
Pluralisme thérapeutique et médecine traditionnelle en Afrique contemporaine

Jean-Pierre Dozon et Nicole Sindzingre

La plupart des travaux concernant le tiers-monde utilisent, pour l'opposer à la biomédecine, la notion de « médecine traditionnelle ». Pour un anthropologue, ces concepts sont difficilement utilisables. Les sociétés dites du tiers-monde sont extrêmement diverses, tant du point de vue géographique, historique, politique et religieux. Les médecines chinoises ou indiennes, à tradition écrite, diffèrent ainsi fortement des pratiques africaines ou sud-américaines — où prévaut, par exemple, l'institution du chamanisme, absente en Afrique — et impliquent donc des types de lecture et de cure de la maladie tout à fait hétérogènes. Apparaît d'emblée ici un premier facteur de diversification : la présence ou l'absence du livre, du texte écrit, qui comme l'a souligné J. Goody¹, fixe les étiologies, les remè-

des, les protocoles de soins, permet le commentaire, le travail sur des textes devenus indépendants des situations initiales, et donc induit des schèmes de pensée différents de ceux des sociétés sans écriture. Ensuite, et pour n'évoquer que le cas de l'Afrique noire, les vicissitudes historiques, notamment dans leur dimension politique et religieuse, ont eu — ont toujours — des effets importants sur la teneur et le style des « médecines traditionnelles » : formation, dès avant la colonisation, de structures politiques centralisées (par opposition aux sociétés sans Etat), conquête coloniale, qui ont entraîné des rapports spécifiques avec la biomédecine — d'adhésion, de rejets ou de malentendus — ; conquêtes religieuses à travers l'Islam et le Christianisme. Ces religions monothéistes, en tant qu'elles proposent des interprétations englobantes et exclusives du malheur, ne peuvent que marquer profondément tout système thérapeutique.

1. J. GOODY, *La raison graphique*, Paris, Editions de Minuit, 1979 (The domestication of Savage Mind, Cambridge University, Press, 1977).

J.-P. Dozon et N. Sindzingre (respectivement sociologue à l'ORSTOM et anthropologue au CNRS) mènent actuellement une étude sur « l'évolution des médecines traditionnelles » en Côte d'Ivoire (identification des types de guérisseurs, reconstitution d'itinéraires thérapeutiques, etc.) dans le cadre de l'UR 708 de l'ORSTOM « Systèmes de santé et représentations de la maladie », et de l'ATP de CNRS « Santé, maladie, société ».

Ce qui est opposé à la biomédecine sous le label « médecine traditionnelle » en Afrique noire est donc très divers et interdit tout discours généralisant. Pour ces raisons, ces sociétés comportent pour la plupart un pluralisme médical, soit une gamme d'alternatives possibles, en matière d'interprétation d'une part, de thérapeutique d'autre part ; gamme de divers systé-

mes médicaux dont l'histoire a superposé les strates, juxtaposés à la biomédecine qui, partout désormais, est aussi une alternative possible. Cette situation de pluralisme existe aussi à l'évidence dans les sociétés occidentales où malgré la prégnance de la biomédecine, sont offerts plusieurs itinéraires thérapeutiques possibles, et oblige donc à nuancer toute dichotomie trop tranchée.

LA MÉDECINE TRADITIONNELLE : *enjeux et spécificités*

Dans quelle sorte de sociétés s'inscrit la notion de médecine traditionnelle ? Disséminées dans le monde, et notamment en Afrique, on pourrait les définir sommairement comme des sociétés sans tradition écrite, peu stratifiées politiquement, rurales, communautaires, lignagères, et qui forment le substrat des Etats actuels. Sociétés également « païennes » (animistes) où les institutions qui prennent en charge la maladie sont informées par l'ensemble des autres domaines de la vie sociale, politique et religieuse, en particulier sous la forme de cultes. En Afrique, indissolublement politiques, religieuses et thérapeutiques, les institutions culturelles, fondées sur des puissances extra-humaines, réputées être les véritables sources de l'efficacité thérapeutique et la garantie de la véracité de l'interprétation (« fétiches »), représentées par certains individus (prêtres, sacrificateurs), sont un paradigme récurrent de ces systèmes médicaux traditionnels. En ce sens, la médecine traditionnelle est un « type idéal », qui constitue plutôt un modèle de raisonnement. Aujourd'hui, outre la modernité (urbanisation, scolarisation), l'Islam et le Christianisme sont des facteurs de différenciation essentiels : la perméabilisation du paganisme par les monothéismes est différemment effectuée par un Islam qui comporte des recettes thérapeutiques et un Christianisme visant

davantage à la conversion des âmes. Malgré son aspect « idéal », le modèle de la « médecine traditionnelle » présente une pertinence et des recurrences anthropologiques réelles. L'une des principales réside dans la prégnance du dispositif causal, et, sous ce rapport, il y a homologie entre maladie et malheur, qu'ils soient collectifs ou individuels. Les cultes ou institutions thérapeutiques et religieuses ne les différencient pas : ils impliquent des processus, interprétations et moyens qui sont de même forme. L'infortune et la maladie requièrent d'être insérées dans un schéma causal général, souvent appuyé sur la divination (qui les fait sembler si exotiques à la biomédecine). Celui-ci fait référence à la fois à une connaissance du corps humain, au champ clos des actions et réactions qui l'animent — elles-mêmes déjà socialisées en tant que représentation — et aux représentations et règles sociales du groupe impliqué : conceptions locales du monde naturel et des forces qui le régissent (univers physique quotidien, mais aussi « esprits », etc.), représentations et normes qui soutiennent les relations entre, par exemple, hommes et femmes, époux, lignages, maisonnées voisines, riches et pauvres, etc., qui souvent, s'énoncent dans l'idiome de l'agression en sorcellerie comme explication du malheur individuel et collectif.

La médecine traditionnelle est ainsi coextensive à l'ensemble du champ social. En ce sens, la question de son existence spécifique par rapport à la biomédecine est une fausse question, car elle constitue, dans ces sociétés, un domaine non autonome des pratiques et références sociales générales. C'est pourquoi elle donne si souvent l'impression, à l'observateur occidental, d'être immergée dans des croyances et actions « irrationnelles » (causalité en termes de « génies », d'ancêtres, de magie agressive), où le désordre intracorporel peut être imputé à une extériorité, et où peuvent être confondus, interchangeablement, les supports de l'infortune, qui impliquent indifféremment un seul individu ou tout autre groupe (quartier, lignage).

De fait, tout trouble requiert d'être expliqué, comme dans la biomédecine, mais cette causalité est une expression directe, non autonomisée en un corps d'étiologies purement mécaniques, des contraintes de la vie sociale. Celle-ci est une modalité particulière d'une exigence universelle — expliquer le malheur. Il ne faudrait pas en déduire l'absence de savoirs élaborés concernant la maladie organique : variables selon les sociétés, il existe partout des degrés de spécialisation cognitifs et institutionnels, dessinant les contours d'une « médecine », qui s'appuie sur une connaissance empirique de l'univers physique — savoir botanique, pharmacopée — et du corps humain, mais toujours actualisés et déterminés par des contraintes culturelles : la nomination, la connaissance et l'usage des plantes sont ainsi indissociables des représentations symboliques particulières à une société. Il en est de même des autres spécialisations : l'apprentissage, souvent initiatique, des devins et des thérapeutes les intègre fréquemment, s'ils veulent être socialement reconnus, dans des associations culturelles ; ou bien ils se réclament d'un lien privilé-

gié avec une puissance « invisible », religieuse. Toute maladie ou infortune entraîne une perturbation sociale, où la lecture des causes peut impliquer des générations antérieures, des villages éloignés, des conflits oubliés, des jalousies qui ne sont pas autorisées à s'exprimer autrement qu'en termes d'une agression en sorcellerie. C'est pourquoi tout individu qui se mêle de maladie — de malheur — qu'il fournisse une interprétation (devin ou profane) ou les moyens d'une cure (« guérisseur », sacrificateur d'un culte thérapeutique) est d'emblée partie prenante dans des rapports de force sociaux (et physiques) : il doit être plus « fort » que les agents supposés être à l'origine des symptômes, il doit sans cesse prouver son efficacité au prix de risques personnellement encourus. Interpréter et agir sur la maladie procèdent de relations agonistiques générales entre les hommes et les choses. C'est pourquoi le savoir médical est, spectaculairement en Afrique, aussi un pouvoir qui, comme tout pouvoir, peut être utilisé bénéfiquement et maléfiquement (par le même individu), et que l'on ne cherche pas à l'acquérir « pour rien », par simple curiosité cognitive. Toucher à ce qu'il y a de plus important pour la survie individuelle et collective — la maladie, la mort — c'est se situer à la pointe la plus périlleuse des rapports de force et enjeux sociaux.

Ces remarques indiquent une ligne de différence et de jonction à la fois avec une biomédecine qui dénie les rapports de force sous l'interprétation scientifique et l'administration de médicaments. Si l'on admet que la biomédecine s'appuie sur un modèle d'objectivation — scientifique — où l'acte inaugural est la séparation de la maladie d'avec son substrat, son incarnation — la personne humaine —, alors la médecine dite traditionnelle maintient une représentation globale de l'individu inséré dans un monde physique, social

et « surnaturel » qui le traverse, et historiquement produit dans sa propre biographie.

Ainsi, certaines distinctions perdent de leur pertinence : par exemple entre rationnel et irrationnel, distinction couramment invoquée pour différencier la biomédecine et les « autres », et alimenter les thèmes classiques du grand partage (la science et le reste). L'acte thérapeutique (qu'il soit à base de plantes, d'incantation, de massages, etc.) engage deux pôles d'extension variable, celui du sens commun universel et celui du traitement symbolique des événements qui échappent à celui-là. De même, autre modalité de la précédente, la distinction entre psychique et physique induit un malentendu, car la médecine traditionnelle évoquerait alors des individus qui ne se différencieraient pas du monde extérieur ou de leurs idées intérieures : ici comme partout, les gens dotés d'un équipement mental universel ont évidemment cons-

cience des frontières de leur corporéité, d'avec autrui et le monde. Cette distinction est de fait traversée par celle entre individu et société. Les composantes de la personne, telles que les élaborent les sociétés traditionnelles — esprit, âme, souffle, etc. — dont le dérèglement instaure les conditions de la maladie, rattachent l'individu et marquent son identité, sa place, dans un groupe et dans l'univers physique et biologique, selon des règles éminemment sociales (comme l'illustrent les théories locales sur l'héritage des âmes du lignage, sur la protection de l'esprit paternel, la capture du double en sorcellerie, etc.). D'une façon paradoxale, malgré l'indéniable spécificité de la maladie comme processus organique interne, d'ailleurs lexicalement différenciée de façon universelle, la maladie, événement individuel singulier par excellence, est immédiatement inscrite dans un contexte pragmatique et symbolique, dans un « corps » socialisé.

PLURALISME THÉRAPEUTIQUE :

la vigueur de la médecine traditionnelle à travers la modernisation

Comme nous l'évoquions en introduction, l'Afrique noire contemporaine présente un large éventail de recours thérapeutiques ; depuis les diverses formations de la biomédecine (hôpitaux, dispensaires, maternités, etc.) jusqu'aux guérisseurs ou cultes thérapeutiques traditionnels (comme les cultes de possession où les voies de la guérison s'organisent en rituels et cérémonies publiques), en passant par toute une gamme d'institutions qui mélangent par la forme ou par le contenu (ou par les deux) plusieurs registres, par exemple empruntent certains aspects de la biomédecine, et bien souvent de nombreuses caractéristiques des religions importées (notamment celles des diverses variantes du Christianisme), institutions que les sociologues ont identifiées sous le label de syncrétismes.

Ce « pluralisme médical » fonctionne généralement sans exclusive : ses différentes composantes font l'objet d'un assez grand pragmatisme de la part des patients ou des consultants qui usent en effet de l'une comme de l'autre et suivent des itinéraires thérapeutiques balisés aussi bien par l'hôpital que par le guérisseur, tendant ainsi à égaliser ou à cumuler les spécificités et les avantages de chacune. Cette première observation pose, à elle seule, l'essentiel de la problématique médicale en Afrique noire.

Elle soulève tout d'abord une question d'interprétation générale. L'usage ou la consommation pragmatique (consommation désignant aussi bien l'univers des « médicaments » d'origine biomédicale ou de source traditionnelle) des divers recours thérapeutiques signifie-

t-il qu'en Afrique noire s'est instaurée une complémentarité de bon aloi entre des savoirs médicaux différents mais substituables, chacun pouvant apporter aux patients son lot d'efficacité ? Bien que d'aucuns tendent à répondre par l'affirmative (notamment certains états africains et certains représentants de la biomédecine ou d'instances internationales comme l'OMS), nous ne pouvons abonder dans leur sens, du moins pas au niveau socio-anthropologique où nous nous plaçons.

Etant donné les conditions d'exercice de la « médecine traditionnelle » où « la nécessité du sens »² déborde le savoir thérapeutique, il nous paraît plus aisé d'appréhender le pluralisme médical en Afrique noire et le pragmatisme dont font preuve ceux qui recherchent la guérison. Compte tenu tout d'abord des rapports étroits qu'elle entretient avec le domaine socio-culturel, la situation de la « médecine traditionnelle » et la place qu'elle occupe parmi les autres types de recours thérapeutiques dépend largement de l'évolution des sociétés africaines. Sous cet aspect on pourrait s'attendre à ce que sa situation ou sa place soit de plus en plus précaire. Depuis l'époque coloniale en effet les sociétés africaines se sont singulièrement transformées. Leur destin est désormais lié à celui d'Etat-Nations où ont émergé rapidement, par le biais des changements économiques, par l'école et l'urbanisation, de nouvelles formes d'inscriptions et de distinctions sociales. Toutefois ce que l'on croit reconnaître comme autant de signes de développement ou de processus de modernisation laisse transparaître des changements sociaux plus tumultueux et plus incertains : instabilité politique, accroissement des inégalités, chômage, crises de subsistance, etc. Or, face à

cette évolution qui s'apparente davantage à un procès de sous-développement que de développement, les traditions ou les références socio-culturelles, plutôt que de disparaître avec l'irruption de la modernité, tendent à colmater les brèches et différer des crises plus profondes. Le mouvement est en réalité très complexe. Tandis que les traditions, et particulièrement les structures et rapports sociaux précoloniaux (rapports entre les hommes et les femmes, entre aînés et cadets, entre hommes libres et captifs, etc.) perdent effectivement du terrain, la symbolique, les croyances, les représentations qui ordonnent ou sous-tendent ces structures et ces rapports se perpétuent, voire s'amplifient, y compris là (et peut-être surtout) où s'édifie une toute autre organisation sociale. Ainsi le milieu urbain (particulièrement les grandes métropoles comme Dakar, Abidjan, Lagos, etc.) par ses quartiers différenciés, ses bidonvilles, ses citadins qui quotidiennement se rendent à leur lieu de travail, ses jeunes chômeurs ou ses déscolarisés qui inventent pour survivre mille petits métiers, secrète des solidarités familiales, villageoises, ethniques, et par les contradictions et problèmes qu'il suscite permet aux références socio-culturelles non seulement d'en résoudre ou d'en dissiper certains, mais aussi de les interpréter : les croyances en la sorcellerie, et plus généralement l'univers magico-religieux des sociétés africaines ne s'arrêtent pas aux portes des villes. Bien au contraire, ils y trouvent de nouveaux terrains d'élection pour interpréter ou donner un sens aux échecs (échecs scolaires, échecs dans le travail), aux conflits, au malheur en général et à la maladie en particulier.

Le milieu urbain inspire donc (en cela n'est-il que l'illustration exemplaire d'évolutions semblables en milieu rural) quantités de vocations thérapeutiques ou assimilées (divinatoires,

2. L'article de N. Sindzingre, « La nécessité du sens », in *Le sens du mal*, sous la direction de M. Augé et C. Herzlich, Paris, Éditions des Archives contemporaines 1984.

anti-sorcières, etc.) dont certaines opportunément choisies pour les créneaux qu'elles représentent et les revenus qu'elles rapportent, promettent davantage qu'elles ne tiennent et sont reconnues comme relevant explicitement du charlatanisme. C'est pourquoi, faute de toujours trouver en ville l'interlocuteur adéquat, nombre de citadins en quête de guérison, de protection, etc. s'adressent à des guérisseurs « de brousse » plus traditionnels ou plus réputés, soit en se rendant sur place, soit en leur demandant de venir jusqu'à eux. Prolifération de guérisseurs en tout genre, intense circulation des thérapeutes et des patients, notamment entre le milieu rural et urbain ; autant de caractéristiques majeures des médecines traditionnelles ou néo-traditionnelles en Afrique noire qui dénotent moins une capacité à tester, à comparer les diverses compétences médicales (parmi lesquelles la biomédecine) qu'une manière de subsumer la maladie sous la catégorie plus générale du malheur ou de l'infortune.

Manière qui certes s'enracine dans les croyances et les conceptions traditionnelles du monde, mais qui a toutes les raisons de se perpétuer parce que la réalité contemporaine avec son cortège de difficultés, ses hiatus entre des traditions déclinantes et une modernité encore hésitante réclame du sens et de l'interprétation. Tout y prend valeur de signe, au premier chef la maladie, qui en tant que malheur individuel, actualise cette réalité et en donne, par le biais des guérisseurs une représentation et une certaine cohérence. Une telle exigence de sens n'exclut pas le recours à la biomédecine ; car comme partout, y compris dans le cadre des sociétés traditionnelles, le malade sollicite bien évidemment le thérapeute pour être guéri ou soulagé (l'acte thérapeutique ne s'épuisant pas dans la seule recherche des causes ou dans l'attente d'une explication).

La biomédecine répond tout naturellement à cette attente, et d'autant mieux qu'elle émane d'un monde qui depuis les temps coloniaux n'a cessé d'afficher sa supériorité et son efficacité. Toutefois, ses méthodes de travail ou d'intervention ne constituent qu'une réponse partielle aux problèmes que pose la maladie. Ainsi, même lorsque la biomédecine ouvre les voies d'une guérison (c'est-à-dire établit un diagnostic et fournit la possibilité d'un traitement efficace), il est fréquent que les malades consultent en plus un guérisseur, comme si le cumul des deux recours offraient une meilleure garantie d'efficacité (en cas d'hospitalisation il arrive souvent que les guérisseurs viennent consulter leurs clients sur place, même s'ils doivent prendre le risque de se faire chasser des lieux). A fortiori la biomédecine n'est-elle qu'une étape des parcours thérapeutiques lorsqu'elle est impuissante à guérir ou quand les symptômes persèverent après son intervention ou ses ordonnances. De tels échecs remettent moins en question la représentation d'efficacité attachée à la biomédecine qu'ils amplifient l'exigence d'un sens et d'une explication : si le médecin ou l'hôpital ne parvient pas à guérir c'est parce que le mal participe d'une causalité qui est étrangère au savoir biomédical.

Ces remarques générales sur le pluralisme médical en Afrique noire méritent quelques compléments d'analyse. En effet ce que nous avons dit du pragmatisme, de cette manière de recourir à diverses thérapeutiques moins pour expérimenter plusieurs savoirs médicaux que pour remédier au mal en recherchant d'autres chances de guérison du côté du sens et de l'explication, constitue une grille d'analyse qui prolonge simplement le modèle de référence évoqué plus haut, à savoir la médecine traditionnelle », dans le cadre de sociétés « païennes ». En d'autres

termes, la question du sens ou de la causalité sociale s'inscrit dans un univers magico-religieux reposant sur des croyances non-dogmatiques : la sorcellerie, les ancêtres, les génies, les esprits, etc., autant de registres qui se tolèrent et se combinent entre eux, permettant à chaque événement singulier (comme la maladie) une grande souplesse d'interprétation³.

L'Islam

Depuis plusieurs siècles l'Islam a pénétré ses parties septentrionales, et ne cesse de gagner à ses dogmes de plus en plus de fidèles, y compris dans des zones qui leur ont été longtemps réfractaires comme les pays côtiers et forestiers. Si l'on s'accorde pour dire que l'Islam a su composer avec les cultures africaines, qu'il est devenu « Islam noir », on ne saurait toutefois affirmer qu'il laisse inchangé le contenu des croyances et l'ordre des significations. Monothéisme soucieux de convertir, d'accroître le nombre de ses fidèles, il introduit une rupture car il dénonce les pratiques fétichistes (souvent il se livre à des destructions de fétiches : statuettes, masques, etc.) et les croyances maléfiques des païens au nom des révélations du Prophète et de la force bénéfique du Coran. La maladie constitue un bon analyseur de ce double jeu où tout à la fois l'Islam participe de cette quête du sens propre aux univers magico-religieux africains et en infléchit la direction par référence à un texte sacré et par la mise en œuvre d'oppositions du type bien/mal. La religion musulmane se mêle en effet de thérapeutique (sans doute est-ce l'un

Le Christianisme

Dans cette constellation médico-religieuse, un contrepoint de même ordre doit être envisagé à propos du Christianisme. Monothéisme importé

Le pragmatisme thérapeutique est donc à la mesure de cette souplesse inhérente aux sociétés « païennes » qui peut tolérer l'irruption de la biomédecine tout en conservant l'ordre des significations. Cependant l'Afrique noire n'évolue pas uniquement dans le paganisme.

des biais par lequel elle se diffuse largement sur le continent africain) par l'intermédiaire notamment de guérisseurs appelés marabouts, aux fonctions multiples (divinatoires, protectrices, etc.) et dont la caractéristique principale consiste à assortir leur travail curatif de versets du Coran et de prières. Ces marabouts sont ainsi partie prenante des systèmes « magico-religieux » traditionnels (s'inscrivant par exemple dans les jeux de la contre-sorcellerie et des actions à distance). Ainsi l'Islam diversifie encore davantage les possibilités de recours thérapeutiques et paraît accentuer le pragmatisme évoqué plus haut. Mais d'un autre côté, en intervenant directement sur le terrain des significations, en cherchant à convertir et faire reculer les croyances « païennes » (quitte à en absorber certains aspects), il restreint la diversité des recours en s'instaurant comme pôle quasi-exclusif de la pratique thérapeutique (un patient musulman ne devant en principe pas fréquenter un guérisseur qui ne l'est pas) et parfois, avec le développement de certains courants intégristes, en se posant comme le rival de l'occident et de sa biomédecine.

par les Européens depuis le XV^e siècle

3. M. AUGÉ, *Le génie du paganisme*, Gallimard, Paris, 1982.

mais surtout depuis un siècle avec la colonisation, la religion chrétienne et ses diverses composantes (catholique, protestante, méthodiste, etc.), à l'instar de l'Islam, se sont efforcées de lutter contre le fétichisme et d'opposer aux forces du mal les bienfaits de l'évangélisation. Cependant, prêtres ou pasteurs ne se sont mêlés de thérapeutique qu'en utilisant les savoir-faire de la biomédecine (dispensaires), c'est-à-dire en positionnant l'action des Eglises dans le mouvement de la colonisation où la volonté de « civiliser » signifie aussi bien guérir les corps (par la science) que sauver les âmes (par la religion). Cette différence avec l'Islam nous paraît très importante, car elle explique, du moins en partie, les limites de l'expansion du Christianisme en Afrique noire. Elle fournit quelques raisons supplémentaires au succès des mouvements religieux syncrétiques⁴ qui se sont développés aussi bien durant la période coloniale qu'après. S'appropriant les références de la Bible et le message chrétien, ces mouvements, dont les fondateurs sont précisément appelés prophètes (par exemple Wade Harris a fondé le Harrisme en Côte d'Ivoire, Simon Kimbangu au Congo belge), se sont donné eux aussi pour tâche prioritaire de combattre le fétichisme et la sorcellerie, mais s'impliquent très directement dans cet univers magico-

La biomédecine

On ne saurait brosser le tableau du pluralisme médical en Afrique noire sans donner un rapide aperçu de la situation

4. Des raisons, peut-être plus fondamentales, expliquent leur développement durant toute la période coloniale. Faute d'être autorisés à s'exprimer politiquement, les colonisés ont trouvé des dérivatifs en suivant les prophètes qui tout à la fois condamnaient le « fétichisme » mais ne recevaient la religion des « Blancs » qu'en se l'appropriant ou qu'en s'en démarquant.

religieux, notamment en se préoccupant de ce qui en est la voie d'accès privilégiée, à savoir la maladie et la thérapeutique. Les prophètes, leurs héritiers ou leurs émules sont donc des personnages ambigus. D'un côté, ils s'inscrivent à l'intérieur des croyances « païennes » occupant une place tout à fait assimilable au guérisseur, devin, contre-sorcier traditionnel, en faisant de la maladie le point d'ancrage des liaisons entre malheur individuel et logique sociale ; de l'autre côté, utilisant les références chrétiennes, ces personnages font des malades les coupables ou les victimes consentantes de leurs propres maux et les invitent à devenir membres de la secte ou du culte dont ils ont la charge pour se libérer de leurs croyances ancestrales et se guérir par la même occasion.

C'est pourquoi, les mouvements ou cultes syncrétiques, s'ils complexifient, comme l'Islam, la gamme des recours thérapeutiques, y jouent un rôle particulier. Ils ont tendance à accueillir des patients qui, après bien des déboires (auprès de la biomédecine, comme auprès des guérisseurs traditionnels), achèvent près d'eux leur quête de guérison et très souvent en deviennent les adeptes, comme si les quitter reviendrait à faire réapparaître les symptômes, en particulier ceux qui relèvent de maladies mentales ou psychosomatiques⁵.

de la biomédecine. Elle détermine en effet largement le poids des recours thérapeutiques traditionnels et, surtout, explique pour une bonne part les recours à des sphères d'obédience

5. Voir à ce sujet : *Prophétisme et Thérapeutique. Albert Atcho et la communauté de Bregbo*, publié sous la direction de Colette Pinault, Hermann, Collection Savoir, 1975.

religieuse (musulmans, syncrétiques)⁶. L'état des structures de la biomédecine est dans l'ensemble assez mauvais : une grande majorité de dispensaires et d'hôpitaux remontent à l'époque coloniale et se dégradent faute d'avoir fait l'objet, depuis les indépendances, de rénovations ou d'investissements ; le nombre de médecins et de centres de santé reste tout à fait insuffisant pour répondre aux besoins sanitaires des populations, en particulier celles qui vivent en milieu rural. Si parfois les Etats ont porté plus d'attention à leurs populations urbaines, notamment celles des capitales, en créant ici un CHU, là un hôpital moderne, le fonctionnement de tels complexes laisse trop souvent à désirer par manque de personnels qualifiés ou par carence de la maintenance. Parmi les défauts majeurs des systèmes de santé il faut surtout noter l'insuffisance en médicaments⁷. A tout cela on

doit ajouter la quasi-absence de couvertures sociales qui rend l'achat des médicaments problématique, voire impossible pour les plus démunis. Si la biomédecine n'est pas véritablement en mesure d'accomplir sa mission (sauf ponctuellement lors des luttes contre les grandes endémies, ou lors de campagnes de vaccination qui reçoivent l'aide d'organisations internationales), on comprend aisément que les médecines traditionnelles ou néotraditionnelles, loin de tomber en désuétude, fassent l'objet d'une fréquentation accrue. N'ayant finalement, sur le terrain de l'efficacité, peu de leçons à recevoir de la biomédecine, elles s'octroient l'avantage d'inscrire la maladie et le malheur dans un univers de croyances et de significations, permettant peut-être de les rendre plus acceptables.

DU PLURALISME MÉDICAL AUX POLITIQUES SANITAIRES PUBLIQUES ?

Le bilan sanitaire des pays africains est dans l'ensemble plutôt négatif. S'il révèle quelques améliorations dans certaines agglomérations urbaines, le bilan met en évidence l'absence ou l'échec des politiques menées à l'égard des populations rurales. La stagnation, voire l'augmentation des taux de mortalité infantile, atteignant parfois 500 pour 1 000 comme dans certaines régions du Mali, en fournissent l'indice le plus pertinent. Bien que l'on ne puisse mettre uniquement sur le compte des systèmes de santé une telle

situation, où interviennent des conditions socio-économique souvent désastreuses, les Etats africains sont amenés, encouragés par les organisations internationales et notamment par l'OMS, à réorienter leur politique sanitaire en fonction de leurs besoins les plus pressants, c'est-à-dire à privilégier la santé publique pour le plus grand nombre, tout particulièrement en milieu rural. Dans cette perspective, l'OMS, lors de la conférence d'Alma-Ata en 1978, a lancé le mot d'ordre des « soins de santé primaires ». Selon cette idée, les problèmes de santé doivent prioritairement se résoudre au niveau local, au niveau des communautés villageoises, en privilégiant la formation d'agents sanitaires qui puissent éduquer, sur le plan de l'hygiène et de la prévention, les membres de leur communauté et apporter les soins les plus immédiats (par exemple de donner de la nivaquine

6. Il faudrait citer également des sectes d'obédience chrétienne venant d'Europe ou des Etats-Unis (comme les Témoins de Jéhovah) ou des mouvements issus de la tradition en Occident (Rose-Croix) qui connaissent pas mal de succès en Afrique noire dans la mesure même où ils se mêlent de thérapeutique.


7. Voir à ce sujet l'article de Bernard Hours, « Des infirmiers malades de l'Etat », *Revue Tiers-Monde*, T. 23, n° 10, avril-juin 1982.

en cas d'accès palustres). Cette politique sanitaire alternative a reçu l'approbation de certains Etats africains, par exemple le Sénégal ou le Mali, qui expérimentent ces unités de soins de santé primaires. Encore faut-il préciser que cette priorité accordée au local, aux besoins et capacités des populations rurales, rencontre inévitablement sur son chemin ceux-là mêmes qui à leur manière incarnent des « unités de soins santé primaires », à savoir les guérisseurs. Compte tenu de cette réalité et des conceptions qui sous-tendent le choix d'une politique sanitaire alternative (conceptions qui valorisent les traditions et les savoir-faire africains), l'idée s'est répandue qu'il fallait reconnaître peu ou prou les médecines traditionnelles et, dans certaines conditions, intégrer des guérisseurs dans l'organisation de « la santé communautaire » : par exemple, former tel ou tel guérisseur à l'usage de techniques médicales, ou de méthodes d'hygiène élémentaires. On a ainsi inventé la notion de *tradipraticien*, qui devrait se substituer à celle, plus triviale, de guérisseur et qui reconnaît une certaine compétence aux représentants de la médecine traditionnelle. Sous cet aspect, plusieurs Etats africains (comme le Bénin ou le Congo) ont pris le relais des idées diffusées par l'OMS et ont reconnu nombre de leurs guérisseurs et certaines associations de guérisseurs (avec délivrance de cartes professionnelles) comme faisant partie des cadres de la santé publique.

Un tel fléchissement de la politique sanitaire nous amène, pour conclure, aux réflexions suivantes. Bien que le

modèle alternatif proposé nous paraisse aller dans la bonne direction (renouant avec l'hygiénisme et la médecine sociale mis en œuvre en occident depuis le XIX^e siècle), la façon dont il conçoit sa mise en application, notamment par l'intégration des tradipraticiens, nous semble sujette à caution. Il est une chose d'admettre que les guérisseurs remplissent d'incontestables fonctions utilitaires, qu'ils fassent preuve parfois d'autant, sinon plus, d'efficacité qu'une biomédecine déficiente (notamment dans le domaine des maladies mentales) ; il en est une autre de prétendre concilier et harmoniser leurs capacités avec celles d'une organisation sanitaire, serait-elle appropriée au contexte africain. Comme nous avons essayé de le montrer, leurs capacités respectives n'évoluent pas sur le même registre. Les guérisseurs inscrivent leurs actes thérapeutiques dans un univers de représentations magico-religieuses, tandis que les représentants de la biomédecine participent d'un savoir qui s'est précisément émancipé de la religion.

A vouloir les mêler ou les concilier, même avec l'illusion du recours aux sciences humaines, on risque fort de provoquer des malentendus ou de s'étonner après coup de l'échec d'une telle entreprise. Quant aux rapports qu'entretiennent les pouvoirs africains avec leurs guérisseurs ou leurs institutions religieuses à vocation thérapeutique, il serait erroné d'y voir un simple enjeu sanitaire. Il s'y joue des problèmes politiques et idéologiques qui n'ont que très peu de choses à voir avec les consignes de l'OMS.

PREVEN  R

CAHIER XII

La santé dans le tiers-monde

n° XII
premier semestre 1986

édité par
la coopérative d'édition
de la Vie mutualiste
5-7, rue d'Italie
13006 Marseille cedex 6

11 JUIL. 1990

ORSTOM Fonds Documentaire

N° : 30.344 ex 1

Cote : B M p41