

La professionnalisation des « néo-tradipraticiens » d'Afrique centrale

Marc-Éric Gruénais*

Résumé. Les termes « tradithérapeute » ou « tradipraticien » ont été vulgarisés par l'OMS pour désigner, on le sait, les spécialistes des médecines traditionnelles. Le terme de « néo-tradipraticien » peut sembler aujourd'hui plus adapté pour désigner l'ensemble des spécialistes populaires dont la pratique ne ressortit pas exclusivement ou pas du tout du registre de la bio-médecine, tant ces spécialistes se réclament d'une modernité composite faite de tradition africaine réinventée, de christianisme, de médecines asiatiques, d'ésotérisme, etc. Dans les villes africaines, ce type d'offre populaire se multiplie, et les néo-tradipraticiens doivent alors s'installer dans un univers très concurrentiel. A partir d'exemples recueillis notamment au Congo Brazzaville, au Cameroun et au Kenya, cet article envisage les conditions d'exercice du métier de néo-praticien : adaptation de la pratique à la demande sociale, conditions de la pérennisation de l'exercice du métier, conditions d'accès aux fournitures nécessaires à la pratique, choix de l'emplacement, recherche de clientèle, filières de professionnalisation.

Mots clés : « tradi-thérapeute », professionnalisation, clientèle.

Les termes « tradi-thérapeute » ou « tradi-praticiens » ont été vulgarisés par l'OMS pour désigner, on le sait, ces spécialistes des médecines traditionnelles, « bien insérés dans la communauté », auxquels « les populations » auraient facilement recours, d'autant plus

* Anthropologue, IRD/Shadyc (Marseille)

qu'ils constitueraient des « recours de proximité » dans un contexte d'une offre de soins insuffisante¹. Il n'est pas question ici de revenir sur des critiques déjà anciennes à propos de cette conception idéalisée des recours populaires et de leur complémentarité attendue ou supposée avec l'offre de soins médicale². Ici, mon point de départ sera le suivant : les spécialistes des recours non médicaux, que je qualifierai par la suite de « néo-tradipraticiens » fondent leurs pratiques sur des savoirs spécialisés qui peuvent être sources de rémunération, et à ce titre leur pratique spécialisée peut être considérée comme un métier³.

L'exercice d'un métier, dans l'acception minimale de ce terme, ne peut se faire sans contraintes : apprentissage, d'une part, et conditions d'exercice, d'autre part.

Je laisserai ici de côté la question de l'apprentissage de ces métiers de la « guérison » ressortissant à des registres non médicaux ; le schéma est banal et bien connu : phase d'élection individuelle, avec des variantes (maladie, inspiration divine, comportements agités, etc.) ; contexte favorable (existence d'une tradition familiale) ; apprentissage technique proprement dit, auprès d'un parent et/ou de pairs, complété par des « révélations » (de Dieu, des ancêtres, d'un génie, etc.). Je m'attarderai plutôt ici sur les conditions d'exercice du métier dans un

¹ On aura compris que l'utilisation de guillemets renvoie ici à l'utilisation de termes et expressions convenues que l'on rencontre régulièrement dans nombre de textes se rapportant à des projets de développement sanitaire, termes qu'évidemment nous ne reprenons pas à notre compte.

² Cf. par exemple, J.P. Dozon, « Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire », *Politique Africaine*, 28, décembre 1987 ; E. Fassin & D. Fassin, « De la quête de légitimation à la question de la légitimité : les thérapeutiques *traditionnelles* au Sénégal », *Cahiers d'Etudes Africaines*, 110, XXVIII-2, 1988. ; M.E. Gruénais, D. Mayala, « Comment se débarrasser de l'efficacité symbolique de la médecine traditionnelle ? », *Politique Africaine*, 31, octobre 1988 ; M.E. Gruénais, « Vers une nouvelle médecine traditionnelle. L'exemple du Congo », *La revue du praticien*, n° 141, 1991.

³ Dans une perspective empruntée à Freidson (*La profession médicale*, Paris, Payot, 1984) nous parlons bien ici de « métier » et non de « profession », car pour les tradipraticiens, comme pour les autres métiers de santé, ce sont bien les médecins qui, en dernier lieu, constituent l'instance de légitimation, comme l'atteste par exemple, les ateliers régulièrement organisés sur l'apport de la médecine traditionnelle à la lutte contre le sida dans des conférences internationales sur l'infection à VIH/sida, ou encore, la 14^{ème} Conférence médicale nationale du Cameroun qui s'est tenue en avril 2002 sous l'intitulé « Médecine traditionnelle et patrimoine thérapeutique national ».

sens plus conventionnel : adaptation de la pratique à la demande sociale, condition de la pérennisation de l'exercice du métier, conditions d'accès aux fournitures nécessaires à la pratique, choix de l'emplacement, recherche de clientèle, filières de professionnalisation. Il s'agit donc ici d'envisager le travail des spécialistes des recours non médicaux de manière très pragmatique, indépendamment de tout questionnement sur les fondements « ésotériques » (« mystiques », « surnaturels », « religieux », etc.) de leurs pratiques.

J'illustrerai mon propos à partir d'informations recueillies à l'occasion d'enquêtes sur les trajectoires de patients et les recours thérapeutiques, réalisées à Brazzaville en 1995, au Cameroun, et plus particulièrement à Yaoundé en 1999, et également au Kenya en 2000, plus précisément à Kisumu, la troisième ville du Kenya située à l'est du pays. J'évoquerai tout d'abord la perte d'audience des spécialistes qui se réclament d'une forte légitimité traditionnelle. Je tenterai par la suite de donner un aperçu de la diversité des offres de soins populaires. Puis j'aborderai successivement la question des nouvelles filières de professionnalisation des spécialistes populaires et la question, qui me semble centrale, de la localisation de l'exercice des métiers. Mais il me faut tout d'abord justifier mon emploi de ce néologisme peu heureux de « néo-tradipraticien ».

Qu'est-ce qu'un « néo-tradipraticien » ?

Ce néologisme permet de me démarquer d'une conception des « tradipraticiens » forgée par l'OMS⁴ par trop utilitariste, unificatrice et populiste. Conception utilitariste qui suppose qu'une complémentarité peut s'instaurer entre l'offre de soins médicale et les pratiques populaires : or tout le monde reconnaît, par exemple, aujourd'hui, que s'intéresser aux accoucheuses traditionnelles dans le cadre de programmes de réduction des risques obstétricaux ne

⁴ Développée dans toutes ses dimensions dans l'ouvrage « fondateur » qu'est *Médecine traditionnelle et couverture des soins de santé*, Genève, OMS, 1983.

présente que peu d'intérêt ⁵. Conception unificatrice, puisqu'elle postule volontiers l'existence d'un savoir « traditionnel » qu'il conviendrait d'unifier et de codifier, comme en témoigne les objectifs déclarés de la plupart des associations de tradipraticiens reconnues officiellement : on sait là aussi que les pratiques populaires de guérison ne sont nullement fondées sur un corps de connaissances unifié, le champ des pratiques et des savoirs susceptibles d'être attribués aux soi-disant « tradipraticiens » étant particulièrement diversifié, dynamique, et changeant. Conception populiste, enfin, qui fait des « spécialistes de la communauté » des acteurs « de proximité » particulièrement accessibles ; en fait, nous verrons, qu'à considérer par exemple la distribution géographique des recours populaires, il est erroné de toujours vouloir qualifier ces recours comme étant *a priori* des recours de « proximité » ; sans compter que les services de ces spécialistes peuvent être particulièrement onéreux, et donc financièrement peu accessibles.

Deux autres raisons m'amènent à utiliser cette expression de « néo-tradipraticien ». Des observations empiriques, tout d'abord : certains de ces spécialistes n'hésitent pas à se qualifier aujourd'hui eux-mêmes, par exemple, de « tradipraticiens modernes », de « chercheurs en médecine traditionnelle », ou encore de « vrais tradipraticiens » qui doivent être distingués des « charlatans » aux postures encore empreintes de « tradition », voire d'utilisation de forces « sorcellaires » sous couvert de guérison.

La seconde raison est plutôt d'ordre historique. La fin des années 1970 a vu fleurir des associations nationales de tradipraticiens parfois encouragées par des personnalités politiques avec le souci de légitimer des savoirs africains face aux connaissances scientifiques produites par les pays du Nord. Ce processus a donné lieu à toute une série de publications dont, par exemple, ce livre édité par Last et Chavanduka en 1986 et intitulé « The professionalisation of African medicine » ⁶.

⁵ Cf. par exemple, S. Bergstrom, E. Goodburn, « Les accoucheuses traditionnelles et la réduction de la mortalité maternelle », in V. De Brouwere et W. Van Lerberghe, *Réduire les risques de la maternité : stratégies et évidence scientifique*, Anvers, ITG Press, 2001 : 83-103.

⁶ M. Last, G.L. Chavanduka (eds.), *The professionalisation of African medicine*, Manchester, Manchester University Press, 1986.

Dans l'introduction à cet ouvrage, M. Last, dans un article intitulé « The professionalisation of African medicine : ambiguities and definitions », propose la périodisation suivante du développement de ces « médecines africaines ». Il précise que les premiers médecins africains, au début du XX^e siècle, étaient plutôt bienveillants envers la médecine traditionnelle tant qu'ils n'étaient pas constitués en un véritable corps professionnel et que la profession médicale était dominée par les médecins coloniaux.

Au moment des indépendances (années 1950-1960), alors que le nombre de professionnels de santé africains augmentait, la question de la professionnalisation de ceux-ci s'est alors inscrite dans les revendications liées au processus de décolonisation ; et durant cette période, les professionnels de santé, africains, ont eu très peu d'égard pour les tradipraticiens, préoccupés qu'ils étaient à vouloir s'affirmer comme professionnels de santé à part entière, selon les canons reconnus internationalement.

A partir des années 1970, alors que le corps des professionnels de santé africains commençait à se stabiliser, que l'OMS et les États africains s'engageaient dans la mise en place des soins de santé primaires avec, entre autres, le souci de « revaloriser la médecine traditionnelle », pour reprendre l'expression de l'époque, une « seconde génération » de tradipraticiens aurait vu le jour, nous dit M. Last, « qui a adapté ses méthodes pour s'engager dans la compétition, et s'est organisée pour défendre ses droits à pratiquer [la médecine traditionnelle] pour répondre aux critiques venant d'une profession médicale en plein développement » (p. 11).

Je dirai qu'aujourd'hui cette période est révolue, que les tradipraticiens ont désormais acquis une certaine légitimité, au moins dans les discours officiels, dans les réunions internationales, et dans nombre de projets de développement. C'est désormais, me semble-t-il, à une « troisième génération » de tradipraticiens que l'on a affaire, ceux que j'appelle les « néo-tradipraticiens », confrontés notamment à des problèmes de constitution de clientèle et d'installation, au sens où l'on dit qu'un médecin « s'installe », dans le contexte d'un « marché » de la santé particulièrement concurrentiel.

Des recours à forte légitimité « traditionnelle » en déclin

Les expressions « tradit-hérapeutes », ou « recours traditionnels » renvoient, en creux, à tous les spécialistes qui se définissent en tant que détenteurs d'une pratique de « soins et de guérison » et qui ne ressortissent pas à la profession médicale. Elles peuvent en fait s'appliquer à toute une gamme de spécialistes qui vont, grossièrement de ceux qui se réclament d'une très forte légitimité traditionnelle (chefs de culte, spécialistes dont les pouvoirs sont fondés sur des entités invisibles spécifiques à une aire culturelle) aux praticiens de la « médecine chinoise », en passant par les herboristes affiliés à une association officielle, les leaders religieux et autres naturopathes ou astrologues.

Cette offre de soins populaire, informelle, non officielle, etc., est en pleine expansion dans les capitales d'Afrique centrale. La compétition, d'une part entre différents types de spécialistes de cette sphère, et d'autre part entre ceux-ci et l'offre de soins médicale est rude. Or dans cette compétition, les spécialistes qui se réclament d'une forte légitimité traditionnelle constituent des recours de moins en moins valorisés.

Ceux que j'appelle « spécialistes à forte légitimité traditionnelle » correspondent grossièrement aux devins-guérisseurs qui, par exemple dans le bassin du Congo sont désormais désignés par le terme générique de *nganga*. Traditionnellement, le terme *nganga* n'était jamais employé seul mais toujours en association avec le nom d'une entité magico-religieuse qui fonde le pouvoir du spécialiste. Ainsi on était *nanga x* ou *nganga y*, (*nganga njohi*, *nganga nkisi*, *nganga boketa*, etc.), *x* et *y* désignant les puissances tutélaires spécifiques du devin-guérisseur, et auxquelles ce dernier devait rendre des comptes : par exemple, ne pas demander des sommes trop importantes à leurs clients, effectuer les rites requis par la puissance tutélaire, « nourrir » l'entité dont son pouvoir dépend en lui donnant une victime (nous sommes ici dans un univers où l'anthropophagie – imaginaire – est la pratique emblématique de ce qui fonde le pouvoir, l'intelligence, les dons exceptionnelles, des puissants, et qui sont alors toujours un peu

sorciers). Or, ne pas satisfaire aux exigences de sa puissance tutélaire risquait non seulement de compromettre les compétences du devin-guérisseur mais aussi de mettre sa vie en danger, l'entité à laquelle le devin-guérisseur est liée, mécontente, étant alors susceptible de se retourner contre lui.

Cet univers complexe d'entités magico-religieuses ambiguës, qui peuvent à la fois protéger et guérir, en attaquant notamment les porteurs des esprits malfaisants soupçonnés d'être à l'origine d'une maladie, qui sont liées à un univers culturel spécifique, constitue l'ancrage de la forte légitimité traditionnelle de certains spécialistes que j'évoquais. Or ces spécialistes, qui le plus souvent refusent d'adhérer aux associations professionnelles de tradi-praticiens évoquées plus haut, sont toujours soupçonnés d'être un peu sorciers.

Dans les villages, le moindre incident peut leur être imputé. Ils peuvent alors être chassés par leur propre famille, par les jeunes qui s'en prennent rapidement très violemment aux aînés, par des « sorciers » réputés plus forts qu'eux et qui veulent s'approprier leurs pouvoirs, par les adeptes de « petites églises » d'inspiration chrétienne et qui leur attribuent tous les maux de la terre.

Dès lors, il n'est pas rare de voir certains d'entre eux se réfugier en ville, lieu plus neutre socialement, et où l'exercice de leur pratique est plus anonyme. De plus, étant donné les craintes qu'ils inspirent, certains devins-guérisseurs hésitent eux-mêmes à transmettre leur savoir à un descendant, là aussi par peur qu'un décès leur soit imputé s'ils initient un parent et qu'on les accuse alors d'avoir demandé de « donner » quelqu'un pour que le pouvoir à transmettre soit activé.

En second lieu, nombre de ces spécialistes à forte légitimité traditionnelle précisent que les puissances qui sont à l'origine de leur pouvoir, non seulement leur imposent de demander parfois des sommes modiques à leurs clients, mais aussi exigent qu'ils ne se fassent payer qu'une fois obtenu le résultat escompté.

Or, ces spécialistes à forte légitimité traditionnelle se plaignent régulièrement de clients qui ne reviennent pas les payer, même lorsqu'ils sont satisfaits.

De plus, lorsqu'ils sont installés en ville, il est pour eux de plus en plus difficile et pénible de se procurer les ingrédients (notamment les

plantes) nécessaires à leurs pratiques et notamment à leurs remèdes. Un déplacement au village pour aller rechercher les plantes que l'on connaît est toujours onéreux et périlleux, et s'avère parfois impossible lorsque l'on en a été chassé. Par ailleurs, même l'approvisionnement en plantes courantes, qui ne nécessiteraient pas un retour au village d'origine, sont de plus en plus difficiles à trouver : les villes s'étendent, les espaces péri-urbains non complètement défrichés et appropriés sont de plus en plus rares, obligeant alors de toute manière à se rendre toujours plus loin pour s'approvisionner.

Au bout du compte, maintenir sa pratique de devin-guérisseur traditionnel « ordinaire » revient désormais à prendre beaucoup de risques, pour un travail pénible et peu rémunérateur. Aussi, beaucoup finissent par délaisser cette pratique, du moins en tant que source de revenu principale. Restent certes populaires ceux que l'on appelle les « grands féticheurs », auxquels on a recours pour des affaires « importantes » : élection, match de football, obtention d'un emploi, etc. ; mais ici, la demande adressée relève surtout de la voyance et peu de la guérison, et ceux qui parviennent à maintenir leur réputation dans ce domaine se placent sur le marché de l'offre de soins au même titre que nos « néo-tradipraticiens ».

Précisions enfin que s'adresser à ces devins-guérisseurs atteste d'un comportement « d'arriéré » ; ceux-ci représentent en effet les « affaires du village », ils parlent en « patois », c'est-à-dire dans une langue (vernaculaire) dont on ne comprend plus toutes les subtilités ; ils sont âgés, peu alphabétisés, incapables de donner une posologie rigoureuse, se contentant de conseils « ridicules » (par exemple, prendre le remède avant de se laver, après le coucher du soleil, etc.). En revanche, avec les spécialistes néo-traditionnels, le client reste peu ou prou dans la sphère des « médecines africaines », mais « modernes », et à ce titre ils rencontrent un succès grandissant auprès des populations urbanisées.

Qui sont les « néo-tradipraticiens » ?

Si l'offre de soins « traditionnelle » est en déclin, tel n'est pas le cas des autres offres de soins populaires. L'univers des « néo-tradipraticiens » est d'une extrême diversité ; leurs pratiques sont fondées sur les registres à la fois les plus hétérogènes et les plus imbriqués. Il est alors très difficile d'envisager une solution de continuité entre ces différents spécialistes et tout essai de typologie devient vite hasardeux. Cependant, pour la nécessité de la présentation, je m'essaierai à un classement, étant entendu que les différentes classes distinguées ne sont nullement discrètes, et se fondent largement sur le point de vue des acteurs. Je distinguerai six classes de néo-tradipraticiens : les « vrais tradi-praticiens », les spécialistes en « médecines naturelles », les spécialistes des médecines asiatiques et/ou ésotériques, les infirmiers herboristes et les accoucheuses traditionnelles, les entrepreneurs en médecine traditionnelle, les religieux.

Les « vrais tradi-praticiens » sont les représentants « d'une médecine africaine », qui se réclament d'une authenticité africaine. Faiblement scolarisés, mais suffisamment pour disposer leurs pancartes qui signalent leur présence sur routes et chemins, pour conditionner leurs remèdes dans des présentations modernes (flacons, sachets, comprimés) accompagnés d'une posologie écrite, ou pour obtenir des articles dans des journaux locaux. Ce sont eux aussi que l'on retrouve le plus souvent dans les associations.

A Yaoundé, les figures emblématiques de ces « vrais tradi-praticiens » sont plutôt anglophones, et ont parfois fait leurs « études en médecine traditionnelle » au Bénin ou au Nigeria voisins, où ils continuent d'ailleurs de s'approvisionner en divers ingrédients.

Les spécialistes en « médecines naturelles », pour leur part, se démarquent d'une « authenticité traditionnelle africaine » et s'intitulent eux-mêmes naturothérapeutes, aromathérapeutes, foudrologues, etc. Ils vantent les mérites des plantes, des minéraux, des aliments naturels, etc.⁷ Ils font des recherches, notamment

⁷ Nous avons présenté quelques portraits de ces néo-tradipraticiens, notamment d'un aromathérapeute spécialiste du chou et de l'oignon, dans J. Tonda et M.E. Gruénais, « Les

historiques, pour légitimer le recours aux ingrédients qu'ils utilisent. Ils ont souvent un niveau scolaire plus élevé que les précédents : on trouve parmi eux des instituteurs, des infirmiers ou même des médecins.

Les spécialistes des médecines asiatiques et/ou ésotériques constituent notre troisième classe. L'impulsion du développement de ces médecines dites « asiatiques » semble avoir été donnée par l'implantation dans les capitales africaines de cliniques de médecine chinoise, à une époque où certains États africains cherchaient à diversifier leurs coopérations avec d'autres pays que les partenaires occidentaux habituels.

Dans ces cliniques, des Chinois pratiquaient notamment l'acupuncture et ont formé des collaborateurs africains. Dans bien des endroits les spécialistes chinois sont aujourd'hui repartis ; de plus l'acupuncture a eu mauvaise presse en raison des risques associés à l'utilisation d'aiguilles dans le contexte africain de l'épidémie de sida. Mais les Africains formés à la médecine chinoise ont poursuivi l'exercice de leur art, en puisant parfois également dans d'autres registres (médecine indienne, astrologie, phytothérapie).

Dans les faits, la pratique de ces « médecins chinois africains » se différencie parfois très peu des spécialistes en médecine naturelle évoqués ci-dessus. Par exemple, dans un quartier de Yaoundé, nous avons pu identifier un centre de médecine naturelle chinoise, qui se présentait également comme une « clinique spécialisée de phytothérapie », et qui était aussi le siège de l'Association des phytothérapeutes du Cameroun.

Le responsable de ce « centre médical » avait été formé « sur le tas » pendant deux ans dans un cabinet de médecine chinoise qui dut fermer. Il pratique l'acupuncture, des massages, et utilise une technique qu'il présente comme japonaise et qui consiste à mettre la peau en contact avec un objet incandescent pour « détruire les parties malades et obtenir une action hémostatique ». Il est aussi herboriste et utilise des produits naturels issus de tous les horizons : de Chine et de Corée pour le traitement des nerfs, de l'Inde pour le traitement des allergies, et va

'médecines africaines' et le syndrome du prophète. L'exemple du Congo », *Afrique contemporaine*, 195, 2000 : 273-282.

rechercher des plantes au Bénin, au Burkina Faso et en Côte d'Ivoire pour confectionner certains remèdes. Il vend également quelques produits pharmaceutiques génériques, ainsi que divers articles de décoration chinois. Il bénéficie de l'aide d'un « infirmier ».

Les infirmiers herboristes et les accoucheuses traditionnelles peuvent être regroupés en une même classe. J'ai établi cette classe, apparemment hétérogène, en considérant le référent médical privilégié par ces deux types de spécialistes.

Les infirmiers herboristes sont le plus souvent des individus ayant travaillé dans des structures de soins (en tant qu'infirmiers, auxiliaires de santé, agents d'entretien) et continuent de revendiquer ce lien. Ils exercent en général à leur domicile, dans une pièce réservée à leurs consultations ; le lieu d'exercice de leur activité est repérable à partir d'une pancarte qui signale un « cabinet de soins infirmiers » qui, soit n'a aucune existence légale en tant que telle, soit est reconnu en tant qu'association par les services du Ministère de l'intérieur.

Certains de ces cabinets se limitent à délivrer des actes médicaux simples : injections, pansements, circoncision, etc. Dès que l'on questionne le responsable de la structure sur l'ensemble de ses pratiques, il n'est pas rare qu'il en vienne très rapidement à évoquer des domaines qui ne relèvent plus de prestations sanitaires « classiques ».

Plus précisément, régulièrement ce type de spécialiste finit par préciser que, face à un cas récalcitrant, la médecine n'est plus efficace et qu'il convient alors de se tourner vers la « médecine du village ». Ils refusent néanmoins la désignation de « tradi-praticiens » parce que, disent-ils, ils ne font pas la voyance ; cependant ils situent volontiers leurs pratiques dans une tradition familiale en précisant qu'ils avaient un oncle, une tante, etc., qui auparavant « soignaient au village », et qu'ils trouvent certains remèdes après un songe, « avec l'aide de Dieu ».

J'associe les accoucheuses traditionnelles à cette classe en ce que leur statut, pour la plupart, a été conforté par la formation dont elles ont pu bénéficier dans des structures de soins. Dès lors, même si leurs pratiques et leur savoir sont beaucoup plus spécifiques que les « infirmiers herboristes », et s'exercent dans de tout autres conditions,

elles ne relèvent pas de la « profession médicale » au sens strict du terme, mais affichent comme référent premier leur participation au système de soins officiel qui, dès lors, devient l'élément central de la composition de leur statut.

Les entrepreneurs en médecine traditionnelle constituent notre cinquième classe de néo-tradipraticiens. Les incertitudes croissantes quant à l'efficacité de certains traitements, voire l'apparente impuissance de la médecine pour endiguer certaines pathologies (le sida, les hésitations actuelles quant aux traitements contre le paludisme, les difficultés de la prise en charge du diabète et de l'hypertension, etc.), a fait naître chez certains l'ambition de trouver et de diffuser à une large échelle des « médicaments africains » contre certaines pathologies.

Cette ambition est encouragée, parfois directement, par l'intérêt porté par des laboratoires pharmaceutiques à la recherche de nouvelles molécules, aussi, sans doute, par l'arrivée massive sur le marché africain de plantes médicinales en provenance d'Asie (Chine, Japon et Corée, pour l'essentiel).

Ces dernières années, les initiatives de certains entrepreneurs pour fabriquer et diffuser des « médicaments africains » ont été particulièrement patentes dans le domaine du sida. Certains ont pu constituer des « dossiers d'observation » à partir « d'essais » réalisés auprès de parents, dossiers alors adressés à des spécialistes internationalement reconnus ; ils en viennent à participer aux conférences internationales sur le sida et les MST en Afrique ; vont jusqu'à ouvrir des sites Internet pour informer le public sur les vertus de leurs produits, et parviennent, lorsqu'ils disposent des ressources nécessaires, à organiser la production de leurs remèdes dans des ateliers.

Ces entrepreneurs ont pignon sur rue, et à l'instar des néo-tradipraticiens qui exercent à une échelle plus modeste, refusent souvent de communiquer la composition de leurs remèdes miracles : ils arguent alors du fait que leur remède a pu être confectionné grâce à la confiance d'un « vieux du village » qui avait accepté une large diffusion de leur recette pour soulager « les maux de l'humanité », mais à condition de ne pas en dévoiler le secret ; dès lors dévoiler les

composants de leurs remèdes reviendrait à tromper la confiance qui leur avait été accordée, au risque éventuel d'anéantir les vertus de leur médicament.

Cette revue des « néo-tradipraticiens » ne saurait passer sous silence l'existence de « prieurs », leaders locaux de petits groupes d'adeptes, dont les compétences n'ont d'autre référent que l'élection divine chrétienne, pour l'univers culturel dont il est surtout question ici, et qui sont en concurrence avec les néo-tradipraticiens dans le champ de la « guérison ». Certains soignent exclusivement avec des versets de la Bible, notamment lorsqu'il s'agit de « prieurs » proches de la mouvance pentecôtiste, à l'exclusion de tout autre remède.

D'autres sont plus tolérants vis-à-vis de l'utilisation des plantes pour autant que leurs vertus aient été révélées par Dieu et qu'elles sont prescrites par eux. Certains de ces religieux n'hésitent pas à adhérer aux associations officielles de tradi-praticiens, et exercent à leur domicile, précisant qu'ils n'ont nul besoin du cadre d'une religion ou d'une église⁸ pour mettre à disposition leurs dons. Nombreuses sont les femmes dans cette classe.

Les voies de la professionnalisation d'un secteur en pleine expansion

Dans le monde des nouvelles médecines traditionnelles africaines, la concurrence est rude. Selon une information se rapportant à Yaoundé et ses environs (soit le département de Mfoundi), le nombre de tradi-praticiens serait passé de 210 en 1988 à plus de 400 à la fin des années 1990. Ce type de données chiffrées, s'il donne sans doute une indication quant au dynamisme de ce secteur, est évidemment à prendre avec beaucoup de précautions.

Le doublement ainsi attesté de l'offre en l'espace d'une dizaine d'années non seulement est probable, mais sous estime très certainement la réalité. Par exemple, les enquêtes directes que nous avons effectuées dans un petit quartier de Brazzaville, très excentré, avait permis de recenser une centaine de spécialistes en 1995. Celle

⁸ Église et religion sont présentées par ces prieurs comme des inventions humaines, et donc nuisibles à l'expression pleine et entière du message divin.

que nous avons réalisée en 1999 dans un des six arrondissements de Yaoundé, et qui ne prenait pas en compte les « prieurs », avait également permis d'identifier une centaine de ces spécialistes ; c'est dire qu'à l'échelle de l'ensemble d'un département qui inclut la totalité de la ville de Yaoundé, le chiffre de 400 est certainement très en deçà de la réalité.

En fait, le chiffre avancé pour Yaoundé se rapporte aux individus répertoriés officiellement parce qu'ils se sont inscrits dans une association de tradi-praticiens, et auxquelles sont loin d'adhérer tous les spécialistes évoqués. Ce chiffre signifie alors sans doute surtout que ce secteur est en voie de professionnalisation : il attire des lettrés à la recherche d'une reconnaissance officielle dans le cadre d'une association ; ce qui d'ailleurs signe encore un peu plus le déclin des spécialistes à forte légitimité traditionnelle qui, en général, refusent de s'inscrire dans les associations.

Mais les associations qui se multiplient (nous en avons repéré plus d'une dizaine à Yaoundé), et qui constituent sans conteste une des filières de reconnaissance du métier, sont souvent peu fonctionnelles, toujours en proie à des conflits de leadership qui compromettent leur pérennité. Ces associations sont loin d'être les seules organisations participant à la structuration de ces métiers. En effet, trois institutions me semblent avoir participé activement au développement et à la structuration des métiers de la nouvelle médecine traditionnelle : les Églises chrétiennes, la recherche universitaire, et les systèmes de santé eux-mêmes, ou plutôt leurs insuffisances.

Les Églises chrétiennes

L'œuvre de santé, on le sait, est indissociable de l'entreprise missionnaire chrétienne dans les pays en développement en général, et en Afrique en particulier⁹. L'entreprise sanitaire chrétienne, depuis la période coloniale et jusqu'à nos jours, est localisée plutôt dans des espaces non desservis par les structures de soins publiques et tentent de toucher souvent les plus défavorisés, également dans les zones

⁹ On pourra se reporter, par exemple, à J. Pirotte et Jean Derroitte (eds.), *Churches and Health Care in the Third World. Past and Present*, Leiden, E.J. Brill, 1991.

urbanisées. Sa vocation à travailler en relation étroite avec les « communautés », de mener des actions de « proximité » est sans cesse réaffirmée. Or, les dispensaires confessionnels n'ont pas toujours les moyens (en personnel et en équipement) de délivrer l'ensemble des prestations que l'on attend aujourd'hui d'un centre de santé ; aussi pour « compléter » l'offre de soins, ils cherchent souvent à trouver des relais à leurs actions dans la communauté. Parmi ces relais, figurent notamment les accoucheuses traditionnelles.

Le travail que nous avons réalisé à Kisumu, au Kenya, autour de la grossesse et de l'accouchement, a montré que la plupart des accoucheuses traditionnelles d'un des plus grand quartiers populaires (*slum*) de la ville était des adeptes d'une église chrétienne, protestante en l'occurrence. Cette église, en collaboration avec une ONG du Nord, avait en effet développé un programme de formation d'accoucheuses traditionnelles.

Mais s'était posé le problème de savoir quelles femmes recruter pour cette formation, étant entendu, d'une part, que le statut « d'accoucheuse traditionnelle » n'existait pas dans la communauté¹⁰, et d'autre part qu'il convenait de former des femmes dont on il fallait s'assurer qu'elles feraient effectivement le travail pour lequel elles seraient formées et qui pourraient être aisément suivies.

Le recrutement s'est alors fait parmi la communauté des fidèles, plus précisément parmi les choristes de l'église. Les femmes choisies, qui avaient donc pour principales caractéristiques d'être âgées et chrétiennes, mais n'ayant aucun « antécédents familiaux » dans le domaine des soins traditionnels, ont été formées dans des hôpitaux et ont reçu un certificat de *Traditional Birth Attendant* attestant de leur formation, que certaines arboraient fièrement dans leur maison.

Dans cet exemple, l'offre de soins confessionnelle apparaît à l'évidence comme une instance de professionnalisation des nouveaux métiers de la « médecine traditionnelle ».

¹⁰ Rappelons que le statut « d'accoucheuse traditionnelle » n'est bien souvent aucunement traditionnel : ce que « traditionnellement » les communautés reconnaissaient était le savoir faire de certaines vieilles femmes qui pouvaient être appelées à l'aide dans les villages, mais ce savoir faire ne conférait nullement un statut particulier à ces femmes.

La recherche universitaire

La recherche universitaire intervient également en faveur de la légitimation et de la professionnalisation de la nouvelle médecine traditionnelle africaine, du fait de l'intérêt manifesté pour la découverte de nouvelles molécules contenues dans des plantes. Instituts de recherche et universités n'ont pas hésité depuis les années 1970 à développer des départements spécialisés dans ce domaine : par exemple, la Fondation internationale pour la Science, basée en Suède, a financé des recherches en ce sens à partir de 1975 qui ont été menées par le Département de chimie de l'Université du Malawi ; en 1974, un Centre pour la recherche scientifique sur la médecine naturelle a été créé au Ghana ¹¹. Or ces départements universitaire et de recherche qui se consacrent aux recherches sur les plantes, sont aussi parfois des lieux privilégiés de légitimation (scientifique) des initiatives des entrepreneurs en médecine traditionnelle évoqués plus haut.

Un exemple m'en a été fourni, dans le domaine du sida, par le personnage du Dr Obel, membre éminent du Kenyan Medical Research Institute ¹², qui fut l'inventeur, entre autres, d'un médicament appelé Pearl Omega, censé guérir du sida, et qui était vendu dans les pharmacies de Nairobi, d'ailleurs au grand désarroi des associations de personnes vivant avec le VIH du Kenya qui envisageaient, en 1997, d'intenter un procès contre le Dr Obel en l'accusant de favoriser la vente d'un « produit pharmaceutique » qui n'avait pas été testé ¹³.

Le Dr Obel balayait alors d'un revers de main toutes les critiques qui lui étaient adressées, arguant de la légitimité d'une démarche spécifiquement africaine qui n'avait pas à répondre aux exigences scientifiques imposées par les pays du Nord pour la mise sur le marché d'un nouveau médicament, de telles exigences n'ayant d'autre but, à ses yeux, que d'empêcher l'émergence d'une production de médicaments africains en Afrique. Depuis, le sida a donné lieu à la

¹¹ M. Last, G.L. Chavanduka (eds.), *op.cit.*

¹² Par ailleurs centre collaborateur de l'OMS pour la lutte contre certaines pathologies.

¹³ Ce épisode du Dr Obel et de son médicament contre le sida est également rapporté dans J. Iliffe, *East African Doctors*, Cambridge, Cambridge University Press, 1998.

production dans les autres pays de nombreux « médicaments africains » parés de toutes les vertus pour lutter contre l'infection par le VIH.

D'une manière générale, on sait que des laboratoires pharmaceutiques traquent les plantes médicinales à la recherche de nouvelles molécules. On sait aussi que les accords TRIPS¹⁴ de l'Organisation mondiale du commerce tendent à accorder la propriété intellectuelle aux découvreurs de nouvelles molécules et à protéger la découverte. Le débat ouvert sur la brevetabilité des espèces est loin d'être clos, surtout s'agissant des ressources potentielles des pays en développement.

On peut alors se demander dans quelle mesure les nouvelles réglementations en matière de commerce internationale ne vont pas favoriser l'émergence de courtiers en médecine traditionnelle qui vendront leurs recettes aux laboratoires¹⁵. Ici, les intérêts des entrepreneurs qui vantent les mérites de la « tradition africaine » et des laboratoires pourront peut-être converger grâce à l'OMC pour le maintien du secret sur les principes actifs de la plante brevetée.

Les insuffisances des systèmes de santé

Peu d'administrations de la santé en Afrique se sont dotées de comités d'éthique vraiment fonctionnels, ayant une compétence nationale pour l'ensemble des activités de recherche¹⁶. Par ailleurs, il est vraisemblable que les procédures d'autorisation de mise sur le marché de nouveaux médicaments qui devraient exister dans tous les pays ne sont pas très rigoureuses, d'autant moins qu'en règle générale, la production pharmaceutique africaine est très faible (sauf en Afrique du sud) et se limite à quelques génériques ; dès lors, la très grande

¹⁴ TRIPS : *Trade-Related aspects of Intellectual Property Rights*.

¹⁵ Un article de V. de Filippis intitulé « voleurs de plantes », paru dans *Libération* le 15 décembre 1999 dénonçait déjà les agissements d'individus qui se rendaient auprès de guérisseurs et chamans indiens de Bolivie à la recherche de plantes médicinales pour des laboratoires et s'inquiétait des droits de propriétés sur ces plantes une fois le principe actif découvert.

¹⁶ Aujourd'hui, à notre connaissance, il n'y a qu'en matière de travaux touchant les personnes infectées par le VIH qu'un avis d'un comité d'éthique du pays est requis.

majorité des médicaments qui circulent en Afrique sont importés et on déjà reçu une autorisation de mise sur le marché dans les pays du Nord. Il y a donc très peu d'obstacle à la possibilité de commercialisation de « médicaments africains » dans les pays.

Les avantages et les inconvénients (en particulier la toxicité) des produits ne peuvent guère être établis, faute d'essais thérapeutiques. Si test sur la toxicité de ces « médicaments naturels » il devait y avoir, ce serait de toute manière après qu'ils aient été déjà utilisés pour « guérir » des humains, et les spécialistes néo-traditionnels ne manqueraient pas de se retrancher derrière le secret sur les composants de leur remède qu'il convient de préserver, comme nous l'avons vu plus haut.

Par ailleurs, même si des procédures réglementaires étaient à l'œuvre, les producteurs des « médicaments africains » pourraient toujours se retrancher derrière le fait que leur produit n'est pas un médicament mais un produit naturel. De plus, nombre de ces spécialistes, pour bénéficier d'une reconnaissance officielle, s'inscrivent dans une association et exercent sous le couvert de cette association ; dès lors ils ne sont régis que par les textes relatifs aux associations et nullement par un code de la médecine, et peuvent ainsi arguer de leur indépendance totale par rapport à toute réglementation médicale pour échapper à une sanction.

Aussi, la faiblesse de la réglementation dans nombre d'États africains donne toute latitude aux entrepreneurs en médecine traditionnelle de commercialiser des « médicaments africains » y compris dans des officines pharmaceutiques.

S'installer en ville

Revenons à un niveau plus localisé, celui des lieux d'installation des néo-tradipraticiens en ville. Comme je l'ai déjà signalé, la concurrence est rude. Puisque la professionnalisation signifie aussi constituer son activité en source de revenus, parfois principale, alors la question de l'installation et de la recherche d'une clientèle mérite d'être posée, ce que nous avons fait dans le cadre de deux études, à Brazzaville, et à Yaoundé.

Lorsque nous avons interrogé des néo-tradipraticiens brazzavillois sur la concurrence existante, en tentant de leur faire préciser le type de relations qu'ils entretenaient avec leurs « confrères » aux alentours, les réponses étaient très diverses.

Certains affirmaient qu'ils ne connaissaient pas et ne se préoccupaient pas de ceux qui exerçaient aux alentours, d'autant moins, précisaient-ils, que leur clientèle venait de tous les quartiers de la ville et que leur réputation dépassait de beaucoup les seules limites urbaines. Ceux qui étaient installés dans les quartiers depuis peu affirmaient qu'ils continuaient de recruter la majorité de leurs clients dans le quartier où ils étaient préalablement installés.

D'autres saluaient plutôt l'arrivée de nouveaux spécialistes qu'ils ne percevaient pas comme des concurrents mais comme des recours supplémentaires pour venir en aide à une population qui avait peu accès aux structures de soins. Il n'y a véritablement qu'entre les néo-tradipraticiens et les prieurs que les rivalités étaient particulièrement âpres, mais elles tenaient moins à une concurrence professionnelle, si l'on peut dire, qu'à un antagonisme des registres respectifs sur lesquels chacun fonde sa pratique : la « religion » combattant tout ce qui a trait à la « tradition », et inversement.

Précisons que le souci de toucher une nouvelle clientèle de proximité était beaucoup plus affirmé chez les prieurs que chez les néo-tradipraticiens, les premiers ayant un sens de la « mission » et du prosélytisme inexistant chez les seconds.

Le quartier de Brazzaville dans lequel nous avons enquêté en 1995 était situé à la périphérie de la ville et était en cours d'urbanisation¹⁷ ; il était peuplé plutôt d'anciens locataires ou hébergés (par un parent) venant du centre ville et qui avaient pu accéder à la propriété dans cette zone ; il comptait très peu de nouveaux urbains. Nous avons alors posé la question de savoir si, pour les néo-tradipraticiens installés dans ce nouveau quartier, leur déménagement avait un lien avec leur activité professionnelle.

¹⁷ Pour une présentation de ce quartier, on pourra se référer à M.E. Gruénais, J. Tonda, J.P. Poaty, *Se soigner à Maman Mboulé. Les recours aux soins dans une périphérie de Brazzaville (Congo)*, rapport de fin de recherche, CNRS - Programme Interdisciplinaire de Recherche sur la Ville, ORSTOM, Brazzaville, février 1997.

Parmi les néo-tradipraticiens interrogés, les deux tiers (90 sur 64) ont répondu que leur installation dans ce quartier, à l'instar de tous les autres habitants, avait été motivé par le « besoin d'avoir un chez soi », c'est-à-dire d'accéder à la propriété.

Seules 14 personnes ont donné une raison qui était en rapport avec leur pratique : six prieurs ont déclaré avoir quitté leur ancien quartier parce qu'ils ressentaient le besoin d'un emplacement spécifique pour construire leur église ; dans le même ordre d'idée, trois néo-tradipraticiens ont précisé que leur installation dans ce nouveau quartier leur avait permis de pouvoir faire bénéficier les malades qu'ils « hospitalisaient » d'un espace plus important. Seules cinq personnes ont déclaré avoir quitté leur ancien quartier pour rechercher de nouveaux adeptes ou de nouveaux malades.

Donc, dans le cas de ce quartier de Brazzaville, l'installation des néo-tradipraticiens dans une nouvelle zone ne répond guère explicitement au souci de conquérir une nouvelle « part du marché ». Cela montre également combien, finalement, ces néo-tradipraticiens sont peu préoccupés de se rendre accessibles, certains n'ayant aucun doute sur la fidélité d'une clientèle qui, de toute façon se déplacera quel que soit son lieu de résidence, eu égard à la qualité des services qu'ils peuvent rendre.

Les quartiers de Yaoundé et de Brazzaville où nous avons enquêté sont des quartiers dont les confins sont relativement peu urbanisés, avec des zones qui bénéficient encore d'un couvert végétal qui reste relativement important. Nous avons alors posé la question aux néo-tradipraticiens de savoir si la facilité d'accès à une zone où ils peuvent s'approvisionner en plantes pouvait influencer sur le choix de leur lieu d'installation.

Pour le quartier de Brazzaville, ce type de préoccupation était secondaire : certains déclaraient que tous leurs produits venaient de leur village d'origine, mais la plupart d'entre eux précisaient qu'ils délivraient une « ordonnance » à leur client, leur demandant d'aller acheter les produits nécessaires à la confection de leur traitement auprès des marchands spécialisés en « produits traditionnels » sur les marchés de la ville.

L'environnement immédiat était sans doute d'autant moins important pour les néo-tradipraticiens brazzavillois interrogés que, si leur quartier n'était pas complètement urbanisé, il restait une zone très pauvre et aride, donc peu susceptible d'une production abondante en « matières premières » pour eux.

En revanche, à Yaoundé, le lien entre l'environnement et le lieu d'installation des néo-tradipraticiens herboristes était beaucoup plus net. Sur cinquante spécialistes d'une « médecine traditionnelle africaine » localisés dans la zone la plus urbanisée du site d'étude, quarante résidaient sur des versants et à proximité de bas-fonds, et dix seulement à proximité des axes routiers. Ceux que nous avons pu interroger sur cette question ont affirmé s'approvisionner régulièrement à proximité de leur domicile.

La situation des néo-tradipraticiens à Brazzaville et à Yaoundé se rejoint en ce que tous sont concentrés dans les zones les plus centrales. Dans le quartier de Brazzaville on observait une très forte concentration (70 % des personnes interrogées) dans les zones situées autour des deux plus importants marchés du quartier, zones qui étaient aisément desservies par les transports en commun (bus et taxis) en provenance du centre-ville. A Yaoundé, parmi les 95 néo-tradipraticiens de la zone d'enquête, 59, soit plus de 60 %, étaient concentrés dans la partie la plus proche du centre ville, et pour une partie non négligeable d'entre eux, à proximité des centres de soins médicaux publics et privés.

Plusieurs raisons peuvent contribuer à expliquer la concentration de l'offre de soins informels populaires au plus près des centres de la vie urbaine. Les néo-tradipraticiens rencontrés sont en général propriétaires, déjà d'un certain âge, installés en famille, et bien insérées, à tout point de vue (socialement et géographiquement) dans le tissu urbain. Aussi leur statut social et économique leur permet d'habiter dans des quartiers ou des zones où résident des citoyens « comme eux », et qui ne sont pas les zones les plus excentrées, ni les plus défavorisées. Par ailleurs, même si la recherche de clientèle n'est pas nécessairement la raison majeure du choix de leur lieu d'installation, le souci d'une certaine visibilité ne leur est pas étrangère : on s'installe non loin des grands axes ou des principaux

pôles d'activités du quartier, où l'on déploie les pancartes qui peuvent permettre de vous localiser. Les zones péri-urbaines, en revanche, offrent très peu d'attrait pour les néo-tradipraticiens : zones semi-agricoles, où la densité de la population est faible, qui regroupe parfois des paysans peu fortunés, et qui sont peu informés des « bénéfiques » de la médecine chinoise, de l'astrologie ou de la « véritable médecine traditionnelle africaine ». Les quartiers de nouveaux arrivants représentent en effet un intérêt réduit : les nouveaux arrivants, encore mal insérés dans le tissu urbain d'accueil, ayant un faible réseau local d'interconnaissances, ont tendance à se rendre en première intention au dispensaire ou à l'hôpital¹⁸. En revanche, c'est dans les quartiers les plus centraux qu'habite la clientèle la plus nantie et la plus « évoluée », donc la plus susceptible de s'adresser aux nouveaux tradi-praticiens et de leur procurer des revenus réels.

Conclusion

L'univers de la « véritable médecine traditionnelle africaine » semble aujourd'hui en pleine expansion. Dans cet univers, les spécialistes les plus prisés aujourd'hui sont loin de correspondre à l'image d'Epinal du chef de culte traditionnel à vocation thérapeutique qui, par un rituel sophistiqué renvoyant à des systèmes de sens « ésotériques », cherchent à « guérir » la face de la maladie ignorée par la médecine. Ces chefs de culte sont aujourd'hui en plein déclin, surtout face à la demande urbaine de « modernité ».

La « véritable médecine traditionnelle africaine » est aujourd'hui entre les mains des néo-tradipraticiens, qui se professionnalisent, et sont à la recherche de reconnaissance et de légitimité, y compris scientifique. Ils sont aussi à la recherche d'une clientèle pour constituer leur activité en métier à part entière. A ce titre, tous les nouveaux registres de référence (des médecines asiatiques à l'astrologie, en passant par la

¹⁸ Le recours à ces spécialistes de la nouvelle médecine traditionnelle africaine reconnus de la communauté impliquent que l'on fasse partie effectivement de cette communauté. Or les nouveaux arrivants, par définition, sont peu insérés dans les réseaux qui peuvent conduire à ces spécialistes ; dès lors, ils auront plutôt tendance à se rendre dans les structures de soins médicales, socialement plus accessibles.

médecine naturelle) peuvent être utilisés, et la nouveauté vient rimer avec « modernité » et attraction d'une nouvelle clientèle urbaine. Certes, les notions « d'installation » et de « recherche de nouveaux marchés » ne sont pas encore ancrées très explicitement dans la pratique des néo-tradipraticiens. En revanche, ceux-ci s'inscrivent, socialement et géographiquement, dans une dynamique de la réussite sociale, s'adressant de fait à une clientèle relativement nantie et bien insérée en ville. La « véritable médecine traditionnelle africaine » ne saurait alors être aujourd'hui considérée comme un recours de proximité qui se maintiendrait dans les vides laissés par une couverture sanitaire insuffisante. Bien au contraire, elle chasse sur les mêmes terrains que la médecine, se posant volontiers comme sa concurrente.

Gruénais Marc-Eric. (2002)

La professionnalisation des "néo-tradipraticiens" d'Afrique centrale

In : Gruénais Marc-Eric (ed.), Mebtoul M. (ed.) Les mondes des professionnels de la santé face aux patients

Santé Publique et Sciences Sociales, (8-9), 217-239. ISSN 1112-2285