

Article publié dans *Ecologie Humaine XI (2) : 7-20, juin 1993.*

Environnement urbain africain et Maladie* : Ségrégation antilépreuse et comportements adaptatifs à Bamako (Mali)

Anne BARGÈS**

Le principal lieu de regroupement et de soins des malades de la lèpre en Afrique de l'ouest, l'Institut Marchoux de Bamako, a favorisé l'élaboration spontanée d'un important quartier Jikòrònin (Djikoroni). Lieu ségréatif imposé au départ, il est rapidement devenu un lieu protégé, avantageux pour les familles des anciens malades. Les nombreux ajustements socioculturels du "milieu lépreux" ont déterminé différentes phases dans l'évolution vers un mieux-être social: appropriation d'un territoire, d'une existence sociale, acquisition d'un dynamisme socio-économique, émergence d'un sentiment identitaire et revendications de certains droits ; ces phases constituent les paliers d'une adaptation sociale et culturelle en pleine évolution.

La lèpre est une maladie endémie ancienne en Afrique de l'ouest. Elle y a généré, bien avant l'arrivée des européens, des représentations et des comportements sociaux stigmatisants pour la personne qui en est atteinte (Bargès, 1993).

Au début du XX^e siècle, la politique sanitaire coloniale basée sur la ségrégation des malades, n'a fait qu'accréditer une mise à l'écart des

*Nous remercions pour leurs contributions: le Ministère de la Recherche et le Laboratoire d'Ecologie Humaine, l'Association Française des Femmes Diplômées des Universités et la commission médicale de l'Association Française R.Follereau.

** Adresse professionnelle: Laboratoire d'Ecologie Humaine, Pavillon de Lanfant, Aix en Provence

"lépreux". Mais, à cette mise à l'écart essentiellement individuelle —à part quelques villages de regroupement autour de soignants locaux—, elle a apporté une dimension technique et collective.

C'est ainsi qu'en 1934 fut construit à Bamakò l'Institut Central de la Lèpre (I.C.L.) en Afrique Occidentale Française (A.O.F.), Institut qui prit en 1945 le nom de Marchoux (grand nom de la médecine pasteurienne). L'histoire de la ségrégation antilépreuse est donc intimement liée à celle de la ville. Par l'emplacement des structures de soins, l'histoire de la lutte contre la lèpre et les autres maladies endémiques permet de mieux saisir la construction de l'espace bamakois (Figure 1) ; inversement, l'analyse diachronique du milieu urbain actuel aide à mieux comprendre les évolutions particulières au "milieu de la lèpre" dont l'épicentre est Jikòrònin (Djikoroni). A travers l'histoire de ce "quartier des lépreux", construit face à l'Institut Marchoux, nous allons analyser la manière dont une minorité s'est structurée et a géré son environnement dans une optique de mieux-être économique et social.

La ségrégation

Les principaux centres de soins de maladies endémiques et/ou contagieuses ont en commun leurs emplacements excentrés, isolés, situés sur des terres délaissées (Figure 1). Ainsi le premier lieu de regroupement des malades de la lèpre fut construit en 1928 à Bakò-Jikòrònin "Jikòrònin derrière le fleuve"; en l'absence de pont sur le fleuve, l'accès y était extrêmement difficile, autant dans un sens, pour les agents de santé locaux traversant le fleuve en pirogue et pour les équipes médicales françaises disposant de voiture (13 Km par le bac, 30 Km par la chaussée de Sotuba-ANM 1930) que dans l'autre sens, pour les malades indésirables en ville. Les méthodes de peuplement du village étaient arbitraires et fonctionnaient grâce aux dénonciations: une vieille femme de Jikòrònin témoigne « *Ils nous ont amené de force, c'est par leur force que nous sommes ici (...) je croyais qu'ils allaient nous jeter dans l'eau du fleuve ...* ». Le dénuement dans lequel vivaient les malades était tel qu'il les poussait à "fuir" (ANM 1930).

Ce système, imposé et inadapté, aurait nécessité pour fonctionner d'être "attractif" pour la population malade. Sous l'égide de la Société des Nations (avril 1931), le gouvernement de l'A.O.F. décida de mettre en oeuvre une politique sanitaire plus humaine mais la logique d'exclusion et de regroupement se perpétua sous la forme d'un centre de soins doublé d'une colonie agricole directement inspirée des léproseries du moyen-âge chrétien.: l'I.C.L. (Institut Central de la Lèpre) qui se devait d'être le centre

FIGURE 1

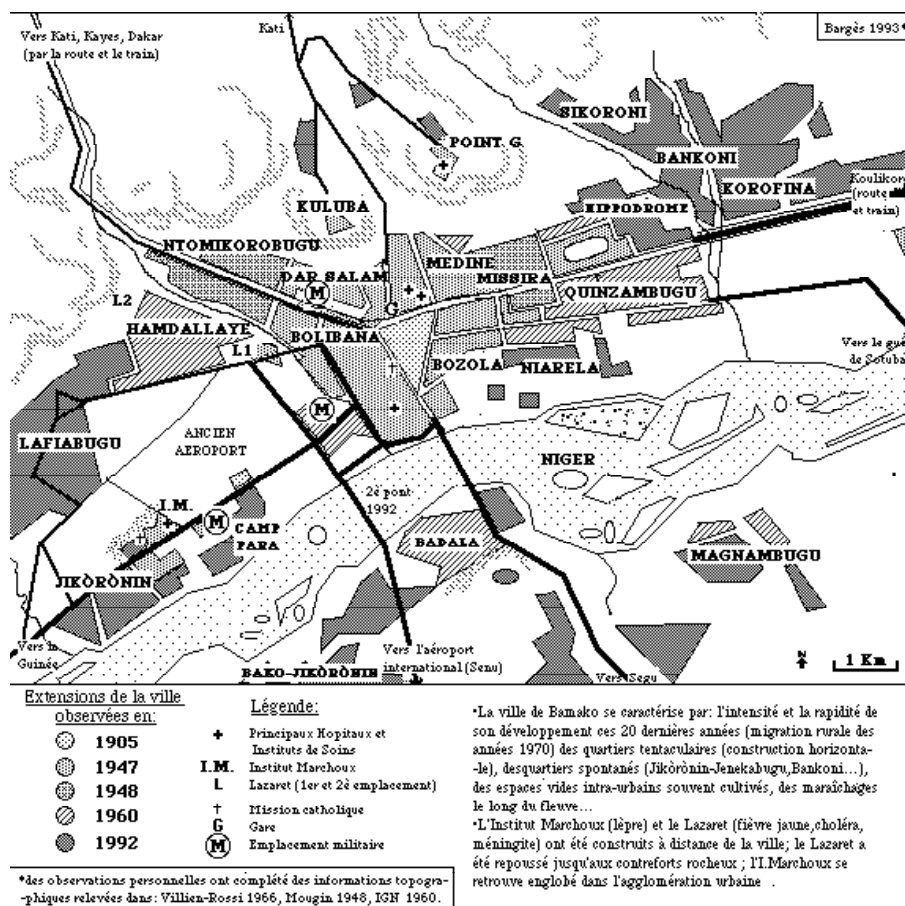
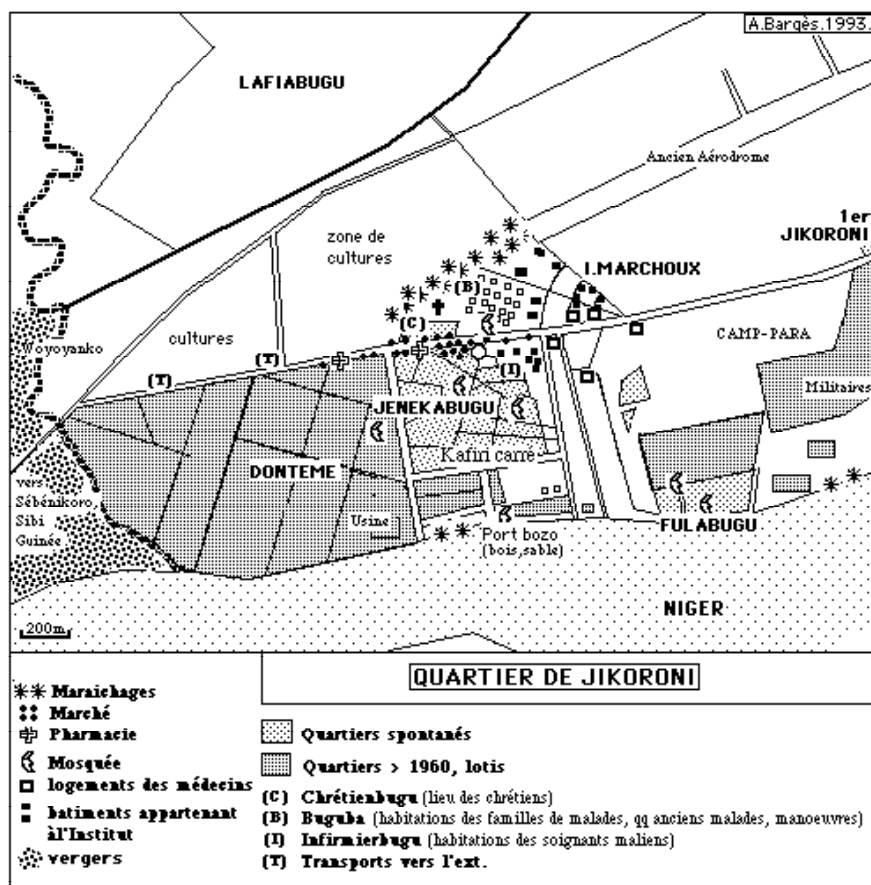


Figure 1 - Bamako, capitale du MALI

FIGURE 2



de référence de recherche et de soins de la lèpre en Afrique de l'Ouest .

La carte de Bamako (figure 1) permet de comprendre le choix d'implantation de l'Institut.. Il fut édifié au lieu-dit Jikòrònin , petit village de culture situé sur une plaine assez boisée, jadis régulièrement inondée, en partie marécageuse et paludéenne, sur un axe peu développé à l'époque (vers les monts mandingues et la Guinée, la voie fluviale étant privilégiée), lieu proche des campements militaires et marchands (*faliminkolen* :l'abreuvoir des ânes) situé à la porte ouest du centre ville. Aux contraintes sociales de la ségrégation s'ajoutaient donc celles physiques du lieu.

Le "quartier des lépreux": Jikòrònin-Jenekabugu (Figure 2).

L'isolement

Lieu ségrégatif imposé au départ, il devint rapidement pour les malades un lieu protégé, avantageux. Le centre de soins leur offre de nombreux avantages matériels: nourriture, vêtements, logement. Les familles des malades hospitalisés et les malades "blanchis" (sans risque infectieux) étaient logés dans le village agricole constitué de 4 quartiers (500 habitants). L'ensemble constituait une véritable petite ville (pouponnière, école, ateliers, église, mosquée) et les champs cultivés s'étendaient sur 180 hectares (Sorel 1938). Actuellement la superficie se limite à celle des établissements sanitaires (une cinquantaine d'hectares) et il n'existe plus qu'un quartier appelé *Buguba* (case /superlatif)- Par la suite, la mission catholique multiplia les dons en nature et offrit aux chrétiens des terres d'habitation dans le quartier (*Chrétienbugu*) et des terres cultivables au bord du Niger à une dizaine de kilomètres de là .

Ainsi ces avantages, associés aux possibilités locales de culture, favorisaient la vie en autarcie et rendaient illusoire le retour en brousse des personnes guéries et de leurs familles. Les quartiers d'habitation situés dans l'enceinte de l'institut furent surpeuplés et jusqu'à ces dernières années, il s'y développa un marché illicite de sous-location. L'administration de l'institut n'autorisant pas le maintien des familles dans ce lieu, vers 1940-45 les familles commencèrent à se regrouper en face. Plus tard, l'augmentation des malades traités, les migrations des ruraux vers la ville (sécheresse de 1973) et l'importance des dons et actions humanitaires fournis par les associations caritatives internationales accélèrent le processus de regroupement pour former le quartier "spontané", non loti, actuel de Jenekabugu.

Les particularités du lieu ont été mises à profit: les terres de l'institut et de la mission servant à la culture du mil ou du maïs ou à la création de vergers (manguiers...), les bords du fleuve aux maraichages; les relations commerciales (fleuve, route) avec la région des monts mandingues, le

Mande (Sibi, 40 km), et la Guinée se trouvant privilégiées —relations de type traditionnelles (tissus, fruits, bois, sable, or...) ou modernes (commerces illicites, voir cidessous).

Actuellement le quartier spécifique aux "lépreux", Jenekabugu, est surpeuplé, on peut estimer sa densité de population à près de 15 000 habitants au km²; quand à Bamakò et de Jikòrònin, leurs populations étaient respectivement estimées en 1987 à 646.163 et 36.115 habitants, chiffres qui doivent être réactualisés à la hausse (République du Mali 1987: 59 et 67).

La mauvaise réputation

La ségrégation a donc fourni aux personnes partageant le même vécu, les mêmes épreuves, l'opportunité de se retrouver entre elles, "chez elles", sur un même territoire. Cette appropriation d'un lieu, bien délimité dans l'espace et facilement repérable par le reste de la population de la ville, leur a permis de matérialiser leur existence sociale aux yeux des bien-portants.

Ce repérage fut d'autant plus facile dans le cas de la lèpre qu'il s'agissait d'une maladie stigmatisante. La mauvaise réputation de la maladie et du malade "lépreux" retentit sur le quartier. Encore isolé du reste de la ville avant les années 80, il fut et reste un territoire *mabò*, "à l'écart". Cette image négative a attiré l'installation de commerces illicites de pièces détachées, de drogues (cannabinacées...), de médicaments type amphétamines, hypnotiques et antilépreux (Sulfones: DDS), les trafiquants ne faisant pas l'objet de poursuites policières au sein du quartier; les dons humanitaires (vêtements) sont depuis longtemps revendus au marché du quartier; quant à la proximité du camp militaire, elle a favorisé et entretenu ce qu'en français bamakois on nomme le "marché mondial" c'est à dire la prostitution. Une jeune fille résume assez bien la situation: *«les gens disent que Jikòrònin est un quartier "pourri", tel est le langage quotidien de tout le monde, même de certains habitants de Jikòrònin. C'est vrai nous, les enfants de Jikòrònin, nos noms sont "gâtés" (abîmés) (...) A Jikòrònin, quels sont les prostituées, les "droguez" (français bamakois)? la plupart de ces filles viennent des autres quartiers de Bamakò, mais elles ont des parents, des copines, des copains ici. Les filles, en fin de compte, elles prennent des chambres à Jikòrònin, elles reçoivent des hommes la nuit le long du "goudron" (route) et qui est accusé?: les filles de Jikòrònin. Elles ne sont pas éduquées de la même manière que les garçons. Les garçons des autres quartiers viennent se faire des copines ici, parce que chez eux, c'est au centre ville et ils ne peuvent pas se permettre quelque chose, donc on vient à Jikòrònin parce que c'est un quartier isolé où on se cache facilement (...) Je ne dis pas que les filles de Jikòrònin ne font pas la prostitution mais la plupart des filles ne sont pas nées ici »* (Jenekabugu, 1992)

Dans les années 70-80, l'arrivée des ruraux s'accéléra et les nouveaux arrivants cherchèrent à se loger dans les quartiers les plus pauvres, Jenekabugu fut un de ceux-là. Ainsi une vague de migrants guinéens est venue s'installer au sud de Jenekabugu, sur la partie anciennement inondable située au bord du fleuve. Mal perçue de la part des Bamakois, cette population a accrue la mauvaise réputation du quartier car selon la rumeur, elle serait très active dans les commerces illicites précités. Cette partie du quartier, considérée comme la plus dangereuse, se nomme *kafiri carré*, le carré (lotissement) des "cafres". Terme d'origine arabe, *kafiri* est très péjoratif et ne doit pas être employé en public; au sens musulman d'"infidèle" (celui qui ne croit pas en Dieu) s'ajoutent celui de "païen" (celui qui adore plusieurs dieux ou des idoles) en relation avec les pratiques fétichistes et celui du mot européen "cafre" méprisant les africains; ces connotations péjoratives ont pris naissance avec les rapports dominant-dominé édifiés par les systèmes esclavagistes arabe et européen. Cette métaphore illustre la méfiance et le mépris qu'a la population bamakoise pour celle de Jenekabugu. En cohérence avec cet aspect "païen", sans foi ni loi, existent tout au long de la route plusieurs bars dits "fétichistes" où *dòlò* (bière de mil) et alcools de toute sorte peuvent être consommés.

Ce quartier est également par la concentration d'anciens "lépreux" le lieu de regroupement de mendiants qui vont régulièrement et à tour de rôle en ville. Avant 1980, Bamakò, ville africaine moderne, s'est caractérisée comme Dakar par une gestion expéditive des catégories défavorisées de la population se trouvant dans les rues. En 1972, elles furent étiquetées "encombrements humains" par L.Senghor (Collignon 1984) et firent longtemps l'objet d'entreprises dites de "déguerpissement". Dans les années 70, la gare de Bamakò fut le théâtre de véritables "déportations de lépreux" vers la frontière Mali-Sénégal. Grâce à ces migrations forcées ou à celles spontanées dues à la mendicité, les mendiants "lépreux" et leurs corollaires "aveugles" —car ils sont souvent indissociables— ont appris à édifier de véritables réseaux "professionnels". Ces réseaux sont également liés à toutes les entreprises commerciales illicites qui ont trait aux drogues et aux médicaments; la diffusion de ces derniers se faisant à partir des centres de soins par l'intermédiaire du malade en cours de traitement mais surtout par l'intermédiaire du personnel soignant.

Ainsi, la mauvaise réputation du lieu s'est entretenue d'elle-même mais a largement contribué à y développer un dynamisme économique et social.

L'ouverture vers l'extérieur, un dynamisme propre au quartier

Le stigmatisme a donc engendré tout un système commercial reposant sur un ensemble de liens tissés entre le quartier et le centre-ville mais aussi

entre le quartier et l'étranger. Cela a contribué à rompre l'isolement social dans lequel était maintenu au départ le "milieu lépreux" et y a favorisé un dynamisme interne et externe qui lui est propre.

Nous avons vu comment la population avait mis en valeur l'environnement physique en y entreprenant des cultures vivrières. Les bords du fleuve sont actuellement moins exposés aux inondations (le cours du Niger est en partie régulé par la retenue d'eau de Sélingué situé sur un de ses affluents); ils peuvent être exploités et construits. Depuis 1983, les entreprises de développement de maraîchages de la principale association caritative (l'association française R.Follereau et sa représentation malienne) se sont avérées un des moteurs économiques du quartier. Placées entre l'institut et l'ancien aérodrome, elles se sont particulièrement étendues ces dernières années. Grâce à ces cultures mais aussi grâce aux commerces licites et illicites précités, le marché de Jenekabugu est réputé pour le prix de ses produits et pour sa croissance.

En ville, outre la mendicité, nous pouvons observer d'autres métiers spécifiques aux "lépreux". De type marchands, ils sont délaissés par le reste de la population car considérés comme dévalorisants: revendeurs de pièces détachées de voitures ou de motocyclettes, vendeurs de poulets. D'autres sont par contre liés à l'aspect mystérieux, secret, incontrôlé donc puissant de la maladie et de celui qui en est atteint; il s'agit principalement d'activités de soins (vente de remèdes traditionnels ou de médicaments allopathiques, activités thérapeutiques et/ou magiques) qui sont plus le fait de l'individu "lépreux" que celui du groupe. Un infirmier parle: *«A Jikòrònin, il y avait des gens là-bas qui disaient qu'ils pouvaient vous rendre riche ou vous faire du mal (...) Dans les années 82, il y avait un vieux (lépreux). Ce monsieur, chaque fois qu'il était sur la piste (chaque fois qu'on le rencontrait), les gens disaient que c'était un grand connaisseur, il s'était fait de la fortune. Il est tombé dans le coma; avant sa mort, ils(les gens) n'osaient pas l'approcher, car ils disaient que c'était un grand féticheur, même son cadavre était capable de faire du mal»* (Missira, 1992)

Dynamisme économique sous entend dynamisme social. Il existe à Jenekabugu comme dans le reste de la ville de nombreux réseaux relationnels. L'étranger ne repérera pas cette structuration particulière de la société qui s'est adaptée aux phénomènes modernes de migrations, d'expansion urbaine, ainsi qu'aux structures administratives et politiques. Du groupement amical, le "grin", aux associations officiellement enregistrées, il existe différentes manières de concrétiser les alliances entre personnes. Celles-ci sont plus ou moins anciennes, "traditionnelles", modernisées ou modernes: tons d'hommes et tontines de femmes pour les baptêmes et les fêtes, associations de jeunes de même classe d'âge; associations régionales (personnes venant d'un même lieu: ville, village), "claniques" (personnes

ayant la même "si"), familiales plus ou moins élargies, professionnelles (ethniques: pêcheurs Bozo, commerçants Soninké; castes: artisans forgerons, griots, chasseurs..), religieuses, syndicales ou politiques. Deux types de réseaux sont propres à la lèpre: celui lié au système de soins et celui lié au caritatif ; on peut ainsi citer les plus importants: le groupe des manoeuvres et anciens malades de l'Institut, l'association et la coopérative agricole des anciens malades du quartier, l'association des femmes malades de la lèpre, l'association des femmes chrétiennes de Jenekabugu et de Chrétienbugu, l'association des mendiants... Mais en général ces différents réseaux s'entremêlent et sous des aspects "informels" constituent des formes de pouvoir extrêmement influentes.

Malgré la persistance de la stigmatisation, dynamisme économique et dynamisme social ont finalement permis aux "lépreux" d'acquérir en tant que "groupe" une place et donc, une certaine valeur au sein de la population .

Une identité "lépreuse"

Favorisée par un vécu et une vision identiques du monde, cette communauté a édifiée des réseaux de sociabilité propres. En structurant les "individus lépreux" en tant que "communauté", cette identité interne les a fait repérer comme "identiques" également de l'extérieur. Dans une culture où les valeurs de l'individu se confondent avec celles du groupe, les contraintes initiales ont été transformées en avantages. Au même titre que certaines castes —comme les griots (*jèliw*)—, tour à tour méprisées et valorisées, on peut parler d'une "sous-culture lépreuse" dont le centre se trouve à Jikòrònin. Bien qu'au départ initiés par le stigmate social et alors même que celui-ci s'é moussé, ces phénomènes identitaires tendent à perdurer à travers la microsociété du quartier. Ils reposent sur une volonté du groupe d'exister en tant que tel —ce qui lui permettra de contrôler son environnement physique et social—, volonté qui ne peut s'exprimer que parce que les "lépreux" ont acquis une place économique et sociale au sein de la société bamakoise

Face aux changements

Cependant l'environnement urbain soumet ce quartier à des transformations spatiales et à de multiples changements sociaux plus ou moins rapides et importants. Depuis 1935, la population de Jikòrònin a su y faire face; mais ces vingt dernières années, le processus s'est accéléré.

L'extension spectaculaire des quartiers périphériques de Bamakò (comme Lafiabugu et d'autres sous-quartiers de Jikòrònin: Dontémé et Camp-para), l'amélioration du réseau routier vers le centre-ville et la mise en service en 1992 du 2ème pont ont contribué à désenclaver le quartier

et à réduire ses particularismes. A cela s'ajoutent également tous les échanges et liens sociaux du quartier avec l'extérieur précédemment exposés.

Des événements sociaux paroxystiques peuvent soumettre de tels sous-groupes culturels à des remises en question ou leur permettent de révéler des conditions sociales occultées. Ce fut le cas lors de la chute du régime autoritaire de la 2^{ème} République en mars 1991. L'instabilité politique et les carences des pouvoirs publiques ont contribué: à l'effondrement de l'autorité de l'état et des institutions publiques et privées, au développement de l'informel, à la création de nombreuses groupes associatifs et à toute une série de mouvements revendicatifs populaires (étudiants, jeunes diplômés chômeurs...)(Champaud 1992).

Participant aux événements sociaux, les anciens malades et leurs familles habitant Jenekabugu ont également manifesté contre les pouvoirs institutionnels du quartier que sont l'Institut et les associations caritatives et contre leurs représentants (soignants, administratifs). Considérant ce qui leur était offert depuis 50 ans comme un dû, ils ont trouvé dans ces changements politiques l'opportunité de dénoncer publiquement des abus antérieurs et de revendiquer plus d'avantages (changement dans l'organisation des soins, plus de médicaments gratuits, redistribution des dons humanitaires). Ainsi, l'Association des Malades Lépreux du Mali a été créée en octobre 1991; elle est formée de sous comités présents au sein de tous les Centres de Santé de Commune (CSC) de Bamakò qui rendent compte au siège central situé au *Buguba* (Jenekabugu). Leur existence permet au nouveau malade, isolé, d'être soutenu dans ses démarches et ainsi de lui fournir une communauté de référence. En permettant aux anciens malades d'être présents sur les lieux de soins, cette association les fait participer aux soins et leur fournit un certain droit de regard sur leur organisation.

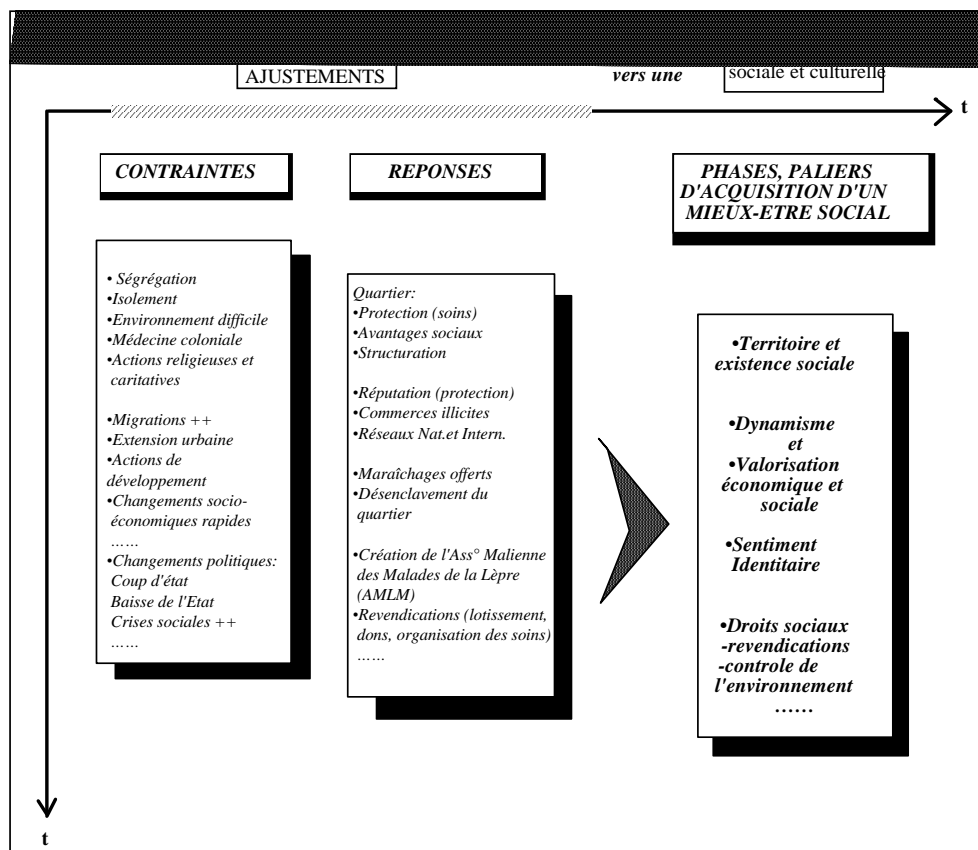
A Jenekabugu, en tant que premiers occupants du lieu, les familles des anciens malades considèrent qu'elles sont propriétaires. Cependant des projets d'urbanisme, amorcés dans les années 80, visaient à lotir ce quartier défavorisé et prévoyait de déloger une partie de sa population ; ils n'ont toujours pas été réalisés et sont revus à la baisse car celle-ci a réussi à faire pression.

Ainsi en faisant obstacle aux structures politico-administratives et aux institutions de soins, la population défend et revendique des droits territoriaux et sociaux qu'elle s'est appropriée.

Vers un mieux-être social (Figure 3).

La ségrégation massive imposée par les européens a constitué un changement brutal pour l'individu lépreux; face à cela, la réponse adap

FIGURE 3



- Figure 3 -

tative a été collective. En effet, l'acquisition d'un mieux-être individuel ne peut se concevoir en Afrique qu'à travers un lieu et/ou un groupe de référence.

Cependant pour parler d'adaptation socioculturelle (plutôt que d'ajustement) de cette population à son environnement, je choisis de me placer dans une certaine échelle espace-temps: je considère le quartier au sein de l'espace bamakois physique et social et non sous l'angle restreint d'une microsociété isolée et je me situe dans le long terme. Cette notion de long terme (60 ans depuis le début de la ségrégation occidentale) est bien-sûr relative et doit être replacée dans le contexte de la ville africaine moderne où l'homme génère des changements continuels, rapides, multiples et complexes. Au sein de ces mutations se sont présentées des contraintes tour à tour négatives et positives (ségrégation, isolement, environnement physique difficile, soins coloniaux, actions religieuses et caritatives, migrations et extension urbaine, changements économiques et politiques.etc.) et face à elles, les habitants du quartier ont été capables de répondre par des choix ordonnés. Ce sont ces différents passages entre ces "réponses" et ces "contraintes" que je nomme "ajustements socioculturels" —les réponses pouvant à leur tour devenir contraintes—. Ces ajustements déterminent les phases successives d'acquisition d'un mieux-être social de la communauté et de l'individu "lépreux" (appropriation d'un territoire, d'une existence sociale; acquisition d'un dynamisme socio-économique et d'une valorisation sociale; émergence d'un sentiment identitaire, défense et revendication de certains droits), paliers d'une adaptation socioculturelle en pleine évolution

BIBLIOGRAPHIE

A.N.M.(Archives Nationales du Mali, Koulouba)

1930 *Visite du chef de la subdivision sanitaire de Bamako au village de ségrégation des lépreux de Djikoroni*, Rapport n° 80, Dossier: Santé: léproseries et épidémies, Fonds récents (1917-1960) Série H 1H 56 .

Bargès A.

1993 *Lèpre et représentations de la maladie au Mali: la gestion sociale du stigmaté, implications en Santé Publique*. Rapport de terrain (1990-92) multigraphié, Université d'Aix-Marseille 3 - Laboratoire d'Ecologie Humaine. 88 p.

Champaud J.

1992 Le sahel et la démocratie. In : Le Mali: la transition. *Politique africaine*, 47 : 3-8 .

Collignon R.

1984 La lutte des pouvoirs publics contre les "encombres humains" à Dakar. *Revue Canadienne d'Etudes Africaines* 18 (3) : 573-582.

I.G.N (Institut National Géographique)

1960 Bamako et de ses environs, carte en courbes et en couleur au 1/20 000. Service géographique de Dakar: 1 feuille.

Daffe Abidine

1992 Afrique subsaharienne: l'alternative aux cultures licites. *Psychotropes*, VIII (1-2) : 125-130.

MALI (République du)

1987 *Recensement général de la population et de l'habitat (1er au 14 avril 1987)* Rapport multigraphié, Ministère du Plan. 68 p.

Mougin J.

1948 *Bamako: hier, aujourd'hui, demain*. Mémoire dactylographié de l'Ecole de la France d'Outre-Mer, Koulouba : 53 p

Société des Nations

1931 Principes de prophylaxie de la lèpre dans : 1er rapport général de la Commission de la Lèpre. *Série de Publications de la Société des Nations*, III (2) : 5-12.

Sorel (Ldt)

1938 Prophylaxie de la lèpre dans les colonies françaises. *Bulletin de l'Office International d'Hygiène publique*, XXX (6) : 1-5.

Villien-Rossi M.I.

1966 Bamako, capitale du Mali. *Bulletin de l'IFAN*, XXVIII B (1-2): 249-380

SUMMARY

The most important center for the segregation and health care of leprosy patients in West Africa is the Marchoux Institut in Bamako. It has encouraged the spontaneous development of a large neighborhood, Jikòrònin (Djikoroni). At the beginning under quarantine, the arée soon became a protected area, more suitable for the families of the sick. The many sociocultural adjustments of the leprosy system determined various phases in the movement towards improved social welfare : the appropriation of a territory and a social acceptance, the development of socioeconomic dynamism, the emergence of a sense of identity, and the taking of claims to certain rights — all of these constitute steps in an evolving process of sociocultural adaptation.