

Zeitschrift: Ethnologica Helvetica
Herausgeber: Schweizerische Ethnologische Gesellschaft
Band: 17-18 (1993)

Artikel: Errances thérapeutiques dans les collines
Autor: Droz, Yvan
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1007621>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 07.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Errances thérapeutiques dans les collines

Le Burundi

Le Burundi présente un relief constitué de collines entrecoupées de marécages – en voie d'aménagement – et d'une chaîne de montagnes qui sépare le pays du lac Tanganyika. Le climat tropical reste tempéré par l'altitude, située entre 800 et 2500 mètres. La terre permet de nourrir une population nombreuse. La densité démographique du pays oscille entre 200 et 350 habitants au km².

Mon enquête¹ s'est déroulée dans la province de Muyinga située à la frontière tanzanienne et rwandaise; il s'agit d'une zone d'immigration pour les provinces plus peuplées du centre du pays; mes interlocuteurs sont cependant tous nés dans la province de Muyinga. La colline de Rusengo – lieu de l'enquête – se trouve à 8 kilomètres de Muyinga, sur les versants de la plaine de la Ruvubu.

Le Séminaire (lycée dirigé par des religieux) de Muyinga est enkysté à cet endroit: peu de communications existent entre le Séminaire et la population de la colline. Parfois cette institution emploie quelques travailleurs journaliers pour cultiver les champs qu'elle possède ou procéder à quelques travaux d'entretien (coupe du bois, réfection de bâtiments,...). Les élèves ne sortent pas de la cour du Séminaire et n'ont donc pratiquement pas de relations avec la population de la colline, si ce n'est lors de certaines activités sportives (cross) ou lors de «fugues» destinées, entre autres, à la quête de bière de banane.

L'habitat est relativement dense et les surfaces cultivées semblent importantes, sans toutefois qu'une pression trop forte ne s'exerce sur la terre. Dans les hauteurs, quelques étendues restent en friche, destinées

¹ Une consultation de six mois (juillet à décembre 1991) pour le Bureau de l'UNICEF au Burundi a permis la collecte des données présentées ici; je tiens à remercier cette organisation de m'avoir offert la possibilité de les utiliser.

à la pâture ou à la coupe de paille pour les toitures. La population s'élève à 2253 personnes regroupées en 527 ménages selon le recensement de 1990.

L'organisation administrative comporte un chef de colline aidé par une trentaine de *nyumbakumi* (chefs de dix à vingt ménages) répartis en quatre sous-collines. Chacune de ces entités territoriales est sous le contrôle d'un Comité du parti de cinq membres qui rendent compte de leurs activités au chef du parti de la colline ou au chef de colline. En effet, les structures administratives et politiques qui régissent l'organisation de la colline sont en partie imbriquées et les «gens des collines» ne font guère de distinction entre le parti et l'administration.

La province, dirigée par un gouverneur, est composée de sept communes gérées par des responsables communaux; selon leur superficie, ces entités administratives peuvent être divisées en plusieurs zones, puis secteurs. Ainsi, le chef de colline se voit chapeauté par un chef de secteur sous la juridiction du chef de zone, lequel fait le lien avec l'administrateur communal.

Cette organisation pyramidale est complétée par les «mouvements intégrés»: l'Union des Femmes Burundaises qui tente d'animer et d'informer les femmes de la colline (travaux de développement communautaire, contrôle social en cas de rumeurs persistantes ou de querelles de ménages disproportionnées, apaisement des conflits interpersonnels) et les Jeunesses Révolutionnaires *Rwagasore* chargées d'encadrer les jeunes hommes et accessoirement de jouer un rôle de police face aux récalcitrants (refus de participer aux travaux de développement communautaire ou de se rendre aux réunions, etc.), qui ont constitué le fer de lance de la lutte contre les sorciers dans les années 1972-1973².

En ce qui concerne les catégories sociales³ représentées sur la colline, improprement qualifiées d'«ethnies» dans certaines publications, la grande majorité de la population se rattache à la catégorie hutu, une famille est ganwa, deux familles sont tutsi et quelques familles appartiennent à la catégorie twa. Il est curieux de constater que les familles tutsi conservent une partie des fonctions dirigeantes (chef de colline, cheftaine de l'UFB, ancien responsable des JRR) et que les familles

² Cette «chasse aux sorcières» pourrait avoir «complété» le génocide de 1972 (Lemarchand et Martin 1974); une enquête sur cette période telle qu'elle a été vécue dans les collines fait malheureusement défaut.

³ *Ubwoko*, voir Chrétien 1985 et Mworoha 1977: 18-44.

ganwa et twa vivent dans le même espace géographique. Cependant, au niveau économique, mis à part la famille ganwa qui fait montre d'une certaine richesse et les familles twa qui manifestent une relative pauvreté, on ne peut les distinguer les unes des autres quant à l'apparence ou aux pratiques sociales.

Le système de la santé au Burundi

Sur le plan sanitaire, dans le cadre du système formel, les habitants disposent de différents centres de santé. Le plus proche et le plus généralement apprécié se trouve à Cumba (environ 4 km); le centre de santé intégré à l'hôpital de Muyinga (environ 8 km) offre une autre possibilité lorsque la maladie paraît nécessiter une hospitalisation ou lorsque les médicaments font défaut à Cumba; un dernier centre de santé utilisé dans une moindre mesure par les gens de Rusengo est celui de Muramba (10-12 km). Des centres plus éloignés ont parfois été mentionnés: Gitaramuka ou Gasorwe. Le fait que des religieux catholiques s'en occupent peut jouer un rôle dans la décision d'entreprendre un tel déplacement; des visites à la parentèle ou à des amis peuvent également en être la raison. Le système informel, de son côté, ne peut être que schématiquement décrit ici: il concerne des herboristes, des devins-guérisseurs et divers spécialistes (masseurs, accoucheuses ...), et fait parfois intervenir des médicaments phytothérapeutiques largement connus.

Lorsqu'un mal-être surgit (vers, toux, fièvre, etc.), c'est le plus souvent la mère de famille qui va cueillir diverses plantes dont sa mère lui avait précisé l'apparence et l'usage. La connaissance des plantes médicinales se construit également tout au long des expériences de maladie: chacun des conjoints apprend à connaître certaines plantes en relation avec les maladies qu'il a subies.

Ces médicaments phytothérapeutiques⁴ sont le plus souvent composés de parties de plantes (feuilles, tiges, racines, écorces,...) mais ils comprennent également des produits animaux (poils, urine, excréments,...) ou minéraux. Ils peuvent être utilisés en massage, par

⁴ Je prends ce terme dans un sens très général, englobant l'ensemble des pratiques dans lesquelles des éléments minéraux, animaux ou végétaux sont utilisés.

lavement ou par ingestion, ainsi que par scarification. La composition et l'administration du médicament peuvent obéir à des précautions rituelles précises (récolte à certains moments, vêtu de telle manière, à l'aide d'un ustensile spécifique...) ou se faire sans aucune précaution (cueillette de feuilles qu'il faudra ensuite frotter sur la partie malade...). Tous mes interlocuteurs connaissaient au moins quelques médicaments contre des affections courantes et certains prétendaient parfois disposer de secrets thérapeutiques puissants.

Ils m'ont également parlé de personnes, restées discrètes tout au long de mon séjour, censées connaître un grand nombre de médicaments: les «herboristes». Ces derniers prennent en charge les soins au malade, lui administrent quotidiennement le médicament et suivent son état. Un tel traitement exige une rétribution car celui qui l'effectue sort de la sphère de la solidarité immédiate («on ne fait pas payer son père ou son frère»). Lors de la prescription du médicament, le patient offre un dédommagement (100 ou 200 FBU⁵ ou une cruche de bière selon les cas) au prestataire afin «d'essuyer la rosée de ses pieds» selon l'expression consacrée⁶; le traitement suit alors son cours et le patient ne paie son «bienfaiteur» qu'en cas de guérison: il lui donne alors une ou deux grandes cruches (20 litres) de bière de banane et/ou de sorgho associées parfois à une somme d'argent qui peut atteindre 1000 à 1500 FBU. Toutefois le prix dépend des possibilités financières du patient et de son désir de «posséder» le médicament. En effet, le simple traitement revient le plus souvent à quelques centaines de FBU alors que la connaissance de la composition et du mode d'ingestion (rituels) du médicament peut s'élever à une somme bien plus élevée: de cette façon, le prestataire tente de faire fructifier ses connaissances car une transmission de savoir diminue ses possibilités d'exploitation en créant un nouveau «concurrent»⁷.

⁵ 1 \$ = 200 FBU; le revenu d'une famille dans une colline se situe entre 20'000 et 40'000 FBU par année (Lemaire et al. 1987).

⁶ Les médicaments se récoltent souvent le matin tôt alors que la rosée couvre encore les feuilles.

⁷ Cet aspect du secret et de son utilité «commerciale» est important pour saisir la réticence des «gens des collines» à transmettre ou même reconnaître posséder des médicaments traditionnels. Souvent, lors de mes entretiens, un interlocuteur soulevait la question des motivations de l'Etat quant au recensement des thérapeutes traditionnels. Il semblait alors évident que le but de l'Etat était le vol des connaissances médicinales. En effet, lors de certaines réunions avec des chefs de secteurs ou des administrateurs communaux, il

Selon mes interlocuteurs, les «herboristes» sont d'apparition récente dans les collines; leur savoir proviendrait des pays voisins, généralement la Tanzanie ou l'Ouganda, et serait le fruit de migrations au cours de la période coloniale (recherche d'un travail salarié en Ouganda ou en Tanzanie afin de payer l'impôt). Ainsi, après leur retour, certains migrants seraient-ils devenus des «herboristes» grâce aux connaissances glanées lors de leurs pérégrinations; d'autres, plus redoutables, auraient profité de ces séjours pour acquérir des médicaments destinés à l'ensorcellement...

Contrairement aux devins-guérisseurs, ces spécialistes se refusent à utiliser la divination ou certains rituels thérapeutiques formels et affirment ne traiter les malades qu'à l'aide de médicaments phytothérapeutiques tels ceux utilisés par la famille ou les voisins. Cependant, ces médicaments sont perçus comme plus forts que ceux employés dans les *rugo*⁸ car leur composition reste le plus souvent secrète et leur emploi revient à un coût relativement élevé.

A l'instar des autres personnes qui développent une activité dans le domaine de la santé, ces «herboristes» appartiennent à l'un ou l'autre sexe bien qu'il semble y avoir prépondérance masculine dans ce groupe. L'étendue de leurs connaissances varie grandement selon leur âge et leur expérience: certains ne connaissent que quelques médicaments pour des affections précises qu'ils ont subies à l'étranger alors que d'autres couvrent un vaste champ de maladies différentes.

Une possibilité de traitement plus discrète est offerte par les vendeurs d'herbes médicinales au marché. Il s'agit à ma connaissance⁹ d'étrangers à la région, donc de personnes extérieures au tissu de relations sociales qui couvre les collines. Leur anonymat s'accorde avec leur pratique car il peut être souhaitable de ne pas ébruiter l'existence de

avait été demandé aux «gens des collines» de montrer leurs médicaments publiquement sans qu'il ait été question d'une quelconque rétribution... Inutile de dire que seul le silence avait fait suite à cette proposition maladroite.

⁸ Unité domestique, enclos ou kraal selon les traductions; il s'agit de la ou des maison(s) et de la cour délimitée par une haie dense (dans la région de Muyinga, cette haie est en voie de disparition mais la limite du *rugo* reste située à l'extrémité de la cour).

⁹ Mes tentatives d'entrer directement en contact avec eux lors de marchés ou au travers d'interprètes se sont soldées par des refus catégoriques. Ce paragraphe reste donc sujet à caution, mes informations n'étant que de deuxième, voire de troisième main.

certaines maladies¹⁰. Ils n'entretiennent qu'une relation commerciale avec leurs clients, se contentant de vendre des médicaments tout en précisant le mode d'ingestion et leur utilité. Ils ne suivent pas l'état de leur patient. Contrairement aux médicaments proposés dans le contexte de la colline, le paiement se fait ici immédiatement et bien sûr indépendamment des résultats.

Ces vendeurs affirment voyager beaucoup afin de collecter leurs médicaments; ainsi les plantes ou les écorces proposées seraient originaire de la savane tanzanienne ou des forêts zaïroises. La distance qui sépare la zone de cueillette du lieu de vente est présentée comme un gage de l'efficacité du médicament proposé et dénote de l'étendue de la connaissance – de la spécialisation – du vendeur. A l'instar de ce qui se dit de certaines formes de sorcellerie, l'éloignement constitue ainsi, aux yeux des «gens des collines», un symbole de qualité.

Une certaine similitude apparaît entre les pratiques des «herboristes» et celles des vendeurs du marché: les uns comme les autres inscrivent l'origine de leur savoir dans des régions étrangères et proposent des soins basés principalement sur des herbes médicinales et des matières animales ou minérales. Cependant, les vendeurs du marché m'ont paru extérieurs aux relations sociales de leurs acheteurs alors que les «herboristes» sont pris dans ces relations en tant que voisins ou familiers. Ainsi, le mode d'action de leurs médicaments n'est pas le même car les premiers laissent le patient isolé à son domicile alors que les seconds le suivent généralement quotidiennement en lui administrant un médicament et en observant le développement de l'affection. Dans ce dernier cas, le patient reste à l'intérieur de son cercle social et en reçoit encouragements et soutien, ce qui constitue à mes yeux un élément important du processus de rétablissement.

Sur la colline, d'autres personnes sont susceptibles de proposer des médicaments ou des services lors de certaines affections: devins-guérisseurs, «masseurs» ou accoucheuses. Ces dernières sont appelées d'urgence auprès des femmes qui rencontrent quelques difficultés lors d'un accouchement dans le *rugo* ou lorsqu'une femme a déjà connu des problèmes lors d'un accouchement antérieur. Plusieurs femmes m'ont

¹⁰ Il semble qu'une grande partie des médicaments ainsi vendus sont destinés à des problèmes d'impuissance ou de stérilité; d'autres sont des philtres censés conserver un partenaire ou rendre un homme ou une femme amoureux du possesseur de ce médicament.

affirmé pouvoir sentir à l'avance si l'accouchement se passerait bien ou non. Dans ce dernier cas, elles prennent des dispositions en conséquence (appel à une accoucheuse, préparation d'un déplacement vers un centre de santé, aménagement du *rugo*, ...).

A ma connaissance, seules trois accoucheuses reconnues comme telles par mes interlocutrices vivaient sur la colline lors de mon séjour¹¹; elles disposent de médicaments pour les affections gynéologiques et de connaissances en obstétrique, ce qui leur permet de venir à bout des difficultés qui peuvent se présenter lors de l'accouchement ou à sa suite (diagnostic de la position du foetus, rétention du placenta,...). Un aspect de leurs pratiques que mes interlocutrices ont souligné est l'observation et l'accompagnement des femmes avant leur accouchement puis à sa suite. En outre, accoucher sur la colline permet aux femmes de jouir de la période de retraite (une semaine) prescrite aux femmes parturientes et de remplir ainsi leurs obligations «traditionnelles».

Les «masseurs» sont des personnes habiles à réduire les fractures ou les foulures, voire les hématomes; à l'instar des accoucheuses, il en existe quelques-uns sur la colline mais aucun n'a accepté de se dévoiler à moi. Il semble que l'essentiel de leurs pratiques consiste en des massages du membre blessé à l'aide d'un bouchon de plantes écrasées. Masseurs et accoucheuses tirent un certain profit de leurs services (100 ou 200 FBU accompagnés d'une cruche de bière) lorsqu'ils sont couronnés de succès.

Un des derniers aspects du système informel est constitué par les devins-guérisseurs¹², souvent confondus – selon un processus de dénégation qui en dit long sur leur prégnance¹³ – avec les sorciers. Il est bon de les distinguer, bien que dans la pratique certains devins-guérisseurs puissent également être sorciers ou que cette dénomination

¹¹ Il ne m'a malheureusement pas été possible d'en rencontrer. Les informations qui suivent proviennent uniquement d'entretiens avec des femmes qui leur ont fait appel ou qui les connaissaient de réputation.

¹² Sur les pratiques de ces «médecins traditionnels», voir plus particulièrement Barancira 1990, Ndayishimiye 1985, Niyonzima 1983, Nsabumwami 1989, Ntabona 1988 et Suguru 1978.

¹³ La volonté d'aveuglement qui pousse les «urbains» à traduire par sorcier ce qu'ils savent être des devins-guérisseurs est pour le moins frappante. *Umupfumu* et *umurozi* sont pourtant en kirundi deux mots distincts. Affirmer qu'un devin-guérisseur est un sorcier représente une accusation grave que l'on ne portera qu'avec prudence.

dépende de la position du locuteur. Le devin-guérisseur est un paysan qui a appris à «deviner» les causes des maladies (diagnostiquer) selon divers procédés: divination à l'aide du van, d'un bâton pliant, *d'une poupée* parlante, de beurre fondu, etc., et à traiter certaines affections, principalement celles dont la cause s'enracine dans la sphère des «esprits» ou de la sorcellerie¹⁴. Le traitement a recours à des médicaments phytothérapeutiques et à des rituels spécifiques¹⁵. Ces devins-guérisseurs font partie d'un groupe déjà ancien au moment de la colonisation; ils jouaient alors un rôle important sous la monarchie¹⁶. Actuellement, ils restent dissimulés dans les collines et n'opèrent plus que de nuit en raison d'une répression sourde de leurs pratiques par l'Etat et l'Eglise. Pourtant tout un chacun, y compris les citadins, font appel à eux lorsqu'une maladie ou un événement sort de l'ordinaire.

La formation de ces spécialistes provient d'une maladie, d'un désir particulier ou de la présence d'un devin dans la famille. Il existe en effet une transmission de père en fils aîné. Des «esprits» peuvent aussi choisir un individu et le posséder afin de le contraindre à entamer les démarches d'initiation¹⁷. D'autres personnes désirent devenir devins-guérisseurs et recherchent un spécialiste puissant afin de se mettre à son service et de recueillir ainsi son savoir; cette démarche implique des frais considérables (une ou plusieurs dizaines de milliers de FBU). Le coût des prestations oscille selon les affections et s'échelonne de 200 FBU pour une simple divination à plusieurs milliers de FBU pour des soins nécessitant un rituel long et compliqué. A ces dépenses financières, il faut ajouter de la bière et parfois des dons en nature pour différents sacrifices (poulet, chèvre, mouton ou vache).

Malgré ces gains parfois élevés, le statut de devin-guérisseur n'est pas envié. Mes interlocuteurs m'ont souvent fait part de leurs craintes de ces spécialistes et des obligations auxquelles ces derniers sont soumis. En effet, la communication avec la sphère des «esprits» n'est pas sans danger. Le devin est astreint à divers sacrifices et interdits qui traversent sa vie quotidienne et grèvent ses ressources financières. En

¹⁴ *Baganza, amashinga, imizimu, amahembe*, par exemple. Voir Droz 1994 pour une classification de ces esprits, sorts ou pièges.

¹⁵ *Kiranga ukubandwa, imizimu ukubandwa*, désorcellement, etc.

¹⁶ Voir Chrétien 1986, Mworoha et al. 1987 (chapitres 9 et 10), et les divers récits de révolte lors de la période coloniale.

¹⁷ *Ukubandwa*.

outre, cette communication laisse planer un doute sur les capacités et les activités du devin-guérisseur car dans cette sphère, les moyens de guérison côtoient des entités qui causent des maladies pour des raisons qui leur sont propres. Le glissement vers la sorcellerie reste toujours possible...

Un dernier aspect de ce système consiste en la guérison par la prière. En effet, les sectes protestantes (pentecôtistes, adventistes,...) sont très actives dans le pays et la conversion représente pour les «gens des collines» un moyen de se débarrasser des affections dont la cause se trouve dans la sphère des «esprits». La prière et la discipline propre à ces sectes permet de se protéger de toute possession de ce type et de la dénoncer au grand jour: un protestant (ou ancien protestant) pourra parler librement d'une maladie qui trouve son origine dans un esprit, fait inimaginable pour tout autre individu en raison d'une possible colère de l'esprit en question.

Itinéraires thérapeutiques

Existe-t-il une frontière entre le système formel et le système informel de la médecine? Comment se vit le passage d'un système à l'autre, s'il y a passage? La présentation d'itinéraires thérapeutiques donnera quelques directions de réponse. Ceux-ci présentent l'ensemble des pratiques afférentes à la recherche de la santé¹⁸. Il ne s'agit donc pas seulement de déplacements géographiques, mais surtout d'un itinéraire social et psychologique sur lequel chemine le patient, ses proches et le groupe auquel il appartient.

Les descriptions suivantes sont le fruit de récits recueillis avec l'aide d'un interprète lors d'entretiens semi-directifs à Rusengo: mes interlocuteurs me présentaient l'histoire d'une maladie dont la famille avait été la victime ces dernières années. J'ai tenté de laisser transparaître les termes et le style employés lors de l'entretien afin de conserver ces récits au plus près de leur situation d'expression. Ils sont le résultat d'une reconstruction du souvenir et ne présentent donc pas une

¹⁸ Ce terme est pris ici dans le sens d'absence de sensations attachées à un mal-être. Il ne s'agit donc pas d'une impression de bien-être, mais seulement de ne pas se sentir «malade». Je ne discuterai pas ici les questions relatives à la définition de la santé ou de la maladie: je ferai un usage «naïf» de ces notions incontournables.

description procédant d'observations seulement. Leurs auteurs avaient présent à l'esprit le désir de décrire des pratiques «cohérentes» et «acceptables»¹⁹ pour l'étranger que j'étais: il est ainsi fort probable que certains détails ont été «oubliés» car ils appartenaient aux «choses à ne pas dire». Toutefois, un début d'intégration et l'habileté de mon interprète a permis la création d'une relation de confiance relative qui m'a permis d'entrevoir certaines pratiques du système informel.

Le récit de Pierre

Sur sa bicyclette, Pierre – petit fonctionnaire – rend à son travail dans une colline éloignée de son domicile. A un certain endroit, il fait passer son vélo entre de petites cruches contenant des «médicaments»; aussitôt après, elles se mettent à fumer. En rentrant à la maison, le soir, les gens de la maison se rendent compte que son visage est enflé, tandis que ses yeux ont changé de couleur. La nuit, il va se coucher, puis il est pris de soubresauts hystériques et perd connaissance. Il respire difficilement, bruyamment, comme si quelque chose dans sa poitrine barrait l'expiration. Par sa bouche grande ouverte, la salive s'écoule. Sa femme et ses frères sont obligés de le maintenir immobile en tenant ses membres et sa tête.

Après cette crise, Pierre ne se souvient plus de rien et perd son intelligence. Sa famille tente de le faire soigner à l'hôpital, mais rien n'y fait: la maladie continue, les crises surviennent à intervalles irréguliers. Peu avant chaque crise, Pierre est très énervé et se fâche avec tout le monde, y compris ses proches.

Sur le conseil d'amis, la famille décide de s'adresser à un guérisseur qui leur demande d'acheter un bélier et de préparer de l'*insongo*²⁰. Ceci prêt, le guérisseur vient avec des médicaments mélangés avec de la bière dans un petit récipient²¹. Il fait ensuite boire le mélange à Pierre en lui demandant de s'en racler la gorge puis de le recracher

¹⁹ Lors des entretiens, il était frappant de percevoir une certaine retenue lorsque des pratiques du système informel étaient évoquées: mon interlocuteur guettait ma réaction et se défendait par un rire gêné. Après quelques entretiens, ce malaise disparaissait et nous pouvions converser de manière plus détendue.

²⁰ Bière de banane non diluée.

²¹ *Uruganzu* ou *ururegerege* ou *urubaya*.

dans la bouche du bétier afin de lui transmettre la maladie. Le guérisseur conseille à la famille de revendre le bétier de peur qu'il ne maigrisse à cause de la maladie, ce qui est fait trois jours plus tard au marché de Muyinga. La famille de Pierre lui offre de la bière et 3000 FBU. Mais tout continue comme auparavant, sans amélioration. Par déception, la famille jure de ne plus rien dépenser en soins car jusque-là, rien de positif n'est advenu, malgré tous les efforts déployés.

Pourtant, une nouvelle tentative est faite: la famille fait appel à un nouveau devin-guérisseur. Après avoir écouté la description de la maladie, ce dernier demande de préparer de la bière et d'acheter un cabri. Lorsque tout est prêt, il se rend chez Pierre, accompagné par sa femme et ses deux filles, et demande à toute la famille de Pierre de le suivre dans un bois, sur une colline proche, non sans avoir auparavant inspecté la maison et l'avoir nettoyée à l'aide d'un tison de «médicaments» pour détecter de possibles pièges. Eclairé par un feu, au milieu du bois, le devin couche le cabri sur un lit de branches qu'il avait préparé auparavant et l'égorgé. La viande est grillée sur le feu et le devin-guérisseur la distribue à l'assistance sans qu'elle soit toujours bien cuite. Il en met de côté une partie, pour l'offrande probablement. Peu après, il se met à parler avec une voix enflée et nasale pour appeler les esprits: il pousse de grands «Hmmm» de temps en temps, aidé par sa femme, alors que ses deux filles pouffent dans leur coin. Il chasse pendant cette séance la maladie de Pierre. Il prend ensuite de petits rameaux et les agite devant le visage du malade avant de le faire sur tout le corps (*Gukugura*). A la fin de cette séance, toute la famille rentre à la maison sans regarder derrière elle, suivant en cela les indications du devin-guérisseur. Il est alors 23 heures. Alors vient le moment de boire la bière.

Quelques jours plus tard, la famille envoie de l'argent au devin-guérisseur. Hélas, la maladie ne subit pas d'amélioration. Bien au contraire, elle s'enrichit d'un nouvel apport: après chaque crise, Pierre conserve la mâchoire luxée! Il faut alors l'emmener au dispensaire, et même une fois à l'hôpital de Gitega, afin de la remettre à sa place. Comme la maladie ternit de plus en plus son intelligence, Pierre se retrouve excusable d'office, quelle que soit la bêtise qu'il commette.

Au début de ce récit – le plus élaboré de ceux présentés ici – nous pouvons percevoir l'imputation d'une causalité à la maladie. Il est en effet probable que le passage entre les calebasses n'a été «découvert» que bien après l'apparition des symptômes. Le malade ou ses proches

aurai(en)t ainsi reconstruit l'histoire de sa maladie afin qu'elle corresponde à une étiologie reconnue par sa société. Le terrain où Pierre venait de construire sa maison avait été achetée à un devin-guérisseur. Etant donné l'importance de la terre pour un paysan, on peut penser que la vente ne s'est faite qu'en dernier recours (en l'occurrence, le vendeur continue de vivre dans la colline sur un autre terrain). De plus le soupçon inavoué qui pèse plus ou moins lourdement sur la personne d'un devin-guérisseur expose Pierre à une tentative d'ensorcellement.

Par ailleurs, Pierre et ses enfants ont bénéficié d'une scolarisation qui leur a permis d'abandonner peu à peu le travail de la terre et l'élevage afin de se consacrer à des activités artisanales. Outre l'achat du terrain et la situation familiale de Pierre, dont le frère est devin-guérisseur, l'envie suscitée par cette réussite sociale fait donc de cet homme une cible prédestinée à une attaque de sorcellerie, attaque qui vise en premier lieu la cause de ses succès sociaux: son intelligence.

Le premier recours face à cette maladie qui – par ses symptômes – laisse entendre qu'elle provient de la sphère des esprits (soudaineté, crise de possession, oubli) est pourtant l'hôpital. Nous pouvons voir là l'influence de l'insertion de la famille de Pierre dans le monde occidentalisé; une visite chez un devin-guérisseur, sans compter les difficultés familiales que cela pouvait soulever (relation alors difficile avec le frère), aurait fait perdre la face à cette famille affichant jusque-là sa réussite. En revanche, le recours au système formel de la santé cadrerait tout à fait avec les pratiques habituelles de la famille: il constituait un nouveau défi aux pratiques traditionnelles²².

Face à l'insuccès de cette tentative, la famille décide malgré tout de faire appel à un devin-guérisseur: mais il faut pour cela que des amis insistent. Ce rôle d'annonciateur, bien mis en évidence par Jeanne Favret-Saada (1977), est un motif récurrent des itinéraires thérapeutiques où la sorcellerie fait son apparition. La famille ou le malade ne peuvent faire appel à un devin-guérisseur en supposant implicitement un ensorcellement que si ce «diagnostic» est confirmé par l'entourage ou par un étranger de passage. Cet annonciateur prend la responsabilité

²² Cet adjectif qualifie ici les pratiques reconnues par les «gens des collines» comme appartenant au monde barundi, par opposition aux pratiques occidentales importées par la colonisation. Il peut ainsi inclure des pratiques thérapeutiques empruntées à des groupes ethniques d'Ouganda, de Tanzanie ou du Zaïre. Il ne préjuge donc pas de leur «authenticité» ni de leur «intemporalité».

d'imposer un diagnostic auquel chacun pense mais qu'aucun membre de la famille n'ose affirmer²³.

Le guérisseur transmet la maladie à un bélier grâce à la bière de banane. Pour les Barundi, le bélier était – et reste dans une moindre mesure – un animal interdit, considéré comme un représentant du principe supérieur (*Imana*) sur terre. La bière de banane est un vecteur de sociabilité au Burundi (Trouwborst 1962 et 1973); elle a supplanté la bière de sorgho qui auparavant jouait un rôle éminent dans les cérémonies religieuses de la royauté (Chrétien 1982, Meyer 1984). Actuellement encore, la reproduction des relations sociales passe par une convivialité centrée sur le partage de cette bière. Elle est ici également un vecteur qui permet de transmettre la maladie au bélier en «partageant» de façon tronquée la bière: les gorgées destinées au patient sont ensuite rejetées dans la gueule de l'animal qui avale cette bière et recueille ainsi la maladie. Afin de limiter les pertes financières de la famille, le guérisseur conseille de revendre le bélier censé dépérir et mourir en lieu et place de Pierre.

La déception est grande face à l'échec de cette tentative: cette demande signifiait – aux yeux des voisins – que la famille de Pierre se réinsérait dans les relations sociales traditionnelles par cette participation à un rituel thérapeutique²⁴. La famille reconnaissait ainsi l'importance de l'univers symbolique barundi: le monde occidental n'était dès lors plus tout-puissant.

Le frère de Pierre arrive alors pour proposer ses services et tenter de remettre d'aplomb le malade. Un nouveau rituel a lieu; tout d'abord le devin-guérisseur procède à un exorcisme du lieu d'habitation, puis il accomplit un sacrifice et partage la viande entre les membres des deux familles dont les relations étaient tendues auparavant. J'ai perçu cette tension à travers l'indignation de mon interlocuteur lorsqu'il décrivait les filles du devin-guérisseur qui se permettaient de pouffer lors du rituel comme si elles ne prenaient pas au sérieux cet événement, nouvelle attaque contre l'univers symbolique barundi. Ainsi en est-il également du partage de la viande («même pas cuite») et de la part

²³ Certaines formes d'ensorcellement ne peuvent provenir que d'un membre de la famille... ce qui rend le diagnostic de sorcellerie dangereux pour la famille.

²⁴ Bien que le rituel se fasse secrètement, les voisins sont le plus souvent au courant de l'événement.

conservée «probablement» pour l’offrande, propos qui laissent sous-entendre qu’elle finira en réalité dans l’estomac du devin-guérisseur...

Pourtant, une réconciliation symbolique a lieu en présence d’esprits appelés par le devin²⁵. Ce second rituel thérapeutique traite le mal par l’exorcisme à l’aide de la fumée dégagée par les brandons dans la maison de Pierre puis sur son corps. Il semble que ce rituel fasse appel à un univers symbolique différent du précédent, qui participait de pratiques barundi telles qu’on peut les retrouver dans les descriptions des observateurs du début du siècle (Meyer 1984) ou dans les contes (Ndorcimpa et Guillet 1984; Guillet et Ndayishinguje 1987).

Comme ultime tentative, la famille se résout à revenir dans le système formel de la santé; l’hôpital de Gitega – deuxième ville du pays et ancienne capitale royale – présente une dernière alternative après l’échec des consultations dans les centres de santé et à l’hôpital de Muyinga. Le déplacement dans cette ville éloignée d’une centaine de kilomètres demande une organisation et des frais supplémentaires: c’est un nouvel et dernier (?) effort que fait la famille de Pierre pour tenter de lui faire recouvrer la santé²⁶.

Le récit d’Evariste

En 1966, alors qu’Evariste vient de se marier, sa femme est prise par erreur dans un piège²⁷. Elle marchait sur un sentier, suivie par son nouveau beau-frère; soudain, ce dernier remarque deux lignes verticales traversées par trois lignes horizontales; les carrés ainsi délimités sont couverts de poudre noire et blanche. Il s’exclame alors: «Oh madame, vous venez de traverser l’ubuganga». Ils retournent immédiatement à la maison, où la femme se met à gémir et à se gratter: sa jambe est en train de se dilater. Evariste appelle un guérisseur qui commence par

²⁵ La transmission du pouvoir de deviner et de guérir se fait généralement de père en fils aîné; l’«esprit» qui possède le devin reste ainsi dans la famille. On peut imaginer que cette tentative de réconciliation aura comme garant ces esprits «membres» de la famille...

²⁶ Les événements décrits dans ce récit ont débuté une dizaine d’années avant qu’il me soit raconté. Il est donc probable que certaines pratiques ont été éludées, que des médicaments phytothérapeutiques ont été employés pour tenter de faire disparaître les crises dont Pierre était l’objet, que d’autres consultations ont été tentées dans des centres de santé et que d’autres tentatives infructueuses de prospection du système informel ont été faites.

²⁷ *Ubuganga*.

faire des scarifications sur toute la jambe de la malade pour y introduire du médicament. La femme d'un fonctionnaire important vient voir ce qui se passe car elle se trouve ce dimanche en visite dans la colline. Elle incite Evariste à se rendre dès le lendemain au dispensaire afin de faire soigner sa femme, ce qui est fait. A Muyinga, la malade reçoit une injection mais son état ne s'améliore pas: sa jambe continue d'enfler et les démangeaisons persistent.

Le soir, Evariste décide alors de retourner chez lui et de soigner sa femme à l'aide des médicaments du guérisseur, comme les autres malades hospitalisés le lui ont enjoint: «ce n'est pas une maladie de l'hôpital», lui ont-ils dit. Par chance, un véhicule se rend sur la colline, ce qui évite un nouveau trajet en civière. Le médicament traditionnel prend du temps pour agir. Pourtant, dès son retour sur la colline, la femme se sent mieux. Le guérisseur se rend quotidiennement chez elle pour appliquer le médicament dans les scarifications et après deux ou trois mois, elle se rétablit. Cependant, elle ressent encore des démangeaisons et pense que la maladie peut revenir à tout moment.

Après s'être rendu compte que sa belle-sœur avait traversé un piège, le frère d'Evariste avait vu un homme qui s'enfuyait en courant. Attirés par les cris de la femme, les gens qui travaillaient dans les champs aux alentours étaient immédiatement venus voir ce qui se passait et avaient reconnu le fuyard! Plusieurs jours plus tard, celui-ci s'était rendu à ses poursuivants, affirmant qu'il n'avait jamais voulu piéger la femme d'Evariste, mais son propre frère qui devait prendre ce chemin quelques minutes plus tard.

Le «sorcier» fut donc traîné devant la justice de la Commune qui porta l'affaire jusqu'au tribunal de résidence. Là, le criminel fut condamné à deux ans de prison et 7000 FBU d'amende, dédommagement destiné à Evariste qui n'avait pas pu cultiver ses champs pendant qu'il s'occupait de sa femme.

Dans ce récit, nous nous trouvons face à un ensorcellement immédiatement reconnu: Eugène, le beau-frère d'Evariste, reconnaît sur le moment même l'embûche, ce qui lui permet d'identifier rapidement le poseur de piège.

La maladie concernée relève de la sphère du système informel et plus précisément des spécialistes des désorcellements. Pourtant, une femme proche de l'administration provinciale conseille à Evariste de conduire sa femme à l'hôpital. Il obtempère alors qu'il a déjà commencé un traitement dans la colline.

Nous retrouvons l'annonciateur en la personne du beau-frère²⁸, puis représenté par des inconnus rencontrés à l'hôpital; tous affirment que cette maladie n'est pas du ressort de la médecine occidentale. Dans le récit d'Evariste, le passage par l'hôpital est présenté comme le résultat d'une obligation: il fallait suivre le conseil de cette «grande» personne, explication qui dédouane la famille de cette «erreur». L'évidence de la cause de la maladie et surtout le succès de la thérapie du guérisseur diminue l'errance entre les thérapeutiques.

Le poseur de piège, capturé, a été condamné par la Justice de l'Etat pour ensorcellement. Une telle pratique était relativement fréquente dans les années soixante. Cette affection – pour laquelle la médecine occidentale est restée inefficace – donné lieu à une action en justice auprès des tribunaux. Nous avons là un exemple de l'interpénétration entre les deux univers symboliques et leur complémentarité. La frontière entre les systèmes de la santé, qui aurait pu être représentée par la sorcellerie, n'est finalement pas si nette puisque la Justice, émanation du même univers symbolique que la médecine occidentale, reconnaît – reconnaissait (?) – la sorcellerie...

Le récit de David

David, jeune père, me raconte l'histoire de la rougeole qui a atteint les trois membres de sa famille. Au début ils se sont grattés et des boutons sont apparus sur tout le corps. La grand-mère paternelle leur a conseillé de se couvrir de bouse de vache afin de lutter contre la maladie à la façon de leurs ancêtres; ils ont obtempéré dans la même journée.

Le lendemain, un voisin venu leur rendre visite les a incités à se rendre à l'hôpital de Muyinga pour voir si le médecin n'avait pas au moins une piqûre contre cette maladie. En effet, leur dit-il, «la médecine des Blancs agit de manière plus rapide que la médecine traditionnelle; en outre, cette dernière a perdu ses pouvoirs depuis que les Blancs sont là».

²⁸ Il peut annoncer le verdict car le piège est immédiatement visible. Cependant, nous pourrions nous demander si ce diagnostic péremptoire n'est pas également un moyen de couper court aux soupçons qui risquerait de se porter sur lui en raison du mariage récent de son frère.

La famille a donc pris le chemin de Muyinga et chacun a reçu une injection. Pourtant, de retour au *rugo*, la grand-mère les a encouragés à continuer le traitement de bouse de vache car, selon elle, celle-ci agirait de l'extérieur du corps alors que l'injection diffuserait ses bienfaits depuis l'intérieur: une combinaison des deux actions était donc souhaitable. Trois jours durant, la famille a continué de s'enduire de bouse et la maladie a régressé pour finir par disparaître.

Ce dernier récit présente une affection «simple» traitée conjointement par la médecine occidentale et la médecine traditionnelle. Il n'existe pas là d'exclusion entre l'une et l'autre mais au contraire une collaboration dans leurs effets. Le médicament traditionnel puise son prestige dans le monde des ancêtres, dans les racines de l'identité ethnique alors que l'action de l'injection trouve son origine dans la puissance des Blancs qui auraient réussi – grâce à leur victoire sur le roi – à diminuer l'efficacité de la médecine traditionnelle...²⁹. Pourtant, cette dernière conserve une certaine efficacité, outre celle «vérifiée» pour les affections qui lui sont propres. L'efficacité symbolique de l'injection a comme fondement son action «intérieure»³⁰, alors que la bouse de vache agit de l'extérieur mais sur tout le corps. Il n'y a pas d'exclusivité pour l'une ou l'autre thérapeutique mais leur conjonction ramène la santé. A nouveau le patient essaie diverses thérapeutiques dans l'espoir que l'une au moins fonctionnera: il commence par une thérapie traditionnelle pour passer par le système formel avant de continuer la thérapie déjà engagée. Le succès de ces thérapeutiques clôt l'itinéraire; mais il est fort probable que face à un échec, la famille se serait tournée vers un devin-guérisseur avant de revenir à un autre dispensaire «pour voir» si une nouvelle injection ne viendrait pas à bout de l'affection.

²⁹ Les devins-guérisseurs étaient des personnages influents à la cour du roi. Ils jouaient un rôle important dans les batailles: avant le combat, les devins des deux camps se lançaient des malédictions et des sorts censés décider de l'issue du conflit (Meyer 1984: 117-9). La défaite militaire s'est métamorphosée dans l'imaginaire en défaite médicale!

³⁰ Elle ferait pendant aux scarifications, son efficacité serait démultipliée car outre le fait qu'elle provient du savoir des «devins-guérisseurs» (les médecins) vainqueurs des *abapfumu* royaux, elle s'inscrit plus profondément dans le corps du patient.

Interprétation

Les événements décrits dans ces récits se sont tous produits quelques années avant qu'on me les transmettent. Cependant, les récits et les observations de pratiques actuelles, aussi fragmentaires qu'ils soient, me laissent penser qu'ils sont très proches des itinéraires présentés ici. La période de latence, pendant laquelle toute évocation d'une maladie est évitée, peut s'expliquer par une rechute toujours possible. En outre, dans un environnement imprégné de sorcellerie, relater ses malheurs comporte certains risques – d'aucuns pourraient profiter de cette faiblesse momentanée pour assouvir une vengeance. De plus, l'effet performatif de la parole est à craindre: en nommant certaines maladies, les «esprits» qui y sont attachés pourraient revenir: évoquer serait provoquer.

Une des caractéristiques des médicaments traditionnels est la lenteur de la guérison: il faut souvent appliquer ou absorber ces produits plusieurs fois par jour durant quelques semaines avant que le retour à la santé ne se produise. En outre, des rechutes peuvent avoir lieu, si bien que le patient tente parfois d'acquérir la connaissance de la composition du médicament afin de pallier les dépenses futures. Par ailleurs, cette connaissance offre un moyen de rembourser les frais engagés dans les traitements successifs car il devient alors possible de monnayer ses services auprès d'autres personnes souffrantes. Ce «commerce» des moyens de guérison est pourtant limité car, mis à part le versement d'une ou deux centaines de FBU lors de la première administration du médicament, le paiement ne se produit qu'après la guérison du malade. Ce mode de paiement constitue un des attraits de la médecine traditionnelle et la distingue de la médecine occidentale. Des critiques souvent exprimées concernent le manque de «cœur» des médecins ou des infirmiers qui font payer à la famille du malade l'intégralité des soins (paiement à l'acte), ceci même lorsque le traitement se conclut par le décès du malade, alors que la pudeur voudrait que chacun compatisse à la douleur de la famille et contribue à la soulager.

Un autre aspect du traitement des devins-guérisseurs ou des phytothérapeutes les distingue du système formel: la prise en charge du patient. Contrairement à l'hôpital et au dispensaire, où trop souvent les patients sont abandonnés à eux-mêmes, le guérisseur s'occupe quotidiennement du malade: il lui apporte le médicament, lui administre personnellement ses soins, devient responsable de la guérison. Mais en

cas d'insuccès, certains soupçons peuvent naître à son égard; le médicament qu'il a administré est-il véritablement un médicament destiné à soigner? Ou ne s'agirait-il pas plutôt de poison? L'un et l'autre sont souvent si proches qu'il faut alors rechercher les causes d'un possible empoisonnement. L'exercice de pratiques thérapeutiques dans les collines comporte ainsi toujours le risque du soupçon de sorcellerie...

Les deux premiers récits nous présentent des affections qui nécessitent exclusivement un recours au système informel et nous pourrions voir là une frontière entre une nosographie «traditionnelle», avec ses propres thérapeutiques, et une nosographie occidentale représentée par les pratiques du système formel: injections, comprimés, bandages. Pourtant l'assignation d'une cause à la maladie ne se fait qu'a posteriori: elle procède d'une reconstruction du souvenir qui explique le succès ou l'insuccès de telle ou telle thérapeutique. L'étiologie de la maladie n'est ainsi connue qu'après sa disparition (mort ou retour à la santé). Au moment où le trouble se déclare, le désarroi s'empare de la famille: tous les moyens sont bons pour tenter de l'éliminer – peu importe à ce moment l'origine de telle ou telle pratique thérapeutique. Ce processus de reconstruction du souvenir – l'imputation d'une cause «sensée» au mal-être – permet de reproduire la représentation sociale de la maladie et de l'efficacité thérapeutique. La frontière entre les systèmes formel et informel ne prendrait forme qu'après la guérison; elle serait alors l'expression d'une identité ethnique et jouerait un rôle important dans la reproduction sociale de la société barundi.

Ces itinéraires thérapeutiques témoignent tous d'un recours à la médecine traditionnelle et à la médecine occidentale, ce qui n'est bien sûr pas indispensable. En effet, le recours à l'autre approche ne se produit qu'après l'échec d'une tentative. Ainsi lorsque le centre de santé fournit au patient les médicaments appropriés et en quantité suffisante, l'itinéraire peut être bref. Il en va de même lorsque le malade a affaire à un «herboriste» ou à un devin-guérisseur dont les pratiques correspondent au trouble dont il souffre. Il est plus fréquent qu'un mal-être trouve sa solution après une ou deux tentatives. Les troubles qui marquent le souvenir sont ceux dont la disparition exige des pratiques multiples et souvent onéreuses. Ces itinéraires thérapeutiques, où les systèmes formel et informel se trouvent mis à contribution conjointement ou successivement, fournissent les éléments à partir desquels se construisent les représentations sociales de la médecine et de la maladie.

Il m'a semblé important de souligner, à l'aide de ces récits, l'errance fréquente entre les différents systèmes de santé – et à l'intérieur de chacun d'eux – qui permet parfois de retrouver la santé. Ainsi, lorsque la maladie se montre rebelle à un premier traitement, le patient essaie différents médicaments traditionnels ou se rend dans plusieurs centres de santé: il va d'abord à Cumba où les médicaments font défaut ce jour-là; de retour sur la colline, il cherche un médicament phyto-thérapeutique avant de prendre – le lendemain – le chemin de Muyinga pour essayer de trouver des comprimés ou une injection. Devant la persistance du mal-être, un voyage vers un dispensaire tenu par des religieux apparaît comme une solution porteuse d'espoir, ultime recours avant d'essayer un médicament – onéreux – fourni par un herboriste. Il est finalement nécessaire de consulter un devin afin de voir si la maladie ne serait pas de son ressort; un ultime passage par l'hôpital peut finalement sembler utile pour assurer une guérison complète. Les tentatives se succèdent indépendamment de l'origine des pratiques mises en œuvre (système formel ou informel) jusqu'à la guérison ou la mort.

L'existence de différentes médecines offre des possibilités de guérison multiples aux patients. En effet, un échec dans l'un des systèmes conduit à essayer une pratique propre à l'autre système ou en un autre lieu: un premier échec à l'hôpital invite le malade à entreprendre une visite dans un dispensaire de l'Etat ou, si la possibilité se présente, dans un centre de santé tenu par des religieux. Dans le système informel, les médecines traditionnelles importées du Zaïre, de l'Ouganda ou de la Tanzanie, présentent autant de recours différents, lorsque l'affection semble provenir de la sphère des esprits ou procéder d'un ensorcellement ou d'un empoisonnement. Le patient erre ainsi entre ces multiples pratiques, essayant l'une avant de passer à l'autre pour revenir à la première. Ces trajets, souvent relatés dans les entretiens, présentent l'avantage de laisser à la personne souffrante ou à sa famille le choix entre les thérapies qu'elle va entamer. Cependant, un certain manque de persévérence dans la poursuite d'une thérapeutique³¹ pourrait bien apparaître comme effet pervers du processus.

³¹ Ce phénomène est surtout présent dans le domaine de la médecine occidentale: certains patients conservent les médicaments reçus au dispensaire ou les distribuent aux membres de leur famille sans tenir compte des prescriptions. La médecine traditionnelle offre un recours au cas où cette thérapie échoue, échec d'autant plus fréquent que les centres de santé de l'Etat manquent chroniquement de médicaments.

Le risque d'utiliser des thérapeutiques erronées constitue une autre difficulté de cette coexistence de diverses pratiques concurrentes et complémentaires. Un mauvais choix peut avoir des conséquences graves dans les relations entre des familles alliées, voire à l'intérieur d'une seule famille: des accusations prétendant que cette erreur a été sciemment «choisie» peuvent donner lieu à des représailles et induire ainsi un cycle de violence. L'annonciateur permet d'éviter ce danger en prenant la responsabilité d'inciter la famille à entreprendre telle ou telle démarche.

Face à l'insécurité propre à la maladie, en proie à l'inquiétude et au doute, la famille envisage n'importe quel recours, même si telle ou telle pratique ne soulevait auparavant que moquerie et dérision. Toutes les solutions acceptables – culturellement ou financièrement – sont tentées pour éviter la mort, conclusion trop ordinaire du mal-être. Ainsi l'errance est-elle de règle lorsque la maladie persiste. La frontière entre les systèmes, bien que leurs univers symboliques restent très différents, ne représente qu'une distinction seconde en regard de l'utilisation des diverses pratiques thérapeutiques ou de leur finalité.

Résumé

Les itinéraires thérapeutiques prennent le plus souvent l'aspect d'une errance entre les différents systèmes de la santé. Trois récits sont présentés et analysés après une brève description des systèmes – formel et informel – de la santé au Burundi. Les pratiques décrites laissent apercevoir la représentation sociale de la médecine et le désarroi dans lequel se trouvent les familles face à la maladie. L'imbrication des deux systèmes se révèle dans les itinéraires et la distinction entre système formel et informel de la santé paraît alors n'être construite qu'a posteriori.

Zusammenfassung

Die Wege der Krankheitsbehandlung erweisen sich oft als Irrfahrt zwischen unterschiedlichen Heilungssystemen. Nach einer kurzen Schilderung von offiziellem und inoffiziellem Heilverfahren in Burundi werden hier drei Beispiele dargestellt und analysiert. Die beschriebenen Praktiken machen deutlich, wie fragwürdig das Bild der Medizin in

dieser Gesellschaft ist und wie orientierungslos die Familien im Krankheitsfall dastehen. Die gleichzeitige Inanspruchnahme beider Systeme kommt in den eingeschlagenen Heilungswegen zum Ausdruck, und die Unterscheidung von offiziellem und inoffiziellem System erscheint als nachträgliche Konstruktion.

Bibliographie

BARANCIRA Sylvester

1990. *Possession par les esprits: Baganza et rituel thérapeutique du Kubandwa au Burundi*. Bujumbura. 118 p.

CHRÉTIEN Jean-Pierre

1982. «Le sorgho dans l'agriculture, la culture et l'histoire du Burundi». *Journal des africanistes* (Paris) 52/1-2: 145-162

1985. «Hutu et Tutsi au Rwanda et au Burundi», in: Jean-Loup AMSELLE et Elikia M'BOKOLO, *Au cœur de l'ethnie*, p. 129-165. Paris: Maspero

1986. «L'Afrique des Grands Lacs existe-t-elle?». *Culture et société* (Bujumbura) 8: 71-89

DROZ Yvan

1994. «Esprits, sorts et pièges au Burundi: esquisse d'une typologie des causes du malheur». *Anthropos* (St Augustin) 89. [A paraître]

FAVRET-SAADA Jeanne

1977. *Les mots, la mort, les sorts*. Paris: Gallimard. 427 p. (Bibliothèque des sciences humaines)

GUILLET Claude et NDAYISHINGUJE Pascal

1987. *Légendes historiques du Burundi*. Paris et Bujumbura: Karthala et CCB. 289 p.

LEMAIRE Bernard, Pierre POUARD [et al.]

1987. *Systèmes de production et analyse de la situation alimentaire et nutritionnelle dans la région de Buyenzi*. Bujumbura: Service National des Statistiques

LEMARCHAND René et David MARTIN

1974. «Génocide sélectif au Burundi». *Minority rights Group report* (Londres) 20: 1-25

MEYER Hans

1984 (1916). *Les Barundi*. Paris: Société Française d'Histoire d'Outre-Mer. 275 p.

MWOROHA Emile

1977. *Peuples et rois de l'Afrique des lacs: le Burundi et les royaumes voisins au XIX^e siècle*. Dakar et Abidjan: Nouvelles éditions africaines. 352 p.

MWOROHA Emile [et al.]

1987. *Histoire du Burundi: des origines à la fin du XIX^e siècle*. Paris: Hatier. 272 p.

NDAYISHIMIYE Anaclet

1985. *Approche psychosociologique de la pratique d'Ukubandwa avant et après l'arrivée des missionnaires: le cas de la zone Vyuya (Mugamba-sud)*. Bujumbura: Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation. 210 p.

NDORCIMPA Léonidas et Claude GUILLET (éds)

1984. *L'arbre-mémoire: traditions orales du Burundi*. Paris et Bujumbura: Karthala et CCB. 251 p.

NIYONZIMA Elise

1983. *Croyance à la sorcellerie et son impact sur les relations sociales chez les paysans burundais de la commune de Vugizi (Bururi)*. Bujumbura: Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation. 132 p. [Mémoire de licence]

NSABUMWAMI Salomon

1989. *Opinion des paysans burundais sur l'aspect magico-religieux de la thérapie traditionnelle des maladies mentales*. Bujumbura: Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation. 146 p. [Mémoire de licence]

NTABONA Adrien

1988. «Une approche du culte du Kubandwa au Burundi et pistes pour l'exploitation de ses langages». *Culture et société* (Bujumbura) 10: 61 et 103

SUGURU Sylvère

1978. *Approche psychosociologique des Baganza dans le Mugamba sud*. Bujumbura: Faculté de psychologie et des sciences de

l'éducation. 91 p. [Mémoire de licence publié dans: *Au cœur de l'Afrique* (Bujumbura) 18/5-6]

TROUWBORST Albert A.

1962. «Le Burundi», in: Marcel D'HERTEFELT, Albert A. TROUWBORST et Johan Herman SCHERER, *Les anciens royaumes de la zone interlacustres méridionales: Ruanda, Burundi, Buha*, p. 117-165. Tervuren: Musée Royal de l'Afrique Centrale. 247 p.
1973. «Two types of partial networks in Burundi», in: Jeremy BOISSEVAIN and J. Clyde MITCHELL, *Network analysis: studies in human interaction*, p. 111-123. The Hague and Paris: Mouton. 271 p.