

## PUUBUQ LANQ : LA GEOPHAGIE CHEZ LES SEREER DU SENEGAL<sup>1</sup>

Morton BEISER, Winthrop A. BURR,  
Henri COLLOMB, Jean-Louis RAVEL

### Introduction

Que des comportements que nous considérons comme des maladies mentales soient en quelque sorte intrinsèques aux individus ou bien qu'ils relèvent purement d'une définition sociale et d'un contrôle social, constitue encore une des controverses fondamentales en psychiatrie. Dans la plupart des cas, le comportement considéré et la réponse de l'environnement social sont si inextricablement liés que toute tentative de les démêler entraîne rapidement dans le domaine de la spéculation et des polémiques. Aussi est-il important d'examiner de près les occurrences relativement rares dans lesquelles ces deux facettes du désordre comportemental sont pour une quelconque raison

---

<sup>1</sup> Le présent texte constitue la traduction française d'un article paru il a 18 ans déjà — "Pobough lang in Senegal" *Social Psychiatry* 9, 1 : 123-129 (1974) — mais qui nous semble avoir gardé tout son intérêt en ce qu'il constitue une des très rares publications au monde à avoir abordé la géophagie dans une population africaine sous un angle psychopathologique tout en situant ce comportement dans son environnement social et anthropologique. La revue *Psychopathologie africaine* est heureuse de mettre à la disposition de ses lecteurs une version française d'un travail réalisé par une équipe franco-américaine autour de son regretté fondateur le professeur Henri Collomb. La Rédaction remercie le Dr Morton Beiser d'avoir assuré en son nom les démarches de demande d'autorisation auprès des éditeurs responsables de *Social Psychiatry* (Springer-Verlag) (NdlR).

partiellement séparables. On ne peut garantir des réponses définitives ou généralisables d'un tel examen, mais on /p. 350/ peut éventuellement se faire une idée plus claire des modèles d'interaction entre l'individu et sa culture en matière de conduite déviante.

Le comportement appelé *a puq lang*<sup>2</sup> par les Sereer du Sénégal offre une telle possibilité. Le syndrome a attiré notre attention au cours d'une enquête épidémiologique sur la santé physique et mentale portant sur ce groupe clairement défini et culturellement distinct parmi les agriculteurs ouest-africains.

Une phase préliminaire de cette enquête, très utile pour la conception et l'administration des questionnaires, comprenait la compilation d'une lexique des termes locaux de la maladie et l'interview d'un échantillon de personnes considérées comme malades par les Sereer. Un des termes qui fut mis en lumière est *puubug lang* qui désigne un modèle de comportement chronique comprenant la consommation compulsive de terre<sup>3</sup>, généralement d'une espèce assez particulière — par exemple de la terre de termitière, et la terre provenant des murs en banco, ou du sable humide d'urine. Le terme ne concerne pas la géophagie des femmes enceintes, ni celle des enfants avant le sevrage, comportement considéré comme normal à ce moment.

La géophagie n'est certainement pas l'apanage des Sereer. Elle a été attestée aussi loin dans le passé qu'en témoignent les écrits des premiers médecins grecs, ainsi que dans des régions géographiques et culturelles diverses à travers le monde entier (Lanzkowsky 1959). Bien que cela n'ait pas été établi de manière non équivoque, la thèse la plus courante à ce jour souligne que le pica chez l'homme a parfois pour origine une carence nutri-

---

<sup>2</sup> *A puq lang* : littéralement : manger de la terre, la géophagie ; *puubug lang* : celui qui mange de la terre, le mangeur de terre, le géophage (NdT).

<sup>3</sup> *Dirt* dans l'original. On trouve *dirt eating* ou encore *earth eating* en anglais pour géophagie. *Dirt* en anglais (sauté, boue, crotte, fange, ordures, malpropreté, etc.) a une connotation plus péjorative que terre en français qui reste plus simplement descriptif. (NdT).

tionnelle (Coltman 1969 ; Cooper 1957 ; Lanzkowsky 1959 ; McDonald 1964 ; O'Rourke 1967).

Bien que le comportement puisse être en partie déterminé biologiquement, le Sereer, et ceci n'est pas surprenant, le considère sous un tout autre jour.

Un des aspects les plus intéressants de *a puq lanq* est que sa position nosologique est ambiguë. Certains informateurs sereer considèrent cette conduite comme une habitude répréhensible, une faiblesse morale. D'autres la pensent comme une maladie (*illness*), une aberration du comportement qui peut connaître une issue fatale et qui requiert traitement. Ce type d'opinion duelle concernant une aberration comportementale n'est pas rare dans les sociétés complexes occidentales. Aux États-Unis, deux « visions » différentes de l'alcoolisme, l'une morale et l'autre médicale, ont coexisté depuis un certain temps et ont occasionné des conflits non négligeables à propos de la manière dont le problème doit être appréhendé. Certaines des causes de ces désaccords tiennent indubitablement aux conceptions divergentes des différentes sous-cultures et au changement des attentes de la population concernant l'accessibilité des soins et leur efficacité.

Ces facteurs ne s'appliquent pas aux Sereer. La société est bien intégrée et semble stable, comme nous le verrons plus loin. Les conceptions différentes sur *a puq lanq* ne reflètent pas les vues divergentes de différentes sous-cultures. De plus la disponibilité en soins médicaux modernes est minimale et les concepts bio-médicaux occidentaux semblent ne jouer aucune part dans la nosologie sereer. Les traitements traditionnels, autant que nous puissions le savoir, n'ont pas changé. Aussi, l'origine culturelle des points de vue divergents sur *a puq lanq* doit elle être recherchée ailleurs.

Après une brève description de la société sereer, ainsi que de nos méthodes, nous présenterons une description plus complète du syndrome *a puq lanq* en recourant à des exemples de cas dans le but d'atteindre une meilleure compréhension de

l'interaction spécifique entre cette aberration comportementale et la culture.

## Description de la population

Le Sénégal est un pays de l'Afrique de l'Ouest devenu indépendant de la France en 1960. Il est peuplé de différents /p. 352/ groupes ethniques comprenant les Sereer. L'arrondissement de Niakhar, dans la région du Sine-Saloum, où l'enquête épidémiologique a été menée est constitué à peu près à 95% de Sereer.

Les Sereer, agriculteurs sédentaires, cultivent principalement le mil et l'arachide. Ils vivent en villages qui, dans cette région, ont une population moyenne d'environ 400 habitants mais présentant des variations importantes (de 55 à 2 563 habitants). Le paysage est constitué essentiellement d'une plaine basse et plate au sol sec et assez sablonneux. La population est assez dense (85 hab./km<sup>2</sup>), la région étant l'aire la plus importante de culture de l'arachide du pays. Climatiquement, l'année compte une saison sèche de neuf mois et une saison des pluies de trois mois ; la pluviométrie moyenne est de 600 mm.

L'organisation politique et sociale de cette société rurale comporte un système rigide de caste hérité du XIV<sup>e</sup> siècle quand les autochtones sont tombés sous la domination de Manding originaires de Guinée (Reverdy 1967).

C'est au travers du système de parenté complexe qui colore et détermine tous les aspects, personnel, économique et religieux, de la vie que l'on peut le mieux appréhender et comprendre la structure sociale sereer. Le mariage est polygamique et l'alliance matrimoniale préférentielle concerne les cousins croisés. Les lignées maternelle et paternelle entretiennent une relation de rivalité bien régulée socialement dont l'expression la plus affirmée s'exprime dans la rivalité entre cousins aînés. L'héritage s'effectue dans les deux lignes de manière bien codifiée. Par exemple, les outils agricoles anciens s'héritent en ligne paternelle, tandis que les outils modernes se transmettent par la mère (Reverdy 1967).

Bien que l'islam, et dans une moindre mesure le christianisme, aient partiellement pénétré la population, les forces vives de la vie religieuse s'enracinent autour des *pangool* qui sont les esprits ancestraux. Ceux-ci résident souvent dans des arbres sacrés proches des concessions et jouent un grand rôle dans la vie quotidienne. Leurs bénédictions sont requises pour les décisions importantes. La négligence dans le service propitiatoire de leur culte est souvent invoquée comme cause /p. 353/ de maladies, de mauvaises récoltes ou d'autres malheurs encore. D'autres esprits non ancestraux, tels que *jinn*, *olawo*, et *naq*, hantent la terre, l'eau les airs ; on leur prête également la responsabilité de certaines maladies.

Une des caractéristiques les plus importantes, à notre point de vue, de la culture sereer est sa remarquable pérennité, particulièrement dans cette région (Reverdy 1967).

## Méthodes

Les sources d'information pour constituer le lexique initial des maladies (*disease lexicon*) étaient : les chefs de famille e cinq villages sereer, sept guérisseurs autochtones, et deux prêtres européens ayant vécu vingt ans dans la région et qui parlent couramment sereer. Un des auteurs (JLR) a séjourné près d'un an dans un des villages recueillant des informations ethnographiques et sanitaires. MB et HC ont séjourné dans différents villages pendant de brèves périodes et étaient souvent appelés auprès de personnes malades. Ceci a permis une autre appréhension des maladies sereer (*illnesses*) à côté des descriptions obtenues par entretiens avec des informateurs clé.

Le lexique sereer des maladies (*disease lexicon*) a été décrit plus en détail ailleurs (Beiser *et al.* 1972 ; Beiser *et al.* 1973). Après qu'il fut développé, un recensement total des personnes considérées comme souffrant de ces affections ou de ces états fut effectué en recourant aux guérisseurs et aux chefs de village

comme informateurs. On identifia ainsi 154 personnes considérées comme affectée de *a puq lanq*.

Ensuite un échantillon d'adultes représentant chacune des catégories de maladie (*illness categories*) fut tiré au sort pour de futures investigations. Il s'agissait d'un interview par un psychiatre de l'hôpital de Fann à Dakar (capitale du Sénégal), et d'un questionnaire administré par un enquêteur formé et parlant sereer. Le questionnaire utilisé était essentiellement une traduction de celui développé par Leighton et ses collègues dans le "Stirling County" en Nouvelle Écosse (Leighton *et al.* 1963), qui avait pour objectif de relever la symptomatologie /p. 354/ tant somatique qu'affective des personnes interrogées. L'ordre des deux entrevues variait au hasard.

Les interview étaient presque toujours conduites dans le groupe familial, parce que les entrevues individuelles ne sont pas habituelles dans ce contexte culturel. Les réponses aux questions étaient généralement données par les aînés du groupe de parenté, dans les limites de leur connaissance, limite au-delà desquelles les sujets eux-mêmes se sentaient autorisés à s'exprimer personnellement. Plus loin nous rendrons compte de quatre cas qui ont été étudiés de cette manière.

## Résultats

Sur les 154 cas de *a puq lanq* identifiés par les informateurs autochtones, soixante-quinze étaient des hommes et soixante-dix-neuf des femmes. En utilisant comme référence de base les données d'un recensement national de 1966, nous avons estimé la prévalence d'ensemble de *a puq lanq* à cinq cas pour mille.

L'état tendait à être identifié comme chronique ; dans près de la moitié des cas il persistait depuis plus de trois ans.

Dans 91 cas (59%) aucun traitement n'avait été donné. Dans cinq cas seulement (3%) un praticien formé à l'occidentale avait été consulté. Cinquante-huit cas (38%) avaient reçu un traitement traditionnel.

*Cas 1 (002)*

La patiente est une jeune écolière catholique, célibataire âgée de 15 ans, d'une caste supérieure ; elle a mangé de la terre depuis le plus jeune âge, avant même d'être sevrée. Bien sûr cela ne fut pas considéré comme un problème jusqu'au sevrage, époque à laquelle elle a quitté son village pour vivre à Dakar chez une tante qui venait juste d'avoir des jumeaux<sup>4</sup>. Elle /p. 355/ y resta neuf mois, et durant cette période elle fut surprise à manger de la terre à plusieurs occasions. Il semblait à la tante qu'elle avait souvent des accès de diarrhées deux jours après cette absorption.

Après son retour au village, elle continua apparemment à s'adonner à sa pratique et elle fut même surprise de temps à autres, bine qu'elle fut tout à fait discrète en la matière. On disait que sa préférence la portait vers la terre des murs et celle des termitières.

La famille considère que cette habitude a eu un effet très néfaste sur sa santé et qu'elle entre en ligne de compte dans le fait que depuis l'âge de sept ans elle soit maigre et faible, qu'elle ait les yeux jaunes et les lèvres pâles. Ils craignent qu'elle ne meure si elle continue ces pratiques, mais une tante soulignait qu'elle semblait aller mieux les dernières années et qu'il fallait peut-être accorder crédit à ses protestations selon lesquelles elle avait renoncé à son habitude.

La patiente était maigre et ne semblait pas avoir plus de treize ans. Elle n'avait aucune raison pour sa géophagie et ne voulait pas en parler, mais elle se plaignait de faiblesse généralisée, d'anorexie, de nausées, de constipation et de rhumes fréquents. Elle se plaignait des palpitations, les mains et les pieds moites, avoir peine à respirer, et la sensation que ses cheveux se hérissaient. Elle se plaignait également de rêves terrifiants occasionnels.

Il y a eu un épisode non spécifié de troubles gastriques à l'âge de dix ans, pour lequel elle a consulté au dispensaire de la mission.

---

<sup>4</sup> Les Sereer craignent les jumeaux. Un de nos interprètes nous a dit que dans certains des villages les plus traditionnels de la brousse, les jumeaux sont tués. (La légende veut que les jumeaux qui sont laissés en vie vont grandir pour tuer leurs parents). Sa propre femme avait mis au monde des jumeaux ; et il avait à cette occasion déplacé sa famille en dehors du village pour els protéger.

*Cas 2 (004)*

Cette patiente était une femme de vingt ans, mariée, mère d'un garçon de cinq ans, identifiée par le mari comme une *puubuq lanq*. Elle disait elle-même avoir mangé du sable quand elle était enceinte — ce qui est tolérable — mais n'en avoir mangé qu'une fois depuis la naissance de son enfant, occasion où elle a été surprise et réprimandée par son frère. Son mari, /p. 356/ de son côté, disait qu'elle avait mangé du sable depuis son enfance et qu'elle continuait actuellement. Il estimait que cela l'avait conduit à un état de faiblesse avec un ventre chaud et gonflé, des conjonctives pâles, et une langue blanche et gonflée. C'était au point qu'elle ne pouvait presque plus cuisiner ni assurer ses tâches usuelles. Eût-il connu plus tôt cette habitude de sa femme, il ne l'aurait jamais épousée. Il disait : « Les gens ne vous considèrent plus quand vous mangez de la terre. »

La patiente elle-même présentait des plaintes nombreuses et variées comprenant un sentiment de désespoir, de la nervosité, les mains et les pieds moites, de l'irritabilité, du découragement, des rêves effrayants, des sensations de cheveux hérissés sur la tête, et même peut-être des hallucinations auditives auxquelles elle disait ne pas prêter attention. Elle avait également de périodes occasionnelles de vertiges, de douleurs thoraciques, de nausées, d'anorexie, de fréquentes diarrhées et une sensation de mauvais goût dans la bouche.

*Cas 3 (011)*

Cette patiente était une femme de 36 ans, divorcée trois ans plus tôt en raison de sa maladie, maladie qu'elle attribue aux influences malveillantes des *pangool*. Ses difficultés comprenaient : un corps enflé, une langue saburrale, une respiration difficile, deux ans d'aménorrhée, des migraines et des vertiges, et des douleurs gastriques.

Elle n'était plus capable de travailler, était sujette à des cauchemars, rêvait de ses parents morts, et se sentait souvent désespérée avec des pensées pénibles.

Elle n'avait reçu aucun traitement pour son état et, en fait, n'ait toute pratique géophagique depuis son enfance. Dans sa communauté cependant, elle avait été stigmatisée comme une *puubuq lanq* sur la base de son apparence physique (l'examineur prit des dispositions pour lui ménager une consultation à l'hôpital à Dakar).



Cas 4 (015)

Cette jeune femme avait été mariée pendant six ans sans avoir d'enfant. Elle avait eu trois fausses-couches qui étaient /p. 357/ attribuées au fait qu'elle mangeait du sable de termitière. Elle avait pris cette habitude depuis l'époque de son sevrage lorsqu'elle avait à peu près trois ans.

Un oncle paternel imputait ce comportement à l'action d'un *fangool* (sing. de *pangool*) qui avait jeté une poignée de terre<sup>5</sup> dans la case de la grand-mère de la patiente dans l'intention d'affliger celle-ci. La motte de terre frappa par erreur la patiente qui partageait sa case pendant le sommeil, d'où le *a puq lanq*.

Divers traitements traditionnels avaient été essayés, y compris l'application d'une discipline stricte pendant son enfance et de nombreuses visites à des guérisseurs traditionnels. Toute tentative avait été abandonnée depuis à peu près les quatre dernières années.

## Discussion

Comme l'illustrent ces cas, et comme le montre la description ethnographique générale, la « maladie » (“*disease*”), le syndrome *a puq lanq* est constitué de nombreux éléments. Premièrement, il y a le pica compulsif, souvent d'une espèce idiosyncrasique et spécifique. Deuxièmement, il y a la honte, la dissimulation et l'ostracisme social. Troisièmement, il y a une constellation spécifique de signes et de symptômes : la pâleur, le ballonnement abdominal et l'inconfort, les étourdissements, la faiblesse, et la dyspnée. Quatrièmement, il y a un autre ensemble de symptômes qui peut être considéré séparément : le désespoir, les cauchemars, les sentiments d'anxiété, et dans un cas la possibilité d'hallucination.

---

<sup>5</sup> On dit à propos de cette pratique : “*Ka debel dak*” (litt. : « On lui a lancé une motte de sable, de terre ») ; la géophagie ainsi induite est réputée très difficile à faire abandonner. (Ndt).

Ces éléments peuvent être mieux compris en considérant séparément les données historiques, ethnographiques, et biologiques qui donnent naissance au phénomène.

Le pica compulsif de matières plutôt spécifiques, voire bizarres, est bien connu dans le monde entier et est généralement /p. 358/ présumé avoir une base de carence nutritionnelle (Cooper 1957). Dans l'Amérique contemporaine des comportements tels que le fait de manger de l'argile (Mustacchi 1971, de l'amidon de blanchisserie (Kieth 1968), de la glace (Coltman 1969 ; Kieth 1968) et même un besoin compulsif de cacahuètes (Mengel *et al.* 1964) ont tous été mis en rapport avec une carence en fer. L'expérimentation animale (Cooper 1957) ainsi que des études portant sur des enfants — non contrôlées (Lanzkowsky 1959), et contrôlées (McDonald & Marshall 1964) — n'ont pas seulement confirmé l'association intime du pica et de la carence en fer, mais ont montré que le pica disparaît avec la restauration des réserves en fer. Le sens de chaîne causale n'a pas été aussi bien mis en évidence pour les adultes cependant, et certains auteurs (McDonald & Marshall 1964 ; Kieth 1968) ont pu suggérer que la relation n'est pas simple et que peut-être le pica est causal. Les arguments en la matière sont assez fragmentaires.

La physiopathologie est également très peu connue. Il n'y a pas de relation simple entre le déficit nutritionnel et la substance convoitée, bien qu'il ait été avancé que manger de l'argile pouvait aider l'absorption du fer par ses effets sur le pH dans l'intestin, ou peut-être par un effet de « nettoyage » des parois (Cooper 1957). On a pu montrer que certaines argiles comestibles contenaient des proportions significatives de fer et de potassium (Cooper 1957). Cela n'expliquerait pas les autres formes de pica ; mais dans le cas de la consommation compulsive de glace, on a pensé qu'un effet rafraichissant (*cooling*) des cytochromes de la muqueuse buccale impliqué dans le déficit en fer pouvait avoir une certaine importance (Green & Jones 1968 ; Kieth 1969).

Les taux d'hémoglobine chez les Sereer, comme ailleurs en Afrique (Collis 1966), sont remarquablement bas en général, une donnée qui sera approfondie dans une prochaine publication. Même avec de tels taux, de nombreux sujets ayant fait l'objet d'enquête ne montraient, de façon surprenante, que peu de signes fonctionnels évidents d'anémie. Tous nos cas de *a puq lanq* toutefois, montraient des signes cliniques évidents de déficit nutritionnel aussi bien que d'anémie.

/p. 359/ Le tableau de l'ingestion compulsive de terre combinée à l'inconfort abdominal et à l'enflure, la pâleur, la léthargie, la faiblesse évoluant vers une issue fatale, fait penser à une affection commune observée parmi les esclaves noirs du Nouveau Monde au XIX<sup>e</sup> siècle. La maladie (*disease*) était appelée « mal d'estomac » ou, aux États-Unis *Cachexia africana* (Cragin 1835).

Un groupe d'auteurs ont rapporté bien plus récemment dans le temps un cas de *Cachexia africana* classique chez une jeune écolière de 17 ans en Caroline du Nord chez qui ce syndrome spécifique apparut dans le contexte d'une anémie ferriprive et d'une hypokaliémie (Mengel *et al.* 1964).

Ainsi, il paraît d'une belle évidence que deux des éléments de *a puq lanq*, le pica compulsif et quelques signes et symptômes spécifiques, sont en relation avec des facteurs biologiques. Mais qu'en est-il des autres éléments, c'est-à-dire de la culpabilité et l'ostracisme social, la dépression, les cauchemars, et l'anxiété ? Bien que les symptômes psychiques puissent faire partie du tableau dans un déficit nutritionnel spécifique ou mixte, comme par exemple dans la pellagre et le *kwashiorkor*, ils ne constituent pas des concomitants universels du syndrome de pica que nous discutons ou des états déficitaires qui lui ont été associés chez les patients contemporains.

Manger de la terre ne constitue nullement un comportement universel, mais il apparaît sporadiquement partout. Laufer, qui a publié une revue extensive de la littérature sur la question il y a quelques temps déjà, notait que la distribution du comportement n'a rien à voir avec « le climat, la race, la croyance, l'aire culturelle, ou le niveau culturel. » Bien qu'il ait été rapporté

parmi les groupes défavorisés, ce comportement n'est pas spécifique d'une classe ou d'un groupe ; par exemple, on le retrouve au sein des classes supérieures au Penjab, en Assam, et dans certaines villes en Inde (Laufer 1930). Dans beaucoup de régions, manger de la terre constitue une pratique normale, que cela soit pour des raisons religieuses ou médicales, ou encore que cela soit pour le simple plaisir comme c'est le cas en Sibérie où le goût délicat de l'argile locale est très apprécié (Solien 1954).

En Chine, où ingérer de l'argile constituait une partie du rituel taoïste, et en Inde, où la même pratique est devenue /p. 360/ également partie intégrante du répertoire rituel de certaines sectes, il apparaît clairement que ce comportement survient et est le plus prévalent en tant de famine (Solien 1954).

Solien (1954), procédant à un examen de la relation entre malnutrition et géophagie, suggère que la géophagie peut avoir une tendance à apparaître dans une culture donnée pendant les périodes de stress nutritionnel. Elle émet l'hypothèse supplémentaire que, dans certaines circonstances, cette pratique persiste comme comportement normal même après que la situation nutritionnelle se soit améliorée. La persistance peut être expliquée en partie par l'inertie considérable observée généralement en matière de coutumes alimentaires chez les humains. Un facteur supplémentaire pourrait être l'adoption de la géophagie comme élément d'une tradition religieuse, parmi les Zapotèques du Mexique, par exemple, manger de l'argile fait partie d'un rituel religieux élaboré qui remonte à l'époque pré-colombienne et à été incorporé dans la tradition catholique locale (Editorial *JAMA* 1969 ; Solien 1954).

Ainsi, manger de la terre n'est pas nécessairement un comportement « anormal », et le point de vue sereer qui considère ce comportement comme répréhensible ou comme une maladie n'est nullement une position universelle. Cooper (1957) attire l'attention sur les témoignages des explorateurs concernant les ethnies africaines proches du lac Tchad où la géophagie semble être un comportement intégré. Les tribus feraient des pèlerinages pour constituer des stocks de l'argile prisée, et les mères qui allai-

tent recevraient double ration. Carpenter (1844-45) énumère des exemples d'autres cultures où la géophagie était considérée comme une pratique acceptée : les tribus Otomak, Meta et Orinoko de l'Amazonie, les Javanais, les Néocalédoniens, et certains groupes insulaires des Mers du Sud.

Dans certaines socio-cultures des États-Unis de nos jours, manger de l'argile et de l'amidon de blanchisseur sont des comportements admis, particulièrement parmi les femmes enceintes. Dans une enquête portant sur 200 patients d'un service d'obstétrique en zone rurale, de Géorgie, le taux de prévalence du pica était de 55% (O'Rourke 1967). Des traditions culturelles fortes existent concernant les meilleures variétés d'argile ; et dans certaines régions, les gens mettent leur /p. 361/ amour propre, leur fierté dans la découverte d'une « réserve d'argile » particulièrement prisée.

D'un autre côté, manger de la terre n'a aucune part dans la culture sereer commune. Si l'on poursuit le raisonnement suivant des directions précédemment suggérées, cela pourrait s'expliquer par le fait qu'en tant que comportement associé aux famines il n'a disposé de suffisamment de temps pour être intégré et accepté. Cela pourrait se produire si l'état nutritionnel des Sereer allait en s'aggravant, ce qui pourrait être le cas compte tenu de la forte densité de la population dans la région d'enquête et des techniques culturelles qui n'assurent pas la préservation de la fertilité des sols. Une situation proche des conditions de famine prévaut en effet.

Par ailleurs il peut y avoir certains éléments de la culture sereer qui font de la géophagie un comportement non assimilable. Nous ne les connaissons pas, s'ils existent ; mais peut être le système des tabous alimentaires musulman joue-t-il un rôle par son insistance sur la propreté.

Comme nous l'avons déjà signalé, la position de *a puq lanq* dans la nosologie est très ambiguë. Bien que considéré par certains comme étant une maladie, près des deux tiers des cas relevés dans notre étude n'avaient reçu aucun traitement. Les comptes rendus de cas mettent en évidence l'estime médiocre

dans laquelle la maladie est souvent tenue et montre que le traitement du problème procède souvent plus selon une perspective morale et restrictive que selon une visée « thérapeutique ». On ne sait pas pourquoi, bien sûr, les Sereer considèrent *a puq lanq* comme ils le font. Aucun autre trouble du comportement sereer n'occupe ce flou diagnostique (Beiser *et al.* 1973). La tolérance qui entoure ce comportement chez les femmes enceintes et les enfants non sevrés peut être un élément important. Dans les pays occidentaux, le fait que la consommation d'alcool dans de nombreuses circonstances soit un comportement normal peut contribuer à renforcer la difficulté pour notre culture de décider si l'alcoolisme est une maladie ou une faiblesse morale. Dans certaines cultures insulaires du Pacifique manger de la terre a des connotations morales quand cette pratique est adoptée par d'autres que certains groupes privilégiés (Anonyme 1938).

/p. 362/ Manger de la terre dans les plantations du Sud des Etats-Unis était également considéré comme le résultat d'un trouble répréhensible du comportement. Un esclave qui en était affligé, comme un Sereer, reconnaissait rarement, sinon jamais sa conduite. Carpenter (1844-45) rapporte que l'obtention des preuves de l'existence d'une telle habitude était « en aucun cas chose aisée, comme le patient faisait preuve souvent de la plus grande habileté en engageant l'interrogateur sur des fausses pistes ; et s'ils sont conscients de la tournure que prennent les questions, aucun artifice ne peut les amener à une confession. » Les traitements tentés sur les plantations comprenaient les menaces, les exhortations, et même la contention et l'enfermement.

Il est assez intéressant de souligner que la symptomatologie psychiatrique, plus particulièrement la dépression, constituait également un aspect de la *Cachexia africana*. Ainsi Carpenter relève un état d'esprit spécifique qu'il trouve caractéristique de ses patients : « L'état induit par le fait de manger de la terre se caractérise par une baisse de l'activité mentale. L'esprit perd de son agilité ; il semble broyer du noir à propos de l'avenir, avec trop peu d'énergie pour espérer un rétablissement et il contemple l'issue fatale sans énergie et avec une indifférence impassible. » (Carpen-

ter 1844-45). On a émis une hypothèse selon laquelle, parmi les esclaves, le pica lui-même était une forme de suicide dans certains cas (Carpenter 1844-45 ; Cragin 1835).

Les aspects psychiatriques de syndrome *a puq lanq* ne sont pas des concomitants exceptionnels ou universels de la géophagie. Il apparaît clairement qu'ils surgissent dans un contexte de désapprobation culturelle, d'isolement et de ridicule. Là où la culture est tolérante et peu répressive en la matière, la dépression, l'anxiété et le retrait ne font pas partie du tableau. Si la malnutrition seule était responsable de ces symptômes, on devrait s'attendre à ce que les Sereer les éprouvent pendant la grossesse — ce qui n'est pas le cas — et on devrait s'attendre à les voir figurer de manière plus marquée dans les cas occidentaux de pica sévère, ce qui n'est pas non plus le cas (Lanzkowsky 1959).

/p. 363/

## Résumé et conclusion

Une maladie définie traditionnellement comme *a puq lanq* par des africains de l'ouest, caractérisée par une géophagie compulsive, une pâleur, une faiblesse, des œdèmes, une dépression, une anxiété, un isolement social, a été étudiée dans son contexte et en référence avec la littérature biologique, ethnographique et historique, pertinente sur la géophagie. Certaines caractéristiques de la maladie (*illness*) sont probablement en rapport avec un déficit en fer et d'autres carences nutritionnelles. D'autres traits sont en relation avec la définition culturelle ambiguë du comportement manifeste et la réponse culturelle négative à celui-ci.

Les déterminants de la réponse culturelle ne sont pas clairs, mais ils peuvent comprendre un accroissement relativement récent de la prévalence du syndrome, ou des traits non identifiés de l'ethos qui rendent difficile l'assimilation des habitudes géophagiques. Dans de nombreuses cultures la géophagie est un comportement accepté avec des accents soit médicaux, soit hédonistes ou religieux. Dans de tels contextes, les éléments psychia-

triques du syndrome ne semblent pas apparaître, même le cas de nos jours dans les régions rurales du Sud des Etats-Unis ou pendant les grossesses chez les Sereer.

À notre avis l'intérêt de cette analyse réside dans sa démonstration du mélange de facteurs biologiques, sociaux et psychologiques dans un exemple spécifique de maladie ou d'inconduite. Dire que *a puq lanq* a pour cause une déficience nutritionnelle est inexact. Dire que *a puq lanq* a pour cause la définition sociale d'un certain groupe d'individus comme malade ou moralement faible est également erroné. Mais les deux propositions contiennent un aspect de la vérité.

On peut penser à d'autres comportements tels que l'alcoolisme et l'homosexualité qui pourraient susciter des analyses similaires.

Dans les deux cas, il y a des arguments en faveur de l'action de composant biologiques (Kolodney *et al.* 1972 ; Lieber 1972 ; Ward 1972). On doit rappeler cependant que ces éléments biologiques aident seulement à expliquer le comportement, non /p.364/ le « désordre ». Le désordre peut n'être pas inhérent au comportement lui-même, mais relever de la façon dont il est perçu et évalué dans le contexte social.

De plus, des comportements tels que la dissimulation, la dépression et l'anxiété peuvent ne pas constituer partie intrinsèque des syndromes appelés homosexualité, alcoolisme ou *a puq lanq*, mais bien être des syndromes secondaires basés sur des réponses individuelles à des pressions sociétales.

L'échec dans la tentative de désintrinsication des éléments de tels processus complexes de comportement, la définition comme désordre, et les réactions émotionnelles ont conduit à une grande confusion. Il nous semble que certaines des controverses, par exemple, entre généticiens, tenants de la psychiatrie dynamique et partisans de la théorie de l'étiquetage peuvent être dues à l'incapacité de spécifier à quel niveau du phénomène on situe la discussion.

L'analyse du comportement connu comme *a puq lanq* requiert des données relevant des sciences biologiques, psychologiques et



sociales. On peut s'attendre à ce qu'il en soit de même pour beaucoup d'états que nous considérons comme des désordres psychiatriques.

(Traduit de l'anglais par René Collignon)

### Bibliographie

- ANONYME (1938) "Clay eating Papuans" *Pacific Island Monthly* 8, 8 : 28.
- BEISER Morton 1971 "Definitions of mental illness in tribal Africa and rural North America" Presented at the 70th Annual American Anthropological Association Meeting, New York, November
- BEISER Morton, RAVEL Jean-Louis, COLLOMB Henri, EGELHOFF C. (1972) "Assessing psychiatric disorders among the Serer of Senegal" *Journal of Nervous and Mental Disease* 154, 2 : 141-151.
- BEISER Morton, BURR W.A., RAVEL Jean-Louis, COLLOMB Henri (1973) "Illnesses of the Spirit among the Serer of Senegal" *American Journal of Psychiatry* 130 : 881-886.
- CARPENTER W.H. (1844-45) "Observations on the Cachexia Africana, or the habit and effects of dirt eating in the Negro Race" *New Orleans med. J.* 1 : 146-168.
- COLLIS R.J. (1966) "Physical and psychiatric disorder in Nigeria" *Transactions of the American Philosophical Society* 56, part 4.
- COLTAMN C.A. Jr. (1969) "Pagophagia and Iron lack" *J. Amer. Med.* 207 : 513.
- COOPER M. (1957) *Pica*. Springfield, Ill., Charles C. Thomas.
- CRAGIN F.W. (1835) "Observations on Cachexia Africana or dirt eating" *Amer. J. med. Sci.* 7 : 356-364.
- Editorial (1969) "Pica and Iron deficiency" *J. Amer. med. Ass.* 207 : 552-553.
- GREEN Judith & JONES Anita (1968) *Los Panecitos Banditos : Clay eating in Oaxaca*. San Diego.
- KIETH L., EVENHOUSE H., WEBSTER A. (1968) "Amylophagia during pregnancy" *Obstet. & Gynec.* 32 : 415.
- KOLODNEY R.C., JACOBS, L.S., MASTERS W.H., TORO G., DAUGHADY W.H. (1972) "Plasma gonadotrophins and prolactin in male homosexuals" *Lancet* 2 : 18-20.

- LANZKOWSKY P. (1959) "Investigations into the etiology and treatment of Pica" *Arch. Dis. Childb* 34 : 140.
- LAUFER Berthold (1930) *Geophagia*. Chicago, Field Museum of Natural History Publications, *Anthropological series*, 18 : 97-198.
- LEIGHTON D.C., HARDING J.S., MACKLIN D.B., MACMILLAN A.M. & LEIGHTON A.H. (1963) *The Character of Danger*. New York, Basic Book.
- LIEBER S. (1972) "Metabolism of ethanol and alcoholism : racial and acquired factors" *Annals of Int. Med.* 76, 2, feb.
- MCDONLAD R. & MARSHALL S.R. (1964) "The value of iron therapy in pica" *Pediatrics*, 34 : 558-562.
- Mengel C.E., Carter W.A., Horton E. (1964) "Geophagia with iron, deficiency and hypokalemia (*Cachexia Africana*)" *Arch. Int. Med.* 114 : 470.
- MUSTACCHI Pero (1971) "Cesane Bressa (1785-1838) on dirt eating in Louisiana" *J. Amer. med. Ass.* 218, 2 : 229-232.
- O'BRIEN & ARKIN (1969) "Gooberphagia and anemia" *Ann. Int. Med.* 70 : 232.
- O'ROURKE D.E., QUINN J.G., NICHOLSON J.O., GIBSON H.H. (1967) Geophagia during pregnancy" *Obstet & Gynec.* 29 : 581.
- RAVEL Jean-Louis "Some notes about an epidemiological survey in a region of Senegal" non publié
- REVERDY Jean-Claude (1967) *Une société rurale au Sénégal. Les structures foncières, familiales et villageoises des Serer*. Aix-en-Provence, Centre africain des Sciences humaines appliquées, 115 p. (Collection des travaux du CASHA)
- SOLIEN Nancy L. (1954) "A cultural explanation of geophagia" *Florida Anthropologist* 7 : 1-9.
- WARD J.L. (1972) "Prenatal stress feminizes and demasculinizes the behavior of males" *Science* 175 : 82.