

VILLE AFRICAINE, LÈPRE ET INSTITUTION COLONIALE : la maladie à la confluence de deux pensées*

Anne Bargès

Anthropologue M. D, Ph.D.,
Chercheur associé au GDR 1035 CNRS
Adresse personnelle :
23 rue Thérèse, 34 090 Montpellier, France.

L'espace urbain de Bamako résulte d'un mélange entre origines mandingues (Afrique de l'Ouest), pensée occidentale, hiérarchisée et coloniale, et gestion hygiéniste de l'environnement. Émanation directe de ces dernières logiques, l'institution antilépreuse occidentale a contribué à classer et séparer les hommes mais aussi à les rapprocher. Ville, Institution et finalement Quartier : Djikoroni nous replonge dans l'univers mandingue sans toutefois nous départir de la modernité ambiante et de la confrontation des cultures que la maladie a amplifiées. L'analyse des représentations de la maladie révèle des valeurs de contact (de transmission), de la personne et de ses frontières différentes de celles occidentales. La notion de « trouble », de « collant », à la valeur médiatrice et/ou perturbatrice, s'avère fondamentale ; elle marque : l'idée de maladie en général et son summum représenté par "la grande maladie", la lèpre ; les moyens de la soigner ; le malade chronique soumis à l'itinéraire et ses fonctions sociales révélées. À travers l'événement "Maladie / Lèpre" et son caractère chronique, grave et stigmatisant, ces différences de cultures, de temps, de lieux et de personnes se sont conjuguées pour permettre à l'individu lépreux, membre d'une collectivité, d'acquiescer une place au sein de la société "globale mais la rigidité de l'ordre institutionnel français et sa conjonction avec une société africaine en mouvement ont eu et ont encore un impact direct sur les entreprises sanitaires.

Une partie de cet article a fait l'objet d'une communication lors de la 1ère Conférence Internationale d'Anthropologie et d'Histoire de la Santé et de la Maladie (Gènes, 29 mai-2 juin 1996, Italie)

INTRODUCTION

L'événement "maladie" dans une ville africaine moderne comme Bamako (Mali) confronte temps, espaces et cultures. La lèpre —ou ses équivalents vernaculaires, *banaba*, *kuna*, *bagi* etc.¹— est une vieille maladie universelle. En Afrique comme en Europe, elle s'inscrit dans la religion, la société et l'histoire des populations touchées. Chronique à révélation tardive, elle dure également dans le corps de l'homme, touche et trouble la personne humaine dans ses aspects visibles et invisibles, dans sa dimension sociale : elle le stigmatise². "L'œuvre coloniale"³ française, dont l'entreprise sanitaire fut un élément important, a soumis les peuples à des rapports inégaux ; l'espace urbain et l'organisation des soins s'en font le témoin. La gestion des malades contribuait à cet ordre social imposé. Chez les occidentaux, malgré des connaissances scientifiques élaborées, la vision de la lèpre est encore lointaine et proche à la fois, prisonnière des craintes issues d'un passé biblique, moyenâgeux ou hygiéniste comme des visions exotiques et encore hiérarchiques du monde présent. Et ces représentations fantasmées de la maladie et d'une Afrique dominée mais troublante ont permis

1 Ces dénominations concernent une grande partie de l'Afrique de l'Ouest, celle mandingophone (bambara, dioula, malinké). Voir les chapitres "La prudence du verbe" (Nommer est un acte, Les mots pour la désigner, Unité et variété mandingue) et "La lecture du corps" (la maladie commence comme une tromperie, Signes, sens et sentiments) dans A. Bargès 1997, *La grande maladie. Le sens du trouble et de l'alliance entre Institution occidentale, Afrique mandingue, Lèpre et Modernité*, Thèse de Doctorat d'Anthropologie, Aix-Marseille, 2 tomes, 786 pages.

2 Avec les réserves propres à la notion de personne africaine, à la pluralité de ses composantes et au type de rapports interindividuels et sociaux qui en découlent. D'ailleurs E. Goffman relativise sa définition du stigmaté : " Le mot de stigmaté servira donc à désigner un attribut qui jette un discrédit profond, mais il faut bien voir qu'en réalité c'est en termes de relations [souligné par moi] et non d'attributs qu'il convient de parler (...) le stigmaté représente donc en fait un certain type de relation entre l'attribut et le stéréotype " E. Goffman, *Stigmaté : les usages sociaux des handicaps*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1975, pp. 13-14. (1ère édition, *Stigma*. 1963. Prentice Hall).

3 Le qualificatif "colonial" ne contient aucun jugement de valeur et doit être pris dans son sens premier "relatif aux colonies"

aux représentations et aux pratiques africaines de prendre une place d'autant plus influente qu'elles étaient occultées⁴. Cette vieille maladie joue donc plus que toute autre le rôle d'un révélateur de la vie des individus, et aussi de la rencontre ambiguë de l'Afrique et de l'Europe et de leurs logiques sociales propres.

I-UNE SOCIÉTÉ MANDINGUE

Le Bamako du XIX^e siècle conquis par les Français est d'abord une production de la culture Mandingue (Bambara, Malinké...)⁵ et des empires ouest-africains. Il faisait partie du système politique des *kafo*⁶ mis en place par l'Empire du Mali (XIII^e siècle). La société Mandingue repose sur l'alliance apparemment contradictoire⁷ entre :

- 1) un pouvoir lignager symbolisant une *permanence identitaire* inscrite dans les puissances naturelles, dans le sol cultivé, dans le sang de la patriligne, dans le sexe masculin ;
- 2) un pouvoir basé sur la force, le conflit symbolisant le *changement*, l'altérité nécessaire au renouvellement de la vie. Cette notion de désordre est contenue dans les fondements mêmes de l'univers Mandingue que le mythe⁸ met en forme.
- 3) Cette alliance se réalise grâce à une troisième étape, *relationnelle*, peut être la plus puissante et la plus essentielle représentée par :
 - des intermédiaires symboliques, physiques, animaux (gecko *surantèrè*, hyène *suruku*, vautour *duga*), végétaux (le strophantus sarmentosus : poison-ordalie ; la termitière)
 - des phénomènes sensitifs (et synesthésiques) centrés par la couleur *rouge*⁹, la "mauvaise" odeur (la pourriture, la fermentation), "l'amer" *kuna* (goût ou sentiment), des matières et des substances gluantes, parfois dégoûtantes *nògò* (sperme, salive¹⁰, sueur anormalement grasse, huileuse décrite chez le malade "lépreux") mais aussi attirantes et appréciées...
 - des personnages *troubles* et *chauds* comme la femme¹¹, le forgeron, le griot ou encore le lépreux¹²,
 - des événements marquants comme la maladie, l'accouchement, l'acte sexuel, la mort...tantôt sacrés et propitiatoires, tantôt maudits, détestés et dangereux. Ils focalisent l'invisible et signifient une dimension mouvante et ultime, une puissance omniprésente et omnipotente.

Principe d'antériorité qui enracine, **force** qui impose et **échange** qui intègre : le mot *itinéraire*¹³ résume cette structure ternaire, cyclique et linéaire à la fois. Cyclique, car fin et début se mêlent : le temps est constitué par le mouvement. Linéaire, car la création intègre dès le départ une marge d'erreur. Elle fait qu'à travers la notion de permanence et d'identité, nouveauté et différence peuvent émerger pour permettre la fécondité et la reproduction.

- 4 Traité dans A.Bargès, *Entre Conformismes et changements : le monde de la lèpre au Mali* In : "Soigner au pluriel", J. Benoist (Éd.), Paris, Editions Karthala, 1996, pp. 280-313.
- 5 Pays ouest africain, enclavé, le Mali est dit "pluriethnique". Y sont employées plusieurs langues "nationales" mais les trois quarts de la population utilise le Bambara ou *Bamanankan*. Le Bambara est une langue mandingue proche du Dioula (Burkina-faso, Côte d'Ivoire), du Malinké (Guinée, Sénégal oriental, région du *Mande* au Mali); elle sera écrite en italique. On parle d'"ethnies" —Bambara, Malinké, Soninké, Kassonké, Bozo, Dogon, Sonraï et Peul, Toucouleur, Tamasheq...— mais compte tenu de l'histoire culturelle, des migrations et de la vie urbaine, c'est une notion toute relative. Dans les premiers groupes on retrouve des traits culturels et linguistiques communs à une culture *mandingue* généralisée (voir G.Dieterlen *Journal de la société des africanistes* XXV, 1955, pp. 39-76 et JL Amselle et J.Bazin Introduction à "Manding", *Cahiers d'études Africaines*, XXVIII 3-4 (111-112), 1988, pp.325-330)
- 6 C.Meillassoux, Histoire et institutions du *Kafo* de Bamako d'après la tradition des Niaré, *Cahiers d'Études Africaines*, IV-II (14), 1963, pp. 186-227.
- 7 C.Meillassoux et B. Kassibo. Propos recueillis lors des débats du Séminaire du Groupe De Recherche sur la "Boucle du Niger". Ecole des Hautes Études en Sciences Sociales de Marseille (mars 1993).
Voir aussi : B.Kassibo, *Histoire et sens du pouvoir dans le Korondougou : la géomancie, mode d'investigation privilégiée des représentations sociales villageoises*, Thèse de Doctorat d'Anthropologie, Paris, EHESS, 1983, 350 pages
- 8 Voir surtout G.Dieterlen, *Essai sur la religion Bambara*, Paris, PUF, 1951, 240 pages ; Mythe et organisation sociale au Soudan Français (I) 1955, op.cité ; Mythe et organisation sociale en Afrique Occidentale (II), *Journal de la société des africanistes* XXIX-I, 1959, pp. 119-138.
- 9 En Afrique de l'Ouest, la compréhension d'une logique du monde et de l'existence s'appuie sur une idée directrice : la gémellité. Elle permet de saisir la place prépondérante du tiers s'exprimant dans le contact, en même temps que se dessine un "entre-deux" alternatif, essentiel à l'unicité de la personne et à sa vie en société, symbolisé par le rouge. Comme dans d'autres cultures, le rouge apparaît comme une "super-couleur", "comme présence suprême de couleur", se situant en parallèle du dualisme clair/sombre lié à la présence ou à l'absence de lumière ; voir Cl. Lévi-Strauss, *La pensée sauvage*, Paris, Plon, 1962/1990, 349 pages, pages citées 84 et 85. Pour les phénomènes synesthésiques entre sons et couleurs, voir Cl. Lévi-Strauss, *Anthropologie structurale*, Paris, Plon, 1958, 480 pages, page 111.
- 10 Sperme et salive se disent *nògòji*, terme qui se décompose en *ji* : eau et *nògò* : gluant, collant, souvent dit "sale". *Nògò* est très proche sémantiquement de « ce qui reste », la trace : *nò* dont il pourrait dériver ; il signifie ce qui est "impropre", "ordure" (qui trouble, dérange) et qui se place généralement dans des zones de carrefours, lieux éminemment puissants et propitiatoires. (frontières village-brousse, dépôts d'ordures, fétiches, termitières)
- 11 Voir A.Bargès, "*Gender*" et *maladie chronique en Afrique de l'Ouest (Mali) : femmes et lèpre, entre statut et stigmat social*, Travaux et documents "Anthropologie et Lèpre" n°3, International Federation of University Women (IFUW), L.E.H., UPR 221 du CNRS, Genève/Aix en Provence, 88 pages.
- 12 Que, dans mon travail de thèse (1997, op.cité, pp. 520-676), j'ai défini comme un "passeur", au même titre que le forgeron ou le chasseur dont il intègre souvent les fonctions sociales en particulier soignantes.
- 13 —Il faut se dissocier de cette notion de *destin* qui souvent émaille les propos sur les grandes maladies, pour ensuite envisager la vie de l'individu lépreux comme un itinéraire. Le mot itinéraire est également préférable à celui de trajectoire qui vient souvent désigner l'instant thérapeutique (choix, recherche) ; l'itinéraire intègre l'impondérable et la liberté d'action tout en suggérant aussi la prédisposition. Consulter est la fin d'une étape pour le malade, celle d'une gestation de l'idée de maladie avant la prise de conscience et la révélation sociale. Consulter est la conséquence de ce vécu contextuel qui se concrétise dans le choix thérapeutique. Choix et mise en application s'entremêlent souvent et cet ensemble interactif constitue l'itinéraire thérapeutique : un chemin fait de départs, de rencontres et d'arrivées, ensemble pas forcément linéaire ni cyclique, fait de défiance et de confiance, de déviances et de conventions. L'itinéraire thérapeutique du malade lépreux en quête d'un traitement et d'un nouvel équilibre a la même *dimension initiatique* que l'itinéraire de vie et de formation qui mène le soignant traditionnel à exercer, d'ailleurs souvent ils se confondent (A. Bargès 1996, op.cité, pp. 303-308 ; A.Bargès 1997, op.cité, voir surtout les chapitres "le tour du monde du lépreux", "Solitude et carrefours" pp. 573-585 et "Des fonctions sociales" pp. 590-592).
—Voir aussi M.Augé qui propose la notion d'"itinéraire thérapeutique" pour désigner le parcours des patients car "1) ils correspondent à une quête de sens individuel pour laquelle l'enjeu corporel et le rétablissement du lien social ne sont pas distingués ; 2) ils correspondent à un état de société dans

L'organisation sociale et politique locale suit également cette logique ternaire. Sa cohésion repose sur le couple conquérant / premiers occupants, les armes et la terre, un pouvoir vertical et un pouvoir horizontal qui doivent s'allier pour exister. Le pouvoir est ainsi une substance, à la base émiétée sur tout le monde mais concentrée de manière non définitive dans le chef *fama* ; il doit en être digne et constamment faire ses preuves. Avec la période coloniale, ces rapports de force et de sens ont dû s'adapter à la nouveauté culturelle et sociale.

Ainsi, l'itinéraire instaure une force de légitimité pour le chef politique, le guérisseur, le médecin, la famille (alliant *badenya* et *fadenya*¹⁴) ; mais comme le pouvoir ne peut se figer dans une personne ou une structure, le renouvellement social est possible. Dans le cas d'une maladie "puissante", chronique et difficile à traiter comme la lèpre, l'individu malade en quête de soin et en quête d'un nouvel équilibre pourra acquérir par l'itinéraire une nouvelle légitimité sociale, le conflit y a sa place.

La puissance vitale qui régit les êtres, leurs corps et leurs principes est également mouvante (l'effluve *nyama* du principe *nya* de vie *ni*). Elle est répartie sur tout le monde, plus floue et plus puissante chez certaines personnes intermédiaires, dépendante et constitutive des relations humaines. La maladie symbolise la rupture d'un équilibre, d'un passage souvent nécessaire ou inévitable. La lèpre est désignée comme la "grande maladie" *banaba*, la plus "maligne" *jugu*, car elle est le prototype même de "la maladie" *bana*, une "méta-maladie" : le suffixe *-ba* marque cette dimension englobante¹⁵, son atteinte corporelle et sociale est totale ; elle concerne la permanence, le conflit et la relation ; en outre, elle est le résultat de ruptures d'interdits primordiaux (essentiellement liés à "l'eau", au "sang" et au "sexe"¹⁶).

II-LA CONQUETE

A- Une hiérarchie spatiale

En conquérant le Soudan, la poussée coloniale française, militaire puis administrative, installait une pensée politique pyramidale, centralisée et hiérarchisée. A cette fin du XIX^e siècle, elle a d'abord voulu marquer son territoire et surtout Bamako, choisie comme pôle rayonnant de la présence française en Afrique de l'Ouest. La hiérarchie spatiale ne faisait que mieux affirmer une hiérarchie sociale déjà appliquée dans les villes occidentales et une hiérarchie culturelle inhérente à la conquête. Là, la population africaine se rapprochait des "masses populaires" européennes. Jusqu'à l'indépendance en 1960, une segmentation sans faille structure la ville : le palais du gouverneur et la cité administrative "officielle" surplombe la "ville basse" duale : européenne marchande et "indigène" laborieuse.

« Bamako, ville de terre grise, à peine distincte, étale les toits plats de ses maisons cubiques et les chaumes de ses pailloles, entre l'abrupt de la pente rocheuse et les berges plates et boueuses du grand fleuve. Au delà, c'est toute l'immensité fauve de la brousse soudanaise, roussie et calcinée par cinq mois de sécheresse. Au sud, le Niger étale la nappe miroitante de ses eaux en larges chenaux divagants. Il vient buter contre la falaise acropole, où nous avons bâti, solitaire et dominatrice, la "ville officielle", puis s'infléchit et va se perdre, au Nord, dans les rapides de Sotuba... »¹⁷

Comme en témoigne cette description de l'époque, la dimension allégorique de la ville est flagrante : la masse dominée s'efface devant la solitude dominante ; tandis que la cité noble et lumineuse se tourne vers l'avenir et le progrès technique en faisant obstacle aux forces naturelles (brousse, fleuve), la ville "indigène" brute et terne, regarde le passé en se fondant dans la nature "sauvage". Les maladies font, elles aussi, partie de ces éléments sauvages à maîtriser. Dans la ville, l'hygiène est une priorité. Si on agit sur le visible (laver, nettoyer, aérer, blanchir), c'est pour que l'élite puisse s'affirmer physiquement et moralement aux yeux de la masse et pour qu'elle puisse mieux contrôler l'ordre imposé¹⁸. Les quartiers "indigènes" sont déplacés, "déguerpis" dans une périphérie toujours plus éloignée pour être remplacés par de vastes lotissements géométriques divisés en "carrés" par de larges voies. Cet aspect tramé rappelle la préoccupation constante d'une hygiène que des espaces ventilés devraient assurer. Dans un premier temps, les préoccupations sanitaires concernaient les maladies épidémiques touchant le corps militaire et les populations européennes (fièvre jaune, paludisme, maladie du sommeil...). La défense de Bamako contre l'épidémie de fièvre jaune de 1906 mit à l'épreuve les méthodes prophylactiques utilisant la protection séparée des européens, la mise en

lequel les repères de l'identité et de la relation ne sont plus évidents" (*Le sens des autres*, Paris, Fayard, 1994, 199 pages, page citée : 180)

14 Ces relations se vivent également au quotidien, en effet la *badenya* (même mère, même lait maternel *sinji*) —relation teintée d'amour, de tendresse, de confiance que partagent deux frères utérins— tente de coexister à travers le lien du mariage avec la *fadenya* —la relation de compétition qui existe entre deux frères nés de mères différentes (coépouses).

15 Terme "exprimant la succession, le changement, la participation et, en philosophie et dans les sciences humaines, ce qui dépasse, "englobe" un objet, une science" Dictionnaire Le Robert.

16 Il s'agit essentiellement de ruptures d'interdits alimentaires concernant un poisson silure "gluant" —le *mandògò*— qui représente le fleuve mythique et a un rôle essentiel et structurant dans les symbolismes mandingues (et par extension de la viande de certains animaux tachetés), de ruptures d'interdits sexuels (lorsque la femme a ses menstrues) qui implique l'atteinte de la lignée, de ruptures d'interdit de contact (toucher, vue) avec certains animaux "maudits" et "repoussants" comme le gecko *sulanèrè*, ou certains animaux de brousse. Voir A. Bargès 1997, op.cité, chapitres "des animaux étranges", "la méchanceté de l'homme", pp. 392-481.

17 J. Weulersse -Bourse Albert Kahn, Février 1931-, *Noirs et Blancs : à travers l'Afrique Nouvelle, de Dakar au Cap*, Chapitre 2, Paris, Comité des Travaux Historiques et Scientifiques (C.T.H.S.), 250 pages, page citée : 13.

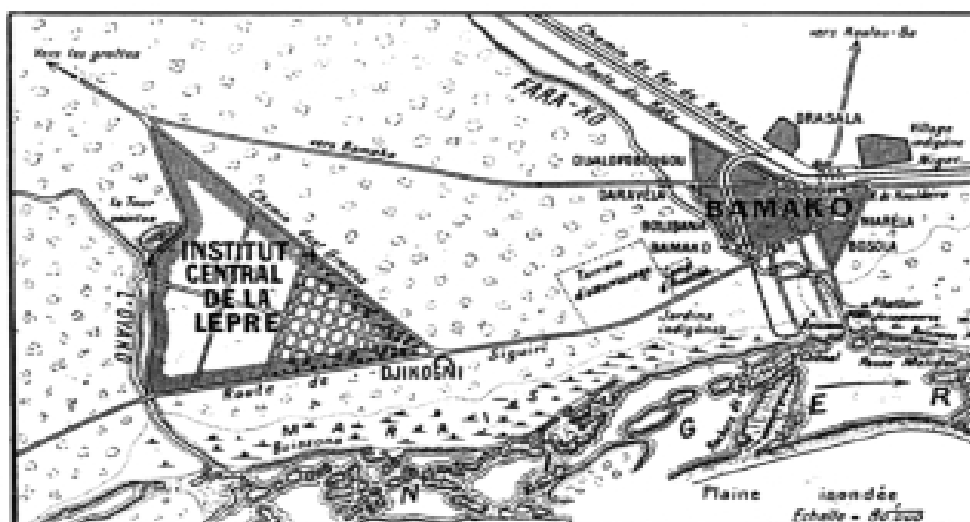
18 G. Vigarelli, *Le propre et le sale : l'hygiène du corps depuis le Moyen-Age*, Paris, Seuil, 1985, 282 pages, pages citées : 219 et 241

quarantaine de leurs malades, l'éviction et la ségrégation des "indigènes"¹⁹. Après ces alertes aiguës, la présence chronique de "misères" physiques et sociales -mendiants "lépreux", aveugles onchocerquiens et prostituées syphilitiques- altérait quotidiennement la belle vitrine bamakoise et troublait les conditions de "salubrité publique". La lèpre était la plus inquiétante de ces maux. Dite "maladie de case", "maladie de la calebasse" puis classée "maladie sociale"²⁰, cette maladie invisible et sournoise (au délai d'expressivité très long) passait les barrières sociales et culturelles mais finissait par se révéler par des signes intolérables et outrageants. Déjà, dès le début du siècle, cette visibilité "dérangeante" était soumise à tout un système de surveillance administrative et policière et à des expulsions en brousse. Malgré la rigidité du contrôle social à laquelle elles étaient et sont encore soumises, ces populations mendiantes et lépreuses prendront peu à peu leurs repères et s'inscriront dans l'univers de la ville. Plus le sentiment d'une maîtrise possible de maladies jusque-là mortelles se confirmait, plus l'état de santé de la population locale était pris comme une *menace* à ne plus écarter mais à combattre et à éliminer. À l'heure actuelle, cette notion de *péril social* est encore déclinée avec des accents modernistes et scientifiques. R. Collignon²¹ à Dakar disait des lépreux que c'était à leur sujet que l'on voyait le mieux l'intrication étroite de mesures relevant de motivations sanitaires et de prophylaxie médicale et de mesures moins spécifiques d'*ordre et de police sociale*.

B-L'Institution sanitaire

Les différents établissements sanitaires de la ville ont été édifiés selon les mêmes priorités et les mêmes hiérarchies. Comme le palais du gouverneur, le plus ancien (1905), le plus européen et encore actuellement le plus moderne des hôpitaux se trouve sur des hauteurs ventilées ; il est difficilement accessible pour la population locale. Par contre, l'actuel hôpital G. Touré est plutôt destiné à la population malienne, il a été construit beaucoup plus récemment dans la ville "basse", sur les bases de l'ancien dispensaire général de l'AMI (l'aide médicale indigène) ; il est plus abordable géographiquement et économiquement mais largement sous-équipé en personnel et en matériel. Les établissements s'occupant des maladies infectieuses inquiétantes, furent construits aux *marges* de l'agglomération : l'Institut Central de la Lèpre (I.C.L., futur Institut Marchoux), domaine exclusif de cette maladie, et le Lazaret chargé d'héberger les maladies épi-endémiques (fièvre jaune, maladie du sommeil, variole, méningite cérébro-spinale, tuberculose...). Malgré sa faible contagiosité, la lèpre fut l'objet d'une politique ségrégative et concentrationnaire toute particulière. Entre 1933, l'ICL fut construit dans une plaine inondable, près du camp militaire. Quand on regarde la carte locale de cette époque (Figure 1), on découvre une véritable deuxième ville à l'Ouest de Bamako, une "capitale de la lèpre" jetant ses antennes en brousse.

Figure 1. —L'Institut Léprologique de Bamako (Mali) en 1934²²

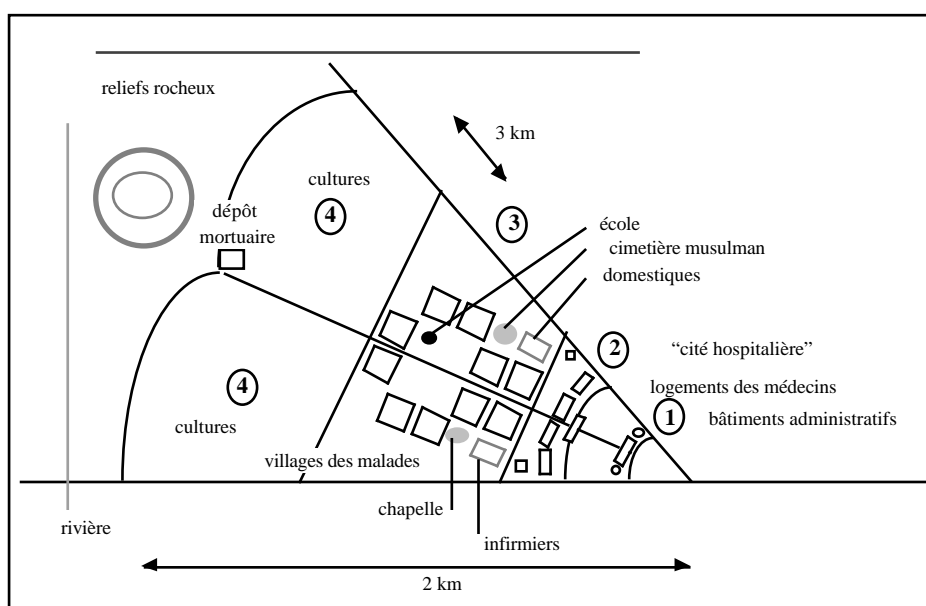


19 G. Bouffard, La défense de Bamako contre la fièvre jaune en 1906, *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique* 1, 1908, pp. 412-414.
 20 "Le lépreux est dangereux pour sa famille et pour la communauté" M. Léger, Comment concevoir la lutte contre la lèpre dans les colonies françaises, *Bull. Soc. Path. Exot.* 16(2), 1923, pp. 215-221, page citée 216.
 21 R. Collignon, La lutte des pouvoirs publics contre les "engorgements humains" à Dakar, *Canadian Journal of African Studies*, 18(3), 1984, pp. 573-582, page citée 578.
 22 E. Jeanselme, *La lèpre*, Paris, Doin et C°, 1934, 679 pages, page citée 595

halshs-00256725, version 1 - 17 Feb 2008

Doublant le système sanitaire général, la lèpre a généré un pouvoir médical relativement indépendant du pouvoir administratif général. Il secondait ainsi l'entreprise civilisatrice rayonnante de l'époque : l'ICL devait être un organe d'études, de recherches et de soins dont le but serait de déterminer une unité "doctrine" dans la lutte contre l'endémie²³. Le Service Central de la Lèpre reproduit le même schéma d'un épiscentre tout puissant, dominant une pyramide hiérarchisée, contrôlant une périphérie distante. L'espace de l'institut est représentatif de la maîtrise qu'il veut avoir sur les corps, les gens et le mal ; comme tel, le terme *totalitaire* -au sens où l'entend E. Goffman²⁴- peut lui être appliqué. De forme triangulaire, il est constitué d'arcs de cercle partant du pôle central administratif et médical habité et dirigé par un médecin militaire, pour s'évaser ensuite vers les logements médicaux, la zone d'hospitalisation, les villages des malades placés en "carré", leurs terres de culture et finir au dépôt mortuaire (Figure 2).

Figure 2. —Structure de l'I.C.L. en 1934 (D'après Dr Bagot, 1935)²⁵



Sur les bases du premier grand recensement administratif de 1935 (25 335 cas recensés)²⁶, les malades seront "évacués" pour être regroupés à l'Institut Central de la Lèpre. Provenant de tout le territoire du Soudan Français (en particulier, le Mali, la Guinée, la Côte d'Ivoire, la Haute-Volta et le Sénégal), la réunion de personnes d'origines si diverses laissait déjà envisager l'amorce de réseaux complexes et étendus. Après la deuxième guerre mondiale, les structures de lutte contre les "grandes endémies" amplifient la démarche sanitaire martiale et curative, les aides internationales le permettent. Le qualificatif de *prospection* donné aux équipes du Service d'Hygiène Mobile Prophylactique est significatif. L'objectif est d'agir sur tout le territoire, de suppléer l'Aide Médicale Indigène déficiente et ainsi, de maintenir sous contrôle la brousse. Les moyens technologiques, scientifiques et pharmacologiques donnent en effet à la médecine occidentale une assurance dont elle ne disposait pas auparavant. Les équipes de "prospection" accélèrent d'autant l'arrivée de nouveaux pensionnaires à l'Institut Marchoux que le traitement antibiotique de la lèpre devient performant (Disulone ou DDS). Le destin jusque-là individuel du malade "lépreux" commence à prendre une dimension collective ; l'exclusion, la cohésion et la relation se retrouvent associées.

23 Bagot (Médecin inspecteur de 1ère classe des Colonies), 1935, *Inspection des divers services sanitaires de l'A.O.F.- Service Central de la Lèpre, mission 1934-35*. Dakar. Archives Nationales du Sénégal (ANS). Nouvelle série Santé AOF, série H 1 H 26 (26). 25 pages, page citée 23.

24 "Etablissement chargé de s'occuper de personnes supposées incapables de s'occuper d'elles-mêmes et dangereuses pour la communauté, même si la nocivité est involontaire" E. Goffman, *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Les Éditions de Minuit, 447 pages, page citée 46 (*Asylums*. 1968, Boubleday & Company, Inc.).

25 Dr Bagot, Inspecteur de 1^o classe des Colonies, 1935 op.cité.

26 "Les fiches de déclaration de cas de lèpre affluent (...) à raison de 500 à 1000 par mois" B. Robineau *L'institut central de la lèpre en AOF* in : Les grandes endémies tropicales : études de pathologie et de prophylaxie, Paris, Vigot frères (Eds), 1936, pp. 131-141, page citée 133.

Dès le début de la colonisation, les médecins militaires se sont faits seconder d'un personnel local formé à leur propre logique sanitaire et sociale. Pour s'occuper des "âmes", ils s'associèrent à la religion (sœurs infirmières et mission catholique), puis au système caritatif. La hiérarchie institutionnelle allait des médecins européens au "corps d'aide-médecins indigènes" qui s'organisait lui aussi selon quatre niveaux²⁷. L'empreinte militaire des premiers médecins issus de la Marine navale perdure encore de nos jours -le poste du directeur de l'Institut Marchoux en est un exemple-. À l'heure actuelle, l'Institut se présente comme un institut de Recherche et de Formation et reste le pôle de référence scientifique de la lèpre tandis que la structure malienne la Division de l'Épidémiologie et de la Prévention (DEP) ou "Grandes Endémies"- doit fonctionner à l'échelle malienne avec peu de moyens. L'organisation de l'I. Marchoux est restée stratifiée mais hiérarchies sociale, politico-administrative, culturelle et sociale se superposent plus ou moins. Durant cinquante ans, les anciens malades sont devenus officiellement soignants ou manœuvres de l'Institut. Tout en restant structurellement rigide, l'ordre occidental a aussi permis aux manières de pensée et de vivre africaines de s'implanter dans son enceinte.

La coupure avec l'extérieur, la ségrégation qui correspondait à l'entrée du malade dans un nouvel ordre de vie, devait se doubler, pour être attractive, d'un côté paternaliste et protecteur. Il reposait essentiellement sur tout un système d'avantages en nature extrêmement *enviable*. Alors même que l'Institut Marchoux commença à se départir d'une logique d'assistance, le départ des anciens malades et de leurs familles était devenu illusoire. Le maintien impossible des personnes guéries à l'intérieur de l'établissement, la diminution de son territoire (l'installation du premier aéroport bamakois et l'extension urbaine, cf. Figures 3) le désir de conserver les avantages matériels offerts (soins, médicaments, vêtements, nourriture...) entraînèrent l'installation des familles à proximité, sur des terres libres. Selon le droit coutumier, les terres furent offertes par un ancien malade, chef de terre, et devinrent le quartier de Djikoroni-Djenekabougou. Par le partage d'un même vécu, d'un même lieu et d'une même culture, les liens entre les familles des hospitalisés et celles du personnel institutionnel commencèrent à s'édifier.

C-Un quartier dans la ville africaine actuelle (Figure 3)

Parallèlement à cette évolution locale, la ville de Bamako a été soumise aux mêmes processus d'urbanisation excentrique et d'explosion démographique que les autres métropoles africaines. Néanmoins, les caractéristiques de son passé, de sa situation, de ses cultures font qu'elle ne leur ressemble pas. Ville de l'intérieur à la colonisation récente (un siècle), ville plate, elle s'est étendue de manière tentaculaire, exploitant les interstices entre les montagnes, ne craignant plus le fleuve et ses débordements. Ses limites floues avec la ruralité, qu'elles soient dans l'habitat ou dans l'origine de ses habitants, la font désigner comme un "grand village". La ségrégation spatiale des citadins n'a pas abouti à Bamako à cette coupure observée à Dakar entre un centre pour nantis et une périphérie où sont rejetés les autres²⁸. Certes elle y a correspondu à la période coloniale mais le départ de la minorité occidentale (Indépendance) suivi du processus d'exode rural a tempéré la segmentation de la ville. Le territoire de "l'élite" s'est étioilé au centre et atomisé dans le reste du tissu urbain. Les limites actuelles sont en constant remaniement, les quartiers dits "spontanés" se sont multipliés et étendus. Le rural ne se situe pas seulement aux frontières de l'agglomération mais également à l'intérieur. En effet, Bamako se caractérise par de nombreuses zones vides intra-urbaines. L'espace s'agrandit, les espaces se multiplient et se diversifient. La population semble hétéroclite et non structurée, alors qu'elle suit des repères géographiques (pays, région, village d'origine), culturels ("ethnie", clan, lignage), sociaux (anciens et nouveaux systèmes associatifs), économiques et autre (religion, maladie...). Compte tenu de la mobilité des gens, il est difficile de faire la différence entre "migrants" et Bamakois d'origine. Les déplacements sont réguliers et nombreux dans la ville, hors de la ville, hors du pays, en Afrique de l'Ouest et vers l'Europe. Centre-périphérie, rural-urbain, bamakois-étrangers se mêlent dans une mouvance incessante. Mais à travers cette surabondance d'espaces, de temps, d'événements et d'individus et malgré l'ordre importé, longtemps imposé, la ville a gardé dans son organisation spatiale et sociale des marques mandingues significatives²⁹.

Le quartier des malades a lui aussi été soumis à la poussée démographique et s'est imposé face à l'I. Marchoux qui l'a généré. Il est devenu un centre moteur d'une véritable culture lépreuse³⁰ basée sur :

- l'*ancrage* dans la terre et les structures sociales locales et importées,
- un dynamisme social souvent associé à une *violence revendicative* et
- l'intervention *synchrétique* de personnages *intermédiaires* et *pluriels* comme : le mendiant, l'infirmier devenant parfois tradipraticien, le malade devenant soignant moderne ou traditionnel, les vendeurs de produits de récupération.

27 K. Diarra, *Environnement, conditions de vie et systèmes de santé à Bamako (Mali)*, Thèse de Doctorat de Géographie, Université Bordeaux III-Talence, 623 pages, 1991-92, page citée 85.

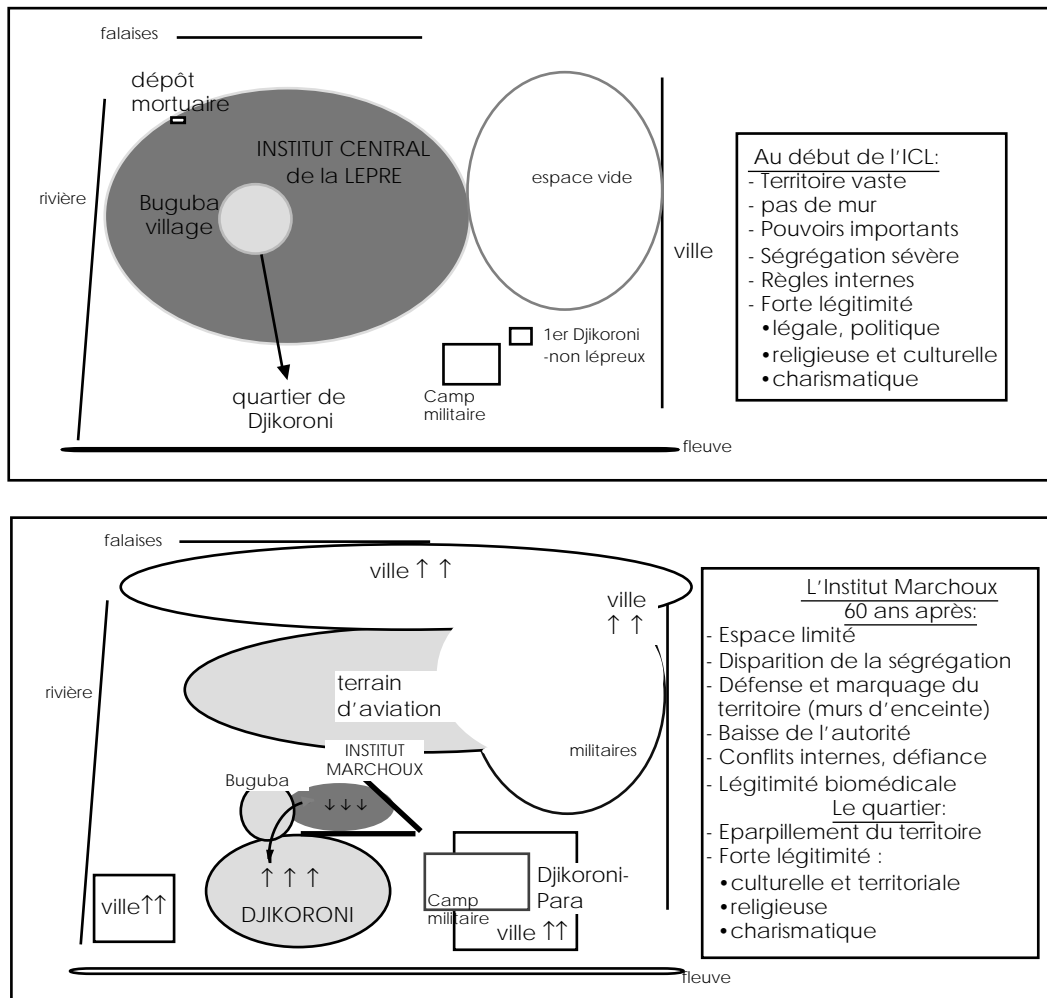
28 J.F. Werner, *Marges, Sexe et drogues à Dakar : ethnographie urbaine*, Paris, Karthala/Orstom, 1993, 292 pages.

29 Voir les cartes diachroniques de Bamako et Djikoroni (figures 10, 29 et 32) dans : A. Bargès 1997, op.cité.

30 A. Bargès. Environnement urbain africain et maladie : ségrégation antilépreuse et comportements adaptatifs. *Ecologie Humaine*, 11(2), 1993, pp. 7-20, page citée : 15 et figure 3, page 17.

Par contre, tout particulièrement cette dernière décennie, la structure spatiale institutionnelle décrite plus haut s'est trouvée fortement perturbée. Plus son territoire et sa légitimité locale diminuaient, plus l'autorité institutionnelle se renfermait derrière de nouveaux murs d'enceinte et de nouveaux règlements. À sa création en 1934, elle s'est reposée sur une *centralité politique à la française* pour s'affirmer sur le plan social, religieux, territorial, politique et finalement médical. Comme représentation cohérente, cette "idéo-logique" occidentale rendait la centralité "synonyme de légitimité / autour desquels s'ordonne la vie sociale au sein d'une hiérarchie d'espaces, du plus proche au plus lointain"³¹

Figure 3. L'évolution du territoire de l'Institut, du quartier de Djikoroni et de la ville de Bamako (1934-1995)



31 M.Abélès, *Anthropologie de l'État*, Paris, A. Colin, 1990, 183 pages, page citée 112 et M.Augé, *Pouvoirs de vie, pouvoirs de mort*, Paris, Flammarion, 1977, 216 pages.

Le pouvoir biomédical déclinant, d'autres "pouvoirs" africains, plus influents, se sont répartis dans les cercles concentriques de l'institution, dans des lieux de regroupements, d'alliance et d'échange : au Buguba (ancien village de culture, village pour les malades hospitalisés), au pavillon d'entrée, à la rééducation, au pavillon Follereau (pavillon à l'écart pour les malades très handicapés, lieux de réunion de mendiants) etc. L'institution n'a gardé qu'un rôle soignant, certes important, mais dissocié de tous les autres aspects qui faisaient sa force d'antan :

- sur un plan politique, elle réfère à une entité internationale (l'O.C.C.G.E.) qui, bien qu'africaine, est localement peu représentative ;
- son territoire s'est morcelé et son bail de location des terres à l'État malien se termine bientôt ;
- le rôle religieux de la Mission catholique ne concerne qu'une faible minorité malienne ;
- les descendants du personnel soignant et des premiers malades -et dernièrement le gouvernement- ont récupéré la majorité des terres de culture.

Finalement cette centralité ne s'affirmait que par la présence du pouvoir colonial. Face aux bouleversements de la décolonisation et du développement, elle est devenue illégitime parce que, trop rigide et décalée, elle n'a pas été consciente : d'une part de la dénégation de la culture locale qu'elle évoquait et d'autre part, de la progressive mise en doute locale dont elle-même a été l'objet. En outre, les représentants de la biomédecine ont actuellement peu de moyens pour réaffirmer une autorité dont on sait localement qu'elle va certainement être cédée à l'administration malienne. Tout cela diminue la portée de l'action biomédicale de lutte contre la lèpre³².

CONCLUSION

Face à la structure importée et imposée, le quartier et ses habitants ont repris à leur compte les contraintes dues à la chronicité et à la stigmatisation de la maladie. Grâce à la modernité urbaine africaine, à l'intégration des Africains dans le corps sanitaire, au pouvoir charismatique local de certains infirmiers et d'anciens malades, aux liens de parenté construits autour de l'institut, du quartier et des aides humanitaires, aux structures associatives et aux mouvements organisés de mendicité, les malades de la lèpre se sont affermis et ont progressivement investi les places de pouvoir au sein du dispositif territorial. Ainsi, l'espace vécu a pris le dessus de l'espace mal pensé et occulté (Figure 3). En contre partie, la mise en ordre sociale proprement Mandingue s'est déséquilibrée, le pouvoir s'est trouvé figé dans le statut hérité des institutions centralisées et hiérarchisées françaises. Les hommes forts en place n'ont plus vraiment à faire leurs preuves et cela ne permet plus le même renouvellement social. Cette rigidité se concrétise par un surcroît de clientélisme, des abus de pouvoir et une cohésion sociale moindre (manifestations et grèves de 1991) qui ont un impact direct dans l'organisation des soins et leur efficacité.

32 A. Bargès, *Lèpre et anthropologie de la maladie au Mali : les représentations de la maladie et du malade, la gestion du stigmat social à Bamako, les implications en santé publique*, Travaux et documents "Anthropologie et Lèpre" n°2, L.E.H., Prix Paul Laviron 1994 (Institut Médecine Tropicale de Marseille), Marseille, 1994, 86 pages.