Septembre 2005, p. 63.

*sanctifier*¹⁰² reste la Bible, le Coran ou le Chapelet. D'où leur besoin de mettre côte à côte ces deux éléments de tradition et d'idéologie complètement différent.

Cette logique a non seulement le mérite de montrer aux populations qui seraient tentées par le christianisme ou l'islam que les pratiques traditionnelles ne sont pas en désaccord avec les « nouvelles religions », mais plus encore de révéler, le caractère malléable de la tradition africaine et donc de *l'inculturation* dont elle est, et risque encore de l'être pour longtemps même si là n'est pas notre préoccupation majeure.

A ce niveau ce qui est remarquable, c'est la fait que les images auxquelles nous somme confrontés sont des images construites par la personne du *nganga* en vue à notre avis, de renforcer vis-à-vis des patients et donc des populations leur influence. C'est d'ailleurs ce que nous montrent les images suivantes prises au cours de notre enquête de Maîtrise¹⁰³.

¹⁰²

Procédé par lequel, dans les églises pentecôtiste, on rend pur tout objet, tout lieu considéré comme impur.

¹⁰³

Fabert Mensah Ngoma, *Les nganga et les conflits familiaux à Libreville*, Mémoire de Maîtrise, UOB, Septembre 2005.

Photo n° 1, pancarte publicitaire indiquant les maux qui sont guéris par le ngangà au quartier Sibang.

Cliché réalisé le 14 mai 2005 au quartier Sibang par Christian Mayissé. Ici, il ne s'agit plus de simple consultation, le *ngangà* cite nommément les maux ou maladies dont il détient les antidotes ou encore « le médicament » : « *Médicament contre le poison et les fusil nocturnes* ».

A travers les inscriptions marquées sur la pancarte, il ressort que le *poison* ainsi que le *fusil* sortent du cadre tout à fait naturel qu'on leur reconnaît. Ils sont doublés d'une *mystification* dont l'appréhension ne relève pas de la logique naturelle. Le poison, tout comme la fusil ont en commun la *nuit*, ce qui sous-entend que, contrairement au poison, substance nocive à l'organisme humain lorsqu'il est ingurgité et qui peut être neutralisé par n'importe quel médecin ou infirmière si on s'y prend à temps, le poison de la nuit est lui imparable, c'est la monde des esprits, des sorciers, c'est donc un univers exclusif où seul le *ngangà* y a accès. De même pour le fusil, qui se double dans le monde de la *nuit* d'une puissance plus importante que celle du jour d'où la nécessité pour les populations de voir du côté du *ngangà* seule voie de sortie.

Ici encore, on est bien en présence de cet *informel* qui semble s'exprimer à travers le *refus* de se soumettre aux *objectivités* occidentales incarnées par le fusil et la poison qui sont des réalités bien physique. Ils sont donc doublés de puissance, une puissance qui ne s'exprime que dans la *nuit* et que seuls les *initiés* peuvent vaincre. On voit que la *ngangà* à donc la faculté d'intervenir non seulement sur des maladies et des problèmes naturels, mais aussi la possibilité de saisir le monde surnaturel donc celui des esprits et autres génies.



Photo N° 2, pancarte comportant des recommandations à la prudence et à la nécessité de se protéger au quartier Beau séjour.

Cliché réalisé par Emmanuel Ekankang Effa au quartier Beau Séjour le 17 Avril 2005.

Nous sommes ici de l'intérieur du cabinet du tradipraticien. On peut voir dès l'entrée les inscriptions qui nous souhaitent la bienvenue et la bénédiction de Dieu. En suite, et sans transition, l'interpellation, l'injonction à la protection et la menace du danger imminent.

Cette *image* a le mérite de montrer avec exactitude les deux faits fondamentaux que nous voulons démontrer dans ce chapitre c'est-à-dire premièrement, la notion de *construction* de l'*image* par les *nganga*. *Image* qui, rappelons – le, n'est pas la seule image de la maladie, mais aussi celle de la *dangerosité* de son approche, de la complexité de la thérapie à appliquer et donc de son exclusivité et par voie de conséquence, l'*image* de la personne du *nganga*.

Le second fait est celui de l'*informalité* de l'*image* qui est nous l'avons dit plus haut est une compilation d'éléments qui n'appartiennent pas au même registre forcément. Ici Dieu va être associé au tradipraticien. Notons qu'il ne s'agit pas ici du Dieu créateur qui est identifié dans la quasi-totalité des sociétés sous différentes terminologies, mais du Dieu chrétien, celui de la Sainte Bible. Cette affirmation est justifiée par le fait que de manière plus

En gros, qu'il s'agisse du discours sur la maladie, sur ces causes, sur les moyens de se guérir ou encore sur les puissances tutélaires du *nganga*, le constat reste la même, c'est-à-dire un désir de contrôle exclusif de l' « événement maladie ». Le flou et même dans une certaine mesure, la psychose est volontairement entretenue dans le but semble t – il de mystifier ce événement et donc de mystifier le *nganga*. On peut remarquer que les mises en garde ne sont pas fortuites comme on pourrait le penser, en même temps qu'elles semblent prévenir les individus de l'imminence des « dangers », elles invitent également de manière implicite ces mêmes individus à se rendre auprès d'eux pour se prémunir de ces « dangers ».

En fait, les *nganga* deviennent de ce fait le seul rempart contre les méfaits non pas du sorcier exclusivement, mais des autres forces en présence dans l'univers invisible c'est-à-dire les sorciers, les ancêtres, les génies et même de Dieu. Ceci nous amène en plein dans le caractère que nous qualifions, à la suite de De Villers, *d'informel*. Mais comment les populations réagissent – elles face à ces images proposées par le *nganga* puisque en effet, c'est vers elles qu'elles sont destinées ?

B - Images « conçues »

Le présent point se propose, à la suite du précédent, de relever les *images* produites par le *nganga*, de lui-même, de la maladie et ce qui l'accompagne qui se constituent en cliché dans la conscience des populations qu'elles soient urbaines ou rurales. L'idée est que, le discours sur l' « événement maladie » trouve auprès des populations une adhésion de sorte que même en ville, dès l'apparition de la maladie, l'une des premières actions dans le recours étiologique reste dans la plupart des cas celle du *nganga*.

En effet, il ressort de la quasi-totalité de nos informateurs que, une fois il y a émergence de la maladie, deux recours sont privilégiés. Ils sont, semble t – il, fonction de l'environnement de résidence à savoir le village ou la ville, mais dans tous les cas cette hypothèse reste très faible au vu de la suite qu'ils donnent aux événements. Ainsi aurait – on, pour le cas des zones rurales, un recours étiologique qui s'appui essentiellement sur la personne du *nganga* c'est-à-dire celui de la tradition, alors qu'en milieu le premier recours étiologique est celui du médecin dans celui de biomédecine.

Toutefois, il est avéré que même en milieu urbain, le cas de Libreville, nombreux sont ceux qui, plutôt que de choisir le modèle de la biomédecine en premier recours, privilégie la médecine traditionnelle remettant ainsi en cause l'hypothèse du milieu de vie. Si on peut soupçonner cette catégorie d'individus d'être de nouveaux arrivants en ville, on serait bien déçu de constater à travers leur profession et leur niveau social et même intellectuel et donc de leur niveau d'insertion, qu'il ne s'agit pas ici de simples arrivants mais de véritables citoyens, du moins dans la logique gabonaise. En interrogeant quelques uns d'entre eux sur les définitions qu'ils pouvaient donner au *nganga*, voici ce qu'ils ont répondu :

(...) Il existe à mon sens, deux sorte de nganga : celui qui consulte et celui qui soigne. Dans une famille, le nganga doit servir à beaucoup de choses. Ainsi, le nganga doit sauver, guérir les gens de la famille, puisqu'il voit des choses qui vont arriver et qu'il a aussi la possibilité de soigner les malades de la famille. Donc, son rôle dans la famille c'est de veiller au bon fonctionnement de cette famille et surtout à la bonne santé physique comme spirituelle des différents membres qui la composent (...).

Récit 5 en français de Mr Gilbert Midoko¹⁰⁵ sur la définition des nganga¹⁰⁶.

(...) Je crois que Dieu a laissé les herbes, les arbres et les êtres humains. C'est comme si l'on peut dire que l'homme blanc a créé les hôpitaux et les cliniques. Nous ne dirons pas que l'appellation nganga est mauvaise, car cela veut aussi dire docteur puisqu'il accomplit ce que le médecin blanc fait, à la seule différence qu'il utilise des produits naturels. Le nganga ainsi que le docteur sont tous deux appelés à sauver la vie des êtres humains. Mais, malheureusement, on ne peut pas lever l'équivoque, car nous sommes noirs et nous connaissons les nganga chez nous, ce qu'ils sont capables de faire (...).

Récit 6 en français de Mr Georges Obame Edang¹⁰⁷ sur la définition des nganga¹⁰⁸.

Ce qui m'avait amené à consulter le nganga, c'était la situation de la vie, parce qu'au départ, les études allaient très bien, mais il est arrivé que tout n'allait plus, je pense que c'est l'une des raisons qui a fait que je puisse même écourter mes études, c'est donc comme cela que je suis allé de ce côté. Mais en fin de compte, je n'ai pas eu de solution et j'ai donc pensé qu'il fallait que je m'engage sérieusement en Christ et puis, c'est ce que je fais actuellement.

Récit 7 en français de Bawengui Yvon¹⁰⁹ sur ses rapports avec les nganga¹¹⁰.

105 Gilbert Midoko, chef de quartier Ozangué, 63 ans, ethnie Nzébi, clan Maghamba, village Ndongo district de Pana.
106 Entretien réalisé le 03 janvier 2005 à 10h chez le chef de quartier Beauséjour Bisségué.
107 Georges Obame Edang, chef de quartier Adzebe Sibang, 69 ans, ethnie Fang, clan Oyek, village, Afane Mendome.
108 Entretien réalisé le lundi 27 décembre 2004 à 10h chez le chef de quartier Adzebe Sibang.
109 Bawengui, 34 ans, Instituteur stagiaire, Nzébi, Moande
110 Entretien réalisé le samedi 4 février 2005 au quartier Charbonnage.

De ces quelques récits, il ressort du point de vue des personnes interrogées que les *nganga* occupent une place importante dans la conception du monde des populations en ce qui concerne précisément l'aspect médical. Il y a comme une « reconnaissance » par les individus interrogés, du caractère plus ou moins complexe de leur fonction et de leur efficacité *putative* dans l'exercice de leurs pratiques notamment. On y voit également le caractère subtil de l'abandon de ces populations de l' « évènement maladie » au *nganga*. Nous pensons que le discours des *nganga* n'est pas étranger à ces attitudes. Ces dernières sont d'ailleurs devenues spontanées dans la mesure où comme nous l'avons signalé plus haut, dès l'apparition d'une maladie, on se réfère en premier ou en second recours, selon les cas au *nganga* et cela est attesté dans les discours qui vont suivre.

(...) Quelqu'un est malade, on est allé à l'hôpital, on n'a pu trouver de solution, on vient, on consulte le nganga, ce dernier consulte, il regarde ce qui ne va pas, est-ce des divinités qui sont à l'origine, est-ce la sorcellerie etc. Et lui, il vient, et il trouve la solution. Si ce sont des divinités, des esprits des morts, il suffit qu'il fasse je ne sais pas, un bain ou une invocation d'esprits qui viennent et parlent dans le cadre de la transe pour donner des instructions sur la maladie c'est-à-dire comment la traiter et lui c'est-à-dire le nganga va donc suivre les instructions qui vont sauver les patients (...).

Récit 8 en français de Jean Fidèle Mbouala¹¹¹ sur la maladie¹¹²

« (...) J'ai vécu la chose pratiquement 7 ans. C'est à partir de la cinquième et la sixième que ça pris vraiment de l'ampleur. Ça commencé quand j'avais beaucoup de copines au secondaire. Au début, ça ne me disait rien parce que je trouvais que j'avais du succès auprès des filles. Bizarrement, quand j'arrive en première, terminale, j'abordais les filles elles m'insultaient. Cela se répétait. Je me suis dit : « qu'est-ce qui se passe ? ». Je me suis dit que ce n'était rien. Je ne savais pas que c'était ces choses là. Un certain moment, C'était difficile pour moi d'aborder une fille. Mes frères et cousins se moquaient de moi. Tous, ils avaient des enfants, mais je n'en faisais pas. C'est en terminale que ça véritablement pris de l'ampleur. Au niveau de l'école, ça ne marchait plus. Pour gagner l'examen, c'était un problème. J'ai fait le Bac trois fois. Je suis allé par-ci par-là, pour me faire soigner chez les nganga. A la maison, j'avais remarqué que, quand je dormais, je sentais quelqu'un qui me touchait sur tout le corps.

111

Jean Fidèle Mbouala, 64 ans ethnique, Masango, clan Sima, village Imenou Nzinga par Mbigou, Agent de Delmas en retraite.

112

Entretien réalisé le lundi 03 janvier 2005 à 12h chez le Chef de quartier Ozangué II.

*Je faisais des rêves où j'avais des rapports sexuels avec une femme. Je me réveillais en sursaut. Je me suis dit une fois encore que ce n'était rien ça devait passer (...)*¹¹³.

Récit 9 en français de R.¹¹⁴ (homme) sur les symptômes du phénomène des « maris et femmes de nuit ».

*« Il m'arrivait dans la nuit en dormant de sentir la présence d'une femme. Dans mes rêves, je la voyais se déshabiller et se diriger vers moi pour avoir des rapports sexuels avec moi. A mon réveil, je voyais mon sperme sur le lit. Je ne savais pas ce que ça signifiait. Je me disais que ce n'était qu'un rêve, d'ici là, ça devait partir de ma tête. Mais, le contraire était arrivé. Le même rêve revenait tous les soirs. Je ne voyais pas le visage de la personne, mais je sentais que ce n'était pas la même personne. J'ai commencé à prendre peur. J'avais remarqué que dans ma vie de tous les jours ça n'allait pas. Je tombais malade à chaque instant. Je faisais des fièvres ; j'avais des maux de tête qui ne finissaient pas. La journée, j'avais des problèmes pour avoir un contact avec le sexe opposé. Je me masturbais tous les jours. C'était tous les jours. A chaque fois que je sentais la présence de cette femme qui me touchait. C'était comme-ci, j'avais des rapports avec une vraie femme dans la vie réelle. J'avais remarqué qu'à chaque fois que j'allais avec ma femme, mon sexe ne fonctionnait plus. La première fois, je me suis dit que la fille avait un problème. Mais deux à trois fois, la même chose s'est passée. Mais, par contre, quand je rêvais de cette femme mon appareil fonctionnait normalement. **Désespéré, j'ai commencé à aller chez un nganga. Ce dernier m'a dit que j'avais un esprit qui m'embêtait. Il m'a demandé d'apporter certains objets pour qu'il me fasse la purification du corps et chasse cet esprit. Le traitement a fait deux mois, ça n'allait toujours pas. J'avais souvent ce même rêve qui revenait. J'ai dû changer de nganga, par le conseil d'un de mes amis. En gros, j'ai vu plus de quatre nganga, le résultat était le même. C'est ainsi que je suis resté pendant des mois sans vouloir faire quelque chose. J'étais fatigué. (...)** »*

Récit 10 en français de F.¹¹⁵ (homme) sur les symptômes du phénomène des « maris et femmes de nuit ».

*« (...) Un bon matin, quand je vais au boulot, le chef du personnel m'annonce que je suis licencié. J'ai demandé des explications, il n'a pas pu me les donner. Je suis resté à la maison. Je ne sortais plus pendant trois jours. Tout n'allait plus chez moi. J'étais fatigué de faire des efforts, de combattre. Mon problème de sexualité qui ne s'arrangeait pas. Par le conseil d'un de mes frères, **je suis allé chez un tradipraticien. Je lui ai raconté ce qui n'allait pas. Il m'a consulté. Il a trouvé que j'avais un esprit qui me persécutait. Il m'a fait plusieurs bains et des***

113 Georgina Nkolo Ebongogno Ndenga, *Stérilité et sexualité interdite* : cas des « maris et femmes » de nuit à Libreville, Mémoire de Maîtrise, U O B, Septembre 2006.

114 R., 36 ans, du clan Yengwin, du village Bikondum, chômeur, célibataire et 3 enfants ; récit collecté le 20 janvier 2006 à 17h à Schékina.

115 F., 32 ans, du clan Barambu, du village Mukame, exorciste à Schékina, célibataire et sans enfant; récit collecté le 29 janvier 2006 à 10h à Schékina.

écorces qu'il fallait se frotter tout le corps. Ça allait pendant deux semaines. La troisième semaine ça recommencé. J'ai laissé tomber et je ne suis plus reparti chez ce ngangas (...). »

Récit 11 en français de G. M.¹¹⁶ (homme) sur les symptômes du phénomène des « maris et femmes de nuit ».

(...)Au sujet des maladies, je peux dire que le ngangas m'a soigné des maladies, seulement, le terme maladie est celui des blancs qu'on trouve à l'hôpital, cela peut être le palu. Bien je vous explique encore, j'ai eu des coups bas dans ma vie, je suis allé jusqu'en prison étant jeune encore et j'avais la main leste au niveau de mes parents c'est-à-dire je ne voyais pas quelque chose traîner. Ce qu'il faut savoir, c'est qu'il ne faut pas que lorsque vous suivez un traitement chez un ngangas, que vous vous attendiez à du concret, l'effet est là mais de manière lente et vous êtes guéri. De nombreux parents ne donnaient plus cher de ma peau, mais aujourd'hui c'est moi qui leur donne de l'argent, ils viennent me voir pour des services et je le leur rends, c'est pour moi une manière de les insulter. Tout cela pour dire que les protections des ngangas faites contre toutes les attaques fonctionnent véritablement (...).

Récit en français de Bruno Ebang Wedzo sur la maladie

(...)Vous êtes malade, tout le corps vous fait mal, la tête également, le ventre aussi, la première chose à faire c'est de se rendre tout de suite à l'hôpital. Une fois à l'hôpital, on vous prescrit une ordonnance pour les médicaments indispensables à votre guérison. Mais en suivant le traitement donné par le médecin, vous ne trouvez pas la guérison. Après l'ordonnance vous passez immédiatement aux examens, lorsqu'il s'agit de prendre les résultats, le médecin vous informe que vous n'êtes pas malade or vous-même vous savez que vous êtes malade puisque vous ne vous sentez pas bien. C'est donc l'une des raisons pour lesquelles moi j'utilise « le bain de vapeur » parce qu'il y a les mauvais esprits. C'est parfois quelqu'un qui est mort qui revient par son esprit habiter en vous pour vous nuire, ou bien c'est un de vos parents, votre père votre mère ou bien même votre propre frère. Donc, ce bain de vapeur a pour objet d'enlever les mauvais esprits (...).

Récit 12 en français de Ndong née Minkoue Mi Ndong Rose sur la maladie.

L'ensemble de ces récits nous renseigne sur les conceptions fortement *intériorisées* par les populations en ce qui concerne l'univers de la maladie. En regardant de plus près ces récits, on est tenté de se demander qu'est-ce qui pousse les individus, surtout ceux résidant en ville, à inclure dans leur itinéraire thérapeutique, la visite chez le ngangas. Surtout que les rangs sociaux ou le niveau intellectuels, rendent bien compte qu'il s'agit des personnes instruites et souvent socialement aisées. Nous pensons que la réponse ou du moins, une partie de la réponse trouve non seulement dans le discours populaire, mais aussi dans le discours des

116

G.M., 36ans, Sango, du clan Kombé, du village Inoumenila, chômeur, célibataire et 2 enfants ; récit collecté le 31 janvier 2006 à 17h à Schékina.

nganga. En effet, comme nous l'avions vu avec Bourdieu, *l'habitus* joue un rôle essentiel dans la manifestation de certaines attitudes. L'univers thérapeutique n'échappe pas à cette logique.

Définie comme « *un ensemble de dispositions durables dans lequel sont intégrées les expériences passées, susceptibles ainsi d'être rectifié, ou comme une matrice de perceptions, de jugements et d'actions (...)* »¹¹⁷, l'éducation, quelles soit *formelle* (structuré en mettant l'accent sur les procédures explicites) ou *informelle* (structuré en mettant l'accent sur les procédures implicites d'inculcation de l'arbitraire culturel) participe dans ce cas de figure, à promouvoir *l'image* non seulement du *nganga* mais aussi de la maladie et partant, du processus thérapeutique qui, notons le, est sont intégrés explicitement ou implicitement dans les processus d'éducatons.

On comprend dès lors qu'au-delà de construction de *l'image* que font les *nganga*, il y a comme une participation passive des populations par rapport à cette construction dans la mesure où celles-ci *agrément* en intériorisant les *images* proposées par ces *nganga*, mais aussi par le cercle familial qui de son côté *relaie* ces *images* dans le processus d'éducation. De sorte que lorsque apparaît la maladie, on va puiser dans l'ensemble d'informations emmagasiné dans le *potentiel éducatif* le registre qui correspond à l'évènement auquel nous sommes confronté d'où la notion d'images conçues comme acceptation de l'évidence des faits. Il ne faut pas perdre de vue que la maladie, pour ce qui est des populations d'Afrique centrale, n'est pas envisagée comme c'est le cas en biomédecine. Même s'il est attesté que l'individu souffrant est bien atteint d'une infection quelconque comme nous le dit Mbeti : « *même si le malade sait qu'il a du paludisme parce qu'un moustique porteur de malaria l'aurait piqué, il voudra quand même savoir pourquoi c'est lui que le moustique a piqué et non pas un autre* »¹¹⁸. Cette attitude affirme par-dessus tout que nul ne tombe malade par hasard, d'où l'intérêt de chercher les causes secondes ou profondes de l'infortune.

¹¹⁷ Pierre Bourdieu, *Esquisse d'une théorie de la pratique*, Genève, Droz, 1972.

¹¹⁸ John Mbeti, *Religions et philosophies africaines*, Edition Clé, Yaoundé, 1972.

Cette idée de *négation du hasard*¹¹⁹ est bien reprise par son auteur lorsqu'il envisage les maladies mentales et les thérapies en Afrique noire. Il déclare que : « *les sociétés africaines traditionnelles savent parfaitement que, par exemple, l'absorption de certains aliments peut s'avérer nocive pour l'organisme, mais elles estiment que cette causalité est doublée d'une origine plus décisive de la maladie et qui mérite donc une explication. Le souci de cette pensée correspond à un besoin de rendre à tout prix le monde signifiant (...)* »¹²⁰. Ainsi, cette *négation du hasard* est davantage entretenue par l'imaginaire populaire qui est lui-même constitutif de l'éducation et donc de la culture ou de la tradition où éducateurs et éduqués sont partie prenante de sa « pérennisation ».

¹¹⁹ Expression empruntée à Laplantine qui exprime le désir profond des populations dites traditionnelles de donner à tout prix sens à tout.

¹²⁰ François Laplantine, *Maladies mentales et thérapies traditionnelles en Afrique Noire*, Edition Jean Pierre Delarge, Paris, 1976.

Chapitre IV : Nganga et Pasteurs charismatiques : mêmes schèmes de fonctionnement ?

Dans cette partie du travail, les mémoires de maîtrise de Georgina Michelle Nfono Assoumou¹²¹ soutenu en Septembre 2005 et celui de Georgina Nkolo Ebongogno Ndenga¹²² soutenu en Octobre 2006 nous seront d'une grande utilité d'autant plus que dans l'une des parties de son travail pour la première, aborde déjà la question et la seconde traite du phénomène de « mari de nuit ». En effet, comme nous le soulignons plus haut, le pasteur ou prophète charismatique et pentecôtiste tout comme le *nganga* semblent tous deux fonctionner sous les mêmes *logiques*. Nous voulons dans ce chapitre mettre en perspectives les discours ainsi que les pratiques que chacun pour sa part met en œuvre pour aborder la maladie, la guérir et éventuellement la prévenir.

Cette démarche nous conduira donc à faire des incursions dans l'un et l'autre univers que l'on dit pourtant opposés. En d'autres termes, nous examinerons les discours issus du christianisme considéré comme étant l'axe positif, donc l'« axe du bien » pour emprunter les propos du président américain, et les discours sur tradition qui, quant à elle constitue le monde du *mal*, du *paganisme*. Notons que ces conceptions populaires sont non seulement le produit de la colonisation, mais aussi celui du mouvement pentecôtiste et charismatique qui n'a de cesse de connaître un essor suffisamment soutenue pour se considérer aujourd'hui comme étant la « seule voie possible de sortie des peuples opprimés et partant de l'Afrique toute entière ».

Comme nous le constatons dans l'entame de notre travail et contrairement au discours *idyllique* du monde pentecôtiste, on se rend compte que le monde traditionnel par le biais de la médecine traditionnelle connaît et connaîtra pour longtemps encore un éclosion de la part des populations quelles soient rurales ou urbaine. Les mécanismes à l'œuvre dans ce processus sont, comme nous soulignons ailleurs, en rapport avec les images ou mieux, *l'image composite* constituée par les conceptions de la maladie, de ses causes immédiates ou

¹²¹ Georgina Michelle Nfono Assoumou, *Posture du magicien : Miracle et diabolisation de l'expérience de guérison à Libreville*, Mémoire de Maîtrise, UOB, Septembre 2005.

¹²² Georgina Nkolo Ebongogno Ndenga, *Stérilité et sexualité interdite : cas des « maris et femmes » de nuit à Libreville*, Mémoire de Maîtrise, UOB, Septembre 2006.

lointaines et naturellement les moyens d'en guérir et de s'en préserver. Cet ensemble d'images, il faut le rappeler, sont d'une *violence* extrême dans la mesure où ils ressemblent dans un même univers un monde dit physique et un autre dit invisible peuplé d'entités magico- religieuses susceptibles de perturber l'équilibre et l'intégrité physique de l'individu et partant du groupe social dans son ensemble d'où le fait que sa gestion est abandonnée ou du moins, est l'apanage d'un personnage particulier : le *nganga*.

Nous voulons donc ici examiner de manière analogique les deux environnements pour déterminer si unicité il y a entre ces deux individus c'est s'il est attesté que ces deux personnages (*nganga* et pasteur) ne font finalement qu'un à travers notamment les discours et les pratiques, ou si, au contraire ces derniers sont fondamentalement distincts l'un de l'autre. Pour ce faire, nous examinerons particulièrement les récits en rapport avec l'approche de la maladie ou alors de l'infortune chez le *nganga* mais également chez le pasteur ou chez le prophète entendu pentecôtiste. Il s'agira donc de voir les discours sur la *divination* encore appelée *consultation* (dans le cas du Gabon) dans un premier temps pour ce qui est des *nganga*, nous verrons *l'entretien spirituel* ensuite pour ce qui est des hommes d'église.

A – Divination

Avant de nous livrer à cet exercice, il est important de rappeler à quoi renvoient les notions de divination d'entretien. La divination, nous dit le *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*¹²³, est à la fois un système d'interprétation culturelle codifié des événements passés, présents et futurs, et l'ensemble des moyens mis en œuvre par les devins : on parlera de « techniques » ou de « pratiques » divinatoires et d'« institutions ». Les techniques divinatoires permettent de révéler des événements jusqu'à-là non appréhendés. Les interprétations sont souvent associées à des prescriptions (notamment l'effectuation des sacrifices), par exemple lorsque l'évènement est perçu comme un problème à résoudre, une transgression, une infortune. Lorsqu'elle diagnostique les causes de malheur ou de maladie ; la divination est par là même liée aux institutions thérapeutiques. En gros, la consultation peut donc être envisagé sur une diversité de plans notamment en ce qui concerne les conflits entre village, entre individus, au sein des familles, elle peut aussi être convoquée pour la pêche, la

¹²³

Pierre Bonte & Michel Izard, *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*, Paris, Puf, 2000, pp. 780-781.

chasse ou l'agriculture pour savoir si ces activités seront productives ou non ou alors pourquoi n'ont – elles pas été productives, etc. mais ce qui nous intéresse dans ce chapitre, c'est son rapport à l'évènement maladie. Autrement dit, comment ensemble, les *nganga* et les populations à travers la consultation entrevoient ils la maladie. Les récits qui suivent nous donnent en quelque sorte comment le *nganga* envisage t – il la maladie via la consultation.

A l'exception de quand mon petit frère qui était malade, je ne fréquente pas les nganga, cette maladie de mon petit frère nous a conduit à consulter une dame nganga qui nous a dit la vérité sur la maladie de l'enfant, mais pour soigner, elle ne le savait pas, mais elle a tout de même conseillé mon petit frère de repartir au village pour voir notre père et la famille afin qu'ils fassent une réunion pour que tu sois soigné. Mais lui, ne l'avait pas voulu, il a préféré repartir à Makokou pour continuer ses études. Mais quand il est parti, il ne voyait plus rien au tableau lorsque le maître écrivait, il voyait noir, ce qui lui a obligé de revenir au village. Donc notre tante, la grande sœur de notre mère est venue faire pression à notre père en l'insultant, c'est donc à partir de là que la réunion fut organisé pour que l'on soigne l'enfant qui est en ce moment bien portant. La famille n'est pas restée déchirée malgré les injures de la grande sœur de notre mère.

Récit 13 de Solange Mamadia¹²⁴ sur la consultation des nganga¹²⁵

J'ai déjà rencontré des nganga, mais c'était pour accompagner un de mes amis. Cette expérience fut enrichissante puisque la personne a trouvé satisfaction. La consultation du nganga m'a impressionné, puisque selon mon ami, tout ce qu'il nos disait était vrai. Seulement, les conséquences étaient très néfastes au sein de la famille de cet ami. Il y a donc eu une réunion de famille pour en parler, puisque certaines choses avaient été mises à jour par ce nganga. Il faut dire qu'après cette réunion de famille, cette famille a décidé de retourner voir ce nganga, puisque les problèmes de cet ami dont je vous ai parlé plus haut proviennent des membres de sa propre famille. Alors, vous pouvez imaginer la suite.

Récit 14 en français de Valery Nguéma Etoughé¹²⁶ sur la consultation des nganga¹²⁷

Les problèmes auxquels les nganga apportent ou pourraient apporter de solutions sont entre autres les maladies, les mauvais sorts, les blocages et même la mise à nu des malfaiteurs de famille. Le nganga, en dehors du fait qu'il peut proposer des soins, débloquent des situations, il peut même aller plus loin en montrant celui qui est la source ou le

124 Solange MAMADIA, 38 ans, niveau 3^e, commerçante, mariée, 4 enfants à sa charge, ethnie Sake, Mizambe, quartier IAI.

125 Entretien réalisé le 10 octobre 2005 au quartier IAI

126 Valery Nguéma Etoughé, 38ans, Agent de sécurité, Fang, Yengwun, Anvam.

127 Entretien réalisé le 27 Janvier 2005 au quartier Derrière la Prison.

responsable des problèmes constatés dans les familles. Vous savez, le nganga, c'est une deuxième force que beaucoup de personnes recherchent. Sur le plan médical, c'est bien. Mais, on constate que les gens en général consultent le nganga pour améliorer les conditions sociales, leurs situations matérielles. Voilà pourquoi, plusieurs personnes consultent aujourd'hui les nganga. A mon avis, il faut rester attaché aux recommandations de nos ancêtres.

Récit 15 de François Ndong¹²⁸ en français sur les pratiques du nganga¹²⁹

De ces quelques entretiens, on peut, au-delà du fait qu'il s'agisse d'expérience de consultation de *nganga* par les populations, relever que le *sens* donner à la maladie trouve toujours son origine dans un ailleurs où, le souffrant c'est-à-dire le malade est totalement extérieur. Cet *ailleurs* est généralement un sorcier membre de la famille si ce n'est pas l'ancêtre, le génie qui, par l'infortune sanctionne une mauvaise conduite de l'individu ou du groupe dans son ensemble. Il semble toutefois que pour le cas de la ville, le sorcier n'est plus ce parent immédiat ou lointain, mais tout personne ordinaire qui désire connaître une ascension sociale, une prospérité dans ses affaires. Le critère de parenté semble ne plus être du moins en ville, la condition *sine qua non* pour que soit perpétré des actes de sorcellerie.

Le hasard n'a donc pas de place dans l'étiologie des *nganga*, il faut à tout prix, non pas seulement donner sens à l'infortune, mais lui trouver également un *bouc-émissaire* qui (même si nous le signalions plus haut, est désormais en dehors de la famille), dans la plupart des cas est membre de la famille. Ce *diagnostic* rendu par le *nganga* est d'autant plus vrai que, dans l'imaginaire des populations, il apparaît comme étant le garant de la vérité. Cet état de fait est vérifiable par le fait que, de manière conscient ou non, ces trois informateurs, à un moment de leur discours manifestent leur adhésion à non seulement ses pratiques, mais également son discours :

- « (...) les *nganga* apportent ou pourraient apporter de solutions sont entre autres les maladies, les mauvais sorts, les blocages et même la mise à nu des malfaiteurs de famille(...) » ;

- « (...) cette maladie de mon petit frère nous a conduit à consulter une dame *nganga* qui nous a dit la vérité sur la maladie de l'enfant, mais pour soigner, elle ne le savait pas, mais elle a tout de même conseillé mon petit

¹²⁸

François Ndong, 40 ans, Magasinier, Fang, Efak, Adzap par Bitam.

¹²⁹

Entretien réalisé le 3 avril 2005 au quartier Sibang.

frère de repartir au village pour voir notre père et la famille afin qu'ils fassent une réunion pour que tu sois soigné (...) ;

- « (...) *il peut même aller plus loin en montrant celui qui est la source ou le responsable des problèmes constatés dans les familles (...)* ».

Qu'il s'agisse de la « *la mise à nu des malfaiteurs de familles* », du « *nganga qui nous a di la vérité sur la maladie de l'enfant* » ou de celui qui va plus loin « *en montrant celui qui est la source ou le responsable des problèmes de familles* », le recoupement reste sans équivoque : une adhésion inconditionnelle aux schèmes proposés par la *nganga*. Le discours du *nganga* est de ce fait « *digne de foi* » y compris ses pratiques constituées, bien entendu, de la consultation, des autres rituels qui l'accompagnent ainsi que des recommandations qui sont toujours donner aux familles ou aux individus dans ce genre de situation. Signalons que cette adhésion des populations urbaines au discours et aux pratiques des *nganga* n'est pas l'apanage d'une seule ethno-culture. On note que dans leur quasi-totalité et leur diversité, nos informateurs partagent largement cette logique. Nous pensons que cette attitude est consécutive aux différentes *images* que nous avons abordé au premier chapitre c'est-à-dire les *images construites* et les *images conçues*.

De Rosny note, pour souligner le « *prestige* » des *nganga* qui tient plus au pouvoir social qu'à un savoir, *ce savoir transmis fait d'eux des hommes et des femmes différents des autres, indispensable particularisme qui seul peut donner l'autorité voulue pour désigner les sorciers responsables, apaiser les ancêtres et tenter de résoudre des conflits familiaux*. Il ajoute par ailleurs que *ces grands traitements* (rituels et recommandations) *qui mettent en branle un micro-univers demeurent exceptionnels et ne se pratiquent pas dans toutes les régions sous une forme complète. Seuls les nganga qui tiennent le sommet de la hiérarchie les entreprennent*¹³⁰. Il y a finalement note De Rosny, comme un « *cercle fermé* » de *la maladie et de la guérison* comme nous le soulignons précédemment.

Les *nganga*, poursuit De Rosny, *pour peu qu'ils sont détenteurs du plus petit pouvoir de guérir, comme en possède une grand-mère pour soigner l'eczéma des enfants, est conçu sur le modèle réduit de celui des grand nganga, avec toujours une dose proportionnée de*

¹³⁰

Eric de Rosny, *L'Afrique des guérisons*, Paris Karthala, 1992, p.33.

*mystère et de soupçons (...)*¹³¹. Cette logique est, à notre avis, l'une des causes ultimes de leur succès en ville. De plus, de par leur capacité intégrative et l'inscription des causes et des remèdes dans un registre culturel reconnu des individus, cela accorde davantage aux *nganga* une certaine crédibilité. Seulement, cette approche leur est, dans certains cas, très fatale dans la mesure où les référents culturels des patients ne cadrent pas nécessairement avec ce genre d'approche, d'où finalement, l'inefficacité de certains de leur multiple remèdes. C'est d'ailleurs pourquoi, semble-t-il De Rosny fait remarquer que : « *les nganga ne semblent pas rendre compte de cette délimitation inhérent à leur pouvoir, parce que la notion de culture et de particularité leur est étrangère. Eux aussi, allusion faite la biomédecine, soignent comme s'il n'y avait au monde qu'un seul système d'explication médicale, le leur* »¹³². Cette tendance à l'exclusivité, nous la verrons également quand nous aurons à examiner les pratiques en proie dans les églises pentecôtistes et charismatiques dont les principaux représentants sont les pasteurs et les prophètes.

En gros, nous retenons de ces différents récits que la consultation ou la divination, est le point de départ de toute itinéraire thérapeutique sans laquelle aucune action purement curative ou préventive ne peut être envisagée. Nous retenons aussi que l'irruption d'une maladie, d'une infortune ou d'une perturbation sociale n'est jamais du point de vue de *nganga* et donc de l'ordre traditionnel, le fait d'un hasard, mais plutôt d'une intentionnalité subtile et qui mérite d'être découverte et neutralisée. Cette intentionnalité est le fait d'une entité qui peut soit être humaine donc un membre de la famille, ou, comme cela semble être désormais le cas, un individu quelconque pour qui, la réussite sociale passerait nécessairement par la *nuisance* des autres ou encore au contraire, le fait d'entités incarnées par les ancêtres, les génies ou même Dieu dans certains cas.

Nous retenons également que le succès de l'approche des *nganga* en ville notamment tient du fait que les « convocations culturelles » à auxquelles font référence les *nganga* dans leurs pratique semble seoir dans la plupart du temps avec les attentes des patients c'est d'ailleurs pourquoi, nous dit De Rosny, *ce langage n'est pas sans conséquence. Les délires de persécution seront plus nombreux que les crises de culpabilité, à cause du penchant culturel des malades à se croire victimes*¹³³. Nous retenons aussi que les causes de l'infortune ne sont

131 *Ibid.*
132 *Ibid.* p. 34.
133 *Ibid.* p. 35.

que très rarement sinon jamais le fait du patient, elles se trouvent toujours à l'extérieur de ce dernier. Il y a par ailleurs, la référence à un monde peuplé d'entités magico-religieuses (sorcellerie, génies ancêtre, Dieu, etc.) si le parent, le collègue ou le voisin immédiat ne sont pas nommément désignés dans leur démarche thérapeutique qui, à notre avis, vise un but bien précis : le contrôle de ce que nous avons appelé l' « évènement maladie » autrement dit, il y a comme un cercle fermé de la *maladie* et la *guérison* chez les *nganga*. Ceci qui n'est pas sans conséquence dans les comportements des individus notamment en ce qui concerne *l'image* qu'ils se font de ces derniers.

On retient enfin dans tous les cas, qu'il s'agisse de l'étiologie, c'est-à-dire la recherche des causes de l'infortune à travers notamment la consultation ou de divination ou qu'il s'agisse de l'action purement thérapeutique, les *nganga* constituent de véritables agents ou mieux, de véritables *catalyseurs* du phénomène d'individualisation constaté dans les villes africaines notamment. En effet, le discours et les pratiques ne font qu'exaspérer les frustrations déjà anciennes que comportent les logiques traditionnelles. De là, naissent ou s'amplifie des comportements nouveaux : individualisme, déparantélisation, déculturation ou inculturation volontaire, etc. Mais qu'en est-il de l'approche de la maladie dans le monde charismatique et pentecôtiste ?

B – Entretiens « Spirituels »

Nombre d'observateurs à l'instar de De Rosny voient dans le succès et la prospérité des églises dites de réveil et donc des prophètes-guérisseurs en Afrique en matière de guérisons divine notamment par la conjugaison de deux évènements : *le pouvoir désormais limité des nganga et l'incapacité du système hospitalier à fournir une thérapeutique globale de rechange*. Or, pour ce qui est du cas précis des villes africaines, nous pensons que le tableau n'est pas aussi simple que nous le dépeint De Rosny¹³⁴. On peut d'ailleurs y lire une contradiction formelle. En effet comment peut-on répondre aux attentes de la ville expression du modernisme, du capitalisme en gros, de la mondialisation, aux moyens des logiques purement « archaïques » et contraires à la « rationalité », c'est-à-dire par la croyance ? Il semble que les structures sanitaires modernes devraient pouvoir répondre aux attentes des populations urbaines en leur fournissant des cadres propices d'explication de l' « évènement

¹³⁴

Eric de Rosny, *L'Afrique des guérisons*, Paris Karthala, 1992, p. 38.

maladie ». Cependant, la maladie envisagée sur le plan purement organique ne satisfait pas le patient car, nous l'avons souligné plus haut avec Laplantine : « *les sociétés africaines traditionnelles savent parfaitement que, par exemple, l'absorption de certains aliments peut s'avérer nocive pour l'organisme, mais elles estiment que cette causalité est doublée d'une origine plus décisive de la maladie et qui mérite donc une explication. Le souci de cette pensée correspond à un besoin de rendre à tout prix le monde signifiant (...)* ». Or, le *signifiant* ici n'est pas le microbe ou la bactérie responsable du *malaise* du patient, mais une entité plus subtile qu'il convient de découvrir avant que toute action thérapeutique.

Ainsi parler de *succès* des prophètes-guérisseur en milieu urbain, nous semble être une « remise en cause » des logiques en usage en matière de thérapeutique en ville. Cet *échec*, partiel soit-il est donc celui de la modernité, celui de la rationalité à l'occidentale incarné par la biomédecine. *A contrario*, le succès des prophètes-guérisseur nous paraît inhérent aux logiques intérieurement enfoui dans la conscience collective des individus par le bais de *l'habitus*. Ainsi, *l'image* reconnue par les populations à l' « événement maladie » et à celui qui semble le maîtriser c'est-à-dire le *nganga* est, nous semble-t-il transposée sur le pasteur ou prophète-guérisseur.

Il est évident que de nombreux travaux à l'instar de ceux de Joseph Tonda vont plus loin que nous dans les analyses de ces phénomènes qui mettent en scène les pratiques thérapeutiques traditionnelles et celle qui relèvent d'un autre ordre, c'est-à-dire l'ordre divin où le pentecôtisme est la principale tendance (lire à ce propos La guérison divine en Afrique centrale et le souverain moderne : le corps du pouvoir en Afrique centrale (Congo, Gabon).

Rappelons que notre intérêt ici est de mettre en évidence le fait que, tout comme le *nganga*, le pasteur ou le prophète-guérisseur utilisent les mêmes schèmes de pensées pour donner *sens* aux malheurs des individus, les vaincre et en définitive les prévenir. Cette mise en évidence des faits passe par l'examen de ce qui est communément nommé dans le milieu pentecôtiste par « entretien spirituel ». L' « entretien spirituel », expression purement « fabriquer » par les hommes d'église pour désigner une entrevue entre fidèle et pasteur, entrevue dont le but est d'exposer pour le premier ses « difficultés » au second. Il sera donc question d'aborder les points relatifs au *mal être* de l'ouaille en vue de donner une interprétation et naturellement envisager un « traitement spirituel ».

Notons que dans le fond, ce procédé ne change pas fondamentalement avec la consultation du *nganga*. Dans le cas du prophète guérisseur, l'individu, est amené à relater à ce dernier, comme c'est le cas chez le *nganga*, quelles sont les raisons qui l'amènent à cette entrevue, quels sont les problèmes auxquels il est confronté. Une série de questions qui sont déterminante dans la suite à donner à l'évènement. Examinons les extraits de récits suivants.

« (...) C'est ma mère qui m'avait emmené ici. Elle a entendu une émission du pasteur Mbadinga à la radio. C'était un jeudi. Elle me dit : « on va aller à l'église ». Quand on est parti, il était 15h. On a vu le pasteur Kisito. On a pris un rendez-vous pour vendredi. Il m'a dit de m'asseoir au troisième banc, comme ça il devait m'imposer les mains. A la fin, je suis tombée. J'ai manifesté l'esprit de nuit. C'est mon homonyme qui a manifesté en moi. Mon véritable mari de nuit, c'est mon père, le mari de ma mère. A chaque fois que je dormais, je me réveillais toujours avec les griffes. Une fois dans le rêve, je rêvais que je me suis battue avec le mari de nuit. Mon homonyme est déjà décédé. Il venait me faire les rapports sexuels dans les rêves. Quand je me suis réveillée, je ne voyais plus la personne. Mais lorsque je m'endormais je revoyais la personne. On s'est battu longtemps. Il venait chercher mon étoile. Mon homonyme travaillait avec mon étoile. Elle m'a pris en captivité dans leur monde mystique. Elle m'a même invitée dans son monde mystique. Elle travaillait avec le mari de ma mère (...) ».

Récit de vie n°16 en français de F. Z.¹³⁵ (femme) sur l'implication de la parenté dans leur malheur

« (...) C'était ma tante maternelle. Elle voulait me priver de tous les privilèges qu'un jeune homme peut jouir, aller avec des copines. J'ai eu des lacunes au niveau scolaire. La preuve en est que mes études ont été arrêtées. Elle avait tout cerné. Elle savait que le domaine sexuel affecte l'esprit, l'âme et le corps. C'était pour elle, une manière de soutirer mon énergie. Pourquoi ? Parce que dès mon jeune âge déjà, je produisais de bon résultat à l'école. De tous les enfants du côté de ma mère, j'étais le seul après ma grande sœur. Elle se servait du sexe comme moyen, sachant qu'elle ne pouvait me le demander physiquement, elle était obligée de passer par une autre manière. Ça m'a beaucoup retardée au point que j'ai des lacunes que je n'arrive pas à me retrouver. Il faudrait que je me mette à lire trois à quatre fois avant de saisir la portée de la chose (...) ».

Récit de vie n°17 en français de G.¹³⁶ (homme) sur l'implication de la parenté dans leur malheur

135

F.Z., 18 ans, Kota/ fang, du clan, du village de Booué, élève dans un lycée et servante à Schékina, Célibataire sans enfant ; récit collecté par Nkolo Georgina le 26 février 2006 à 15h à Schékina.

136

G., 33 ans musangu, du clan, du village, démarcheur, fiancée et 3 enfants ; récit collecté par Nkolo Georgina le 26 février 2006 à 17h à Schékina.

« (...) c'est à travers ma fille que je suis venue à Schékina. Elle a écouté à la radio quand le pasteur parlait des incubes et succubes. Elle m'a emmenée ici. J'ai eu un entretien avec le pasteur Fernand, c'est lui qui m'a fait la délivrance. Lorsqu'il a prié pour moi, j'ai manifesté. C'était mon mari qui était à l'origine de ce que je vivais. C'était à cause de lui que j'avais des blocages, des malédictions et les maladies. Ils étaient mélangés avec parents maternels. Le principal mari de nuit était mon mari. Il m'a donné des maladies. Il devait me rendre sourde. Au niveau de mes yeux, il avait mis un voile. A la tête, il a mis des antennes mystiques. A la poitrine, il a mis des fusils nocturnes. Au ventre, il a mis un serpent mystique. C'était ce serpent qui me donnait les règles douloureuses et me suçait le sang. Il a mis aussi l'esprit d'amaigrissement au niveau des pieds. Le venin du serpent me causait des démangeaisons. Il a parlé à travers ma bouche. Il a dit que je devais être son esclave. Il utilisait ma chance pour être élevé dans la rose croix. Il avait commencé à envoûter mes enfants. Ma première fille est tombée gravement malade. Il a prononcé des mots de malédiction sur eux. Pour lui, mes deux filles que j'ai eues avant lui ne devaient pas se marier dans leur vie. Il a maudit uniquement les enfants que j'ai fait dehors (...). »

Récit de vie n°18 en français de S. N.¹³⁷ (femme) sur l'implication de la parenté dans leur malheur

« (...) Ma rencontre avec le pasteur s'est faite par mon frère qui a suivi l'émission, sachant que moi son frère j'étais victime de ce genre de chose. Il m'a dit : « Je veux te voir ». Nous avons discuté, c'était un jeudi. J'ai fait la rencontre des pasteurs Pierre et Médard. Nous avons discuté. A partir de là l'habitude a commencé. J'ai commencé un travail auquel il fallait mener une lutte contre sorcier. J'ai demandé au Seigneur de me montrer qui me faisait ça, pendant ces trois jours de Jeûne. Des noms de personnes de ma famille revenaient. Il y avait mon père, mes oncles, mes tantes et frères. Ils m'ont mis un esprit de panthère pour repousser ma partenaire et toute relation que je voulais entamer avec certaines filles. Je ne pouvais pas durer avec une fille. C'est une personne qui entre et fait l'ensemble des autres esprits. Mais cette personne est un canal de transmission par la sorcellerie. Il permet d'une façon dans ton corps qu'il habite en son nom. C'était mon père adoptif. Il est au gouvernement, ministre d'Etat. C'était mon père qui était ministre dans le corps et sa femme l'adjointe. Il était dans la rose croix, il venait puiser mon sperme pour aller travailler avec ça dans le monde astral. C'est pour cela, il s'est envoyé lui-même pour me contrôler par des rapports sexuels. Ma délivrance a pratiquement fait douze heures de temps. L'esprit s'est manifesté par ses actes de feu et d'exorcisme. Je me sentais

137

S.N., 29 ans, Gisir, du clan Budjengi, du village de Fougamou, fait des bricoles, célibataire et 3 enfants

étouffer tous les membres de Schékina ont participé à ma délivrance. J'ai rendu lors de cette délivrance des peaux des mains en rondelle et d'autres en formes de cœur. J'avais l'intelligence qui avait disparu. J'étais aveugle. Je faisais tous sur place. J'avais tout perdu ! J'étais agent comptable dans une boîte, jusqu'au jour j'ai été licencié à cause de la sorcellerie familiale. J'ai perdu ma femme et mon enfant (...) ».

Récit de vie n°19 en français de N. Y.¹³⁸ (homme) sur l'implication de la parenté dans leur malheur

« (...) Je suis arrivé à Schékina à travers le témoignage du pasteur Mbadinga et de ma fiancée. Je sentais les fourmis monter en moi. La mort m'était programmée. J'ai eu un entretien avec le pasteur. J'ai fait un jeûne d'Esther avec une prière intensive, pendant ces jours. Ensuite, je suis passé par la délivrance. Ma maman a parlé à travers ma bouche, après mon grand frère. Il a dit que c'est mon grand père qui me faisait ça. Mon grand père a signé un contrat pour tous nous tuer. Ma mère est morte parce qu'elle n'a pas signé le pacte. Ce pacte disait qu'on devait travailler dans les champs de la sœur de ma maman mystiquement. Ma mère a parlé en moi en disant que nous viendrons ici dans cette église. J'ai fait 117 bâillements en délivrance. J'étais fatigué. On pensait même que je faisais un régime. C'est par le sexe qu'il m'a souillé et qu'il a presque réussi à détruire ma vie. »

Récit de vie n°20 en français de M. T.¹³⁹ (homme) sur l'implication de la parenté dans leur malheur

« (...) Je ne voulais pas venir ici, mais une de mes voisines m'a obligé. Elle m'a dit que dans cette église on faisait des miracles. Elle-même, elle se sentait bien à cause d'être venu. Nous sommes venues la première fois un dimanche. La deuxième, j'ai pris rendez-vous moi-même avec le pasteur. Je suis passée par sa secrétaire. C'était un mercredi, Je suis passé par la délivrance, c'est le pasteur Mbadinga qui a prié pour moi. C'est à mon état normal que j'ai su ce qui s'était passé. Mon mari de nuit c'était mon grand-père maternel .D'après lui, il ne voulait pas que je prospère. Je n'avais pas le droit de me marier, d'avoir du travail et même des enfants. J'étais mariée à lui dans l'autre monde et nous avons même des enfants. Voilà pourquoi, je ne pouvais faire des enfants dans le vrai monde. Il a tout attaché. Il a dit que j'étais à lui. Lors de ma délivrance, j'ai rendu des ongles, des petits morceaux de chair humaine. J'étais fatiguée ma délivrance a duré des heures ».

Récit de vie n°21 en français de S. A. (femme) sur l'implication de la parenté dans leur malheur

¹³⁸ N.Y., 28ans, d'origine ivoirien (Ndjoulaye), il a été adopté par un couple gabonais, ex agent comptable, aujourd'hui devenu exorciste à Schékina, fiancée et sans enfant; récit collecté le 26 mars 2006 à 14h à Schékina.

¹³⁹ M.T., 39 ans, Punu, du clan Dibourissimou, du village Rinadzala, chômeur, marié et 5enfants ; récit collecté le 26 mars 2006 à 15h30 à Schékina.

S'il est évident que ces quelques extraits de récits tirés du Mémoire de Maîtrise de Georgina Nkolo traitent du phénomène complexe de « mari et de femme de nuit »¹⁴⁰, il reste qu'ils sont un parfait exemple pour la démonstration des logiques qui sous-tendent l'évènement maladie du point de vue des pasteurs ou prophètes-guérisseurs. De Rosny note que : « dans le vie de ces églises, la recherche de la guérison au sens africain du mot, tient une large place et donne lieu à de multiples rituels. Ces prophètes-guérisseurs ne manquent ni d'argument ni d'atouts. Ils sont l'émanation du sentiment religieux populaire. En prenant en charge l'existence globale de leurs fidèles, ils répondent manifestement à une attente (...) »¹⁴¹, celle là même à laquelle les *nganga* proposent de réponses, provisoires soient – elles. C'est-à-dire, la nécessité de *rendre à tout prix*, au-delà des apparences, *signifiantes*, leurs différentes infortunes. Tout se passe comme si, les individus, qu'ils aillent chez le *nganga* ou le prophète-guérisseur, sont conditionnés par un modèle explicatif quasi exclusif, d'où à notre avis l'« échec » des structures sanitaires modernes (la biomédecine). En revanche, on assiste au succès des structures thérapeutiques proposées par les églises dites de réveil incarné par les pasteurs et les prophètes-guérisseurs. Et c'est là que la notion d'*habitus* trouve son sens dans ce processus, les individus ne sont pas « libérés » des schèmes de pensées traditionnels.

En effet, nous rappelle De Rosny, le christianisme se définit comme une « religion du salut » où la guérison n'est pas l'objectif final, tandis que les patients, même chrétiens, tendent à considérer leur guérison comme une fin en soi. Ils continuent donc d'être inspirés par ce qu'il appelle la « religion traditionnelle », véritable « religion thérapeutique ».

Au regard de cela, il semble que cette « libération » des schèmes de pensées traditionnels n'arrivera pas, ou du moins, pas de si tôt. En effet, dans la mesure où, ils sont « utiles » à bien des égards, c'est-à-dire en apaisant non seulement les *incertitudes* des populations face à la dure réalité du capitalisme, mais aussi et surtout, parce que ces logiques « font le lit » à d'autres logiques notamment celles du pouvoir et donc de la domination (cf. *le Souverain Moderne : le corps du pouvoir en Afrique centrale (Congo, Gabon)*).

¹⁴⁰ On désigne par cette expression la situation où un esprit aurait des rapports intimes avec un membre de sa parentèle dans les rêves. La parentèle est perçue comme le cadre à l'intérieur duquel se déploient les logiques sorcellaires propres à ce phénomène.

¹⁴¹ Eric de Rosny, *L'Afrique des guérisons*, Paris Karthala, 1992, p. 40.

En examinant attentivement la structure des récits sus mentionnés, on se rend bien vite compte que ces derniers ne sont pas si différents de ceux produits par les individus qui consultent les *nganga*.

Comme pour le *nganga*, l'examen des récits rend compte de la place occupée par l'entretien. Toutes les personnes interrogées font mention de cette étape essentielle :

« J'ai pris rendez-vous moi-même avec le pasteur » ; « J'ai eu un entretien avec le pasteur » ; « Ma rencontre avec le pasteur s'est faite par mon frère » ; « J'ai eu un entretien avec le pasteur Fernand » ; « On a vu le pasteur Kisito ». « On a pris un rendez-vous pour vendredi ».

A travers ces quelques extraits, il est clair que toute action thérapeutique au sein des églises dites de réveil passe inéluctablement par l'entretien et donc par la consultation du pasteur ou du prophète-guérisseur. Ce point de départ de l'action thérapeutique ne diffère de rien de celui préconisé par le *nganga*. Il est évident que même en biomédecine, le point de départ d'une action thérapeutique est conditionné par la consultation au cours de laquelle, le médecin prend des informations relatives aux symptômes pour déterminer le type de maladie et traitement à prescrire. Seulement, nous l'avons signalé, cette dernière médecine ne semble plus faire l'unanimité au près des populations urbaines de Libreville.

Ensuite, contrairement cette fois à la biomédecine, on se rend compte à travers les récits que la ou les maladies en présence ne sont pas le fruit du hasard ou plutôt le résultat d'une infection dû à une bactérie ou un microbe, mais un acte intentionnel d'une entité qui, dans le cas du pasteur ou du prophète-guérisseur, ne semble être qu'un parent, un membre de la famille. A ce titre, nul n'est épargné par l'accusation, ce peut être le père, le mère le grand-mère, le grand-père, le frère, la sœur, etc. :

« Mon mari de nuit c'était mon grand-père maternel » ; « Il a dit que c'est mon grand père qui me faisait ça » ; « Des noms de personnes de ma famille revenaient » ; « Il y avait mon père, mes oncles, mes tantes et frères » ; « C'était mon mari qui était à l'origine de ce que je vivais » ; « C'était ma tante maternelle » ; « Mon véritable mari de nuit, c'est mon père, le mari de ma mère ».

Si du point de vue traditionnel, le mal des individus est généralement imputé à des personnes bien déterminées et dont ce rôle est du reste *institutionnalisé* par la tradition - le cas de l'oncle maternel en société matrilineaire, à qui incombe la responsabilité du neveu, et dans certain cas les grands-parents - l'étiologie du prophète-guérisseur, même si elle reste fortement encrée dans la logique de la famille comme lieu potentiel de l'émergence de la nuisance individuelle ou collective, ne tient pas compte des catégories des individus, tout le monde est, semble-t-il un potentiel sorcier pour son prochain. On retient que comme pour le *nganga*, la famille est donc dans la plupart sinon la totalité, le milieu d'origine des infortunes via des individus quels qu'ils soient.

A ce niveau, il semble que, comme nous l'avons vu avec les *nganga*, le succès des lieux de guérison divine est réalisé par leur capacité à convoquer le registre culturel reconnu par les fidèles pour donner sens à leurs maux, à leurs malheurs. Rappelons que la biomédecine dans son approche, opère une rupture brusque difficilement appréhendable par les populations africaines, d'autant plus que les croyances au sein des ces peuples, est le fruit d'une longue tradition qu'on ne peut facilement « remettre en cause » ou annihiler du jour au lendemain, d'où son quasi échec. Ainsi, on voit clairement que par la convocation culturelle comme modèle explicatif dans le passage de la logique communautaire incarnée par la tradition, à la logique que l'on pourrait qualifier de d'individualiste, n'y a aucune rupture fondamentale entre *nganga* et prophètes-guérisseurs, mais plutôt, une sorte de continuité.

On note également que, pour l'« événement maladie », il y a chez le prophète-guérisseur, comme une volonté consciente ou non de « contrôle ». Cela est remarquable, tout comme ça l'est pour le *nganga*, quand on considère le registre étiologique convoqué, les entités responsables du malheur des individus sont des êtres magico-religieux s'ils ne sont pas des individus. Certes, pour ce qui est du prophète-guérisseur on note que les « figures » utilisées sont quelque peu différentes de celles du *nganga*. Il s'agit entre autres en plus des membres de la famille, des *démons*, des *esprits* comme c'est le cas des « marie et femmes de nuit » qui sont, à notre avis, la version pentecôtiste des *ancêtres*, des *génies* et des *doubles*. Cette pratique ou logique semble avoir pour but de rendre, aux yeux du profane c'est-à-dire du simple fidèle, cet *univers* « inaccessible » à travers la violence des *images* qui le constituent. Rappelons – nous que la *gestion* du miroir spectral obéit à ces mêmes logiques qui veulent que

ce dernier soit chargé *d'images* déformantes, fantomatiques capables de déformer, de transformer voire tuer le individu qui s'y livrerait durant des périodes bien précises notamment la nuit, à l'occasion de décès, etc. tout cela, nous l'avons signalé plus haut, vise l'appropriation et la contrôle du « pouvoir extraordinaire » que contiendrait le miroir.

Nous relevons tout de même une légère différence qui, peut être n'en est pas une, il s'agit de la notion de responsabilité implicite. Si, comme nous l'avons vu avec les *nganga*, l'origine du mal se trouve toujours extérieur à l'individu, il arrive que chez le prophète-guérisseur, cet *extérieur* ne soit que *l'entité* responsable de la douleur ou du mal être de l'individu souffrant. Cette approche soutient l'idée que, pour être atteint, il aura fallu que le malade ait commis un forfait (un péché, désobéit à un commandement biblique). Cette désobéissance ouvre ainsi des « portes ouvertes » d'entrées aux parents, démons, esprits et autres. Il peut aussi arriver que le malade ne soit coupable d'aucun délit ou de désobéissance, mais que son infortune vienne d'une action plus lointaine, celle d'un arrière grand-parent, car est il écrit :

« (...) car moi l'Eternel, je suis un Dieu jaloux qui punis l'iniquité des pères sur les enfants jusqu'à la troisième et la quatrième génération de ceux qui me haïssent (...) »¹⁴².

Le but ici est de rendre, à quelque niveau que ce soit, le malade ou le fidèle responsable de son infortune, ne serait – ce que partiellement ; même si ces *extrapolations* sont généralement des constructions arbitraires que l'on veut rendre à tout prix significatives comme c'est le cas de du péché dit *adamique* qui atteint inéluctablement tout le monde sans exception car nous dit une fois de plus la Bible :

« (...) car tous ont péché et sont privés de la gloire de Dieu (...) »¹⁴³.

Ces deux présupposés bibliques servent à légitimer pour le prophète-guérisseur la notion de « responsabilité » de sont fidèle malade. Ce dernier n'est donc pas tout à fait étranger ni innocent par rapport à son mal, tout du moins il y est impliqué. Cette implication du malade se manifeste et doit se manifestée par la reconnaissance par le malade de sa part de responsabilité, sinon la prescription thérapeutique peut s'avérer inopérante. C'est ce qui est appelé la « confession » ou l' « aveu ».

¹⁴² Exode 20 : 5, *La Sainte Bible*, Louis Second, 1910, p. 84.

¹⁴³ Romains 3 : 23, *La Sainte Bible*, Louis Second, 1910, p.1135.

Face à cette variable de l'approche thérapeutique qu'est la confession ou l'aveu, on est tenté de se poser la question d'András Zempléni : *la confession n'est-elle, dans ces conditions qu'une nouvelle manière d'homologuer le vieux fonds d'interprétation persécutives ?*¹⁴⁴

En réponse à cette interrogation, Zempléni note que les choses ne sont pas aussi simples qu'elles ne le paraissent, elles sont évidemment plus complexes. Il nous semble, en première lecture que, cette attitude du prophète-guérisseur, attitude observable également chez *nganga* qui vise à « inclure » le malade dans la responsabilité de sa maladie permet, à notre avis, en cas d'échec, d'imputer à ce dernier cet échec en soulevant le fait que la confession n'était pas complète et que finalement l'efficacité thérapeutique ne sera effective qu'à condition que l'aveu du malade soit complet. On voit ici que tout comme le *nganga*, le prophète-guérisseur structure son activité de sorte que son efficacité à lui ne soit en aucune façon contestée d'où l'effort consenti dans le « sens » à donner en cas d'échec thérapeutique. Ceci procède également de la logique de contrôle de l'« événement maladie ».

Pour Zempléni, dans le cas de la localité de Bregbo en Côte d'Ivoire, *s'il est vrai que le système inauguré à Bregbo (la confession ou l'aveu) contribue au passage de la conscience persécutive du mal à la conscience de la culpabilité, de l'ancienne manière d'être dans le groupe à un nouveau mode d'être de l'individu, son influence ne saurait se comparer aux effets des transformations familiales, économiques, éducationnelles...qui caractérise l'actuelle Côte d'Ivoire*¹⁴⁵. Si l'auteur est d'avis qu'une mutation est bien en train de s'opérer c'est-à-dire de la « persécution à la culpabilité », il l'est moins en ce qui concerne le fait d'en faire un modèle, même si en définitive, il note qu'au-delà des apparences, la confession diabolique remplit effectivement une fonction, celle de *transition*.

Abordant la question du prophétisme et donc la question de la confession ou de l'aveu, dans le cas précis d'Atcho¹⁴⁶ Marc Augé¹⁴⁷ signale que, *le sens de l'œuvre d'Atcho et de ses assistants est, en définitive, leur effort d'imposer à leurs fidèles un changement de la*

¹⁴⁴ András Zempléni, « De la persécution à la culpabilité » *In Prophétisme et thérapeutique. Albert Atcho et la communauté Bregbo*, Paris, Hermann, 1975, p.153.

¹⁴⁵ *Ibid.* p. 173.

¹⁴⁶ Albert Atcho, prophète-guérisseur, membre de l'église harriste de côte d'Ivoire.

¹⁴⁷ Marc Augé, « logique lignagère et logique de Bregbo » *In Prophétisme et thérapeutique. Albert Atcho et la communauté Bregbo*, Paris, Hermann, 1975, pp. 220-236.

conception de la personne. Entendez : culpabiliser la personne – en lui attribuant la responsabilité des maux qui l’atteignent – c’est, aussi l’individualiser. Il ressort que pour Marc Augé, l’ « institution Bregbo » n’apporte aucune réponse aux difficultés des individus qui la fréquentent, elle apparaît pour lui au contraire comme le lieu idéal de fabrication de « bon » chômeurs, prêts vendre leur force de travail « libérée », libérés eux-mêmes des contraintes propres à la société lignagère, coupés de leurs inscriptions sur un territoire et une généalogie. Et comme la culpabilisation des consciences ainsi que cette déterritorialisation camouflée vont de pair avec l’apologie harriste et gouvernemental des entreprises individuelles, Atcho est le complice plus ou moins avoué du régime en place (...).

Ce propos de Marc Augé, nous amène ainsi à remarquer que le prophète-guérisseur à l’instar du *nganga*, est un agent très actif dans le processus d’individualisation en Afrique en général et particulièrement à Libreville. Ce constat est parfaitement illustré dans les extraits de récit des informateurs. En effet, la référence au parent proche ou lointain dans la cause des malheurs n’est pas pour reconforter les liens déjà rendus précaires par les dures réalités de la ville bien au contraire. Nous pensons que les allusions faites à la parentèle exaspère davantage les conflits anciens liés notamment à la logique de dette communautaire traités par Alain Marie¹⁴⁸.

« Mon mari de nuit c’était mon grand-père maternel » ; « Il a dit que c’est mon grand père qui me faisait ça » ; « Des noms de personnes de ma famille revenaient » ; « Il y avait mon père, mes oncles, mes tantes et frères » ; « C’était mon mari qui était à l’origine de ce que je vivais » ; « C’était ma tante maternelle » ; « Mon véritable mari de nuit, c’est mon père, le mari de ma mère »,

En effet, apprendre et savoir que la « source » de notre « mal » est notre parent comme le rappellent ces extraits ne peut que « choquer » et par là même engendrer des comportements nouveaux en tête desquels on peut citer la méfiance, la peur, mais aussi et surtout la haine, qui sont « impensés » ou alors des « non dits » au sein des sociétés auxquelles on appartient. Ici, la logique de fonctionnement est assez claire même si force est de constater qu’à certains égards, le malade tient sa part de responsabilité de l’infortune, nous l’avons dit, pour certainement justifier inefficacité de la thérapie ou au contraire comme le

¹⁴⁸ Alain Marie, « Une anthropo-logique communautaire à l’épreuve de la mondialisation : de la dette à la lutte sociale (l’exemple ivoirien) », in *Cahiers d’études africaines* N° 166, 2002, pp. 217-218.

souligne Zempléni, c'est la marque d'une transition dans la logique étiologique qui passe de la persécution à la culpabilité. Dans tous les cas, le résultat reste le même dans la mesure où la culpabilisation de soi servirait à justifier les considérations des autres membres de la famille au sujet de leurs maux et malheurs, et donc à se tenir à l'écart du soi coupable.

L'individualisation trouve enfin dans le cadre de ces différents extraits de discours dans la fait, comme l'a montré Joseph Tonda¹⁴⁹, le discours du prophète-guérisseur intègre dans sa pratique, les réactions des parents face à l'attitude nouvelle de leur enfant converti au christianisme, attitude sagement pensée d'avance et dont le fidèle est préparé à avoir (Lire à ce propos, l'introduction à *La guérison Divine en Afrique centrale*).

En gros, le phénomène d'individualisation en rapport avec les logiques du prophétisme est bien envisagé et clarifié par András Zempléni lorsqu'il déclare qu' « *en schématisant à l'extrême, disons que, dans l'idéal-type de la société lignagère, l'individu était pris en charge par son groupe social. La tradition déterminait, tant bien que mal, la place qu'il devait occuper, les actions qu'il pouvait entreprendre, les ambitions qu'il pouvait avoir. Ses conduites étaient, pour la plupart, codifiées selon un modèle normatif de soumission et de dépendance à l'égard de ses aînés et d'identification solidaire à ses égaux d'âge. En se comportant à l'image de ceux de sa génération, en accomplissant ses devoirs envers ses aînés et ses cadets, il est grosso modo adapté aux exigences d'intégration de son milieu. Ce mode d'adaptation est à présent irréversiblement remis en cause. Pour être encore plus schématique, disons que dans le melting pot actuel (...), ce même individu est amené à choisir – si ce n'est dans le réel, du moins, toujours, dans l'imaginaire – parmi des activités, des relations, des voies de stagnation ou de promotion qui se multiplient et se contredisent (...). Les exigences de sa famille et de son milieu professionnel ou scolaire, de son père cultivateur, de son frère chômeur et de son oncle fonctionnaire ne sont plus – comme autrefois – unitaires. A la maison, il doit encore se maîtriser au nom des vieilles valeurs de respect et de solidarité, à l'école ou au travail, il doit s'affirmer déjà par ses compétences individuelles. Et pour réussir, il est contraint à se détacher de son territoire, de sa dépendance à l'égard de*

¹⁴⁹

Joseph Tonda, *La guérison divine en Afrique centrale*, Paris, Karthala, 2002, p. 17.

ses aînés, entré en compétition agressive avec ses égaux d'âge, et de manière plus générale, exprimer son agressivité et prendre son propre avenir »¹⁵⁰.

On comprend dès lors que la ville et ses corollaires sont un terrain bien propice à l'émergence de nouvelles formes de comportement à la fois à l'égard de soi, mais davantage à l'égard des siens. S'il est admis comme le souligne Zempléni que les mutations constatées actuellement (mutations qui engagent à la fois d'un côté, aussi bien en ville qu'au village, le *nganga* ou tradipraticien, et de l'autre, généralement en milieu urbain – même si force est de constater que les villages sont de moins en moins épargnés – c'est-à-dire le phénomène du pentecôtisme par le biais de pasteurs et prophètes-guérisseurs) ne constituent qu'une forme de réponse transitionnelle à ce mouvement d'individualisation, il reste que, comme le signale de son côté Marc Augé, la modèle persécutif proposé par les prophètes guérisseurs et dans certains cas les *nganga* soit déjà « inactuel »¹⁵¹. Ce qui signifie que ce *modèle dit transitionnel* n'est donc plus pertinent à la résolution sociale des conflits, des tensions des « maladies » nouvelles. Si l'on assiste à une véritable flambée des croyances magiques, comme c'est le cas, « c'est entre autres parce que le modèle et les croyances en question ne trouvent plus leur issue normale, c'est-à-dire ancienne, dans des usages sociaux différenciés et cohérents de l'infortune et de la maladie. Ce qui était naguère structurant pour les membres du corps sociaux constitués se retourne en menace contre le corps propre des individus »¹⁵².

Une question se pose : « que fait le prophète pour ces individus ? », mais nous sommes tentés d'adjoindre à cette question une autre question qui, à notre sens, lui est semblable sinon la même : « que fait le *nganga* de ces individus ? ». A cette question, parce qu'il nous semble qu'il n'y en a qu'une, Zempléni répond de la manière suivante : *il (prophète ou nganga) a certes son propre mode d'emploi sociopolitique de la maladie. Il est un grand consommateur de diables (on dira sorciers pour le nganga) sans lesquels il ne sera pas prophète. Mais l'usage plus ou moins suspect qu'il peut faire de l'immense potentiel de demande dont il est l'objet en tant que figure ambiguë de pouvoir – capable de voir des diables (ou des sorciers) là même où le sociologue décèle des prodromes d'une nouvelle conscience de classe – cet usage n'est pas sans contre partie. A un prix qui peut paraître très élevé au marxiste qui sait*

¹⁵⁰ András Zempléni, « De la persécution à la culpabilité » In *Prophétisme et thérapeutique. Albert Atcho et la communauté Bregbo*, Paris, Hermann, 1975, p. 215.

¹⁵¹ Marc Augé « logique lignagère et logique Bergbo » In *Prophétisme et thérapeutique. Albert Atcho et la communauté Bregbo*, Paris, Hermann, 1975, pp. 220 – 236.

¹⁵² András Zempléni, « De la persécution à la culpabilité » In *Prophétisme et thérapeutique. Albert Atcho et la communauté Bregbo*, Paris, Hermann, 1975, p. 213.

*pourtant que l'histoire brûle rarement ses étapes il apporte une réponse transitoire et transitionnelle aux questions des individus qui les fréquentent*¹⁵³.

Au terme de ce chapitre et notamment à travers la réponse apportée par Zempléni à la question du devenir des individus face au prophète, question consécutive au tableau peint par ce même Zempléni, tableau qui, du reste, rend compte de l'état actuel de la structure sociale africaine, on se rend compte que le *nganga*, tout comme le pasteur ou le prophète-guérisseur agissent de la manière. On peut à partir de ce moment, bien sûr en minimisant les variables particulières de l'un et de l'autre, considérer que nous sommes en présence d'un même type de personnage situé à une période de l'histoire où sa fonction, dans le processus linéaire des sociétés traditionnelles, est une fonction transitionnelle. Rappelons que de la même manière les logiques communautaires sont phagocytées par les nouvelles donnes capitalistes et « mondialiste », les schèmes promus par les *nganga* et les pasteurs et prophètes-guérisseurs seront eux aussi annihilés par d'autres en l'occurrence les logiques capitalistes.

153

Ibid.

CONCLUSION

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Au terme de cette étude, il importe que nous passions en revue dans un premier temps, les axes sur lesquels ont porté notre attention. Ensuite nous verrons si effectivement les hypothèses de travail formulées au début de cette recherche ont été confirmées ou infirmées. Enfin nous verrons si de nouvelles pistes de recherche dans ce domaine peuvent être envisagées dans le but de rendre plus claire les logiques qui structurent le choix du recours thérapeutique en milieu urbain autant dans les officines du *nganga* que dans les lieux de guérison divine notamment.

La discussion dans ce travail s'est articulée autour du recours thérapeutique en milieu urbain (à Libreville notamment) qui semble faire la part belle au *nganga*. Recours qui, nous semble t-il, ne s'effectue pas de manière hasardeuse, mais répond à une logique fortement intériorisée par les populations urbaines, celle de *l'image* de la maladie, de ses causes, celle des entités responsables de l'infortune, des moyens d'en guérir et celle du *nganga*. Cette logique semble également la même chez les populations urbaines qui ont pour recours thérapeutique, les lieux de guérison divine incarné par les pasteurs et prophètes-guérisseurs.

Pour vérifier les observations empiriques que nous avons faites sur le terrain, nous avons proposé deux hypothèses de travail. La première nous l'avons explicitement formulée comme suit : *La montée de la fréquentation des nganga par les populations est consécutive à l'image que celui-ci donne à la maladie, image reconnue par les patients et fondamentalement opposée à la logique préconisée par la médecine moderne. Cette image est elle-même exacerbée par des mutations consubstantielles à toute société et entretenues par un informel.* La seconde hypothèse, implicite mais indispensable dans la compréhension du phénomène est celle de l'« identité » des personnages qui officient dans des registres qui apparaissent totalement opposés, il s'agit du *nganga*, du pasteur ou prophète-guérisseur.

La vérification de ces hypothèses nous a conduit dans un premier temps à engager une longue discussion avec nos prédécesseurs (auteurs) notamment en ce qui concerne le caractère spécifique de la médecine dite traditionnelle. Ce débat nous a permis de nous rendre compte des logiques en cours au sein de ces sociétés, logiques qui tiennent plus de la spécificité africaine que d'autre chose.

Nous avons retenu que de la même manière, la maladie est considérée comme étant une agression microbienne ou bactériologique du corps malade par la biomédecine, la *logique* reste la même au sein des sociétés dites traditionnelles. La particularité de cette dernière

réside au fait que cette « agression » n'est pas envisagée de la même manière qu'en biomédecine, mais plutôt comme le fait des esprits, génies, ou ancêtres qui peuplent l'univers mental de ses populations.

Le principe de *l'image* que nous empruntons à Gauthier De Villers n'est pas une image simple, mais plutôt « composite » parce qu'elle concentre en son sein non seulement l'image de la maladie, ses causes, les agresseurs potentiels du corps malade et par conséquent le corps social, l'image du malade lui-même, celle du guérisseur ou *nganga*, en gros tous les composants constitutifs de l'imaginaire de la maladie contenus dans le « capital cognitif » des populations gabonaises et celles de Libreville en particulier. Cette *image*, nous l'avons envisagé sous le modèle du « miroir spectral » du fait de son caractère ambivalent. En effet, par miroir spectral nous entendons premièrement, le corps ou la surface qui réfléchit ou qui renvoie l'image des objets ou des hommes (niveau accessible à tous), ensuite et c'est là tout l'enjeu de notre perspective, nous l'envisageons comme la production de formes effrayantes toujours en rapport avec les esprits ou la mort (niveau restrictif ou seul les soignants y ont accès).

En fait, nous pensons que, tout comme le miroir dans la société traditionnelle a un usage double (un usage simple qui consiste à réfléchir l'image à laquelle il est confronté, et un usage ésotérique auquel seuls les *initiés* ont accès, exemple réfléchir les sorciers responsables des conflits dans le village ou encore de maladie, etc.), la maladie procède de la même logique : une conscience collective de son être, de sa manifestation dans une certaine mesure d'autant que cette dernière n'est pas toujours perceptible par les regards non avisés (rappelons que nous sommes dans un contexte africain et qu'en Afrique, la maladie ne revêt pas le même sens qu'en Occident par exemple), et une autre plus restreinte et « ésotérique » de ses causes et des moyens d'en guérir. Tout se passe comme si dans les deux cas (miroir et maladie), le but est, pour ceux qui en ont la *maîtrise*, de parvenir au contrôle du *pouvoir* qui graviterait autour de ces « événements », contrôle qui finalement leur octroierait un *pouvoir* et donc une « reconnaissance populaire ». Notons que l'ambivalence dont il est question dans *l'image* se caractérise par la *fascination* et la *violencisation*.

Parce qu'il est reconnu en Afrique centrale notamment qu'à l'exception des violations des interdits et des tabous pour lesquels l'individu est tenu – pour une part – responsable du malheur ou de la maladie qui s'abat sur lui, les causes de la maladie qui affecte un membre du

groupe sont toujours extérieures à lui ; parce que la maladie n'est envisagée que comme un « signe » de perturbation de l'ordre social qu'il faudrait à tout prix décoder pour en découvrir les causes profondes en vue de l'extirper ; parce que les entités responsables de l'irruption de la maladie appartiennent à un monde dont le fonctionnement échappe totalement à toute logique rationnelle, le *nganga* constitue alors, parce que à cheval entre deux univers (monde visible et monde invisible), le recours privilégié voire permanent des populations y compris celles vivant en milieu urbain.

Le *nganga* « fascine » par l'histoire de sa naissance généralement peu ordinaire, par son initiation, par son discours sur son rapport au monde invisible, par la nature de ses esprits tutélaires, par sa « maîtrise » des esprits, par l'*efficacité* de ses prescriptions thérapeutiques. En gros, le *nganga* est l'homme de la situation face à la maladie qui n'a de véritable sens, que le sens caché que seul lui peut décrypter, expliquer et enfin guérir. A ce propos, De Rosny note que : *Trouver les causes du malaise familial et social dont un grave accroc de santé est un symptôme tangible, et obtenir la réconciliation qui s'impose, telle est l'obsession du nganga, ce dont il parle le plus souvent au cours des soins.* D'où, à notre avis l'intérêt des populations librevilloises notamment pour ses services.

Mais le *nganga* ne fait pas que « fasciner », il « violence » aussi et cette violence est, non pas une violence physique, mais une violence de l'imaginaire. Le phénomène de *violencisation* dans ce cas est assez complexe, il ne s'appréhende pas facilement, mais pourtant il est très prégnant. En effet, parce qu'il est l'interprète des problématiques lignagères, problématiques qui s'articulent pour l'essentiel, au tour des questions de sorcellerie, le *nganga* inspire dans son environnement immédiat une sorte de psychose de la part des mêmes populations qui lui ont pourtant conféré le « droit thérapeutique ».

L'idée est que le *nganga* reçoit des populations qui le consultent, des *images* de frayeur constituées par la puissance des haines des jalousies et des animosités qui ont lieu au sein des familles et matérialisées par les poisons mystiques, les envoûtements dont les maladies sont l'aboutissement et les sorciers, l'origine. Puisque ces frayeurs dont sont victimes les populations, le *nganga* est à même de les affronter et de les juguler, la conséquence immédiate est qu'il pourrait, parce que maîtrisant le domaine, être amené à un moment ou à un autre à exacerber ces frayeurs au détriment bien entendu des populations qui lui ont fait confiance. Ce d'autant plus que, selon le discours populaire, est considéré comme

nganga le plus fort, celui qui parvient à cristalliser toutes les fureurs et les peurs de la société, c'est comme si *nganga* et sorcier devenaient alliés. Il apparaît à présent de manière claire que de la même façon le *nganga* inspire la sérénité aux populations, dans le même temps, angoisse et incertitude y sont inspirées.

Nous montrons donc que *l'image* constituée et présentée par le *nganga*, la maladie, l'infortune ou le malheur en général, agit exactement chez les populations comme *l'image* que produit le miroir spectral, autrement dit qui produit la peur, la frayeur et qui renvoie aux esprits et aux morts. Cette *image* de l' « événement maladie » est donc source d'angoisse et d'incertitude pour celui qui veut y « regarder » d'autant plus que les acteurs en jeu sont des esprits dans la plupart des cas. Ainsi donc, la maladie - élément complexe et imprévisible de l'individu et de la société qui peut conduire au malheur de la victime et donc du groupe, puisque extérieure à ces derniers généralement non spécialistes - est « abandonnée » aux *spécialistes* « *nganga* et pasteurs ou prophètes-guérisseurs) de cet événement parce que ne disposant pas de la *puissance* nécessaire pour la juguler et la vaincre.

Par analogie, nous avons examiné l' « environnement » pentecôtiste et charismatique pour déterminer l'unicité évoquée entre l'approche thérapeutique dans ce milieu, et celui du milieu traditionnel. Le prophète-guérisseur et le *nganga* ne constituent-ils finalement pas qu'une seule figure, au regard notamment de leurs discours ou de leurs pratiques ? Joseph Tonda note que dans cet univers (manifestations simultanées des miracles de la foi, des magies, des fétichismes et des sorcelleries), agents, moyens et lieux de production et de consommation des miracles rendent incertaines d'une part, les limites entre, des modalités dites « occultes », « traditionnelles » ou « païennes » des officines des *nganga* et autres spécialistes qui travaillent avec des « pièces détachées » (comme on les appelle à Libreville) des organes humains prélevés sur des corps morts ou vivants, et, d'autre part, celles dites « publiques » des Eglises de la guérison divine.

C'est donc cette *incertitude* qui nous amène à examiner ou réexaminer la frontière entre ces deux univers censés être fondamentalement différents voire opposés, d'autant plus que les moyens de production de miracles dans les églises de guérison divine sont les mêmes que ceux en usage chez les *nganga* (privations de toutes sortes : nourriture, boisson, désir sexuel ; discipline : prières, récitation de versets bibliques, méditation et autre). On peut se

demander si en définitive, on est bien en présence d'une mutation ou plutôt d'une transposition d'un modèle endogène dans un modèle exogène puisque nous dit Tonda, les « techniques de soi » prescrites dans les lieux de miracle de la guérison divine, ou dans ceux où officient des *nganga*, ne permettent aux individus de s'appliquer à les mettre en œuvre afin d'atteindre un état de « pouvoir surnaturel » que parce qu'ils les « jugent » plus efficaces par rapport à d'autres qui sont dévalorisées ou disqualifiées idéologiquement ou politiquement.

Au terme de notre démarche constituée par la confrontation de la littérature disponible et des discours des informateurs sur le terrain, il ressort que comme nous le postulions, *l'image* de la maladie joue un rôle fondamental dans la détermination du choix thérapeutique des populations urbaines. Cette même *image* en rapport avec le *nganga*, la pasteur ou prophètes-guérisseurs, nous l'avons souligné, fascine et violence en même temps. Ce qui nous amène à réaliser finalement que dans la logique de leurs différentes pratiques, le *nganga* et le prophète-guérisseur sont un seul et même personnage, mieux, le prophète-guérisseur est le « *nganga* » de la nouvelle société moderne librevilloise notamment. Relevons que la vérification de nos hypothèses ont été rendu possible grâce aux contributions respectives de Marc Augé¹⁵⁴ et celui de András Zempléni¹⁵⁵. Dans leur analyse du phénomène du prophétisme thérapeutique en Côte d'Ivoire à travers notamment le prophète Albert Atcho, ces deux auteurs ont le mérite d'avoir apporté une contribution capitale dans la compréhension des phénomènes de guérison divine dans les lieux thérapeutique en rapport avec les prophètes ou les pasteurs.

En effet, Marc Augé présente le « lieu de guérison divine » comme « village thérapeutique » où le prophète Atcho inverse la tendance imposée par le développement. Ce développement qui produit des individus qui doivent régler des problèmes avec leur lignage : problème de chômage, de maladie, d'échec scolaire, de licenciement, etc. En fait, l'inversion produite par le prophète consiste à « culpabiliser » l'individu considéré comme victime des assauts lignagers. L'idée ici est que, les échecs, le chômage, les licenciements et les maladies dont sont victimes en ville les individus de la part de leur parentèle, ne soient pas le fait de

¹⁵⁴ Marc Augé « logique lignagère et logique Bergbo » In *Prophétisme et thérapeutique. Albert Atcho et la communauté Bregbo*, Paris, Hermann, 1975, pp. 220 – 236.

¹⁵⁵ András Zempléni, « De la persécution à la culpabilité » In *Prophétisme et thérapeutique. Albert Atcho et la communauté Bregbo*, Paris, Hermann, 1975, p. 213.

celle-ci c'est-à-dire de la parentèle mais plutôt, du fait propre de ces individus. Augé montre également que ce « lieu de guérison divine » n'est pas essentiellement un « village thérapeutique », mais aussi un « tribunal » où, c'est le procès de l'individualisation du « miracle ivoirien »¹⁵⁶ qui est fait, en gros il s'agit du procès du développement.

De son côté, Zempléni loin de voir de voir dans le lieu thérapeutique d'Atcho, un « tribunal » qui fasse le procès du développement dans les lieux de guérison divine. Il considère plutôt que ce lieu est un « hôpital » censé traiter ceux qui sont impliqués dans le processus du développement de l' « individualisation ». Il note que les malades *ivoiriens* ne sont malades que du développement, de l'individualisation et que, c'est dans ce contexte de *crise*¹⁵⁷ que naît la figure du prophète. C'est pourquoi nous dit-il, le prophète est le nouveau *nganga* de la société moderne.

Mais au-delà des résultats auxquels nous sommes parvenus, il reste que de nombreuses interrogations demeurent. Comment, par exemple, peut-on réintégrer la logique de collectivité ou celle de la solidarité traditionnelle dans une société complètement nouvelle ? Comment interpréter ou analyser les situations nouvelles où Rose croix et Franc-maçonnerie se mélangent aux logiques du *nganga* ou du prophète-guérisseur ? Peut-on continuer à parler de sociétés traditionnelles lorsque les villages, loin de servir de réceptacle à cette tradition, imitent et fonctionnent sous les schèmes de la modernité et donc de la ville ? Un *nganga* en ville aujourd'hui, est-il le même qu'il y a quarante ans ? Quelle est la place du *nganga* et du prophète-guérisseur dans la société gabonaise actuelle ?

Autant de questions qui ne laisseraient aucun lecteur avisé insensible dans la mesure où ces dernières incitent à la réflexion profonde et donc à la *décomplexification* du phénomène de logiques traditionnelles qui seraient à la base non plus essentiellement des recours thérapeutiques comme cela a été le cas dans le présent travail, mais de tous les *faire* et les *agir* des populations d'Afrique noire particulièrement.

Rappelons que tant que d'une part, on continuera à assister à l'intensification des agressions sorcières, de la violence de l'imaginaire, des processus d'individualisation

¹⁵⁶ Il s'agit dans ce cas de l'espoir qu'avait suscité la Côte d'Ivoire dans le développement de son économie grâce notamment aux programmes d'ajustement structurel instaurés par la Banque Mondiale et le Fond Monétaire international.

¹⁵⁷ La crise est ici entendue comme le fait du développement et de l'individualisation.

exacerbé par les discours des *nganga* et des prophètes-guérisseurs dans leur tentative d'offre de soin en milieu urbain notamment, et de l'autre, le *lieu* du recours thérapeutique demeure indéterminé (du fait notamment que le *nganga* et le prophète-guérisseur considèrent que le lieu de leur exercice thérapeutique constitue le seul lieu de sécurité, de paix et de quiétude) qui renvoie au concept de *non-lieu* lignager comme l'exprime Tonda, on continuera à enregistrer, et ce, de manière plus permanente, la montée en puissance du *nganga* et du prophète-guérisseur.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

SOURCES DOCUMENTAIRES

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

A - SOURCES ECRITES

A.1- Ouvrages Généraux

BONTE, Pierre & IZARD, Michel, 2000, *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*, Paris, Puf.

Encyclopedia Universalis, *La famille*, vol n°9, Paris, éd. *Encyclopedia Universalis*.

DICTIONNAIRE UNIVERSEL *francophone*, 2002, p.400, éd HACHETTE, 4^e édition.

A.2- Ouvrages méthodologiques

DURKHEIM Emile, 1997, *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, PUF.

GRAWITE, Madeleine, 1997, *Méthode en Sciences Sociales*, Paris, Dalloz, 9^e éd.

A.3- Ouvrages spécialisés

ALLIOT Michel, 1965, « Les résistances traditionnelles au droit moderne dans les Etats francophones et à Madagascar », in *Etudes de droit africain et de droit malgache*, Cujas éd., Paris, p. 529.

ATANGANA B, 1966, « *Actualité de la palabre ?* », in Revue *ETUDES*, N° 234, Avril, p.461-462.

BALANDIER Georges, *Sociologie actuelle de l'Afrique Noire*, 2^e édition Puf, 1963.

- 1985, *Anthropo-logique*, Paris, Le Livre de poche.

BERNAULT F. & TONDA J., 2000, « Dynamisme de l'invisible en Afrique » in *Pouvoirs sorciers*, Politique Africaine, n°79, octobre, p. 5.

BIDIMA, Jean Godefroy 1997, *La Palabre : Une juridiction de la parole*, Machalon, Paris.

DOMENACH, Jean-Marie, 1986, *Approche de la modernité*, Paris, Ellipes.

DURKHEIM, Emile, 1979, *les formes élémentaires de la vie religieuse*, Paris, Puf.

EVANS-PRITCHARD, 1937, Edward Evan, *Sorcellerie, oracle et magie chez les Azandé*, trad. fr. Paris Gallimard (1^e éd. en langue anglaise : 1937).

GLUCKMAN, Max Herman, 1954, *Frazer lecture, Ritual of rebellion on South-East African*, (reprise en 1964).

GODELIER, Maurice, 2004, *Métamorphose de la parenté*, Fayard.

GRUENAIIS Marc-Eric, 18-20 mai 1994, « *Etre malade ou être sidéen : l'exemple du Congo* », Communication à la rencontre « *Anthropologie et sida : bilan et perspectives* », AMADES, Aix en Provence.

-2002, « la professionnalisation des « néo-tradipraticiens » d'Afrique centrale », *Santé Publique & Sciences Sociales*, N° 8 & 9, Juin 2002, pp 217-239.

-1994, « Qui informer au Congo : Malades, familles, tradipraticiens, religieux ? » in *Psychopathologie africaine*, vol XXVI, N° 2, pp 189-209.

HENAFF, Marcel, 1991, *Claude Lévi-Strauss*, Paris, éd Belfond.

LASSERRE, Guy *Libreville : La ville et sa région*, France, Armand Colin

LAPLANTINE, François, 1976, *Maladies mentales et thérapies traditionnelles en Afrique Noir*, Paris, Jean Pierre Delarge.

LEDROUT, Raymond, 1979, *Sociologie Urbaine*, 3^e éd., Paris Puf.

LUNEAU, René, 2002, *Comprendre l'Afrique, Evangile, modernité et mangeur d'âmes*, Paris, Karthala.

MARIE Alain, 2002, « Une anthropo-logique communautaire à l'épreuve de la mondialisation : de la dette à la lutte sociale (l'exemple ivoirien) », *Cahiers d'études africaines* N° 166, XLII-2, pp.207-255.

- *Avatars de la dette communautaire. Crise des solidarités, sorcellerie et procès d'individualisation* (itinéraires abidjanais) in Marie, Alain (éd.), *L'Afrique des individus*, Paris Karthala, 1997, p. 262-263.

MAUSS Marcel, 1923-1924, « Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques », in *Sociologie et Anthropologie*, Puf, « Quadrige ».

MAYER, Raymond, 2002, *Histoire de la famille gabonaise*, 2^e éd, Multipress-Gabon, Libreville.

MBA BITOME, Jérôme, 2001, « Etiologie de la santé, thérapeutiques de la maladie », in *Cahiers Gabonais d'Anthropologie* n° 7, pp. 727-766.

MBETI John, 1972, *Religions et philosophies africaines*, Edition Clé, Yaoundé,.

MEILLASSOUX Claude, 1964, *Anthropologie économique des Gouro de Côte d'Ivoire : De l'économie de subsistance à l'agriculture commerciale*, Paris, Mouton, La Haye.

MINKO MVE, 2003, Bernardin *Gabon entre tradition et post-modernité : Dynamique des structures d'accueil Fang*, Paris, L'Harmattan.

Organisation Mondiale de la Santé (O M S).Rapports technique Afro N° 1, sur la médecine traditionnelle africaine : rapport d'un comité régional d'experts, Genève, 1976, p. 58.

ROSNY, Eric (de), *L'Afrique des guérisons*, Paris Karthala, 1992.

TONDA, Joseph, *Le Souverain moderne : Le corps du pouvoir en Afrique central* (Congo, Gabon), Paris, Karthala, 2005.

-2002, *La guérison divine en Afrique centrale* (Congo, Gabon), Paris, Karthala,.

- 1994, *Suivi des malades et dynamiques familiales à Brazzaville*, Communication présentée à l'atelier sur la prise en charge des sidéens au CHU de Brazzaville, 5-7 mai.

- 2002, « Economie des miracles et dynamiques de « subjectivation/civilisation » en Afrique centrale » in *Politique Africaine*, n° 87, Paris Karthala, p.20.

TOURAINÉ Alain, 1992, *Critique de la modernité*, édition Fayard.

VILLERS Gauthier (de), 1994, « Propositions introductives », *Cahiers Africains*, Paris l'Harmattan, pp. 1-14.

ZEMPLENI, András., 1975, « De la persécution à la culpabilité » In *Prophétisme et thérapeutique. Albert Atcho et la communauté Bregbo*, Paris, Hermann, p.213.

LEVI STRAUSS, Claude, 1958, *L'Anthropologie structurale*, Paris, Plon, pp. 183 – 185.

CANNON, W. B., 1942, « Voodoo » Death, *American Anthropology*, n. s., vol. 44.

BONHOMME Julien, 2006, Réflexions multiples : *Le miroir et ses usages rituel en Afrique centrale*, Article à paraître dans *Images re-vues* n°4 (Objet mis en signe/mis en scène).

KALIS Simone, 1997, *Médecine traditionnelle, religion et divination chez les Seeree de Siin du Sénégal : la connaissance de la nuit*, Paris, L'Harmattan, pp. 180 - 181.

CHATORA, R., 2003, « vue d'ensemble de la médecine traditionnelle dans la région africaine » In *Observatoire de la Santé en Afrique*, vol. 4, N°1, p. 4.

MBA BITOME, J., 2001, « Santé-Maladie : considérations étiologiques et thérapeutiques en milieu Fang » In *Cahier Gabonais d'Anthropologie*, n° 7, Libreville, Université Omar Bongo, p. 727.

A.4- Rapports et mémoires

KOUMBA MOUMBA Judicaël, *Fondamentalisme pentecôtisme et anomie : cas de l'Eglise Délivrance Grande Puissance de Jésus*, Rapport de licence, Libreville, UOB, 2003, 30 p.

- *Idéologie de la prospérité et patrimonialisation de Jésus Christ : cas des églises Chapelle des vainqueurs et Mission des assemblées de Dieu à Libreville*, Mémoire de Maîtrise, Libreville, UOB, 2004, 98 p.

MENSAH NGOMA ADETE Ernest Fabert, *Les Nganga et les conflits familiaux à Libreville*, Rapport de licence, Libreville, UOB, 2004, 56 p.

- *Les Nganga et les conflits familiaux à Libreville*, Mémoire de Maîtrise, Libreville, UOB, 2004, 159 p.

MINTSA MI NDONG AUBERT, *Les fondements socioculturels de la survivance des pratiques communautaires traditionnelles en milieu urbain : le cas des fang du Woleu Ntem à Tong Abè et Cocotiers*, Mémoire de Maîtrise, Libreville, UOB, 2003.

NFONO ASSOUMOU GEORGINA MICHELLE, *Posture du magicien : Miracle et diabolisation de l'expérience de guérison à Libreville*, Mémoire de Maîtrise, UOB, Septembre 2005, p. 63.

NKOLO EBONGOGNO NDENGA GEORGINA, *Stérilité et sexualité interdite : cas des « maris et femmes » de nuit à Libreville*, Mémoire de Maîtrise, U O B, Septembre 2006.

B- Sources internet

MOENS, Frédéric *Dette et société, le lien social : un jeu d'obligation*, <http://www.catho.be/tournai/documents/dettesoc2.rtf>.

BERNAULT, Florence, *Magie, sorcellerie et politique au Gabon et au Congo-Brazzaville*,

<http://history.wisc.edu/bernault/magie%20sorcellerie%20et%20politique.htm>

FOURNEL Louise, *Syncretisme symbolique et guérison : le cas d'un « guérisseur » québécois contemporain*,

<http://www.unites.uqam.ca/religiologiques/no8/fourn.pdf>.

C- Sources cartographiques

- ❖ Carte n°1 : carte du Gabon / LAGRAC /UOB /2005
- ❖ Carte n°2 : Libreville/ LAGRAC /UOB/2005
- ❖ Carte n°3 : Quartiers enquêtés/ LAGRAC /UOB /2005

D- Sources photographiques

- ❖ Photo n°1 : Cliché Christian Mayissé, Libreville le 14 mai 2005
- ❖ Photo n°3 : Cliché Emmanuel Ekankang Effa, Libreville le 24 avril 2004

E- Sources orales

- 1 - **Nom** : MBOUALA
Prénom : Jean Fidèle
Age : 64 ans
Ethnie : Masango
Clan : Sima
Village : Imenou Nzinga par Mbigou
Profession : Agent de Delmas en retraite
- 2 - **Nom** : MIDOKO
Prénom : Gilbert
Age : 63 ans
Ethnie : Nzébi
Clan : Maghamba
Village : Ndongo district de Pana
- 3 - **Nom** : OBAME EDANG
Prénom : Georges
Age : 69 ans
Ethnie : Fang
Clan : Oyek
Village : Afane Mendome
- 4 - **Nom** : CONDO-WIDAH
Prénom : Paul Antoine
Profession : Douanier retraité
Age : 72 ans
Ethnie : Galoa
Clan : Aghekaza-N'Avandji
Village : Sawouti
- 5 - **Nom** : NGUEMA ETOUGHE
Prénom : Valery
Age : 31 ans
Profession : Agent de sécurité
Ethnie : Fang
Clan : Yengwun
Village : Anvam (frontière Guinée Equatoriale)
- 6 - **Nom** : NDONG
Prénom : François
Age : 40 ans
Profession : Magasinier
Ethnie : Fang
Clan : Efak
Village : Adzap par Bitam
- 7 - **Nom** : OSSAVOU YI NGOUWA
Prénom : Albert
Age : 65 ans
Profession : Electricien en retraite
Ethnie : Nkomi
Clan : Assavou N'Adjoumba
Village : Awuta Nengue
Quartier : Akébé-ville
- 8 - **Nom** : RAGANYSO
Prénom : Joseph

Age : 65 ans
Retraité
Ethnie : Nkomi
Clan : Ayamba
Village : Odimba (Ste Anne)

9 - *Nom : JOCKTANE*

Prénom : Colette Maguy
Age : 63 ans
Profession : Contrôleur des Impôts retraitée
Ethnie : Galoa
Clan : Akaza
Village : Elowé

10 - *Nom : NICHORERE LASSENY*

Prénom : Joseph
Situation professionnelle : Agent de banque retraité
Ethnie : Mpongwe
Clan : Ozuwa
Village : Toulon (Re-Ndama)

11 - *Nom : MIDOKO*

Prénom : Gilbert
Age : 63 ans
Profession : militaire retraité
Ethnie : Nzébi
Clan : Maghamba
Village : Ndongo district de Pana

12 - *Nom : EBANG WEDZO*

Prénom : Bruno
Age : 28 ans
Profession : Technicien à l'Intercontinental
Ethnie : Fang
Clan : Essandone

13 - *Nom : MEDZE*

Prénom : Evelyne
Age : 43ans
Profession : Commerçante
Ethnie : Fang
Clan : Mving

14 - *Nom : IWANGOU MBADINGA*

Prénom : Eric
Age : 26 ans
Profession : sans
Ethnie : Punu
Clan : dibursimbu

15 - *Nom : ISSOGUI née AMAKA.*

Prénom : Sidonie Disi Dominique
Age : 47 ans
Profession : sans emploi actuellement (secrétaire juridique de formation)
Ethnie : Nkomi Mpongwè
Clan : Odoni et Assiga,

16 - *Nom : LOHCK*

Prénom : Chantal
Age : 27 ans,
Profession : Institutrice
Ethnie : Nkomi
Clan : Asiavou n'adjoumba

17 - *Nom : MOUSSAVOU*

Prénom : Bernadette
Age : 38 ans
Profession : commerçante
Ethnie : Punu
Clan : clan

18 - *Nom : MOUSSAVOU.*

Prénom : Emilienne
Age : 32 ans

- Profession** :commerçante
Ethnie : Massango
Clan : Inconnu
- 19 – **Nom** : MAMADIA
Prénom : Solange
Age : 38 ans
Profession : commerçante
Ethnie : Sake
Clan : Mizambe
- 20 – **Nom** : NTCHUWA
Prénom : Olivia
Age : 24 ans
Profession : étudiante
Ethnie : Galoa
Clan : inconnu
- 21 – **Nom** : BAWENGUI
Age : 34 ans
Profession : Instituteur stagiaire
Ethnie : Nzebi
Clan : Moande
- 22 – **Nom** : NZE EKOUMA,
Prénom : Ferdinand
Age : 41 ans
Profession : Surveillant général
Ethnie : Fang
Clan : Essatouk
- 24 – **Nom** : Mme ISSEMBE
Prénom : Félicité
Age : 55 ans
Profession : Ingénieur informaticienne, retraité
Ethnie : Mpongwé
Clan : Agwenkowa
- 25 – **Nom** : NDONG née MINKOUE MI-NDONG
Prénom : Rose
Age : 44 ans
Profession : commerçante
Ethnie : Fang
Clan : Yebiving
- 26 – **Nom** : EYENE ABAGHA
Prénom : Marcellin
Age : 63 ans
Profession : gendarme retraité
Ethnie : Fang numu
Clan : Essabam

TABLE DES MATIERES

	Pages
Dédicace	
Remerciements	
Exergue	
Introduction.....	1
Première Partie.....	11
Chapitre I : Problématique	
A – Champ d'étude.....	12
B – Etat de la question.....	17
Chapitre II : Perspective de travail	
A – Hypothèses.....	49
B – Construction du modèle d'analyse.....	63
Deuxième Partie.....	76
Chapitre III : Images « construites » et Images « conçues ».....	77
A – Images « construites ».....	77
B – Images « conçues ».....	83
Chapitre IV : Nganga et pasteurs charismatiques : mêmes schèmes de fonctionnement..	90
A – Divination.....	91
B – Entretiens « Spirituels ».....	96
Conclusion.....	110
Sources documentaires.....	119
Table des matières.....	128

ANNEXES

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Corpus Oral

ENTRETIEN N° 1

Récit de EBANG WEDZO, Bruno 28 ans secondaire Technicien à l'Intercontinental, Concubinage trois enfants, ethnie fang, clan Essandone, quartier la campagne (ancienne Gare routière)

La famille africaine, vous savez de nos jours, je suis jeune c'est vrai, mais on grandit et on constate pas mal de circonstances par exemple les sœurs de ta mère qui en veulent à ta mère ou ta mère qui est mauvaise. En général la famille africaine plus typiquement gabonaise n'aime pas le bien de son frère il faut être claire là-dessus.

Cette famille n'est plus unie comme avant même si il faut le dire toutes les familles ne sont pas divisées mais ce que l'on vit actuellement c'est la division totale.

Ce qu'il faut reconnaître dans le problème qui divise les familles aujourd'hui, c'est l'argent. L'argent comme on le dit c'est le nerf de la guerre, donc la plupart des divisions de famille prennent la source dans l'argent.

L'école, il ne faut pas le cacher est aussi une des raisons qui divise les familles. Vous imaginez des parents qui se sont dépensés pour préparer l'avenir de leur enfant. Lorsque de dernier termine les études et obtient un emploi, il n'est même pas reconnaissant vis-à-vis de ses parents, il préfère vivre seul avec sa femme et ses enfants, oubliant tout le bien que les parents ont fait pour lui alors comment voulez-vous que les parents réagissent dans ce cas. Si c'est moi, je maudis l'enfant et puis c'est tout.

Au sujet des ngangas, je ne suis pas trop accroché c'est-à-dire que je n'y vais pas régulièrement. Quoique ma grand-mère est ngangas.

Mais je reconnais que j'ai eu pas mal de problèmes dans ma vie c'est pourquoi je suis là. Je n'ai jamais voulu fréquenter les ngangas, mais un jour il a fallu que je le fasse. Aussi, un jour je dormais, j'ai senti que mon corps ça n'allait pas, attention, faut pas se voiler la face, je vous explique que ce n'était pas mon problème, même là où vous me voyez, c'est pas trop ça, mais j'y viens parce que j'ai des problèmes bon, ça va, ça va, on se montre comme des hommes, cela ne veut pas dire venir tuer quelqu'un, je pense que c'est pour protéger son corps et après cela, toujours rester serein(...).

ENTRETIEN N° 2

Récit de MEDZE Eveline : 43 ans niveau 5è profession Commerçante, mariée, 4 enfants, ethnie fang, clan Mving, entretien réalisé le 05/04/2004 au quartier PK8.

Il y avait un temps dans ma vie où j'ai fréquenté le ngangas et cela pour plusieurs raisons : la malchance, la sorcellerie, le blocage etc.

Dans la plupart des cas, je me suis rendu compte que les ngangas que je fréquentais n'étaient pas toujours efficaces, car ce qu'ils me disaient n'était pas toujours la vérité. C'est pourquoi je pense qu'un ngangas c'est un truand qui détruit les familles même s'il faut reconnaître qu'il y a d'autres qui soignent, mais le plus grand nombre est truand.

Vous voyez, les ngangas divisent les familles, regardez par exemple si je suis malade, je pars chez un ngangas et qu'il me dise que c'est mon frère qui me fait cela, quand je reviens, c'est clair que je ne dirais plus bonjour à mon frère, c'est déjà la division.

Il y a aussi de l'argent et la politique qui divisent aussi les familles par exemple moi je suis du PDG et mon frère du MORENA, on ne va plus s'entendre à cause de nos différences. La jalousie aussi, si par exemple mes enfants ne sont pas allés à l'école et que ceux de ma sœur ou mon frère ont appris, je peux par des chemins détournés nuire à leur épanouissement ce qui va me diviser avec ma famille si on me découvre, puisque je deviens une sorcière. Mais la seule personne capable de rendre compte de la situation c'est le ngangas.

Mais il faut dire qu'avant, les ngangas dans les familles protégeaient les membres de leur famille, moi je me rappelle, ma marâtre était ngangas, mais elle nous protégeait, elle nous soignait, mais il y avait pas beaucoup de problèmes dans la famille, mais je vois maintenant les autres, tu pars aujourd'hui là, il te dit quelque chose, y a rien, il n'y a pas de vérité dessus, mais ma marâtre était ngangas, elle nous protégeait des sorciers et autres, mais tout ce que nous voyons aujourd'hui en tout cas la majorité ce sont des mensonges.

Avant, devant de nombreux problèmes, les ngangas travaillaient mais cette situation est désormais rare, c'est peut-être un quart qui le fait mais les trois quarts ne font absolument rien si ce n'est que de chercher l'argent(...).

ENTRETIEN N° 3

Récit de IWANGOU MBADINGA Eric, 26 ans, (secondaire) sans emploi, vit en concubinage, trois enfants, ethnie punu, dibursimbu (clan) quartier PK8.

Déjà un ngangas c'est déjà l'ensemble de tout. Le ngangas c'est celui qui soigne, le tradipraticien, c'est le ngangas et c'est celui qui fait un peu de tout, tous les mauvais sorts en tout cas, c'est-à-dire qui lance et qui enlève les mauvais sorts. Il fait aussi des retours à l'envoyeur. Mais fondamentalement, le bon ngangas ne peut pas faire de mal, il sait seulement enlever les mauvais sorts et peut-être rendre à celui qui l'a envoyé.

Vous savez comme on le disait, le ngangas est celui qui a tout, qui voit tout et qui fait tout donc déjà, les rapports avec la famille c'est que, lorsqu'on est ngangas c'est toujours la mauvaise image du ngangas qu'on retient. Donc les liens avec la famille sont partagés, d'autres apprécient, mais il y a d'autres qui n'apprécient pas, ça dépend d'abord de l'ethnie et de la tradition même. Pour ce qui est de moi, ma famille n'apprécie pas vraiment ce que je fais, je suis punu et les punu ne connaissent pas vraiment le ngangas donc accepter cela c'est difficile.

Nous vivons des difficultés permanentes au sein de la famille, des difficultés qui sont dues aux mauvais sorts que l'on jette pour me nuire car ils disent que c'est lui qui est ngangas donc c'est lui qui est responsable de ces sorts, il veut sacrifier ses petites sœurs pour accroître sa puissance dans son travail de ngangas. La dernière fois qu'il y a eu un conflit remonte à il y a un peu plus de six mois. Les conséquences vous pouvez bien les imaginer, il s'agit des discussions sans fin, des accusations, vous savez lorsqu'on a affaire aux femmes, c'est le bruit assuré, il n'y a pas eu trop de tiraillements mais quand même des discussions acharnées.

Vous savez il y a des gens qui se sont battus dans la famille pour s'en sortir, ils ont tout fait pour réussir, mais finalement, ceux qui sont allés à l'école, qui ont eu un bon travail, tout de suite on les accuse d'être dans la franc-maçonnerie, la rose-croix, et qu'il ne faut pas s'approcher, c'est un peu cela. Mais de son côté, ce monsieur qui a réussi dira toujours qu'il a des difficultés et c'est difficile pour lui de sortir de l'argent alors qu'il est assis sur l'argent, il dira toujours qu'il a des problèmes, il n'arrive pas à s'en sortir, cependant c'est faux, c'est simplement difficile que ce dernier fasse une dépense pour quelqu'un d'autre (...).

ENTRETIEN N° 4

Récit de Mme ISSOGUI née AMASSA Sidonie Disi Dominique, 47 ans, Femme au foyer, niveau 3^e, sans emploi actuellement, mais secrétaire juridique de formation, 5 enfants tous des garçons, Myènè (Mpongwè) clan Odoni et Assiga, quartier azangué.

Pour ce qui est de moi, je ne fréquente par personnellement les ngangas, mais ma mère me dit que lorsque j'étais bébé, c'est grâce à une ngangas ou une tradipraticienne s'il faut l'appeler ainsi, à qui je dois la vie jusqu'à présent. Le fait que je ne fréquente pas le ngangas, c'est parce que franchement cela ne m'intéresse pas et de plus je ne me vois pas en train de dépenser mon argent chez un ngangas, je trouve cela pas très normal.

Pour moi une famille a plusieurs rôles, au foyer par exemple, elle doit s'occuper de son mari et de ses enfants, il faut que j'apporte affection et protection. Sur le plan général, c'est-à-dire les tantes, les oncles les frères, ils font effectivement partis de la famille, donc il faut nécessairement se fréquenter, mais la meilleure solution c'est que chacun vive chez soi.

Il faut dire au sujet du rôle de la famille, qu'il n'est plus le même par ce qu'avant, nos grands-parents étaient le plus souvent regroupés dans un village, mais maintenant avec la vie actuelle, l'émancipation, chaque personne vit chez soi avec ses enfants et si vous avez un grand frère qui vient une journée ou une semaine pour passer quelques jours parce qu'il est malade, mais il retourne tout de suite après chez lui.

L'argent joue un grand rôle actuellement, ce que je veux dire n'engage que moi, il se trouve que la parenté, la famille dépend aussi des moyens sociaux de chacun, on dirait les pauvres vivent ensemble et les riches aussi vivent ensemble. Les problèmes qui affectent les familles aujourd'hui sont très nombreux, on peut commencer par celui de la situation sociale des individus, mais aussi le grand fléau qui sévit actuellement c'est-à-dire le « on m'a mangé », chaque fois que vous voyez vous-même ou encore lorsque vous avez raté votre vie et c'est là où commence le « on m'a mangé » et c'est à ce niveau que la famille commence à se diviser (...).

ENTRETIEN N°5

Récit de LOHCK Chantal, 27 ans, Bac B (Institutrice principale), enseignante depuis 2 ans, célibataire et trois enfants à sa charge, myènè, Asiavou n'adjumba, quartier PK10

Je ne fréquente plus de ngangas tout simplement parce que je pense que c'est le moment où tout le monde devrait se jeter à la recherche de Dieu. Mais cela ne signifie pas que je ne crois pas à ce qui peut avoir un rapport avec la tradition.

Lorsque je fréquentais les ngangas, la dernière fois que je l'ai fait, cela s'est soldé par un « remue-ménage ». Ma réaction fut très mauvaise à l'instar de notre famille toute entière où tout le monde avait mal digéré cette affaire. En fait cette affaire remonte à il y a dix ans après la mort de mon papa. Il y a eu des problèmes qui ont été soulevés après ce drame, il y a de nombreuses décisions, mais il faut noter qu'il y avait une d'entre nous, une de mes sœurs qui est allée voir un ngangas et qui s'est fait initier à l'issue de cela, elle a donc découvert plusieurs choses que nous ignorions. Donc cette sœur nous a demandé de tenter ma même expérience parce qu'elle ne voulait pas nous le dire par sa bouche, il fallait donc que nous-mêmes allions vérifier ces différentes informations.

Pour ma part, j'y suis allée et j'ai découvert de nombreuses choses qui nous ont sidérés et sans nous le cacher aujourd'hui notre famille est quasiment divisée.

Je pense que la famille devrait être le lieu où tous les membres vivent en harmonie les uns avec les autres, s'entraider lorsque ça ne vas pas, savoir répondre aux besoins ou aux attentes des uns et des autres, protéger les enfants, mais se protéger mutuellement. De plus, il faut une symbiose, que personne ne se sente rejeté loin des autres, il faut que l'on sente une joie véritable depuis l'enfance jusqu'à ce que l'on devienne une grande personne, une personne adulte.

Pour ce qui est de notre cas, il est clair que les caractéristiques que je viens de décrire n'existent plus. En effet, je pense qu'il y a de nombreux problèmes responsables de ce changement et parmi ces problèmes, on note la jalousie dans la famille, si l'un a réussi et que l'autre n'a pas la même « chance », à ce niveau on peut déjà noter une source de division. Il y a aussi le problème de mésestime. Dans le cadre de ma famille par exemple, où il y a beaucoup de filles, si le mari de l'une est nettement mieux socialement de celui de l'autre, on verra tout de suite des problèmes naître(...).

ENTRETIEN N° 6

Récit de MOUSSAVOU Bernadette, 38 ans, niveau 5^e, sans emploi, commerçante (petit commerce d'auto subsistance), célibataire, 5 enfants à sa charge, Puntu, clan Baghambu, quartier PK 11 (Melene)

Plusieurs, il nous est arrivé de fréquenter les ngangas, particulièrement, on avait eu un cas, ma petite sœur était malade, très malade, on a donc essayé d'aller à l'hôpital, on a fait les examens par-ci par-là, rien à signaler, le médecin nous a confirmé que cela n'était pas une maladie de l'hôpital et qu'il fallait aller voir un ngangas.

Et quand nous sommes allés voir le ngangas, vous savez le ngangas ne peut pas te dire que ça c'est une maladie naturelle, Donc les ngangas nous disaient toujours soit ce sont les parents paternels, soit les parents maternels donc vraiment, on avait pas une confirmation exacte quoi.

Alors, mon grand frère, lorsqu'on nous disait chez un ngangas que c'était le côté paternel, il se fâchait véritablement contre ces parents-là et inversement. De plus, lorsqu'on réunissait les deux familles, elles se rejetaient la balle en disant « on ne sait pas » c'était donc cette situation.

Quand les mésestimes ont commencé, il y a eu une concertation de famille ou les ngangas nous ont dit que si il y a mésestime, entre nous, les deux familles, l'enfant ne peut pas guérir donc il faut trouver une solution, c'est-à-dire qu'il fallait que les deux familles parlent le même langage, c'est ça.

Le rôle de la famille est grand, par exemple, si il y a un problème, les deux familles doivent s'entendre et donner une solution à ce problème. Mais vous savez ça dépend des familles. Par exemple dans ma famille, s'il y a un décès, les deux familles se réunissent, on fait par exemple des cotisations après on résout les problèmes voilà. Mais dans d'autres familles, s'il y a la mésestime, même si il y a des problèmes, elles ne peuvent plus se réunir, ce n'est pas facile (...).

ENTRETIEN N° 7

Récit de MOUSSAVOU Emilienne, 32 ans, niveau 2nd, commerçante au petit marché du PK 8, veuve mère de 7 enfants, Ethnie Mssango, quartier PK 8.

J'ai plusieurs fois fréquenté les ngangas pour de nombreuses raisons, dont la mort de ma mère, la maladie de ma grand-mère. Seulement, je me rends compte que ce que fait le ngangas, c'est pour vivre parce que tout ce que le ngangas nous avait dit, nous le croyons alors que c'était faux. Cela a donc causé les mésestimes entre les deux familles, il y a eu des grandes bagarres, il y a eu même des tueries, or que cette histoire était fautive.

Le rôle de la famille, selon moi doit être par exemple dans cette situation que nous avons vécu, on s'entend avant de prendre une quelconque décision. Et puis, la famille avant était unie, solidaire, les membres de chaque famille s'entendaient entre eux. Mais aujourd'hui, je ne sais pas pourquoi cette situation a changé. Même dans ma famille, lorsque ma mère est morte, on m'a laissé seule, même lorsque mon mari est mort, c'est la même situation. En mon sens, ce qui cause cela, pour mon cas, c'est le fait que je ne travaille pas, je n'ai pas une maison où je peux accueillir quelqu'un qui vient chez moi, je n'ai pas d'argent donc, c'est pourquoi les gens me fuient. Cela prouve que ce que je vous ai dit est vrai, la famille n'est plus la même, les gens sont désormais divisés, ceux qui travaillent entre eux et ceux qui ne travaillent pas, pauvres comme moi, entre eux aussi.

Les problèmes qui désorganisent les familles, il y a beaucoup, mais surtout la sorcellerie, et l'histoire d'argent.

Comme je vous l'ai dit au début pour moi le ngangas c'est quelqu'un qui n'a pas de travail, ce qu'il fait c'est là son morceau de pain, c'est là où il vit. Mais avant, il y avait des vrais ngangas, tu es malade, il te soigne, il ne peut pas te dire « c'est tel qui te tue » il te dit simplement que tu es malade et il te soigne la maladie. Or en ce moment, les ngangas ne disent plus « tu as telle maladie, va à l'hôpital » non, il va dire que c'est ton père qui te tue. En tout cas, sur vingt, il y a peut-être deux qui sont vrais actuellement.

Dans ma famille, nous comptons un ngangas, c'est mon propre petit frère, il ne vient même plus ici, nous n'avons plus de rapport il vit à Port-gentil, et moi ici, donc comme il est ngangas, je préfère qu'on vive de cette manière (...).

ENTRETIEN N° 8

Récit de MAMADIA Solange, 38 ans, niveau 3^e, commerçante, mariée, 4 enfants à sa charge, ethnique Sake, Mizambe, quartier IAI.

A l'exception de la maladie de mon petit frère qui était malade, je ne fréquente pas les ngangas, cette maladie de mon petit frère nous a conduit à consulter une dame ngangas qui nous a dit la vérité sur la maladie de l'enfant, mais pour soigner, elle ne le savait pas, mais elle a tout de même conseillé mon petit frère de repartir au village pour voir notre père et la famille afin qu'ils fassent une réunion pour que tu sois soigné. Mais lui, ne l'avait pas voulu, il a préféré repartir à Makokou pour continuer ses études. Mais quand il est parti, il ne voyait plus rien au tableau lorsque le maître écrivait, il voyait noir, ce qui lui a obligé de revenir au village. Donc notre tante, la grande sœur de notre mère est venue faire pression à notre père en l'insultant, c'est donc à partir de là que la réunion fut organisée pour que l'on soigne l'enfant qui est en ce moment bien portant. La famille n'est pas restée déchirée malgré les injures de la grande sœur de notre mère.

Le rôle de la famille est de garder ses membres mais aussi de les aider quand il y a un besoin, mais aujourd'hui, ce n'est plus le cas, ce n'est plus la même chose, c'est peut-être l'argent, qui est venu gaspiller.

Comme je le disais, l'argent est venu gaspiller tout, parce qu'aujourd'hui, si tu souffres, tu n'as pas de moyens, tu ne verras personne chez toi, mais si tu es à l'aise, c'est là où tu verras beaucoup de gens, des parents venir chez toi. Mais par exemple en ce moment, je passe des moments difficiles, mon mari ne travaille plus, moi-même je bricole avec le petit commerce, je ne peux même plus louer une maison, je suis obligée d'aller habiter avec ma grande sœur pour le moment et mon mari dort quelque part à côté, mais quand j'étais bien, mon mari travaillait, j'avais de la famille à la maison, mais actuellement tout le monde m'a abandonné parce que je n'ai plus rien.

Aujourd'hui, trouver une famille qui joue son rôle, c'est très rare, c'est vraiment rare peut-être dans certaines familles, mais c'est rare. Aujourd'hui, tu peux avoir des problèmes, tout le monde de la famille t'abandonne avec tes problèmes, on se demande même où est passé la solidarité. C'est vrai aussi que dans d'autres familles, cela existe mais la plus grande part, chacun vit chez soi avec ses problèmes. La famille gabonaise veut que tout de suite quelqu'un meurt, c'est là où ils font sortir l'argent, mais lorsque tu es malade, tu n'a personne pour t'aider (...).

ENTRETIEN N° 9

Récit de NTCHUWA Olivia, 24 ans, (Bac +1), étudiante, sans enfants, quartier PK8, Myènè.

Il m'est arrivé de fréquenter des ngangas pour des raisons de santé. Lors de la consultation avant l'initiation, parce que, je le sais, il s'est avéré que certains membres de ma famille côté paternel, je ne rentrerais pas dans les détails, qui étaient responsables de l'état de ma santé qui était précaire.

Lorsque je l'ai appris, j'étais très touchée, parce que je me dis que des parents ne vont pas mettre leurs enfants au monde pour les envoyer à Mindoubé, ce n'est pas normal.

En principe, pour entreprendre cette initiative, j'ai eu l'accord de ma grand-mère, c'est elle qui m'a donné l'argent nécessaire pour rencontrer le ngangas. Donc je me suis fait traiter, personne n'était au courant mis à part ma grand-mère, c'est donc à la sortie de mon initiation que mon père et ma mère ont su ce que j'avais fait.

Normalement, le rôle de la famille, c'est de protéger les enfants, aider les enfants à mieux s'épanouir dans la vie. Bon, moi, j'aimerais demain ou après demain voir mes enfants s'épanouir en disant que mon enfant a réussi dans la vie, c'est la joie des parents quoi. Je ne vois donc pas pourquoi un parent va faire du mal à son enfant et ne pas vouloir son avenir.

Aujourd'hui, je peux dire que le rôle de la famille est inexistant, en fait, on voit très peu de parents qui s'intéressent à la vie de leurs enfants, que ce soit sentimentalement ou scolaire. Vous savez, on a besoin de l'amour d'un père ou d'une mère, mais aussi celui des frères et des sœurs. Mais de nos jours, nous remarquons de cette amitié est désormais basée sur un intérêt. Ton frère te dira je viens vers toi c'est simplement parce que derrière sa tête, il nourrit un intérêt, ta mère ne viendra pas vers toi pour te cajoler, non, elle sait ce qu'elle va retirer de toi, c'est ce qui est mauvais. Nos grands-parents ne vivaient pas ainsi, il n'y avait pas d'argent c'est vrai, il n'y avait peut-être rien, mais l'amour, l'harmonie et la solidarité étaient là, l'amour était réel et non pas comme le nôtre actuel(...).

ENTRETIEN N° 10

Récit de BAWENGUI Yvon, 34 ans, (Bac A1) Enseignant stagiaire, Célibataire, 1 enfant (une fille), Ethnie Nzebi, clan Moande, quartier Charbonnage.

Dire que j'ai fréquenté les ngangas c'est un peu difficile, mais je sais que je l'ai fait une ou deux fois au plus dans ma vie et j'ai fini par comprendre que c'était une erreur. Lorsque j'ai compris que c'était une erreur, et grâce à ma partenaire, j'ai donc renoncé à cette voie et je me suis engagé du côté chrétien.

Ce qui m'avait amené à consulter le ngangas, c'était la situation de la vie, parce qu'au départ, les études allaient très bien, mais il est arrivé que tout n'allait plus, je pense que c'est l'une des raisons qui a fait que je puisse même écourter mes études, c'est donc comme cela que je suis allé de ce côté. Mais en fin de compte, je n'ai pas eu de solution et j'ai donc pensé qu'il fallait que je m'engage sérieusement en Christ et puis, c'est ce que je fais actuellement.

Il faut dire que lorsque j'allais consulter le nganga, ceux-ci m'informaient qu'il s'agissait de quelques membres de ma famille qui étaient à l'origine de mes blocages, mais ils ne m'avaient jamais cité ces personnes. J'ai donc compris quelque part que ces derniers ne m'avaient pas convaincu, donc il fallait changer de stratégie, de chemin à prendre pour voir un peu plus loin mon avenir. Mais pour revenir sur les membres supposés auteurs de mes blocages, il faut dire que je ne voyais qui c'était, et est-ce qu'il fallait penser à mon papa ou ma maman, mes parents sont en ville, mais qui exactement c'était ? C'était donc un doute dans ma vie que je n'ai pas pu réaliser.

Au sujet de la réaction de ma famille, il faut dire que puisque je n'étais pas convaincu de ce que disaient les nganga, j'ai donc trouvé inutile de fait part de cela à mes parents. Déjà que dans mon enfance, papa et maman ne nous avaient jamais parlé de nganga, ils ne nous avaient donc jamais autorisé d'y aller puisque eux-mêmes n'y allaient pas. Donc au sujet des réactions, je pense, surtout pour papa, s'il avait su, il devait vraiment se fâcher par ce qu'il est catéchiste.

Imaginez-vous quand y a un problème et que vous êtes d'une grande famille, tout de suite, c'est la solidarité qui fait en sorte que ce problème soit tout de suite résolu, mais si malheureusement vous êtes issu d'une petite famille ou d'une famille minable, bon je pense que la force ne sera pas la même(...).

ENTRETIEN N° 11

Récit de NZE EKOUMA Ferdinand, 41 ans, BECP (brevet d'étude de capacité professionnelle), Surveillant général, (Inst. Principal), 3 enfants, ethnique fang, essatouk.

A plusieurs reprises et pour plusieurs raisons, j'ai fréquenté les nganga. Vous savez que chaque personne a des objectifs, quel que soit son âge ou son niveau, alors par rapport à ces objectifs, vous prenez conscience que vous avez des difficultés pour atteindre les objectifs qui vous vous êtes fixé, à ce moment là naît un problème à vous, ce problème, il faut chercher d'abord ses origines et comment les contourner. Et dans les recherches, on peut se rendre à plusieurs endroits, bon, certains vont à l'église pour chercher la solution à leurs problèmes, d'autres fréquentent les assemblées diverses, d'autres fréquentent les nganga ainsi de suite...

Au sujet de la consultation, il faut d'abord dire qu'il y a plusieurs catégories de ngangas, ceux que j'ai rencontré ici à Libreville, j'ai plutôt décelé chez ces ngangas là que c'est un jeu qu'ils font, un de cache-cache, c'est comme si lorsque vous venez vous asseoir, c'est vous-même qui aidez le nganga à dire quels sont vos problèmes, cela se passe par de nombreuses interrogations. Mais pour mon cas, lorsque j'arrive chez le nganga, je m'assois et je lui dit tout simplement, j'ai des problèmes, c'est vous le nganga, dites quel sont ces problèmes et leur origine, c'est vrai que le plus souvent, on me trouve d'être trop dur, or ça devrait être ainsi.

Mais il y a d'autres nganga vraiment qui sont ici à Libreville, ils sont même isolés, et très recherchés dans la ville. Il faut dire que la première catégorie que j'ai décrite est celle qui fait trop le mouillage, c'est-à-dire escroquerie. Mais cette seconde catégorie ne se fait pas voir, ceux-là, font le vrai travail de nganga c'est-à-dire vous vous asseyez, il peut vous dire votre nom par lui-même, sans personne interposée, il peut vous dire quel est votre village, il a la perception extrasensorielle poussée, assez développée si bien qu'il a le don de la voyance, le don de la vision, il voit et quand il utilise ce don, il se dote alors d'une double vue, il voit dans l'au-delà que ce soit dans le passé ou dans le futur, il voit aussi physiquement, mais il y a très peu de nganga qui ont cette originalité, par contre, d'autres c'est l'argent.

Quand on rend un verdict, cela dépend car les patients sont de plusieurs ordres, y a ceux qui cherchent à résoudre leurs problèmes, sans penser à la voyance et il y a ceux qui cherchent à résoudre leurs problèmes tout en se vengeant (...).

ENTRETIEN N° 12

Récit d'IWANGOU MBADINGA Eric, 26 ans, secondaire (6^e ou 5^e), sans emploi, trois enfant, célibataire, punu, clan Dibursibu, quartier PK8.

Pour moi, la famille, c'est une partie de moi, c'est l'ensemble des personnes qui sont parentés. Maintenant, son rôle est d'aider tous les membres qui la constituent. Il faut dire que tout le monde dans la famille soit d'entraider, subvenir aux besoins des uns et des autres quand il le faut.

Aujourd'hui, c'est un peu différent, je dirais même que c'est pas facile de voir une famille qui joue encore pleinement son rôle. L'argent, l'école et la politique ont fait changer le rôle de la famille, il y a des divisions, les riches entre eux et les pauvres entre eux aussi...

Les rapports que j'entretiens avec les membres de ma familles sont des rapports que l'on qualifierait de pas assez bien, c'est pas ce type de rapports qu'on s'attend à avoir avec les siens, c'est-à-dire comme une bonne famille devait se comporter avec son fils.

Vous savez le genre de rapports qui existent entre ma famille et moi suis causés par ce que je fais. Déjà le nganga c'est celui qui dit la vérité. Alors, dans la famille si vous dites la vérité aux gens, soyez en sûr que certaines personnes ne vont pas vous voir comme une bonne personne. Mais je sais que dans ma famille, je tiens une place importante, parce que s'il y a un cas où la médecine des blancs a échoué, c'est à partir de ce moment là que moi j'interviens et c'est beaucoup de choses que de la frime. Il y a aussi d'autres personnes qui viennent me voir pour régler tel ou tel problème toujours dans la famille. Donc c'est certain que j'ai une place dans la famille.

C'est évident que lorsqu'on est nganga, on est toujours dans des problèmes avec ses parents. Pour mon cas, c'est le problème d'héritage, beaucoup dans la famille ne voulaient pas que j'hérite de mon père ce travail de nganga, certains de mes parents ne voulaient pas que la succession soit assurée quoi.

Les tous premiers problèmes que j'ai eu avec mes parents sont arrivés juste après la mort de mon père, et comme je vous l'ai dit, mes parents ne voulaient pas que j'hérite de mon père qui était un grand nganga (...).

ENTRETIEN N° 13

Récit de Mme ISSEMBE Félicité, 55 ans, Bac + 5 (Ingénieur informaticienne, retraité), célibataire, un enfant, ethnique Mpongwé, clan Agwenkowa, quartier Batavéa.

J'ai mainte fois fréquenté les nganga pour de nombreuses raisons. Le plus de fois parce que j'étais souvent malade et c'est la principale raison qui m'a conduite à fréquenter les nganga.

Comme je viens de vous le dire, j'ai fréquenté les nganga surtout à cause de ma santé. Il fut une année particulière où je pouvais mettre l'accent, celle où j'ai passé trois jours sans parler. Donc dans ces conditions, on m'avait amené chez le nganga où on m'a fait un certain nombre de choses dont je ne me rappelle plus pour certaines, mais toujours est-il qu'après ces différents traitements, j'avais recouvré la parole.

Vous savez dans le domaine des consultations des nganga, je suis toujours un peu sceptique parce que je considère qu'une maladie quand elle arrive, je la prends comme elle vient c'est à dire une simple maladie, mais qu'on me laisse entendre que c'est quelqu'un, bon ! Je n'en veux pas trop à la personne parce que je ne sais pas ce qui a présidé à l'élaboration de cette maladie, c'est quelque chose que je n'arrive d'ailleurs pas à expliquer moi-même.

Il faut déjà souligner que lorsque cela est arrivé, ma mère n'était pas sur place, elle a donc dû faire un déplacement de Port-Gentil à Libreville. Et ce qui est certain c'est qu'elle n'était pas du tout contente que j'y sois allée. S'agissant de l'auteur de cette maladie, il faut dire qu'à moi, cela n'avait pas été révélé, mais à elle si.

La famille c'est un tout, et lorsqu'on a une famille, c'est un moyen compact qui est difficile à pouvoir séparer au vrai sens du mot famille parce que, avant, la famille était unie, elle était un, la famille c'était lorsqu'on a dit quelque chose, toute la famille s'y alignait, car la décision de l'un c'était celle de toute la famille. Aujourd'hui, le rôle de la famille n'est plus le même, il a été totalement désagrégé par justement l'intellectualisme, vous savez, beaucoup de gens ont aujourd'hui appris. Avant quand on était au village, on n'avait pas cette lumière que les études nous ont apportée. Or maintenant, on est sorti, on est allé à l'extérieur où on a vu comment les uns et les autres vivent donc on a trouvé vraiment des modes de vie différents des notre. Ce qui entraîne une sorte de dénaturation de la famille selon nos anciennes conceptions. Maintenant, les gens sont chacun pour soi, Dieu pour tous comme on le dit vulgairement (...).

ENTRETIEN N° 14

Récit de Mme NDONG née MINKOUE MI-NDONG Rose, 44 ans, terminal, commerçante, mariée, deux enfants à sa charge, ethnique Fang, clan Yebiving, quartier derrière l'hôpital militaire.

La famille c'est quelque chose qui doit être liée jusqu'à la fin. A l'heure actuelle, ce n'est plus comme avant, parce qu'il y a certaines familles qui sont maintenant divisées. Par exemple, si tu va voir un nganga et que celui-ci te dise que parce que ton frère fait la politique ou bien il a de l'argent, c'est simplement parce qu'il a sacrifié ton enfant pour arriver à ce qu'il fait, ou encore ton propre père, ta propre mère etc. Alors, si tu es fils, neveu ou nièce, tu ne pourras plus considérer tes parents puisqu'ils sont capables de te faire ce qu'ils ont fait aux autres.

Avec les membres de ma famille, je les considère simplement comme mes parents. D'un parce que je suis trop sentimentale, vous savez ma grand-mère a fait douze enfants et ma mère était la dernière et elle est morte dernièrement et ma mère elle aussi en a fait douze, mais il ne reste que trois, c'est en fait à cause de cela que je supporte ma famille, malgré tout le mal qu'ils me font, je les considère d'autant plus que nous ne sommes plus nombreux.

Vous savez, ce n'est pas toujours l'harmonie, l'entraide ou la solidarité dans ma famille, mais moi je préfère m'entendre avec tous les membres de ma famille, je ne sais pas ce qui se passe de leur côté, mais moi je veux dépasser tout cela. En fait, on m'accuse que je suis nganga aujourd'hui qui fait beaucoup de choses, les blancs, les grands types viennent me voir pour leurs problèmes et ces problèmes sont solutionnés, alors pour ma famille, c'est inadmissible. Mais moi je leur réponds simplement qu'il s'agit d'un don parce qu'il faut vous dire que je n'ai jamais été initiée.

La place que j'occupe dans la famille aujourd'hui est un peu complexe. Mes parents veulent que je partage les feuilles, ce n'est pas que je ne peux pas le faire, mais je préfère leur donner l'argent. Par exemple le dernier de ma mère, donc mon petit frère, je lui ai déjà doté deux femmes. Au deuil de ma mère, mes patients ont cotisé 1 050 000 F que j'ai envoyé, mais ma famille insiste toujours qu'il faut que je partage les feuilles, or je n'étais pas initiée pour dire que tout de suite je dois partager les familles à soit ma petite sœur, soit mon petit, c'est un don (...).

ENTRETIEN N° 15

Récit d'EYENE ABAGHA Marcellin, alias ATOM RIBENGA, 63 ans, niveau 3^e, gendarme retraité, Fang, ntumu, quartier OKALA CARRIERE.

La famille est la première cellule de la société, elle comprend père, mère et les enfants, là c'est selon les occidentaux, mais pour nous les Africains, la famille s'étend aux cousins, aux oncles, aux tantes, etc., c'est un ensemble très large et c'est ce qui constitue la famille.

Elle sert premièrement à peupler le village, la société ensuite. Il faut qu'elle veille sur l'éducation des membres, notamment des enfants, les envoyer à l'école, assurer leur devenir.

Malgré tout ce qui peut exister, la famille est toujours la même, même si certaines conditions de vie peuvent changer ou ont changé, la famille est toujours la même, c'est plutôt le comportement des gens qu'il faut voir.

Lorsque je parle de conditions de vie qui ont changé, je fais allusion par exemple de la manière avec laquelle les gens se plaignent, de la qualité de la vie qui est précaire, en interpellant les autorités à plus d'engagement dans la lutte contre la pauvreté. Donc, on vit bien dans les conditions de vie que la santé, l'habitat, l'école, etc. ne sont pas assez conséquents à travers tout le pays d'ailleurs.

Les rapports que j'entretiens avec les membres de ma famille sont des rapports très étroits, rapport de compréhension, d'harmonie, étant donné que nous sommes attachés par la tradition que nous pratiquons, tradition qui éduque beaucoup les êtres humains. On voit bien que nos rapports sont pour continuer les rapports d'amour, de fraternité, d'aide mutuelle etc., afin de maintenir la cohésion dans la famille.

Dans une certaine mesure, il faut dire que ma place de nganga m'a posé un certain nombre de problèmes avec les miens, parce qu'il faut que l'on parte de la base.

Partir de la base suppose qu'il faut définir ce qu'on appelle nganga, qu'est ce qu'un nganga ?

Dans la société qui est la notre, le nganga est considéré comme quelqu'un qui est en marge de la société, qui fait du mal etc.(...).

ENTRETIEN N° 16

Récit de MBOUALA Jean Fidèle réalisé le lundi 03 janvier 2005 à 12h chez le Chef de quartier Ozangué II.

Le chef de quartier doit veiller sur les habitants de son quartier, il doit voir ce qui va et ce qui ne va pas. Il doit contrôler au bon fonctionnement du quartier.

Nous réglons plusieurs problèmes : entre mari et femme. On leur donne des conseils, il y a aussi le problème de voisinage et de cohabitation. Les problèmes de sorcellerie, c'est difficile. On ne peut pas régler ce cas de problème, c'est vraiment difficile.

En ce qui me concerne, je n'ai jamais consulté de ngangas. Pour ce qui est de la famille, il faut dire qu'elle doit veiller sur tous les membres qui la constituent et c'est là son rôle.

La famille n'est plus la même aujourd'hui. On constate que les gens vivent désormais seuls chez eux sans s'occuper des autres.

Lorsqu'on a réussi dans sa vie, on s'en fout des autres, du reste de la famille. Lorsqu'on avait rien, la famille était importante, maintenant, comme on a de l'argent, c'est n'est plus la même chose, on reste maintenant loin de sa famille.

Les problèmes qui affectent les familles sont les « on a dit », le mensonge. La famille a besoin de vérité pour vivre dans l'harmonie.

Aujourd'hui, on ne peut pas dire que la famille est comme elle était avant. Il n'y a plus de solidarité, d'entraide et d'harmonie, c'est désormais chacun pour soi.

En fait, il n'y a même plus de respect pour les anciens, les enfants font ce qu'ils veulent. On ne considère plus la parole et le conseil des anciens. C'est tout ce qui fait que la famille n'est plus la même.

Un ngangas c'est quelqu'un qui a le pouvoir de venir dire par exemple que dans tel terrain, il y a un marteau ou il y a un sorcier ; mais quelquefois, c'est tout à fait faux.

Pour ma part, il n'y a pas de vrai ngangas, ils sont là pour gaspiller la famille c'est tout. C'est l'argent qu'ils veulent, terminé(...).

ENTRETIEN N°17

Récit de MIDOKO Gilbert réalisé le 03 janvier 2005 à 10h chez le chef de quartier Beauséjour Bisségué.

Le rôle du chef de quartier est de régler les conflits qu'il rencontre dans son quartier, de contrôler le quartier et faire un rapport à la mairie. Les conflits que le chef règle sont : les problèmes d'adultère, de couples, de banditisme dans le quartier, de terrain, de bagarres, etc.

En ce qui me concerne, je n'ai jamais réglé des problèmes de sorcellerie. Je suis à mon deuxième mandat et je n'ai jamais réglé des problèmes qui relèvent de la sorcellerie.

Je n'ai jamais consulté de ngangas, car après mes études, je suis allé directement travailler chez les blancs, donc je n'ai jamais fait ou assisté à une consultation chez le ngangas.

Pour moi, la famille se constitue autour du mariage et des enfants issus de ce mariage. Dans cette famille, le respect doit être de rigueur. Mais à présent, c'est difficile. Avant, l'oncle, la tante veillaient sur la cohésion du groupe, mais ce que nous voyons aujourd'hui, c'est que le manque de cohésion, de solidarité et d'entraide.

Vous savez, vous pouvez être nombreux dans une famille, mais il y a certains individus qui n'affichent pas le bon comportement. Il y a des individus qui, ayant réussi dans leur vie, se foutent de leurs parents géniteurs. D'autres, par contre, réalisent qu'ils doivent leur existence à leurs parents.

Il y a plusieurs critères qui posent problèmes dans la famille. Par exemple, deux frères mariés, l'un va coucher avec la femme de l'autre. Un neveu qui vole le matériel de son oncle, une femme qui quitte le lit conjugal pour tromper son mari.

Il y a aussi les problèmes d'accusation. Par exemple, si un enfant est malade et le père de l'enfant accuse son oncle. Cet oncle peut-il être heureux d'être accusé de sorcellerie ?

Vous savez, c'est le problème de sorcellerie qui divise et sépare la famille. Vous, par exemple, vous êtes en train de travailler, quand vous aurez vos diplômes, on dira que vous êtes entré à la rose croix. Donc, vous comprenez que ce sont ces problèmes qui divisent et séparent les familles (...).

ENTRETIEN N° 18

Récit de Obame Edang Georges réalisé le lundi 27 décembre 2004 à 10h chez le chef de quartier Adzebe Sibang.

En ce qui me concerne, le rôle du chef de quartier c'est d'abord recenser la population sous ma responsabilité. Cette population englobe les étrangers et les opérateurs économiques qui vivent dans le quartier.

Le chef de quartier doit veiller sur la salubrité, sensibiliser sur le VIH/SIDA, tenir des réunions au fur et à mesure afin de savoir ce qui se passe dans le quartier.

Les premiers conflits, du moi ns les plus importants sont les ventes illicites des terrains non cadastrés, c'est-à-dire non connus officiellement.

Il y a les problèmes de cohabitation qui se soldent dans la plupart des cas par des bagarres.

En qualité de chef, mon devoir est d'entendre les parties en conflit afin de faire revenir l'harmonie dans leurs rapports.

En ce qui me concerne, les problèmes de sorcellerie depuis ma nomination, je n'ai jamais ou du moins pas encore rencontré des problèmes de ce genre, mais il faut noter que ce ne sera pas chose facile.

A ce sujet, il faut dire qu'au moins trois quarts des gabonais sont initiés. C'est mon cas. Ce qui suppose que j'ai déjà à plusieurs reprises rencontré de ngangas. J'ai été initié parce que j'étais gravement malade et c'est après ma guérison que j'ai trouvée utile de m'adapter à ma nouvelle vie d'initié.

En ce qui me concerne, la consultation, il faut dire que je ne me suis pas impliqué, c'est-à-dire que mes parents s'y sont impliqués, ce sont eux qui m'ont conduit à m'initier. Ce qui à mon sens ne posait aucun problème puisque c'est leur initiative.

La famille est telle qu'elle est. Seulement, c'est impossible d'envisager une famille sans anciens, il faut toujours cet ancien qui maintient par ses conseils la cohésion et l'harmonie du groupe. Mais, malheureusement, il y a des anciens qui n'assument pas toujours leurs responsabilités au sein de leur famille. Actuellement, le rôle de la famille est dit en évolution. La famille avait ses droits, ses coutumes qui, aujourd'hui, ne sont plus respectés(...).

ENTRETIEN N° 19

Récit de CONDO-WIDAH Paul Antoine, réalisé le 10 janvier 2005 à 16h au quartier Aké M'indjoghonic (derrière l'Etat Major)

Le chef que je suis, règle les problèmes de tout genre. Les conflits dans les couples, les problèmes de vente illicite de terrains souvent à plusieurs personnes, les adultères, les problèmes de dette non payée et d'autres encore, y compris le banditisme.

De plus, lorsque l'Etat veut véhiculer un message aux populations, il s'adresse aux chefs de quartiers, qui eux réunissent les populations pour transmettre le message ou l'information. C'est le cas par exemple des campagnes de vaccination des enfants ou des campagnes anti-sida.

Pour vous dire la vérité, jamais, il ne m'est arrivé de traiter de problème de sorcellerie. Ce n'est pas de notre ressort.

Bien sûr, comme toute personne, j'ai déjà consulté plus d'une fois des ngangas. C'était pour des raisons de santé. J'ai donc dû m'initier chez les Mitsogho. En fait, ceux qui m'ont rendu malade avaient décidé de me rendre fou. Ils m'ont donc empoisonné, c'est alors que pour sauver ma vie, je me suis rendu chez les Mitsogho comme je viens de vous le dire. Lorsque j'ai découvert qui étaient derrière tout cela. Je n'ai pas réagi violemment comme c'était d'ailleurs prévisible, j'ai simplement cherché ma guérison et j'ai simplement laissé tomber.

Vous savez, lorsque j'étais douanier en fonction, je m'investissais pour tout le monde, j'aidais tous ceux de ma parenté qui avaient des problèmes, mais de leur côté, ils m'ont jeté un mauvais sort pour nuire à ma vie.

« Quand on aime le chien, il faut aimer les puces ». En principe, la famille doit veiller sur chacun de ses membres, petits et grands, vieux et jeunes. Mais, ce qu'on constate malheureusement, aujourd'hui, c'est qu'il n'existe plus aucune unité au sein des familles. Par exemple pour mon cas, c'est bien un membre de ma propre famille qui m'avait jeté un mauvais sort (...).

ENTRETIEN N° 20

Récit de NGUEMA ETOUGHE Valery réalisé le 27 janvier 2005 du quartier Derrière La Prison à 11h.

Pour moi, la famille est très importante. C'est la famille qui maintient l'harmonie dans la société. C'est pourquoi elle doit être soudée, les différents membres qui la composent, doivent entretenir de très bons rapports.

La vision actuelle de la famille, selon moi, est ambivalente. Il y des personnes qui, lorsqu'elles ont réussi dans leur vie, que ce soit politiquement, intellectuellement ou financièrement, viennent en aide à leurs parents, mais, il y a d'autres qui s'en foutent et laissent tomber leur famille, et préfèrent vivre de manière individuelle.

Pour ce qui est de moi, il n'y a aucun problème avec les membres de ma famille, même si en fait, j'exerce ce « travail » qui n'est pas pour moi une activité à plein temps. C'est donc pour cela que je juge ces rapports moraux.

Il faut à ce propos, ajouter que la quasi-totalité des membres de ma famille sont chrétiens, et d'aucun se demandent même comment j'ai pu me retrouver dans le Bwiti. Ainsi, ces derniers, me considèrent comme un « satanique », ce qui du reste ne nous met pas en conflit.

De plus, il faut ajouter que je n'ai pas encore de problèmes avec les miens parce que tous ne sont pas au courant de ce que je fais en dehors de mon véritable travail.

Concernant ma famille, je crois que les éléments tels que l'entraide, la solidarité et l'harmonie existent encore peuvent être pas à 100 %, mais c'est quand même existant. Il est vrai que toute la famille ne peut pas dire qu'elles vivent ces éléments, mais pour notre cas, il n'y a pas à se plaindre.

J'ai reçu une femme qui avait sollicité mes services pour que de manière mystique, j'élimine toute sa famille. Chose que j'ai refusé naturellement. En fait, son problème était le suivant : elle habitait avec son frère aîné qui, selon toute vraisemblance, avait tout fait pour elle(...).

ENTRETIEN N° 21

Récit de NDONG François réalisé le 3 avril 2005 au quartier Sibang.

J'ai déjà rencontré des ngangas, mais c'était pour accompagner un de mes amis. Cette expérience fut enrichissante puisque la personne a trouvé satisfaction. La consultation du ngangas m'a impressionné, puisque selon mon ami, tout ce qu'il nous disait était vrai. Seulement, les conséquences étaient très néfastes au sein de la famille de cet ami. Il y a donc eu une réunion de famille pour en parler, puisque certaines choses avaient été mises à jour par ce ngangas. Il faut dire qu'après cette réunion de famille, cette famille a décidé de retourner voir ce ngangas, puisque les problèmes de cet ami dont je vous ai parlé plus haut proviennent des membres de sa propre famille. Alors, vous pouvez imaginer la suite.

Pour ce qui est de la famille africaine, il faut reconnaître qu'elle est entreprenante. Ainsi, lorsqu'on apprend qu'un tel a fait quelque chose de mal, de mystique, de pas bien, on se méfie sans pour autant l'offusquer. C'est ainsi, que le chef de famille a le devoir de maintenir le bon fonctionnement de sa famille. Même si aujourd'hui, on reconnaît que le rôle de la famille n'est plus le même, mais, il faut savoir que, malgré cela, de nombreuses familles restent attachées à une forme de solidarité.

Face à l'argent, l'argent et la politique, la famille n'est plus la même. On peut voir par exemple un individu au village qui vit de la pêche, perdre toute considération devant son petit frère qui est allé à l'école et qui travaille. Il y a comme un renversement de situation, de valeur. L'aîné perd désormais tout ses droits, son autorité afin de voir son cadet être le plus considéré.

En ce qui concerne l'entraide, l'harmonie et la solidarité, il faut dire qu'ils ne sont plus d'actualité. Le seul moment où se manifestent ces trois choses, c'est lorsqu'il y a un décès, un deuil ou encore lorsqu'on sait qu'on peut y tirer un intérêt quelconque.

Pour moi, un ngangas est un guérisseur qui travaille avec ses propres méthodes que l'on doit différencier des méthodes du tradi-praticien. Les ngangas, dans un passé encore récent, faisaient la fierté des africains. De nos jours, avec le phénomène de commercialisation, il y a trop de faux. Il est presque impossible de distinguer le vrai du faux (...)

ENTRETIEN N° 22

Récit de OSSAVOU YI NGOUWA Albert réalisé le 10 janvier 2005 au quartier Akébé-Ville à 14h30.

Gha vakili myé gha longo, ma livogho, me re djivira gho poghiz'oghanga kondè nè aghanga wé djoniz'ingwé. Eghobè zè poghina wé aghanga polo, oghanga esukina ka gho twa anaghi wó, mongi yó.

Ghambè ghè fang'avé idjuwa avéré kó wa fanga anaghi wó ghalo avé wawo néré to djoghano.

Visa ipakila si ntché ghere bulyo pa nè obota ni reré wéré touwo. Ntchô wa touwi wawo, awanai wó kè ka wa touwa wé gha teni ogholi ngondó.

Ntina me yôno ntchô wa kenda ghéré oghanga wili n'y a ye dadiè nè y andjina myé okawa ntchonè tata ni mama wéré ni ignèmba, agnèmbi mawo m'aro djéna myé vyaghano gho kenda gho touwa wawo.

15 janvier 1976, mi pila gho djinguina gho musulman, omwan'tami epila kè gho djan'ekèyikèyi n'oghwéli, ma pakili gho noghé nagho yi. Sambo, méré dèwa na wawo mbora mo kondé n'epila gho djana, ma kènda gho deva mbora gnéné, kondé eghombé mezo mbora séré sine ghé, sambo ma noghanie okili ntché mori.

Ghe noghana myé, ma noghan'okili mi boulig'n'omwan'omwango wé by a na mi né wandamine gha bangwi loto sambo owana adogwi

Lorsque j'ai commencé ma vie, je n'acceptais pas de consulter les ngangas parce que les ngangas détruisent les familles. Lorsque tu aimes consulter les ngangas, ils finissent par accuser tes parents de sorcellerie. Et comme tout le monde à peur de la mort, tu finis par fuir tes parents, et vous finissez par ne plus vous entendre.

Depuis le commencement de la terre, il est dit qu'on accuse pas son père et sa mère de sorcellerie. Si tu la fais, tes enfants te le rendront aussi.

C'est pourquoi si tu vas consulter un ngangas dis lui seulement de te protéger le corps et si papa et maman sont sorciers, que leur sorcellerie ne m'atteigne plus au lieu d'aller pour les accuser de sorcellerie.

En 1976 je venais à peine d'entrer à l'islam et ma femme avait un bébé d'un mois. Donc je ne dormais pas avec eux puisqu'elle venait d'accoucher. Donc j'habitais ailleurs et à l'époque les endroits pour dormir ne manquaient pas. J'ai donc traversé la route. Lorsque je traverse la route, je dis à l'enfant qui traverse avec moi qu'attention une voiture arrive, c'est ainsi que l'enfant à bondi en courant, et la voiture est venue me taper et je me suis donc évanouis

ni mango, loto yé bya gho bola mi, ghé poswa mi ntchela ogholo ké nkwe.

No ghé dwana mi n'ogholo wonô, sima ya feto gh'alonga aghwel araro, ogholo wéré songana. Ghe tombo sima mé yô docter ayé né n'ogholo wa pa songana no ghe to felo gnéné, aghwel'orowa. Gha byo gho bé tombé sima, ogholo wéré wa pa songana. Imigna mané oghang'ébouligna mi né ogholo wonô wéré gho tegno gha zel'ighamb'ignéné, wéré n'ighamba gna ntountou ndo ntchô wéré songa wô we soukina gho sêro kondê oghanga w'otangani aliwa aboutignî myè ni ogholo we be soukina gho sero we kondé né wa nongui polo.

Ndo omwanto ké wa liwo na myè djana pa omwana, adoubwi nkala, afali myè n'omwana we kéyi kéyi.

Ghe fala yé myè n'omwana wé kéyi kéyi ghe koka myè ézombi z'ami, myè nè ndo mi djoghô mi bè pendjavendj'amwana we kéyi kéyi mpendjavendji ndé, ghe bongha myè ambéningo n'egara z'omwana ava zo ghéré ézombi z'ami (...).

ENTRETIEN N° 23

Récit de RAGANYSO Joseph réalisé le lundi 10 janvier 2005.

Ingwé sa liwo né obota ni réré n'awana kwanga ghi mbamba, imbamba sa gh'ounda, anagha doudou wa lwanighi nkala mo. Ghambé né, oma gh'omé dou aliwo n'éwilo zé zéré yé gho dyandja gho toliza ngwé.

Mong'aliwo wé dyandj'intchagha wawo wa yondjigh'intchagha, mongi aliwo wé kenda ghi ta gho dyon'ignama, wa yonighi ignama, mongi waliwo wé dyon'éwéré.

Ghambé oma gh'omédou ghe pila yé gho mbora ye ke dyono yé n'orongo wé, ghé bya yé ékériza yôma yé deno yé ghogho ni nkala ye doudou. Nkala doudou yé gna azwé doudou za liwo zé gné épèl émo, ézéré diwo zé dwana, oma gho ntchombo yé.

Ntcho né oma aposwa ni nkani oma wa nivi nkala ayé n'ékipya gho dyngiz'oma wé dagha. Kondé né méno y'anagha doudou yi nkala yé pondiza yé, ayé sambo n'ekipyaké gho dyngiza wawo ayé n'eponiz'emoni ni ndwanini sawo.

Oghanga gh'oghang'édou édyinga ni réré ya ghi gha. Ghéré mongi avôghighi ndo inkani mpolo sôno doudou s'aténi gho té vônô s'ignona sateni gho dyarumo, s'ayingogho ni réré ya ghi gha, ni dyavi s'a ghi gha. Ghambé né, anagha wono wa tendi, azwé ké zéré deng'orendo, azéré tendé éghobe zono, azw'arendé gha vô zaré gha mongi mori wono ké tapé za kalougi ndéndini yi réré yazo, ntina mé yô yéré zwé vo.

Gho ntché doudou ni mpoundou, gha zélé gnéné ndwani yi ngwé. Gha téni vônô ntina bwé ni foura, oma gh'omé dou ntchô aré n'ifoura ghambé édyéna n'anagha pyéré n'ayé. Ndo ntchô wa zélé ni foura, wa yole dyéné oma pyéré n'awé gho ndwani ngona yinô. Ndo gha longa ghéré douwo yénô, gha diwo ma né ntcho wéré ni nkala avé deng'ignomba gni song'avé ghambé vono ghateni, ntcho wéré n'ifoura ghambé awa dendja nono anagha gho song'avé.

Eghombé zino, amvé awana wa nènô naté n'ipikili s'ani, azwé gha liwo zwé ghé ghombé z'azo za liwo ké n'ipikili s'azo. Azwé gha liwo zwé za woulnogho mané, ngwé gha longa oma gh'omé dou ntcho wa dyano ghambé we dwana ni gnombi gno, ni mongi yo, ni mbowé yo. Ndo gho té vono, na dengi, ipikilya si nkowa mori, nkowa yi itangani yé bougna mwé nè oma gh'omé dou aré gho dwana ka n'omwanto wé n'awani wé ntina meyono édyéna mwé ingwé sa teni gho dyouwa ingwé sa dyouwi (...).

C'est ainsi que j'eu un pier fracturé et on a mi le plâtre qui dura trois mois mais la fracture ne guérissait pas. Lorsqu'on enleva ce plâtre le pied était toujours pareil, on a donc mis un plâtre pour six mois encore. Lorsqu'on vient enlever ce plâtre, le pied n'est toujours pas guéri. C'est ainsi que le médecin m'a dit qu'il fallait qu'on empute ce pied puisqu'il ne guérit pas il risque de causer d'autre maladie et puis tu as trop souffert. Mais la femme qui vivait avec moi me quitta pendant la souffrance et me laissa le bébé aussi.

Quand elle me laissa l'enfant, le bébé, c'est aisé que j'appelai ma soeur, je lui dis que je souffre actuellement avec cette maladie, gardes-moi cet enfant je t'en prie. C'est ainsi qu'elle emporta la valise de l'enfant, le garda et le nourrit(...).

Les familles étaient dans le temps constituées autour du père et de la mère, des enfants jusqu'aux petits enfants et aux arrières petits enfants et tous vivaient dans le même village. Et dans cet ensemble, chacun avait son travail qui permettait de faire vivre la famille. Il y avait ceux qui étaient spécialistes dans les champs, il y avait ceux qui étaient des chasseurs, ils le faisaient pour la famille, il y avait les pêcheurs, etc.

Alors chacun lorsqu'il revient de sa tâche quotidienne, il amène le produit de son travail et fait le partage à tout le village. Au village, tout le monde mange dans la même assiette, il n'y avait pas de chacun pour soi et chacun chez soi. Si quelqu'un est tombé malade le chef de famille s'en occupait parce que c'est à lui qu'incombe la vie des gens de son village, c'est donc lui le garant de la vie et du bien être des individus.

Tout nganga soigne avec les plantes de la forêt il y avait des nganga qui consultaient aussi. Mais les grandes maladies que l'on observe aujourd'hui et que l'on ne soigne que par opération étaient soignées essentiellement par les écorces d'arbres et les feuilles de la forêt. Mais puisque les blancs ont l'écriture et que nous n'avons pas l'écriture pour marquer ces choses à cette époque, on pense qu'elles nouvelles or si on avait écrit, on ne serait pas là aujourd'hui.

Dans la terre tout entière, il n'existe plus de vie de famille. Désormais, à cause de l'argent, chacun s'il en possède il peut voir des gens le fréquenter, s'il n'en dispose pas vous ne verrez jamais quelqu'un près de lui. Mais avant, il n'en était pas ainsi, si tu as un village, la richesse c'est ta famille derrière-toi. Mais aujourd'hui si tu veux d'une famille, il te faut nécessairement avoir de l'argent.

En ce moment vous les enfants d'aujourd'hui vous avez vos conceptions à notre époque nous avons les nôtre. A notre on nous disait que la famille était une, lorsqu'on est né, on appartient à une famille, à un clan, à un lignage. Mais de nos jours, vous n'avez que des pensées basées sur un seul sens, le côté des Blancs, qui vous apprend que chacun doit vivre chez soi, avec sa femme, ses enfants c'est à cause de cela que les familles sont peu à peu en train de mourir (...).

ENTRETIEN N° 24

Récit de JOCKTANE Colette Maguy réalisé le samedi 05 février 2005 à 9h au quartier Nzeng Ayong 2.

Yeni ma ghendighi ghéré aghanga mya ghendighi gho pondaghi okouwa, gho kelaghéla. Ndo gha ghendi myé oghanga awouligni myé né wandamina ! Vô ghe dyénô gho ngwé yo, awéré tondo, véndé wa dyéna wéré n'awé vono mbyambyé azel'itonda reti gho réma, sambo wandamina, yoliz'okouwi wô, youmboun'okouwa.

Gha woulyi oghanga yéno, myé ké mya wékéli, mya wékéli yé. Ghambé gha vili myé ghér'oghanga ma liwo mya té gho ponda anaghi iwami n'antcho ambani, n'antcho anayi ; kondé mané mya wouti gho mya né oma no mendé ? Mong'ékamba na myé ma biligno né wa zélé na myé orém'imbya ndo mendé, mya wouti polo gho mya oma méwo.

No gha ro figni myé ghéré oghanga, gho penga ayé gho teviza myé ni mézimékadadyé, ntcho mézimékadyé. No gha retini yé aretini mi ina gn'oma. Gha myéni my'oma no gha ghaloughi myé ntchambi, dwani y'ami n'oma méwo. Gha ghendi myé ké gho bouligh'oma mewôno, gho touwé.

Ghéré zwé, ngwé mori yéré ighamb'ivolo, ngwé mori yéré nda, yé pila ntcho néré oboi'om, oboi we dyana avan'awengé awana wé dyana, awana méwo wé dyano, wé to dyana véngé aténi abot'awani, araro wéré kawo ngwé mo. Ngwé mori ghéré zwé gwé myéné ye kenda bo, ighamb'ivolo.

Ndo gho ntchougou y'anéno, ingwé mori s'aténi éréni, aténi datana ka ghi ighamb'ivolo,, kondé mané itangani wa wyéni gho sér'azwé ndwani y'azo ya nombé, y'intché ntina n'ighoumba.

Pivya mané, ntcho méré nenga polo awé ké nenga pa, ghambéné zéré ta, ghambé zéré iyano ivolo véngé z'azélé dyano pa réti. Yéno éré ké ntcha wé n'ighoumba myé ké n'ighoumba ghambi zéré iyano, azélé gnéné ngwé mori ya rét ntina n'intagani.

Ingwé s'até yéno kondé ghéré ké ignadi, kondé mongi wéré wa zélé n'ighoumba éghombé zéwo ké iréma ye kalwa ghandi. Ghambé né azwé ngwé myéni ze boulya mané : « oréma wi ghandi wéré pendy'iyano » (...).

ENTRETIEN N° 25

Récit de NTCHORERE LASSENY Joseph réalisé le 07 février 2005 à 16h au quartier Nmbakélé.

Iwilo zi chef de quartier, azwé si gngongo si le maire. Azwé zéré gho mya aghamba mé pyaghana gho quartier, poso lwani dwani. Ntcho wér'olwani ghambé mya. Ntéré myé vo gha yano myé gho Nombakélé m'ateni aghomi m'impouma orowa gh'énomo n'impoum'itané, ma myéni Nombakélé m'aténi ni tangui ighamba.

Ghéré myé ma tighani ghé ngangui'izama anagha wa dou wa kendagha ghambé gho mya aghamba gho téniz'izozo lwana ghoré vel'ozôzo wo gho mpono. Ozôzo azé ndjani, azé ndegho, vanga no wongui yo ke dyoghano mbogha, vel'ozozo gho mpono ghambé ovagho wa denga né awé omoni yé kondé né méwo ghé sozind'ozôzo ghombé zé dwanagha myé vono gho ghandi y'izôzo myaré n'oma wi dwana na myé nkowa. Ghambé oma méwônô ayé éghombé zéwô étenda ndo ébong'ozôzo. Ozôzo aré ni ntina aré ké ni ntchayi ni mponga sé, n'atakwé. Atakwéno teniz'izozo gharé zwé. Ghambé movo nônô gho pang'azw nônô gho mya oma wéré n'aghamba liri n'oma wéré n'aghamba méré yanga yanga méré mi zélé réti ghambé épyaghana yo movo, ékéwé.

Izôzo yéré impono si ignéngué mbela gha s'ignéngué. Ghéré zwé ghouno poso kawo irouwano. Wéré n'omori gho ndégho sambo wé é kenda wé ekalanga, oghéza é denda aghamba miré mé zélé ambya, ghambé we féy yé gho'ozôzo né ze doungwé takwana.

Ighamba gn'itouwa ghéré ighamba gni ndjouké, kondé édwana éghombé yéngué anagha wéré n'ipikila si touwa éféwo n'itangani

Oui j'ai déjà consulté des ngangui pour regarder mon corps et surveiller si tout allait bien. Mais lorsque j'y suis allé le ngangui m'avait dit de faire très attention parce que dans ma famille, on ne m'aimait pas et que même si tu vois un semblant d'amour, celui-ci n'existe pas en réalité dans les cœurs alors fais très attention fortifie-toi et caches ton corps

Lorsque le ngangui m'avait parlé ainsi, cela m'a amené à beaucoup réfléchir, seulement, mon regard sur mes parents avait complètement changé, j'étais devenue très méfiante parce que je voulais savoir qui était responsable de certains de mes maux car on m'a dit que ceux qui rient avec moi ne m'aiment pas il faut donc que je sache qui sont ces personnes.

C'est ainsi que je suis retourné chez le ngangui afin qu'il me dise clairement quelles sont ces personnes, c'est ainsi qu'il m'a cité nommément des personnes. Lorsque j'ai connu les personnes c'est ainsi que j'ai reconsidéré ma position avec ces personnes et je suis allée leur dire ce que je savais, je les avais accusé.

Chez nous vous savez la famille est quelque chose de grand. Une famille est quelque de long, elle vient de très loin, une femme qui fait beaucoup d'enfants et ceux-ci en font d'autres qui eux en font encore et ainsi de suite. Mais de nos jours, les familles sont toutes fragmentées mélangé à une nouvelle grande affaire, l'arrivée des blancs chez nous qui sont venus avec leurs marchandises pour changer notre comportement ancien.

Ainsi lorsque j'ai beaucoup appris, et que toi aussi tu as beaucoup appris donc on peut bien s'entendre, et on peut désormais dire que nous sommes de vrais parents. Cela est pareil pour ceux qui ont beaucoup de richesse, ils vont eux aussi vivre entre eux, il n'existe plus de véritables familles qui ne soient basé sur un intérêt.

Les familles sont aussi ainsi par le fait des jalousies et des rivalités entre leurs différents membres. Les gens n'acceptent plus leur condition si quelqu'un réussit ils ne l'acceptent pas mais il est dit « un cœur jaloux ne grandit pas la famille ».

Le travail de chef de quartier, nous sommes des auxiliaires du maire. Nous devons savoir tout ce qui se passe dans le quartier pour cela il faut être un ancien du quartier. Si tu es ancien, cela suppose que tu connais des choses, c'est mon cas ici à Nombakélé, j'ai déjà plein d'affaires règles.

En fait, toutes les personnes de mon âge et de ma carrure n'existent plus, ils sont tous mort, ce qui fait que pour connaître les choses de la chefferie, il te faut mettre le palabre dans al droit chemin. Parce que dans un palabre, il n'y a pas d'ami, il n'y a pas de parent c'est en faisant cela que les gens sauront que tu es intègre.

Ainsi lorsqu'il y a palabre, je ne suis pas seul à régler ces problèmes, je suis assisté de certains anciens qui connaissent tout aussi bien la loi traditionnelle et qui m'aide à trancher les conflits. Vous savez, un conflit à forcément un début et une fin, c'est comme le palabre qui a un début et une fin mais aussi des méthodes pour y parvenir.

Les palabres ont plusieurs voix, surtout lorsqu'il s'agit d'accusation de sorcellerie, les choses sont très complexes il faut beaucoup d'expérience pour les dire et les changer s'il le faut.

né supersition. Ighamba gniré gho mpono, ébonga gho kawo né ignémba. Izôô yi ré impônô s'ignengué, izôô yôno yé penga, omwana wi touvé ngui yé ko dwana éghombé yengué ni ngwé é denda yé aghamba m'oghezwa, kondé azwé ngwemyéné zéré ignemba mbolou, oghezwa, otoungwa toungwa wawo dou, ignemba (...).

Les affaires d'accusation sont comme je viens de la dire des affaires très compliquées parce que parmi les gens qui nous amène de tels problèmes il y a ceux qui ont déjà dans leur tête la pensée d'accusation donc c'est difficile de le leur enlever. Des enfants qui accusent leurs parents père et mère et des fois ces enfants ont raison parce que faut reconnaître que nous les myènè, la sorcellerie est véritable donc il ne faut pas tout rejeter (...).

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

GUIDES D'ENTRETIENS

A- Avec les familles :

I- Identification de l'informateur

- 1- Nom et prénoms :
- 2- Age :
- 3- Sexe :
- 4- Niveau d'étude :
- 5- Situation professionnelle :
- 6- Situation matrimoniale :
- 7- Nombre d'enfants :
- 8- Ethnie-clan-lignage :
- 9- Quartier :

II- Consultation

- 1- Fréquentez-vous des nganga ?
- 2- Pour quelles raisons ?
- 3- Que s'était-il passé ?
- 4- Comment avez-vous réagi après la consultation ?
- 5- Quelle est été la réaction des membres de votre famille ?

III- Familles et fonctions

- 1- Quel est selon vous le rôle de la famille ?
- 2- Ce rôle est-il le même aujourd'hui selon vous ?
- 3- Face à l'école, l'argent et la politique, comment voyez-vous la famille ?
- 4- Quels sont les problèmes qui affectent les familles aujourd'hui ?
- 5- L'harmonie, l'entraide et la solidarité sont-elles encore d'actualité dans les familles de nos jours ?
 - si oui, comment se manifestent-elles ?
 - si non, pourquoi ?

IV- Rapport familles et nganga

- 1- A votre avis, qu'est-ce qu'un nganga ?
- 2- Avez-vous un nganga de famille ?
- 3- Avez-vous un parent nganga ?
- 4- Quels sont vos rapports avec ce dernier ?
- 5- Selon vous, à quoi sert un nganga dans une famille ?
- 6- Le nganga apporte-t-il toujours des solutions aux problèmes de famille ?
- 7- A quels types de problèmes, le nganga apporte-t-il des solutions ?

- 8- Comment le nganga résout-il les problèmes dans les familles ?
- 9- Avez-vous déjà vécu des problèmes de familles qui impliquent des nganga ?
- 10- Pourquoi de plus en plus les familles consultent-elles les nganga ?
- 11- Quels sont vos rapports avec les nouvelles églises dites éveillées ?

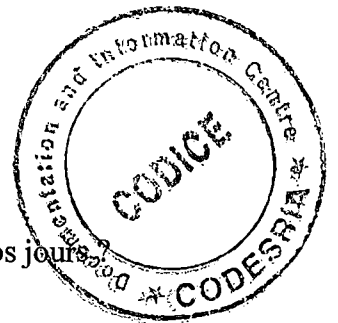
B- Avec les nganga

I- Identification de l'informateur

- 1- Nom et prénoms :
- 2- Age :
- 3- Sexe :
- 4- Niveau d'étude :
- 5- Situation professionnelle (en dehors de l'activité de nganga) :
- 6- Situation matrimoniale :
- 7- Nombre d'enfants :
- 8- Ethnie-clan-lignage :
- 9- Quartier :

II- Rapports nganga et familles

- 1- Selon vous, qu'est-ce qu'une famille ? Et à quoi renvoie t-elle ?
- 2- Face à l'école, l'argent et la politique, comment voyez-vous la famille ?
- 3- Quels types de rapports entretenez-vous avec votre famille ?
- 4- Comment jugez-vous ces rapports ?
- 5- Quelle est, selon vous votre place dans votre famille ?
- 6- Avez-vous déjà eu des problèmes avec votre famille ?
- 7- C'était quand, la dernière fois ?
- 8- Et pourquoi c'est arrivé ?
- 9- A votre avis, l'entraide et la solidarité sont-elles encore d'actualité de nos jours ?
 - si oui, comment se manifestent-elles ?
 - si non, pourquoi ?
- 10- qu'est-ce qui selon vous, est à l'origine de la désorganisation des familles de nos jours ?



III- Nganga et activités

- 1- Après consultation, avez-vous déjà eu des problèmes ?
- 2- Quels genres de problèmes (donner quelques exemples) ?
- 3- Que pensez-vous de ce genre de situation ?
- 4- Si après consultation, le problème est assez grave, êtes-vous obligé de le divulguer ?
- 5- Est-ce que d'après vous, il est raisonnable d'étaler au grand jour les secrets d'une famille ?

- 6- Que se passe-t-il lorsqu'il s'agit d'expliquer à une famille que la maladie, l'échec social ou la mort de l'un des leurs émane d'un ou de plusieurs membres de cette famille ?
- 7- Ne vous sentez-vous pas coupable ?
- 8- Que pouvez-vous proposer pour mettre fin à ce genre de situation ?
- 9- A quelles catégories sociales appartiennent les familles qui vous consultent ?
- 10- Comment expliquez-vous que les familles consultent de plus en plus les nganga ?
- 11- Quels sont vos rapports avec les nouvelles églises dites éveillées ?

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Résumé

Dans un contexte d'insécurité due au chômage, à l'individualisation, aux maladies, aux accusations sorcières en gros, à la violence de l'imaginaire de la Rose croix, de la Franc-maçonnerie qui se mêlent sans cesse à celle des *nganga* et des prophètes-guérisseurs rendant ainsi incertaine le choix du recours thérapeutique en milieu urbain.

Cette contribution porte sur les logiques profondes qui sous-tendent les recours et les choix thérapeutiques des populations à Libreville notamment. Nous pensons que contrairement aux conceptions occidentales pour lesquelles, la maladie est un disfonctionnement physiologique dû aux agressions bactériologiques ou microbiennes et qu'il faut combattre sur un plan purement organique, les populations librevilloises l'envisagent au contraire sous des schèmes différents. S'il est vrai pour les deux systèmes (occidental et africain) que, les causes de la maladie sont extérieures au malade, il reste que cet extérieur varie considérablement d'un système à l'autre.

L'idée est que le choix thérapeutique pour ces populations est inhérent à *l'image* qu'elles se font de la maladie, de ses causes, des entités en scène de la manifestation de l'infortune. Signalons que cette *image* n'est pas le fruit du hasard, mais le résultat d'une longue intériorisation par le biais de la culture, de l'éducation informelle ou non. C'est donc cette *image* qui déterminerait le choix et donc le recours thérapeutique des librevillois.

Mots clés

Nganga, pasteur, prophète-guérisseur, recours thérapeutique, image, images composites, miroir spectral, habitus, société dite traditionnelle, individualisation, maladie, lieu thérapeutique informel, sorcellerie, esprits, génies.