

Jean Chapuis
Médecin, docteur en anthropologie

(1996)

“L’identité dans le prisme de la maladie et des soins (Guyane).”

Un document produit en version numérique par Jean-Marie Tremblay, bénévole,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi
Courriel: jean-marie_tremblay@uqac.ca
Site web pédagogique : <http://www.uqac.ca/jmt-sociologue/>

Dans le cadre de: "Les classiques des sciences sociales"
Une bibliothèque numérique fondée et dirigée par Jean-Marie Tremblay,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi
Site web: <http://classiques.uqac.ca/>

Une collection développée en collaboration avec la Bibliothèque
Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi
Site web: <http://bibliotheque.uqac.ca/>

Politique d'utilisation de la bibliothèque des Classiques

Toute reproduction et rediffusion de nos fichiers est interdite, même avec la mention de leur provenance, sans l'autorisation formelle, écrite, du fondateur des Classiques des sciences sociales, Jean-Marie Tremblay, sociologue.

Les fichiers des Classiques des sciences sociales ne peuvent sans autorisation formelle:

- être hébergés (en fichier ou page web, en totalité ou en partie) sur un serveur autre que celui des Classiques.
- servir de base de travail à un autre fichier modifié ensuite par tout autre moyen (couleur, police, mise en page, extraits, support, etc...),

Les fichiers (.html, .doc, .pdf., .rtf, .jpg, .gif) disponibles sur le site Les Classiques des sciences sociales sont la propriété des **Classiques des sciences sociales**, un organisme à but non lucratif composé exclusivement de bénévoles.

Ils sont disponibles pour une utilisation intellectuelle et personnelle et, en aucun cas, commerciale. Toute utilisation à des fins commerciales des fichiers sur ce site est strictement interdite et toute rediffusion est également strictement interdite.

L'accès à notre travail est libre et gratuit à tous les utilisateurs. C'est notre mission.

Jean-Marie Tremblay, sociologue
Fondateur et Président-directeur général,
LES CLASSIQUES DES SCIENCES SOCIALES.

Cette édition électronique a été réalisée par Jean-Marie Tremblay, bénévole, professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi à partir de :

Jean Chapuis

“L'identité dans le prisme de la maladie et des soins (Guyane).”.

Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Jean Benoist, **Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical**, pp. 35-71. Paris : Les Éditions Karthala, 1996, 520 pp.

[Autorisation formelle accordée par l'auteur le 28 janvier 2008 de diffuser cet article dans Les Classiques des sciences sociales. Autorisation confirmée par M. Jean Benoist, médecin et anthropologue.]



Courriels : doc.chap@voila.fr et oj.benoist@wanadoo.fr.

Polices de caractères utilisée :

Pour le texte: Times New Roman, 14 points.

Pour les citations : Times New Roman, 12 points.

Pour les notes de bas de page : Times New Roman, 12 points.

Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2004 pour Macintosh.

Mise en page sur papier format : LETTRE (US letter), 8.5'' x 11''

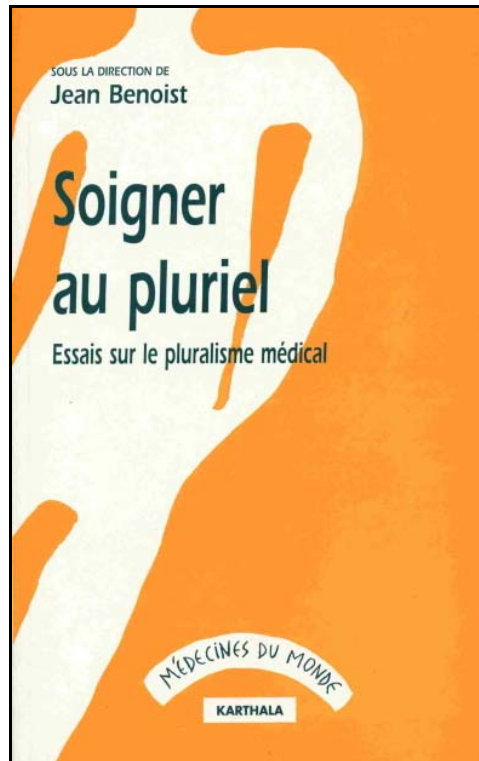
Édition numérique réalisée le 24 février 2008 à Chicoutimi, Ville de Saguenay, province de Québec, Canada.



Jean Chapuis

Médecin, docteur en anthropologie

“L’identité dans le prisme de la maladie
et des soins (Guyane).”



Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Jean Benoist, **Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical**, pp. 35-71. Paris : Les Éditions Karthala, 1996, 520 pp.

Table des matières

[Introduction](#)

[La conception « classique » de la maladie et des soins chez les Wajana](#)

[La rencontre](#) : un échange unilatéral et meurtrier de maladies

[Après la rencontre](#) : élaborations

[Les « frontières » de la culture wajana au pays du malheur physique](#)

[Conclusion](#)

[Références bibliographiques](#)

Jean Chapuis

“L’identité dans le prisme de la maladie et des soins (Guyane)”.

Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Jean Benoist, **Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical**, pp. 35-71. Paris : Les Éditions Karthala, 1996, 520 pp.

Introduction

« Il faut définir une civilisation encore plus par [...] ses refus d’emprunter que par ses emprunts. »

M. Mauss, Oeuvres, t. 2, p. 564

[Retour à la table des matières](#)

C’est le fait d’entendre les Indiens chez qui je travaille me parler de « maladies des Blancs », de « médecine des Blancs » ou de « fièvre des Blancs » qui m’a incité à aborder à travers le prisme de la maladie les catégories identité / altérité qui leur semblent pertinentes.

Si l’on en croit W. Byam « le premier chrétien qui jamais tenta de prendre pied en Cayenne, vers le sud de l’Orénoque en 1530, fut Pedro d’Acosta, un Espagnol, avec deux petites corvettes et 300 hommes » (Hurault 1972). Cependant c’est un Français, La Ravardière, qui en effectue en 1604 pour le compte d’Henri IV une première reconnaissance sérieuse, inaugurant « l’histoire moderne de la Guyane française » (Mouren-Lascaux 1990). Hurault résume avec justesse les tentatives d’implantation ultérieures : « La plupart des colonies qui suivirent furent le fait d’initiatives privées, et n’étaient reliées à aucun

plan coordonné. Elles furent presque toutes détruites en quelques années soit du fait des Indiens, soit plus vraisemblablement du fait des maladies tropicales dont à l'époque on ignorait tout ».

Dès ses débuts, la politique française à l'égard des Indiens fut de leur donner toutes facilités pour qu'ils viennent s'installer du côté français en délaissant les territoires portugais ou hollandais. Il fallait « se les attacher ». Selon un accord tacite initial les Indiens ne dépendaient que du gouverneur, et l'on reconnut aux chefs traditionnels, qui servaient d'intermédiaires pour les questions indigènes, un pouvoir presque indépendant pour régler les problèmes autochtones. On renonça, au commencement du XVIII^e siècle, à soumettre les Indiens à la loi civile française. C'était, comme le remarque Hurault, « reconnaître le droit à la coutume des tribus, pour tout ce qui se rapporte à la condition des personnes et au droit privé ». Un extrait des instructions du roi à Turgot et à Chanvallon (1763-64), alors gouverneur de la Guyane, donne une idée de la place reconnue, et réellement attribuée, aux Indiens à cette époque dans la région, totalement à l'opposé de celle des Noirs, peu nombreux en Guyane, considérés par définition comme des esclaves : « Sa Majesté ordonne expressément que les gouverneurs et intendants ne négligent aucun moyen pour se rendre les Indiens favorables. Son intention est qu'ils fassent tous leurs efforts pour engager ceux qui seront errants à venir s'établir sur les terres de sa domination où elle leur assure une liberté entière... Il encouragera les mariages entre les colons et les Indiens... »

En 1766 le ministre précise : « ... a l'égard des Indiens, comme ils sont d'une origine libre, lorsqu'ils s'établissent parmi les Européens, ils ne doivent pas être traités différemment qu'eux ». La Révolution ne modifiera pas les choses : en 1791 l'assemblée coloniale accorde la qualité de citoyen à tous les Indiens mais non à leurs métis avec les Noirs. Quoiqu'il en soit, souvent par des moyens détournés, un commerce d'esclaves subsista longtemps, car si les Indiens de la Guyane française étaient considérés comme libres, on ne s'opposait pas à ce qu'ils vendent en tant qu'esclaves leurs semblables capturés sur le ter-

ritoire portugais, et les Portugais n'agissaient pas différemment vis-à-vis de la zone française. Il n'y eut cependant en Guyane jamais plus de quelques dizaines d'esclaves indiens, d'après Hurault ¹.

Ainsi la violence ne fut-elle pas toujours au rendez-vous contrairement à ce que beaucoup affirment ², et la structuration des rapports Indiens / Blancs a pu s'établir sur d'autres bases que la coercition, l'alcool, le viol...

*

C'est Patris et Mentelle qui, en 1766, effectuant une expédition dans l'intérieur du pays, entrèrent pour la première fois en contact avec les Wajana dont on avait entendu parler sans jamais les rencontrer, un siècle et demi après que la Guyane fut passée sous drapeau français... Il n'y eut à leur égard ni violence ni tentative de « persuasion ». Les relations, rares, furent cordiales. Mais un fait historique allait modifier ce tableau idyllique et avoir des répercussions durables et majeures ; les affections épidémiques importées par les Blancs décimèrent les populations autochtones. Moins d'un siècle après leur découverte, les Indiens de la côte et ceux de l'Oyapok étaient presque totalement éliminés. Quant aux Wajana les plus septentrionaux, à la suite du voyage de Leblond (1789), donc vingt ans après leur « découverte », il semble qu'ils étaient atteints par des épidémies contractées lors de rapports commerciaux avec les Missions de l'Oyapok. Si l'atteinte fut plus tardive, son impact n'en fut que retardé. Le processus ne devait pas s'arrêter puisqu'en 1940 le groupe Wajana de la Guyane française ne compte plus que 50 personnes, et l'ensemble du groupe 550 contre 3 000 en 1760, époque du premier contact. À partir

¹ Il y aurait lieu de s'interroger sur les différences réelles de traitement réservé aux Indiens par les différentes puissances européennes, et la zone allant du Venezuela au Brésil constituerait un remarquable terrain d'étude par la variété des colonisateurs : Espagnols, Anglais, Hollandais, Français, Portugais.

² Par exemple : « le génocide a bel et bien été perpétré du nord au sud du continent » Dujovne Ortiz (1992).

des années cinquante, où une dernière vague épidémique éclaircit encore la population, la politique de vaccination mit fin à ce processus.

La Guyane actuelle, « département français » de 91 000 km², est couverte à plus de 90 % par la forêt primaire, et constitue une véritable mosaïque ethnique comme en témoigne l'éventail des origines de ses 120 000 habitants (officiels), dont 95 % sont regroupés sur la côte : Créoles (35 %), Métropolitains (15 %), Haïtiens, Brésiliens, Surinamiens, Chinois, Dominicains, « Syro-libanais », du Laos, plusieurs peuples noirs marrons, Indiens (de l'Inde). et à peine 5 % d'Amérindiens répartis en six tribus (Galibi, Palikur, Wajana, Wajampi, Arawak, Emerillon)³. Si une grande partie de la population officielle possède la nationalité française, le reste pose d'énormes problèmes, notamment migratoires, la population réelle étant estimée à plus de 150 000 personnes. Le pouvoir politique créole local ne cache pas son mépris des Indiens et autres populations indigènes. Pour la métropole, dans ce DOM reculé et peu dynamique, à l'activité économique stagnante et qui dépend en grande partie d'elle, seuls les Indiens et la fusée Ariane fascinent et motivent l'intérêt.

Les Wajana sont un peuple de langue karib actuellement disséminé entre le Brésil, la Guyane française et le Surinam, ayant assimilé au cours de son histoire un certain nombre d'autres ethnies. Ils sont répartis en villages allant de vingt à plus de cent personnes le long du Litani et du Maroni pour la partie française, chaque couple et ses descendants non mariés habitant un carbet particulier. Ils se nourrissent du produit de la pêche, de la chasse et de l'abattis. Il n'y a pas de chef, l'indépendance étant une des valeurs wajana les plus enracinées, mais dans chaque village il existe un représentant, validé par le préfet, qui

³ L'ordre de citation est en rapport avec l'importance démographique (chiffres tirés de Grenand 1990), les Galibis étant les plus nombreux avec un peu plus de 2 000 représentants, alors que les Emerillons minoritaires en comptaient 180 en 1990. Galibi et Wajana appartiennent à la famille karib, Wajampi et Emerillon à la famille linguistique tupi-guarani, Palikur et Arawak à la famille arawak.

sert d'intermédiaire entre l'administration et la population. L'alliance entre cousins croisés bilatéraux a quasiment disparu, notamment du fait des nombreux mariages inter-ethniques (mais intra-Indiens). L'alliance actuelle est conçue comme libre. La descendance se compte sur les deux lignes, et la résidence est traditionnellement uxori-locale. La grande cérémonie d'initiation, le *marake*⁴ ou plus exactement *epu-top*, n'a plus eu lieu pour les garçons depuis 1988 et elle a peu de chances de reprendre, alors qu'elle persiste (mais il s'agit d'une version « allégée ») pour les filles. La vie sociale est ponctuée de nombreuses fêtes profanes pendant lesquelles le *cachiri*, « bière » de manioc, coule à flots. La vente de gibier ou de poisson à Maripasoula⁵, à quelques heures en aval, celle d'artisanat par l'intermédiaire d'associations coopératives ainsi que des activités salariées épisodiques⁶ leur apportent les liquidités nécessaires à l'achat et à l'entretien de moteurs hors-bord pour leurs pirogues, de fusils, de cartouches et de petits objets devenus indispensables (récipients en alu, lampes torches...), et à des dépenses somptuaires variées (tee-shirt, chaussures, postes radio...). Il existe une école depuis vingt ans à Twenke, depuis moins de dix ans à Elahe et Antecume, et depuis trois ans à Kayode. La couverture médicale gratuite, dépendant de la direction départementale de l'action sanitaire et sociale de la Guyane, est assurée par les deux médecins du centre de santé de Maripasoula, qui « montent » en tournée mensuelle à bord de pirogues, couvrant en deux jours le « pays indien », et par deux postes de soins tenus chacun par un métropolitain rémunéré mais sans formation particulière, reliés par radio à Maripasoula.

⁴ L'alphabet utilisé pour les mots vernaculaires est celui des missionnaires du Summer institute of linguistics.

⁵ Bourg de plus de mille personnes, fondé dans les années 40 par l'administration métropolitaine et rapidement peuplé de Créoles, mais actuellement à majorité noir marron Boni.

⁶ Guides pour les missions botaniques ou géologiques, défricheurs et « boussoliers » (ceux qui utilisent la boussole pour déterminer le trajet rectiligne d'un layon) pour la prospection minière...

Contrairement à d'autres groupes amérindiens qui ont eu à souffrir de la colonisation, les Wajana n'affichent pas de volonté politique commune, restant en-dehors des débats qui agitent la Guyane moderne. Fait capital, seuls parmi les Indiens de Guyane ils ont refusé la nationalité française. Ils ne reçoivent pas, de ce fait, d'aides sociales, et l'on peut dire qu'ils ne subissent pas d'influences politiques réelles. Peuple itinérant, ils sont en cours de sédentarisation et d'expansion démographique (ils passent à 920, pour l'ensemble des Wajana, en 1980, et environ un millier aujourd'hui). Habitants de la France sur leurs propres terres, ils ne sont pas des Français sans cependant relever d'un statut de réfugiés ni d'autres régimes précis : leur statut juridique est donc particulier. Toutefois il faut noter un mouvement récent visant à l'acquisition de la nationalité française. L'exemple des Emerillons de Camopi permet cependant de parler d'une véritable pathologie de l'assistance, connue de tous, mais dont personne à ce jour n'a tenu compte afin d'ajuster l'aide.

La conception « classique » de la maladie et des soins chez les Wajana

[Retour à la table des matières](#)

Pour les Wajana, comme pour tous les Indiens d'Amérique, l'univers est animé. Ils distinguent globalement un monde visible, pourvu d'une représentation dans le Monde-autre. Alors que l'homme est doté de l'*omole* (l'âme, pour simplifier), chaque espèce animale, végétale et également le vent, la pluie... possèdent un *jolok*,⁷ sorte de principe spirituel de l'espèce et qui représente pour l'homme le principal vecteur de maladie. Ces *joloks* habitent soit dans le ciel, soit sous la terre (ce sont les plus dangereux), soit sous l'eau, soit enfin dans la

⁷ Pour la transcription phonétique des mots wajana nous avons adopté l'alphabet des missionnaires protestants du Surinam, simple, adapté et repris par les instituteurs des villages.

forêt. Ils sont disposés en villages, dorment le jour et se promènent la nuit, mangent principalement des champignons (*piupiu*) et de la chair crue. Ils sont par définition méchants, mais une analyse plus fine montre qu'en réalité ils demeurent pour la plupart neutres, ou plutôt ambivalents. Tout dépend de l'usage que le *pïjai* (chaman) en fait, car ils rendent rarement malade de leur propre chef. De toute façon leur principale arme pathogène est le *jolok pile*, sorte de « flèche d'esprit », élément matériel (minuscule flèche en bambou, caillou, morceau de verre, chenille...) qu'ils projettent violemment dans le corps de leur victime impuissante. En effet le *jolok* comme le projectile sont invisibles pour le simple mortel, sauf la « flèche » après son extraction par le chaman. Sa pénétration détermine la maladie, et plus précisément une affection douloureuse. Certaines affections possèdent en propre leur *jolok*. Tel est par exemple le cas de *ëkeëke*, polyarthralgie inflammatoire évoluant vers l'amyotrophie avec rétraction d'un membre, inférieur le plus souvent. Une hiérarchie complexe régit les rapports des *joloks* entre eux, et donc aussi entre les *pïjai* auxquels ils sont associés. En haut de cette échelle on trouve des *joloks* indépendants, tels les « chefs des maladies », qui échappent à la sphère d'influence des chamans.

Le Monde-autre comprend, en plus des *joloks* mais s'en rapprochant, les âmes des morts ou *akuwalimpë* (elles sont en fait une espèce, au même titre que les *joloks* ci-dessus définis, au sein du genre *jolok*), à qui l'on ne rend aucun culte. Elles se manifestent la nuit également, surtout par des bruits et des frôlements rappelant sans hésitation possible un défunt bien identifié. Parfois on peut les apercevoir furtivement sous l'apparence d'un fantôme à l'image du mort. Elles résident près de la tombe, et aiment revenir se promener sur les lieux de leur vie charnelle. Sans être mal intentionnées, elles perturbent les vivants qui s'accommodent mal de leur présence : jusqu'à une période récente elles constituaient un des facteurs du déplacement des villages. Elles peuvent déterminer deux types d'affections principalement : la mort subite, par la frayeur qu'elles risquent d'engendrer (« si elles frappent sur l'épaule »), et le « vol de l'âme ». Ce dernier est assez

fréquent et malgré l'action curative du chaman, il peut mener à la mort lorsqu'il se répète, car il témoigne alors de l'amour du défunt pour quelqu'un de sa famille qu'il veut appeler auprès de lui par ce moyen. Enfin des relations mystérieuses liant des objets ou des vivants non-humains à l'homme peuvent, dans des circonstances bien définies, le « contaminer ».

De nombreux interdits, tant comportementaux qu'alimentaires, ponctuent la vie wajana, préservant chacun de menaces physiques précises tant qu'ils sont respectés.

Sans détailler davantage nous sommes déjà en mesure d'établir un inventaire succinct des types d'affections chez les Wajana :

Les maladies liées à *jolok pile*, les plus fréquentes et redoutées. Généralement attribuées à l'action maléfique d'un chaman d'un autre fleuve qui a enjoint à un de ses *jolok* de flécher le malade, soit par vengeance personnelle, soit par méchanceté, soit afin d'exécuter une « commande » rémunérée pour un particulier soucieux de venger un affront, d'épancher ainsi sa jalousie... (il y a là clairement un mode de contrôle social). Cependant, mais rarement, c'est à la méchanceté pure du *jolok* dont on a traversé le chemin que la maladie est attribuée. Dans tous les cas celle-ci peut prendre de nombreuses formes, dont la douleur est la constante, qu'elle s'accompagne de paralysie de type tétanique ou encore de métrorragies, selon le type de *jolok* responsable. Seul le *pïjai* est compétent pour le traitement.

Tëtamolekai, littéralement « le vol de l'*omole* ». Il ne se produit pas de force, sous la contrainte, mais exige que la victime, sous l'impulsion de la surprise, de la peur ou simplement en dormant, ouvre la bouche par où s'enfuit l'*omole*. C'est principalement chez les malades et les enfants qu'on observe cela. Il se trouve alors généralement aux alentours un *jolok* (pas n'importe lequel d'ailleurs, mais celui de certaines espèces animales), qui va emmener cette *omole* naïve chez lui, en captivité, sans mauvaise intention particulière, sauf, nous

l'avons vu, en ce qui concerne l'*akwalimpë*. Cette dernière effectivement peut déterminer elle même (sur injonction d'un chaman) les conditions de l'expulsion de l'*omole*. L'affection engendrée est essentiellement une grande langueur avec cachexie progressive pouvant aboutir à la mort. Si elle persiste, seul le chaman pourra trouver, ramener et réintégrer l'*omole* dans le corps du malade.

Tëtĩmtei, l'empoisonnement « magique » par des procédés utilisant de façon métonymique une parcelle de la personne (crachat, cheveux, traces de pas, urine), ou un objet d'utilisation récente (pagaie, machette...). Les formes cliniques sont variables : « pourrissement » du pied si l'on a utilisé les traces de pas, de la main si c'est la pagaie ou la machette, du sexe si c'est le sperme (dans le cas d'une femme jalouse), brûlures dans la verge si c'est l'urine... Ce type étiologique, basée sur le principe de la magie contagieuse, est à la portée de toute personne en connaissant le « secret ». Les *hemĩt*, plantes à l'origine légendaire et dotées de pouvoirs magiques, concept important de la pensée wajana, trouvent ici une application. Il existe plusieurs modes de traitement.

Tëlemikai. C'est le fait d'utiliser des chants magiques, les *ëlemis*, et ici dans un but pathogène. Redoutables car difficiles à soigner, les maladies engendrées selon ce mode étiologique recouvrent à peu près les mêmes tableaux cliniques que *tëtĩmtei*. On envisage cette origine notamment lors d'une résistance au traitement. C'est à un *ëlemi* (le même terme désigne le chant et son utilisateur) que revient la cure du mal.

La rupture d'interdit, dont l'expression clinique est basée sur l'imitation. *Tëhetameimai*, lorsqu'il s'agit d'entités vivantes : manger ou tuer tel animal par exemple alors que c'est interdit à ce moment-là pour cette personne. Dans ces conditions manger du pakira provoquera tôt ou tard *lëwë*, affection redoutable dont le biomodèle est la crise d'épilepsie, car le pakira immobile a parfois des tressaillements de tout le corps. Ou il s'agira de *tëtameikai* quand l'interdit porte sur des

éléments n'appartenant pas au règne animal : ainsi la femme avortera si son mari a coupé des roseaux — pointus — pendant la gestation ou si elle a manipulé ou approché des clous ou autres objets pointus. Cette étiologie très fréquente relève le plus souvent d'une prise en charge profane.

Les maladies « naturelles » : fractures, certaines fièvres, blessures, piqûre de raie, ver macaque, infections oculaires... Mais aussi affections liées à l'ingestion d'aliments déconseillés (manger de l'huile donne des taches sur la peau, manger du sel pendant la grossesse des trous dans les dents) ou avariés (on aura alors de la diarrhée...).

Nous verrons qu'il existe une autre catégorie, celle des maladies importées, d'apparition tardive et liée au contact avec les Blancs. C'est par rapport à elles que nous avons précisé « classique » dans l'intitulé du paragraphe, réservant le terme de moderne à ce qui a suivi ce contact.

Cette recension des causes de maladies chez les Wajana est volontairement simplifiée. Lui répondent des modes de soins et des types de soignants.

Il existe trois variétés de soignants :

Le *pïjai*, c'est-à-dire le chaman. Une analyse exhaustive de ses fonctions serait ici superflue. Ambivalent, pouvant effectuer le bien comme le mal selon l'usage qu'il décide de faire de ses *joloks*, il est l'intermédiaire exclusif avec le Monde-autre. Il acquiert son pouvoir soit par hérédité (avec un apprentissage minimum, ultérieurement), soit par apprentissage pur, surtout après une révélation. Il est le seul spécialiste de la société wajana, bien qu'il effectue par ailleurs les mêmes tâches courantes que tout le monde. Il inspire à la fois crainte et respect. Ami ou chef (selon les versions) des *joloks* qu'il a acquis, il peut grâce à eux entrer en contact avec toute l'Autre nature et y jouer un rôle. Pour tuer, si un intérêt quelconque l'y pousse, et alors c'est

presque toujours sur un autre fleuve que les effets funestes de son action se feront sentir, pour guérir quand on vient le solliciter dans ce sens. Tous le considèrent comme l'ultime recours face aux menaces du Monde-autre, mais ils sont conscients de sa duplicité : il vient en premier dans les représentations des causes de mortalité, loin devant toutes les autres réunies.

Son action est toujours rémunérée, et il est vrai qu'il effectue une mission à risque. C'est à lui qu'on s'adressera en premier lieu pour traiter tout ce qui est *jolok pile*, *têtamolekai*, ou autre démêlé avec un *akwalimpë* et, d'une façon générale, pour tout ce qui inquiète ou dure trop. Il s'intéresse, pour reprendre les termes de S. Fainzang, aussi bien à l'événement qu'à la manifestation. Un membre de la famille, après décision collective, va le trouver afin d'engager le processus de soin. A l'issue d'un bref examen du malade sur lequel il souffle la fumée d'une cigarette tout en appliquant les paumes des mains au niveau de la zone malade, il devra faire un rêve-réflexion durant lequel ses *joloks* enquêtent pour déterminer l'origine précise de l'affection et l'identité de l'agent responsable. Ses *joloks* lui dicteront également la conduite à tenir. Ensuite, il informera la famille du type de cigarette qu'elle devra préparer en vue de la séance de guérison (dans chaque cigarette est inclus un élément végétal dont le *jolok* est nécessaire à l'action ablative du *jolok* animal correspondant). Cette dernière aura lieu après la tombée du jour, et se déroulera sous une « tente », *mimnë*, rapidement construite par des hommes de la famille avec des feuilles de palmiers dont la variété dépend du type d'affection à traiter. La famille se réunira autour de *mimnë* et se manifestera par des cris réguliers à l'intonation particulière ainsi que par des questions aux *joloks* que l'on incite à l'action. Ces derniers, qui raffolent du tabac, viendront se régaler, exprimant leur présence par un bruit d'ailes d'oiseau qui se pose et s'envole ainsi que par un chant qui les identifie. Après nombre de tribulations du Monde-autre, le *jolok* adéquat viendra habiter la peau du chaman pour « battre » ou « tuer » son alter-ego pathogène, et c'est ensuite seulement que le chaman pourra extraire, par succion, le *jolok pile* (c'est là que le *jolok* de la plante mélangée au

tabac joue son rôle facilitateur) qui sera décrit ou parfois rapidement exhibé après la séance au milieu de crachats sanglants au creux de la main du *pïjai*. Ensuite sera prescrit un traitement à base de simples (que les membres de la famille iront chercher en forêt), appliqué en bain ou surtout en fumigation et/ou comportemental.

Chaque séance actualise l'ensemble des éléments de la culture *wajana*, les rend en somme visibles, et constitue pour les jeunes le mode d'appréhension le plus clair de leur propre culture : elle la met en sons et en gestes. A travers les séances de guérison tout ce qui fait le monde *wajana* entre en résonance : nature (animale, végétale, autre), Autre-monde, corps, rapports entre les hommes (et entre ceux-ci et la nature et l'autre-monde), mort, notion de faute et d'interdit, rôle respectif de chacun... Tout s'ordonne, prend place et sens. V. Turner le disait bien : « le rituel offre une scène sur laquelle les rôles sont joués et les conflits du drame séculier reflétés dans le symbole, le mime et le précepte. C'est par le drame rituel et le drame judiciaire que les membres d'une société prennent conscience des valeurs et des lois qui les unissent ainsi que de la nature des forces qui mettent celles-ci en danger » (1968). Le registre thérapeutique du *pïjai* est large, mais il est sans concurrent en ce qui concerne les *jolok pïle*, *tëtamolekai* (où il va récupérer l'*omole* du malade, ou bien la chasser ou la perdre si elle est par trop importune), et d'autres affections comme *lëwë*.

L'*ëlemi* ou *ëlemikaten*. Il n'a (mais ce point reste à discuter) pas de connivence avec les *joloks*. Ce sont les *ëlemis*, paroles mystérieuses à l'origine mythique et à vertu curative, ou morbigène, qui lui permettent de traiter. N'importe qui ayant assez de mémoire et de talent peut les apprendre et les utiliser. Certains ne connaissent que quelques *ëlemis*, voire même un seul, alors que d'autres en possèdent de nombreux et sont parfois mis sur un pied d'égalité, en ce qui concerne non le champ d'action mais la puissance thérapeutique, avec le *pïjai* (ceux-là sont alors des semi-spécialistes). Dans la pratique il s'agit d'un soin individuel. Le malade vient trouver l'*ëlemi*, et ce dernier débite sur un ton monocorde et à toute vitesse les paroles salvatrices

au niveau de la zone atteinte, s'arrêtant par moments pour souffler longuement sur elle. Si la personne est trop malade pour pouvoir se déplacer, un membre de la famille peut venir expliquer le cas à l'*ëlemi* qui prononcera de la même façon les paroles appropriées sur une petitealebasse emplie d'eau que l'on apportera ensuite au malade pour qu'il la boive. Son se manifeste essentiellement dans le domaine du visible (hémorragies diverses, plaies infectées ou nécrosées, piquê de raie, vomissements, fractures, certaines maladies infantiles...), mais aussi dans celui du symptomatique : douleur (en attendant que le *pïjai* traite la cause), perte d'appétit... Leur action est rémunérée, comme celle des *pïjai*, en fonction du résultat obtenu et, comme lui, ils sont ambivalents puisqu'on leur attribue le pouvoir de « tuer ». Normalement les deux activités, *pïjai* et *ëlemikaten*, ne se cumulent pas, bien qu'il n'y ait pas incompatibilité. Un seul grand chaman est aussi grand *ëlemi* (mais il est en partie d'origine tirio, ethnie karib du Surinam considérée comme la « championne » des *ëlemis*), un autre l'est « un peu » seulement.

Les traitements profanes sont basés principalement sur la pharmacopée, et le plus souvent suivant le principe de similitude. Ils sont utilisés généralement en première intention, et c'est par rapport à la résistance de l'affection vis-à-vis d'eux que se détermine l'itinéraire à venir. On y recourt lors de diarrhée, de douleur de l'oreille, d'infection oculaire bénigne, de fracture, de petite fièvre surtout chez l'enfant, de certaines affections cutanées... Pour *tëhetameimai* on réfléchit, en famille, quand ce n'est pas trop grave, à la cause de l'affection afin d'éviter à l'avenir de renouveler la consommation pathogène. Citons de plus le recours à la parole profane à travers l'*ëlemi*. Tel est le cas si quelqu'un de la famille ou de l'entourage en connaît d'appropriés. On peut aussi appliquer un mode magique différent, consistant en l'énumération des agents étiologiques possibles jusqu'à ce que, ayant nommé le responsable de l'affection, celle-ci — toujours bénigne — disparaisse. Appartiennent encore à cette catégorie les gestes préventifs individuels ou familiaux comme celui de se frotter avec une substance mystérieuse afin d'échapper aux piquêres de serpents ou

encore certaines techniques propitiatoires comme d'élever à plusieurs reprises le tout petit vers la pleine lune en prononçant des formules afin qu'il devienne grand et fort ; les techniques collectives conjuratoires préventives et même d'une certaine façon le *marake*.

Il existe une gradation entre ces divers recours, et l'on discerne aisément à l'intérieur de chacun d'entre eux une hiérarchie : on peut être un peu chaman, beaucoup ou pas du tout, de la même façon pour les *ëlemis*, et certaines personnes connaissent beaucoup de plantes alors que d'autres se limitent à quelques unes.

La rencontre : un échange unilatéral et meurtrier de maladies

[Retour à la table des matières](#)

Nous avons déjà évoqué un fait remarquable et remarqué, sur lequel il est temps de revenir. En effet de nombreuses observations attestent la permanence d'une manifestation de la rencontre Indiens / Blancs : la maladie sous forme d'épidémies chez les premiers. Cette constatation n'a rien de spécifique aux Amérindiens de Guyane, puisque l'on a pu parler, à propos de la conquête du nouveau continent d'un « choc microbien » dont l'impact démographique aurait dépassé largement l'effet des massacres. En Guyane la plupart des témoignages anciens décrivent des épidémies.

Or les Indiens prirent vite conscience du danger que représentaient pour eux ces affections, et de leur lien avec les Blancs. C'est ce qu'attestent tout d'abord de nombreux passages, de Crevaux (1883) ou de Coudreau (1895) entre autres, décrivant les Indiens fuyant à l'approche des Blancs. Ces auteurs nous livrent aussi l'explication indigène : la peur de la maladie. Donc, très tôt, les autochtones ont su que les Blancs apportaient avec eux des maladies féroces et incon-

nues. Certains groupes échappèrent à ces affections, volontairement ou par hasard, en s'isolant. Ainsi grâce à leur contact tardif avec les Européens, et par la suite grâce à la fermeture du fleuve par les Boni, l'effondrement démographique des Wajana fut retardé par rapport à la plupart des autres Amérindiens de Guyane, à l'opposé notamment des Galibi de la côte qui furent parmi les premiers en relation avec les Européens et firent précocement les frais des épidémies meurtrières.

Le fait de considérer que, dans l'ensemble, les premiers Blancs étaient accueillis sans défiance particulière nous conforte dans l'idée que ces maladies étrangères ont d'une certaine façon contribué à structurer les relations avec les Indiens. Cette assertion est encore renforcée par la profondeur de l'empreinte que ces affections ont laissée dans la culture wajana. En effet la notion d'altérité originelle qui leur est conférée, alors que leur substrat biologique a aujourd'hui quasiment disparu ou s'est modifié dans ses manifestations, reste présente à travers la conception que les Wajana ont des maladies. D'abord, comme nous l'avons rapidement signalé plus haut, les maladies importées ou « maladies des Blancs » constituent une classe distincte d'affections, agrégées maintenant au patrimoine morbide wajana : « rhume », éruption cutanées épidémiques principalement, mais aussi vomissements, fièvre de la malaria, hémorragies digestives basses... Cette représentation s'inscrit dans certaines pratiques, comme celle qui consiste, lorsque des militaires en mission séjournent quelques jours aux environs du village, à effectuer un rituel conjuratoire après leur départ afin de chasser les maladies qu'ils auraient pu amener avec eux. Mais aussi dans le discours, ainsi que ces quelques phrases d'un chaman le résumant très bien : « il existe de nouvelles maladies comme le rhume. Ce sont les Blancs qui les ont amenées. Autrefois si un Blanc entrait chez les Wajana, ils tombaient malades. C'est pour ça qu'ils avaient peur des Blancs ». Cette peur des Blancs, qui nous renvoie au comportement de fuite, est un indice clair du rôle de la maladie comme structateur des relations car, en Guyane, seules les maladies épidémiques importées peuvent justifier cette peur, et ce chaman nous le confirme.

Si donc, comme le dit E. Montiel (1993), le « bon sauvage » fut la première image de l'altérité américaine renvoyée dans le miroir de l'Europe, on est en droit de penser que des éléments comme la rapidité et la constance de l'atteinte morbide des Indiens, les réflexes de fuite de ces derniers devant les Français, par leurs implications, signifient non seulement qu'une des premières images de l'altérité européenne réfléchie dans le miroir des Amérindiens de Guyane fut celle du semeur de mort collective et mystérieuse, mais aussi que cette image eut des conséquences durables.

En somme, pour les Indiens, la rencontre se soldait par un constat du même ordre et aussi visible que celui de la différence de couleur de peau, mais combien plus inquiétant : celui de la *différence*. Sous les auspices de la maladie, plus exactement de ses nouveaux avatars, l'Indien était contraint d'envisager une *altérité dangereuse* par rapport à laquelle il lui faudrait tôt ou tard se situer. L'impuissance des médecines traditionnelles à guérir ces affections (impuissance qui d'ailleurs à l'époque égalait celle des Blancs) ou même seulement à les expliquer offrait une preuve supplémentaire de cette altérité : inopérantes sur les Blancs dont elles étaient en quelque sorte la redoutable métaphore, ces maladies décimaient les Indiens, traduisant leur défaite et engendrant « la peur du Blanc ». Ce mystère ne pouvait s'expliquer que parce que la maladie du Blanc relevait d'un monde différent. Cela aboutit à une prise de conscience anthropologique nouvelle de la part des Wajana : *chaque race a ses maladies*, et ici le terme « race » se réfère aussi bien à la couleur qu'à la culture, avec d'un côté l'Indien de toutes nations connues par lui, et de l'autre el Noir et surtout le Blanc, figure emblématique de l'Etranger.

Les échanges inter-ethniques étaient anciens et nombreux : guerres, échanges commerciaux en étaient les principaux motifs. L'étranger avait donc un visage, mais c'était celui d'un pair, d'un égal sur ce plan, qui ne suscitait pas de remise en question fondamentale, même dans le cas où son contact s'avérait dangereux. Prenons deux

exemples : un épisode de grande décadence démographique de sa tribu est attribué par Monpera, ancien chef émerillon, à un sort lancé par un groupe d'Indiens du bas Oyapok venu commercer sur l'Inini (Grenad). On trouve une indication similaire dans Hurault qui décrit la dispute entre deux ethnies à la suite d'une série de décès brutaux attribués par la population amputée à un empoisonnement collectif. Dans les deux cas, le mal est épidémique. Il n'y eut cependant pas, et c'est là le point important, stigmatisation de l'autre groupe. Si la maladie n'a pas joué le même rôle que dans les rapports avec les Blancs, c'est peut-être du fait de la « couleur de peau », mais surtout parce qu'elle n'inaugurait pas les relations. Celles-ci étaient déjà nouées. Car c'est parce qu'elles apparaissaient systématiquement et dès le début des contacts que les pathologies importées ont participé à la structuration des rapports entre groupes ethniques, et donc à leur définition respective en termes du soi et de l'autre. Sinon la lecture du mal se fera par la voie des rapports déjà établis, comme ce fut le cas dans les deux exemples cités. Tant qu'on décide d'interpréter la réalité selon une grille connue (comme, dans les exemples cités entre peuples indiens, *pïjai* et empoisonnement) c'est qu'on admet implicitement une identité commune : on peut lutter sur le même terrain. Mais quand cette même réalité s'impose avec virulence et au tout début de la relation, en tant que partie intrinsèque mais offensive et projetée en avant d'une altérité saisie comme un tout, alors sa cause semble échapper et se situe dans un « ailleurs » hors de portée.

Après la rencontre: élaborations

[Retour à la table des matières](#)

La rencontre contraignit ainsi les Indiens, par le biais de la maladie, à une remise en question identitaire, ce qui ne signifie d'ailleurs pas que la maladie fut le seul élément de cette crise de l'identité. Le chaman en redonnant du sens va effectuer un travail sur l'identité. Or, dans le cas qui nous occupe, le caractère épidémique fait que c'est

toute la société qui nécessite un réaménagement du sens, afin de rétablir son identité. C'est le système de soin dans son ensemble et, plus largement le groupe, qui est remis en question par ce désordre physiologique. Problème identitaire collectif donc, car une menace sous forme de maladies massives, diffuses et étrangères débouchait sur une absence immédiate de sens, créant une faille dans le système wajana d'explication du monde, remettant en cause « l'être social » dans son intégrité et dans son dialogue avec autrui

Dans ce champ nous tâcherons de voir comment « la découverte de l'autre est aussi découverte de soi-même : la rencontre d'une identité et d'une altérité. La société des Indiens wajana de la Haute-Guyane incite à mettre en évidence les conséquences identitaires du « choc microbien », dont on connaît déjà l'impact économique et social. Il est certes délicat de parler d'« identité ethnique » ; nous suivons ici Lévi-Strauss lorsqu'il dit que l'identité « est une sorte de foyer virtuel auquel il nous est indispensable de nous référer pour expliquer un certain nombre de choses, mais sans qu'il ait jamais d'existence réelle » (Lévi-Strauss 1983). Nous ne le suivons pas plus loin, en particulier lorsqu'il affirme qu'elle « est une limite à quoi ne correspond aucune expérience » puisque c'est précisément de cette expérience que nous allons parler.

Les tensions créées par les épidémies ne pouvaient perdurer. À long terme les rapports avec les Blancs devenaient inévitables. Il était donc indispensable de s'adapter à ces menaces exogènes que l'on ne pouvait toujours fuir. D'autant que l'introduction, plus récente il est vrai, de nouveaux modes de soins (les « médicaments »), venait changer les données du problème.

Comment les Wajana ont-ils résolu cette « crise identitaire » ? Comment ont-ils répondu, dans le champ de la maladie et des soins, aux menaces qui pesaient sur leur identité afin de rester eux-mêmes tout en se modifiant ? Par quels moyens ont-ils évité une déstructuration majeure, ainsi que cela a pu arriver à d'autres peuples ?

Nous savons que le chamanisme n'est pas l'unique composante de la médecine wajana : cette dernière est aussi constituée d'une pratique profane basée principalement sur une pharmacopée dont le bain et l'enfumement sont les deux principales voies d'utilisation, et d'une pratique traditionnelle semi-spécialisée utilisant des chants magiques, les *ëlemis*.

C'est en particulier en observant jusqu'à son état actuel la tendance évolutive de ces différentes pratiques que l'on peut tenter d'accéder aux ajustements qui se sont produits à leur niveau, et la façon dont ils ont été réalisés.

Nous n'avons aucune donnée objective sur l'évolution ancienne des soins, et lorsque les Indiens parlent d'« *uhpak* », « il y a longtemps », c'est aussi bien ce qui s'est passé vingt ans auparavant que ce que leurs parents leur ont dit tenir des anciens. Ceci constitue bien sur une limite à notre travail puisqu'il est impossible de situer précisément l'échelonnement des faits dans le temps. Ce qui peut être affirmé concerne essentiellement le XX^e siècle, sans que nous soyons en mesure de préciser le moment du début des grandes tendances.

Les avis sur la pharmacopée sont unanimes : sa connaissance et son usage périclitent, et le déclin a commencé voilà plusieurs générations. Si quelques informateurs peuvent livrer un nombre assez appréciable de plantes (quelques dizaines) avec leur mode d'emploi, une écrasante majorité avoue ne pas savoir grand chose, en dehors de quelques « recettes de famille » qui constitueraient le reliquat d'un riche patrimoine commun revendiqué. Quant aux jeunes, leur ignorance se majore d'un net désintérêt pour la chose. Seuls les *pïjai* sont encore dépositaires d'une bonne part de ce trésor. Il est donc logique, en-dehors de toute référence à un mythe de l'âge d'or, de les croire quand tous, *pïjai* ou non, reconnaissent qu'en ce domaine ils en savent nettement moins que les anciens. Telle personne âgée me disait : « Ah ! autrefois sur le Jari on ne se soignait que comme ça ! Mainte-

nant on a tout oublié ». D'autre part les plantes prescrites par le *pïjai* pour les soins qui suivent la séance de guérison tendent à être négligées au profit des médicaments, concurrents directs et glorieux des soins par les plantes.

Comment expliquer ce reflux de la? Les Wajana nous livrent certaines clefs : d'abord il y a les médicaments, et comme « c'est plus fort » et gratuit, à quoi bon se fatiguer à aller chercher les plantes dans la forêt ? Et puis il y a l'école, et de ce fait les enfants sont moins souvent avec leurs aînés, perdant ainsi le bénéfice de l'enseignement traditionnel, dont celui de la pharmacopée faisait partie intégrante. Conscients de cette perte, ils semblent l'entériner sans regrets. Nous sommes là en face d'un recul massif sans solution indigène de substitution, bien qu'on puisse présumer que quelques recettes de base persisteront. N'oublions pas que, dans le nouveau paysage de la Haute-Guyane, le médicament est aussi gratuit et encore plus facile à trouver que la plupart des plantes de la forêt. Toutefois, si les facteurs retenus ont sans doute joué un rôle d'accélérateurs, rappelons que les voyageurs de la fin du siècle dernier (Crevaux notamment était médecin) avaient introduit, ne serait-ce que très momentanément, les médicaments, et l'on peut penser que ces derniers agirent assez tôt au niveau des représentations.

Qu'en est-il des *ëlemis* ? On observe là encore une nette régression mais moins massive et à nuancer. Tous reconnaissent qu'il y a moins d'*ëlemis* qu'avant, et le fait semble patent. Il paraît qu'autrefois chaque Wajana possédait au moins une formule « magique » spécialisée, et que, pris dans son ensemble le groupe familial était détenteur d'une panoplie complète d'*ëlemis* permettant de répondre aux nécessités du pathologique quotidien. Aujourd'hui, à part quelques grands noms qui paraissent rassembler en eux l'essentiel du savoir ancien, et ont su trouver ou conserver des réponses à quelques affections « nouvelles » (vomissement, hémorragie digestive notamment), la diffusion, même minime, dans l'ensemble de la société de recettes incantatoires de base, et encore plus de leur pratique, est en phase finale de disparition.

Par ailleurs je n'ai pu obtenir le nom d'aucun grand *ëlemi* ancien. Il y aurait lieu de s'interroger sur le changement de statut de cette pratique, qui paraît ne s'être semi-spécialisée qu'assez récemment. Les motifs invoqués pour justifier cet état de fait sont du même ordre que pour la pharmacopée : l'accès facile aux médicaments, et l'école qui, en emplissant le cerveau des enfants de nombreuses connaissances, ne laisse plus de place en eux pour cet apprentissage réputé difficile. Les grands *ëlemis* sont des hommes âgés dont un seul a transmis une partie de son savoir à ses fils. Les Wajana n'hésitent pas à recourir à leur compétence lorsqu'ils pensent que leur maladie en relève ou quand le traitement du *pïjai* est mis en défaut. Donc malgré des tentatives d'adaptation, la récession numérique est claire et il n'y a pas, ou peu, d'apprentissage en cours, ce qui incite à envisager une extinction prochaine de cette pratique, au moins sous sa forme « noble » actuelle. Une approche plus précise fait ressortir la modification du statut des *ëlemikaten* ; il semble que les jeunes n'en attendent plus de soins mais en aient peur à cause du caractère ésotérique de leurs procédés. On ne les respecte plus pour le caractère bénéfique de leur pratique, mais au contraire pour son versant maléfique. Il y a là un changement très intéressant.

Reste à analyser l'activité des *pïjai*. Ils ont numériquement diminué, tous les Wajana l'attestent. Mais leur activité ne semble pas avoir chuté. Par contre elle s'est modifiée. On les consulte toujours autant, mais souvent pour d'autres motifs. Les plus anciens d'entre eux ont constaté un changement dans la répartition des affections. L'un d'eux me confiait : « Il y avait des maladies particulières aux Blancs, d'autres pour les Indiens et d'autres pour les Noirs. Celles des Indiens n'existent presque plus chez les Indiens et vont chez les Blancs. Aussi autrefois on perdait *omole* plus souvent », et un autre : « Ce qui a changé c'est que beaucoup de maladies ont disparu », ou encore : « Je vois moins souvent *jolok pile* ou *akwalimpë* », et le plus âgé de tous : « Autrefois *ëkeëke* était fréquent, maintenant il est rare. Toutes les maladies comme *lëwë* et *akwalimpë* sont moins fréquentes ». On pourrait expliquer ces changements par des modifications de la patho-

cénose ⁸ et de l'immunité, mais il est plus vraisemblable qu'une adaptation culturelle, à travers la présentation des symptômes (rôle des malades) et le mode explicatif (rôle des chamans), en fut le principal facteur. Par contre la transmission du savoir est ici aussi réduite. A cause de l'école, nous répondent les Wajana, dévoreuse de temps et d'efforts, à cause également des privations de l'initiation que les jeunes se refusent à respecter, à cause du sang qu'ils ne veulent plus absorber... Mais peu d'entre eux ont utilisé l'argument des médicaments. Nous allons comprendre pourquoi. Au total malgré le maintien de l'activité chamanique et de sa prégnance, le risque concerne la « relève » au cours des décennies à venir.

Ainsi, la modification principalement culturelle du panorama morbide a-t-elle permis d'organiser les attributions thérapeutiques entre deux pôles : chaman et médecin. Car il convient d'ajouter un nouveau volet à ce qui est en train de devenir la médecine Wajana moderne. C'est celui du recours aux soins biomédicaux dont le « médicament » est la métonymie. Le médecin est avant tout celui qui connaît les médicaments, et l'on considère généralement qu'il connaît bien le corps, son action se limitant au niveau profane et visible, matériel. La consultation auprès des deux postes de santé, créés depuis moins de vingt ans, concerne surtout les maladies infectieuses : paludisme, infections ORL, rhume et bronchites, diarrhées (donc en grande partie les « maladies des Blancs ») mais aussi les problèmes dentaires et cutanés, les plaies, les piqûres de raie, les petites douleurs... La vaccination est acceptée facilement maintenant. Les primo-accouchements se font pour la plupart à Cayenne, sinon au dispensaire de Maripasoula. On consulte plus vite qu'auparavant pour les jeunes enfants. Il n'y a pas compétition sur le plan thérapeutique, alors que c'est le cas, à peu de distance de là, entre thérapeutes boni et médecins, mais complémentarité sans heurt. Les rares fois où l'on m'a demandé d'intervenir

⁸ Le concept de pathocénose, utilisé par Grmek dans une perspective historique, désigne « un ensemble d'états pathologiques qui sont présents dans une population donnée à un moment donné ».

en tant que médecin, pour des cas inquiétants, ce fut en combinaison avec le chaman, à la séance duquel j'étais accueilli amicalement à peine mes soins achevés. Cette relative confiance est cependant récente, comme me le signalait André Cognat, responsable du poste de santé d'Antecume, installé chez les Wajana depuis près de quarante ans. Ce n'est que très progressivement qu'elle s'est établie, selon une logique consistant à soumettre dans un premier temps des cas bénins, et les rapports actuels ne datent pas de plus de quinze ans. Quoi qu'il en soit le médecin, ou un de ses représentants, fait maintenant partie de la panoplie de soins wajana et la combinaison des différentes solutions est une constante dès qu'il n'y a pas sédation immédiate ou très rapide de la symptomatologie.

Nous avons constaté que les ajustements s'effectuaient grossièrement selon plusieurs modalités bien connues : la perte, l'addition, l'adaptation, la résistance. Les deux derniers sont le fait du chamanisme cautionné par l'ensemble social. Mais il faut se méfier de cette typologie. En la suivant de façon simpliste on croirait raisonner sur des entités pathologiques fixes et autonomes, comme autant de territoires à conquérir, autour desquelles se livrerait un combat entre différentes méthodes de soins. Or nous avons déjà relevé le caractère mouvant de ces entités, qui sont créées ou annulées ou déplacées ou modifiées afin de servir à négocier une identité, à bouleverser pour tel profit les frontières du partage... Les ajustements, la répartition des tâches, ne sont pas seulement fonction de la spécificité de chacune des pratiques en présence (et de sa « théorie »), de leur « force » intrinsèque : ces médecines fabriquent également la matière de leur confrontation, en proposant à l'approbation de la société de nouveaux modèles ainsi que des créations.

On observe un recul des deux pratiques, profane et semi-spécialisée, malgré un effort de la part des *ëlemis*. Si elles n'ont pu ni résister ni s'adapter aux contraintes, ce n'est pas seulement à cause des motifs invoqués par les Indiens, mais aussi pour d'autres raisons. D'une part parce que leur sphère principale d'activité, la lésion visible

et la maladie « naturelle », coïncide avec celle où la biomédecine est la plus efficace ; elle peut de ce fait les mettre en défaut de façon souvent apparente. Mais surtout elles ne possèdent pas l'armature théorique et l'aura du chamanisme, ce qui limite leurs possibilités de réajustement. Cette carence adaptative n'est pas un hasard, mais est liée au fait qu'elles n'incarnent pas pour les Wajana l'essence de leur culture. Elaborées par leur société pour résoudre des problèmes simples et pratiques, n'utilisant qu'une parcelle du savoir, sans rapport avec le « sacré », elles ne sont que des instruments techniques, auxquels on peut en substituer d'autres, étrangers, sans se renier du moment qu'on en tire avantage. Il est clair qu'elles ne constituent pas des zones identitairement sensibles, où les Wajana se sentiraient profondément menacés, où il y aurait lieu d'opposer une résistance.

Notons que le chamanisme a, lui aussi, enregistré quelques « dommages » : on ne lui confie plus certaines maladies, et les soins (plantes) prescrits ne sont plus respectés de la même façon. Quant à sa régression numérique, elle s'explique surtout par la concentration de l'habitat suite à la sédentarisation (phénomène qui aurait dû au contraire favoriser les *ëlemis*). Autrefois il était nécessaire d'avoir au moins un *pïjai* par village, ces derniers étant éloignés, nombreux et petits. Le grand chaman P. n'a appris, jeune, que sur les instances d'un parent car son village était dépourvu de *pïjai*. Les villages étant plus importants et moins nombreux actuellement, la « demande » a diminué.

Le chamanisme est, quant à lui, le siège de nombreuses adaptations. Plus exactement il est caractérisé fondamentalement par un vrai « esprit d'entreprise », tourné attentivement vers ce monde changeant qu'il lui revient en grande partie d'expliquer. Mes entretiens avec les chamans wajana et l'observation de leurs cures thérapeutiques m'ont convaincu de leur souci d'apprentissage permanent afin d'améliorer leurs techniques, afin de répondre à des besoins nouveaux, pratiques ou intellectuels. Le *pïjai* M. d'Antecume m'a dit qu'il avait appris à soigner d'autres maladies, qu'il utilisait de nouvelles plantes, enfin

qu'il emploie maintenant un roseau plutôt que la succion directe pour extraire les *jolok pile* du vagin ou d'autres zones délicates ou sensibles. D'autres m'ont décrit leur apprentissage à propos de maladies nouvelles (pas particulièrement les « maladies des Blancs »), surtout grâce à leurs *joloks* qui les renseignent au fur et à mesure sur tous les éléments du savoir et de l'action ou, plus rarement, grâce au savoir d'un autre chaman.

Conté par le grand chaman P., l'exemple d'une affection inconnue devant laquelle il avait dû s'incliner et qui avait provoqué la mort, est suffisamment démonstratif du premier procédé d'acquisition :

« Dimanche dernier j'ai vu sur le fleuve, vers l'aval, le *jolok* qui a tué la fille de X. cet été. Il venait du Jari. Les chefs de mes *joloks* faisaient une réunion cette nuit-là, alors je suis monté les voir. Ils m'ont montré ce *jolok* qui passait et qui tenait la fille de X. dans ses bras. Il venait d'essayer d'attaquer une fille du village Z. mais il l'a ratée. Mes *joloks* m'ont dit que c'était un spécialiste de la gorge. Il flèche là et c'est pour ça qu'on peut plus parler ni bouger. Alors mes *joloks* l'ont tué. Comme il était accompagné par un camarade mes *joloks* ont obligé ce dernier à indiquer comment faire les soins si cette maladie revenait, puis ils l'ont tué. »

En pensant l'inconnu morbide (qui ne se limite pas aux maladies importées) à travers les catégories de la culture wajana, et parfois en modifiant ces catégories (tel ce *pijai* affirmant « quand on a mal au ventre ou de la fatigue, ce n'est plus forcément *jolok pile*, ça peut être autre chose... par exemple des clous »), ils permettent son intégration, et cet *apprivoisement*, minorant le danger et l'angoisse, réduit de fait le sentiment d'altérité. C'est ce qui a dû se passer à propos des « maladies des ». Elles sont moins redoutées car, c'est certain, moins fréquentes à cause de la vaccination et de l'acquisition d'une immunité, donc d'une action sur le plan biologique, mais aussi grâce à une action sur le plan culturel, fruit du travail des *pijai* et de l'assentiment de la population. Nous touchons là un point sensible : car si les chamans élaborent des réponses nouvelles, elles ne peuvent persister que par une reconnaissance sociale générale (c'est cette volonté qui fait défaut pour la pharmacopée et les *ëlemis* où se manifeste un désinvestisse-

ment global). Si certaines affections disparaissent au profit d'autres, c'est en partie par un modelage différent de la pathologie dont les acteurs sont l'ensemble des Wajana. Insistons encore sur la conception dynamique propre au chamanisme, qui n'a pas attendu les « maladies des Blancs » pour tenter de coller à la réalité, mais qui saisit cette dernière dans ce qu'elle a de changeant. Cependant les maladies importées ont dû le confronter initialement à un échec massif, par leur gravité et leur aspect collectif. Or le chamanisme n'est pas un instrument que l'on peut troquer pour un autre. Il porte en lui un potentiel évolutif puissant. Y réaliser certes des modifications pour survivre, l'adapter au nouveau milieu tout en le préservant, mais ne pas le remplacer pour ne pas devenir totalement autre, voilà ce qui est ici en jeu. En cela les *pïjai*, soutenus par le groupe social, sont des « traducteurs culturels », travaillant aux frontières de l'identité ou plus exactement travaillant ces frontières dont ils sont en quelque sorte les habiles sculpteurs.

Les « frontières » de la culture wajana au pays du malheur physique

[Retour à la table des matières](#)

Cédant du terrain sur quelques aspects, les *pïjai* ont su malgré tout conserver avec force, grâce à l'adhésion de leur groupe, les principes mêmes de leur art. De plus, à travers certaines maladies, leur culture a créé une sorte de démarcation entre elle et celle des « envahisseurs ». Car si nous avons insisté jusque là sur l'aspect intégrateur ou plus exactement adaptatif de leur activité, il nous faut voir maintenant où se situent les marges de l'adaptabilité, autrement dit par où passent les frontières visibles et revendiquées de la culture wajana au pays du malheur physique. Les résistances tracent des frontières, il s'agit de voir où et comment. C'est là que le balisage annoncé sera le plus lisible.

Nous avons dit que les représentations, principes et pratiques de base qui déterminent l'existence et la particularité du chamanisme wajana conçu comme point nodal de l'ensemble culturel, ont globalement résisté au contact. Ces bases, par nature évolutives, ne sont pas altérées. Le chamanisme est en quelque sorte le cœur culturel wajana, il synthétise l'essentiel des représentations de cette société. Qu'arriverait-il s'il n'y avait plus de *pïjai*? « Alors tout le monde mourrait car personne ne saurait enlever les *jolok pile* ! » C'est une autre façon de dire que le monde ne saurait exister sans le chaman, tant le rôle de ce dernier est majeur, proprement vital. Le premier chaman, inaugurant l'unique lignée de spécialistes de la société wajana, ne reçut-il pas son pouvoir du dieu unique Kujuli ? Et ceci par l'intermédiaire d'un messenger du monde-autre, qui y retourna : son père. Lui substituer un autre mode de soin reviendrait pour la société globale à changer d'âme, à perdre ses repères, sa façon d'être, bref son identité. Mais il s'agit d'un premier niveau, d'une toile de fond où vont s'inscrire des détails. Des marqueurs plus précis, à déterminer, doivent permettre d'affiner la lecture. Pour notre part nous proposons le concept de « maladie-frontière ».

Effectivement il est possible d'isoler un autre niveau de résistance, plus visible, érigé à partir de quelques affections ou modes étiologiques que nous nommerons *maladies-frontières*. Nous retiendrons chez les Wajana, à titre d'exemple, la plus fondamentale et la plus caractéristique, le *jolok pile*, sorte de flèche invisible propulsée magiquement à l'intérieur du corps de la victime par un « esprit » sur l'injonction d'un chaman, et qu'un autre chaman consulté s'emploiera à ôter selon le rituel complexe déjà décrit et qui est à lui seul une sorte d'abrégé de la culture wajana. Le signe pathognomonique de l'atteinte par *jolok pile* est la douleur. Or si le traitement biomédical de la fièvre ou celui de la diarrhée par exemple ont acquis une réelle légitimité aux yeux des Wajana, ni les antalgiques ni l'intervention chirurgicale ne bénéficient du même statut. Un solide consensus admet que seul le chaman possède le pouvoir de traiter l'affection douloureuse. L'aspect symptomatique peut, en attendant, faire l'objet de soins biomédicaux ou

profanes ou par *ëlemis*, mais c'est le chaman qui *guérira* l'affection. Il ne s'agit pas là d'un simple constat imposé par l'évidence, ni d'un mode adaptatif face à des circonstances défavorables, mais bien d'un acte dynamique et structurant aboutissant à la (re)définition de limites claires, dans le champ des soins, qui permettent de se situer et de situer l'autre. Plus que cela : on entend montrer à ce niveau que le rapport de pouvoir est inversé. Le docteur ne peut pas, ne sait pas enlever le *jolok pile* : seul le chaman, héros culturel en la circonstance, peut réaliser cette opération. Le vieux *pijai* Z. me racontait en riant cet épisode où, lors d'un séjour à l'hôpital pour un problème sans solution, il fut amené à enlever du cou du docteur blanc un gros crayon (crayons et stylos sont les *jolok pile* des Blancs). Tout malade ayant bénéficié à Cayenne, cas exceptionnel, d'une intervention chirurgicale, va, dès son retour, demander une séance au *pijai* pour ôter le *jolok pile*, puisqu'il considère que l'intervention chirurgicale a simplement enlevé « la maladie », c'est-à-dire le pourrissement des tissus autour de la flèche. Les Wajana distinguent clairement le *jolok pile*, étiologie du mal et cause de la douleur, et la « maladie » conséquence tissulaire générée par la présence du *jolok pile*. Le *pijai* est chargé d'enlever le premier alors que le médecin, exceptionnellement et parce qu'il le propose, secondairement et comme en supplément, enlève la « maladie ». Il s'agit là d'une action de résistance à une pluralité menaçante, et qui menace quelque chose qui touche au fondement de l'« identité ethnique », tant il est vrai que « chaque société... a besoin d'une altérité dévalorisée pour créer sa propre identité... » (Amselle). Ou bien encore d'une volonté de prendre sa place, à égalité, dans un ensemble dont on paraissait *a priori* exclu.

Ainsi globalement un affaïssement localisé dans le système de soins se trouve d'une certaine façon compensé par un rapport de domination dans un autre secteur. Ici ce n'est pas simplement la maladie qui est en cause, comme on a pu le voir lors de la rencontre, mais le type de soin et celui qui en est chargé. Ou plutôt, pourrait-on dire, la pathologie sert de matériau pour une élaboration précise, travail sélectif permettant finalement une mise en valeur de l'identité, une affirma-

tion offensive visant à une place prééminente dans la hiérarchie complexe mais obligatoire que suscite toute confrontation. Il y a donc un partage des rôles correspondant à une prise en compte des identités. Un exemple confirmera ce fait : un père me racontait le déroulement d'une maladie qui avait frappé sa fille encore jeune, une fièvre grave qui échappait aux soins profanes. À l'analyse, derrière un masque unique se dissimulaient deux maladies très différentes : d'une part *ipojin*, « la fièvre des Indiens » (il s'agit d'une fièvre « initiatique » touchant les enfants jeunes, survenant par périodes sur plusieurs années, généralement respectée et dont la résolution signe l'acquisition d'un statut différent), et d'autre part de la malaria, « la fièvre des Blancs ». Dans ce cas typique la première fut traitée par un soignant indien tandis que la seconde cédait au traitement d'un Blanc. Cet exemple permet de voir qu'il y a peut-être d'autres lieux morbides où les Wajana négocient leur identité.

Au total nous avons affaire à un système de soins modifié, ayant acquis un profil nouveau, que nous appellerons le système de soins wajana « moderne ». Pour résumer la pensée des Wajana à ce sujet, il est clair que si chaque peuple a ses propres maladies, chaque peuple est aussi équipé pour les traiter. Mais à la longue, lorsqu'il y a cohabitation régulière, en-dehors de quelques affections-frontières à la fonction particulière, comme celle que nous venons de voir, les Wajana pensent acquérir, soit en utilisant les techniques thérapeutiques de l'autre pour les affections que celui-ci a amenées, soit par le biais de spécialistes ethniques légitimés, les moyens nécessaires pour tout soigner. Notons ici que les chamans wajana ne font pas référence à un partage volontaire des savoirs, où des médecins leur auraient livré des clefs. C'est par l'intermédiaire du Monde-autre, de l'invisible, qui transcende celui de la matière, qu'ils ont acquis le secret de la guérison de ces nouvelles pathologies. Il ne s'agit donc pas pour eux d'accaparer une recette (comme ce pourrait être le cas pour remplacer la pharmacopée ou les *ëlemis*) mais bien d'inventer selon leur grille culturelle, ou en modifiant cette grille, la lecture d'un phénomène inédit. Les maladies-frontières sont à la fois un signe d'appartenance et

un alibi permettant de démontrer la cohérence, la validité, voire la supériorité, du mode de soin ethnique. Elles peuvent se définir encore par rapport à l'ensemble des maladies « indifférentes » ou identitairement neutres, en ce sens que pour ces dernières le recours à un type précis de thérapeute ethnique n'est pas obligatoire. (Pour une diarrhée on ne va généralement pas voir le *pïjai*.) Dans l'ensemble morbide connu, elles constituent les parties que l'on décide, au moins momentanément mais toujours consensuellement, de figer, de penser ou de repenser afin de pouvoir les revendiquer, les utiliser comme emblèmes.

C'est ce jeu complexe que nous donnent à voir les exemples cités : la structuration du couple identité / altérité à partir d'un matériau aussi banal qu'incontournable, la maladie, le jeu de ce couple à l'intérieur du champ de la pathologie et le rôle du chaman et de la société dans la définition de ses règles. Le concept de *maladie-frontière* nous permet de localiser les zones de résistance, les lieux où se manifestent les limites, temporaires, de l'adaptation. En elles la culture s'incarne au point de s'en servir comme marqueurs d'une identité ailleurs menacée. Les identifier contribue à définir les contours minimums qu'une culture, à un moment donné, accepte de considérer comme siens, ce qui n'empêche nullement qu'elles évoluent. Et suivre leur mobilité, à la façon d'un traceur en biologie, peut permettre d'apprécier les mouvements fins de la culture qu'elles représentent. Les *maladies-frontières* ne doivent pas être confondues avec les *culture-bound syndroms*, bien que ces derniers puissent en faire partie. Elles émergent d'une situation de confrontation interculturelle, et regroupent, autour d'un élément syndromique généralement trivial (fièvre, douleur, amaigrissement...), un mode d'interprétation et une prise en charge qui fédèrent des éléments nucléaires dans la pensée d'un peuple, manifestant clairement un souci identitaire. Un Wajana ne saurait penser sa société sans *jolok pile*, et cela est d'ailleurs impossible (explication de la douleur, raison d'être du *pïjai*, rôle de contrôle social...).

Signalons pour finir que les Wajana vont plus loin : ils s'approprient presque exclusivement, tous mes informateurs sont d'accord là-dessus, la causalité de leur mort. Ce sont les *jolok pile* qui tuent le plus, et donc surtout les *pijai*. Ces derniers représentent ainsi la première cause de mortalité pour les Wajana, la seconde étant les *jolok pile* envoyés directement par des *joloks* sans l'intervention d'un chaman, et la troisième les *akwalimpë*. Instruments d'un marquage de l'identité pendant la vie, les *pijai* conservent ce rôle par-delà la mort.

Conclusion

[Retour à la table des matières](#)

Le modèle que nous fournit la société wajana montre que le corps, objet d'un profond travail culturel mais par essence du côté de la nature, permet un premier balisage identitaire, tandis que les soins, génétiquement du côté de la culture, permettent l'élaboration de marques plus sophistiquées. Cette étude volontairement schématique n'a pas prétendu dire plus. Au-delà, il faudrait établir les raisons précises du choix des maladies-frontières, de leur détermination comme lieu de marquage. On pourrait encore étudier les conséquences de ce marquage. Par ailleurs il serait possible de suivre une réflexion qui épouserait l'identité dans sa dynamique rétractile, ou gigogne. Traçons, à partir du terrain wajana, ce qui en aurait alors constitué les grandes étapes : l'étude ici présentée correspond au niveau ethnique et inter-ethnique global (Indiens / Blancs) ; au niveau inter-ethnique local (interindien), il faut montrer comment et pourquoi c'est un *pijai* d'un autre fleuve, et dont les *joloks* n'appartiennent pas au même pays du Monde-autre que ceux des *pijai* wajana, qui est responsable des affections touchant les gens de l'ethnie ; entre villages, et donc historiquement entre familles, le problème est un peu différent, d'autant que les *joloks* sont de la même région.

Nous pouvons ainsi retenir quelques éléments de réflexion :

1) Le corps, avec ses souffrances et les moyens de les soulager, trait d'union absolu entre les peuples, permet de marquer aussi la différence. Plus peut-être : aucune société ni aucune culture ne pouvant faire abstraction des corps individuels qui les fondent, on peut penser que, quand tous leurs autres aspects matériels se seront dissous ou amalgamés, ce qui concerne le corps demeurera leur dernier refuge, le dernier lieu où pourra se manifester la différence, la preuve qu'on est autre et soi. Au sens propre c'est finalement dans son incarnation la plus littérale qu'une culture balise ses frontières.

2) Sur le plan théorique il est clair que le pluralisme, dans le domaine de la pathologie et des soins, est un pluralisme des pathologies (réelles ou représentées) en même temps qu'un pluralisme thérapeutique. C'est à ces deux niveaux que se disputent les enjeux. La notion de pluralisme médical ne prend sens que lorsque celle de pluralisme pathologique, mise en commun dynamique d'entités morbides initialement séparées, ne relevant pas de la même pathocénose et secondairement redéfinies, a été suffisamment élucidée.

3) Sur le plan « éthique » il faut exiger une grande prudence des « développeurs » et des spécialistes de la santé publique. Si certaines affections jouent le rôle de marqueurs identitaires forts, contribuant à la fois à structurer les rapports avec les « autres » et à préserver la cohésion sociale, alors toute manipulation irréfléchie ou mal réfléchie les concernant semble risquée. Oublier cet aspect de la question, ce n'est pas seulement risquer l'échec ou limiter l'acceptabilité de certains apports, c'est souvent aussi fragiliser la société censée bénéficier des actions intentées ; c'est aussi une façon de nier l'Autre, de lui retirer une partie de son intégrité et de sa capacité à se préserver. C'est une des figures de l'ethnocentrisme. Quelques pistes peuvent être dégagées (comme la détermination et l'étude approfondie des maladies-frontières et de tout ce qui est en jeu à leur niveau, les raisons de leur choix, la localisation des acteurs qui les manœuvrent...) qui permettraient un meilleur repérage et une prise en compte de facteurs perti-

nents afin de mieux penser le pluralisme, notamment à ce qu'il implique de réflexion avant l'action, car « toute société est une chose donnée, souvent fermée, qu'on ne peut modifier arbitrairement ni heurter sans danger » (M. Mauss, *in* Fournier 1995 : 356).

4) Nous avons compris que le concept de maladie-frontière était « visible » et opératoire « de l'intérieur ». Si nous l'appliquons à notre propre société, que nous montre-t-il ? D'abord, comme de nombreux auteurs l'ont vu, que l'écrit a tendance à réifier toute entité nosologique, à codifier son traitement. De ce fait il favorise la possibilité de la transformer en maladie-frontière. En effet, nous pouvons constater que pour l'impérialisme biomédical, les entités nosologiques sont des réalités indiscutables ; elles sont toutes ou presque des maladies-frontières. A tel point que les médecins du dispensaire de Maripasoula ne se posent même pas la question d'une éventuelle compétition par rapport aux thérapeutes wajana, et de toute façon ne cherchent pas à connaître ces catégories différentes qu'ils savent pourtant exister, prouvant à quel point ce qui n'est pas biomédecine est hors frontière, pour ne pas dire hors raison. Cette notion dépend de la société qui suscite sa création. Ainsi ce n'est pas aux mêmes affections que les Wajana feront appel pour jouer le rôle de maladies-frontières vis-à-vis des Blancs et vis-à-vis des Bonis, population noir marron du Haut-Maroni, ou encore vis-à-vis d'autres groupes indiens voisins. Il est même possible que ce ne soit pas sur cette base que s'effectue le clivage, que la constitution de l'identité wajana ne s'établisse pas alors à partir des mêmes ingrédients, ou que ces derniers n'aient pas la même pertinence. Le registre de l'identité utilise ainsi des combinaisons différentes selon la société protagoniste « définissante », ce qui nous renvoie à une identité plurielle.

Pour finir, cette mise en forme de l'altérité / identité dans le domaine de la maladie ne doit pas nous faire négliger son corollaire : le métissage. En ce lieu aussi se fabriquent selon une alchimie complexe de nouvelles entités, de nouvelles identités : maladies métisses, comme celles qui, par le jeu des migrations humaines, se trouvent in-

tégrées définitivement dans des ensembles morbides nouveaux où elles occupent des places nouvelles ; médecines métisses, celles qui essaient, en se renouvelant, de faire face à des affections importées, ou bien encore ces thérapies qui incluent des instruments exotiques sans modifier leur appareil conceptuel ; et l'on pourrait dire « malades métis », ceux qui tentent, dans le dédale des possibles, de trouver une voie porteuse du sens qui permettra de soulager leur mal.

C'est à ces phénomènes-là que s'intéressent de nombreuses études, mais c'est par un autre versant que nous avons tenté d'explorer la réalité. Il ne s'agit pas d'approches antagonistes, bien au contraire elles sont complémentaires et leur objet est identique. Identité et métissage se construisent en miroir. Pour parler de l'identité / altérité, nous ne sommes pas parti ici du métis, mais de son histoire en quelque sorte. Comprendons bien qu'il ne s'agit pas de postuler la « pureté » d'une « culture », qui s'attacherait à des éléments « originaires », ici relatifs à la santé et à la maladie, mais de comprendre comment évoluent ces entités floues et mouvantes que nous appelons cultures. Nous avons tenté de parler de points d'ancrage qui, même temporaires, peuvent leur servir à effectuer des déplacements.

Références bibliographiques

[Retour à la table des matières](#)

Pour la partie historique et les détails démographiques, deux ouvrages de référence, que je n'ai pas cités à chaque fois, mais où sont puisées également toutes les citations :

Grenand P.

1971 *Les relations interethniques en Haute-Guyane*, mémoire de maîtrise d'ethnologie, Paris.

Hurault M.

1972 *Français et Indiens en Guyane*, 1^e édition, UGI (2^e édition, Guyane presse diffusion 1989).

Pour les autres parties :

Amselle J.L.

1990 *Logiques métisses*, Payot.

Coudreau H.

1893 *Chez nos Indiens*, Hachette.

Crevaux J.

1883 *Voyages dans l'Amérique du sud*, Paris, Hachette (repris dans : *Le mendiant de l'Eldorado*, Phébus, 1987).

Duvojne Ortiz A.

1992 Le mépris, la méprise et le métis, *Magazine littéraire* 296 : « 1492 l'invention d'une culture ».

Fainzang S.

1985 La maison du Blanc, *Sciences sociales et santé* 3 (3-4).

Fournier M.

1995 *Marcel Mauss*, Fayard.

Grenand P.

1971 *Les relations inter-ethniques en Haute-Guyane*, mémoire de maîtrise d'ethnologie, Paris.

Grenand P. et F.

1990 *Les Amérindiens, des peuples pour la Guyane de demain*, Centre ORSTOM de Cayenne.

Grmek M.D.

1983 *Les maladies à l'aube de la civilisation occidentale*, Payot.

Lévi-Strauss Cl.

1983 *L'identité*, PUF.

Montiel E.

1993 L'Amérique ancienne dans le miroir de l'Europe, *in : 1492, Le choc de deux mondes*, La différence, Actes du colloque international organisé par la Commission nationale suisse pour l'UNESCO.

Mouren-Lascaux P.

1990 *La Guyane*, Karthala.

Turner V.

1972 *Les tambours d'affliction*, Gallimard.