

SURNATUREL, SANTÉ ET ACTION COMMUNAUTAIRE EN AFRIQUE NOIRE

Par J. P. GOUTEUX (*) (**),

Supernatural beliefs, public health and people's participation in Black Africa.

Summary: *Based on the experience of community participation for tsetse control in the Congo, the author attempts to enlarge the reflexion on general health problems in Black Africa. He desires to draw the attention of the readers unfamiliar with anthropology, 1) to the current existence and social importance in the African communities of a particular approach, grounded on belief in the supernatural, radically different from Western thinking, 2) the intrinsic ambiguousness and richness of these ways of thinking, 3) to its great influence in community participation in sanitation programs. The ethical problems involved in the intervention of mediators using traditional or confessional ways of thinking are raised and included in a psychosocial problematic.*

Résumé : *Se basant sur l'expérience d'une lutte communautaire contre les tsé-tsé dans un foyer de maladie du sommeil au Congo, l'auteur tente d'élargir le propos à l'action communautaire pour la santé en général. Il souhaite attirer l'attention des lecteurs peu familiarisés avec l'anthropologie, 1) sur l'existence et l'importance sociale actuelle d'une approche de la réalité par les communautés africaines, radicalement différente de la démarche intellectuelle biomédicale, 2) sur son ambiguïté mais aussi sur sa richesse, enfin et surtout, 3) sur son influence dans la réalisation des actions sanitaires. Les problèmes éthiques soulevés par l'intervention de médiateurs relevant de modes de pensées traditionnels ou confessionnels sont évoqués et inclus dans une problématique de l'action psycho-sociale.*

INTRODUCTION

Un essai de lutte contre le vecteur de la maladie du sommeil *Glossina palpalis palpalis* (ROBINEAU-DESVOIDY, 1830) a eu lieu de 1984 à 1987 au Congo. Cet essai se basait sur la prise en charge du piégeage des tsé-tsé par les communautés locales et concernait de nombreux villages (plus de quarante) ainsi que deux foyers urbains (10). L'explication des échecs ou des succès observés lors de cet essai a nécessité une enquête sur l'aspect culturel de la prise en charge de la lutte par piégeage en milieu bantou et sur les facteurs susceptibles d'augmenter ou de diminuer son efficacité (14). Cette enquête a révélé l'existence de modes de pensées que l'on pourrait qualifier de « pluridimensionnels », car ils intègrent d'autres dimensions que celles de notre logique cartésienne. Ces modes de pensées peuvent modifier, voire inverser, la signification d'une action apparemment techniquement simple comme le piégeage des tsé-tsé ou rendre cette action inadéquate (9).

Je voudrais élargir ici le propos à l'action communautaire pour la santé en général et attirer l'attention sur l'existence et l'importance réelle d'une approche de la réalité radicalement différente de la nôtre, sur son ambiguïté mais aussi sur sa richesse, enfin et surtout, sur son influence dans la réalisation des actions sanitaires.

Surnaturel et santé dans l'espace culturel africain

Il n'est possible de donner ici qu'un aperçu très sommaire d'une réalité culturelle extrêmement riche et complexe. Cette complexité transparait au travers des nombreux travaux d'anthropologie sociale et culturelle ou d'ethnomédecine consacrés à ce domaine. On peut citer notamment HAGENBUCHER-SACRIPANTI (11, 12) pour ce qui concerne la représentation traditionnelle de la maladie au Congo, EPELBOIN (8) sur la représentation du « phénomène sidaïque » dans le sud de la RCA, l'ouvrage de BONNET (5) qui concerne un univers de pensée non bantou (Mossi du Burkina Faso), celui d'HAGENBUCHER-SACRIPANTI (13) et les travaux d'AUGÉ (2) sur

(*) Entomologiste, ORSTOM, BP 893, Bangui, République Centrafricaine.

(**) Manuscrit n° 1231. Lettre à la rédaction. Accepté le 28 janvier 1992.

le problème des sectes guérisseuses (Congo et Côte-d'Ivoire). Cependant, s'il s'agit bien d'un domaine très étudié, ces connaissances circulent le plus souvent en vase clos dans un cercle restreint de spécialistes de sciences humaines, utilisant un langage assez hermétique ou difficilement décriptable pour les non-initiés. Cet ésotérisme traditionnel de rigueur est renforcé par l'utilisation d'une écriture phonétique des mots « indigènes » dans des articles dont l'audience ne devrait pourtant pas être limitée aux seuls ethnolinguistes. Il est regrettable que nombre de médecins, de chercheurs, d'autorités et d'agents sanitaires, impliqués dans des programmes de santé communautaire et donc concernés par la question, aient ainsi difficilement accès à ces connaissances.

Brièvement, en Afrique noire, la perception du monde inclut une dimension invisible qui est omniprésente et constitue une réalité aussi évidente que son aspect visible, banal et quotidien. Dans l'univers bantou, on peut y déceler plusieurs sphères d'invisibilité, bien que celles-ci n'aient pas de limites parfaitement définies (13) :

— Le monde nocturne, qui est : « la somme des réalités visibles augmentées des innombrables êtres et objets existant spécifiquement à l'état invisible » : Une « sur-réalité » dans laquelle pénètre et agit le sorcier dédoublé, aidé par des créatures monstrueuses, hybrides mi-homme mi-bête et utilisant des pièges symboliques ou non et autres armes magiques. Il inclut le pays des âmes, où errent les fantômes des ancêtres. Ces derniers forment une entité opérationnelle dans le sens où leur mécontentement peut être à lui seul une cause de malheur.

— L'univers des esprits et des génies. Ceux-ci peuvent être de grandes entités spirituelles ayant leur propre culte et le plus souvent associées à un site naturel : arbre, source, grotte, montagne, etc. ou seulement des « fétiches » propres à un guérisseur/sorcier donné.

Dans ce contexte culturel, une maladie est le plus souvent interprétée comme ayant une cause surnaturelle. En relation avec ces sphères d'invisibilité, elle peut être considérée :

— soit, et c'est actuellement le cas le plus fréquent, comme une circonstance de la guerre nocturne. Elle est alors imputable à l'action d'un *ndoki* (sorcier) dédoublé ou à ses créatures. Dans ce cas, c'est la recherche des responsables au sein de la famille (du lignage) qui précède nécessairement la ou les procédures thérapeutiques;

— soit comme résultant du mécontentement des ancêtres négligés;

— soit la transgression d'interdits, notamment alimentaires et sexuels;

— soit comme une attaque des génies, provoquée par le comportement du malade (par son non respect des valeurs et des traditions).

L'anthropophagie mystique

L'activité sorcière est essentiellement fondée sur une anthropophagie symbolique et spirituelle. Dans la vie courante cela se traduit, en cas de décès ou de maladie, par la recherche du consommateur invisible : « qui a mangé le malade ? ». Ce cannibalisme symbolique est invoqué dans de nombreux cas de mortalité en Afrique noire. « Suprême transgression nécessaire à l'exercice de la connaissance » (11), cette « anthropophagie nocturne » a pour fonction d'augmenter le pouvoir et la puissance du « consommateur » et entraîne en revanche la diminution et la perte de la force vitale puis la mort chez la personne agressée. La consommation de « chair humaine » est au centre même de l'accusation de sorcellerie (la chair humaine, est alors appelée pudiquement « viande de chien » ou « poisson salé »). Tous succès individuels, particulièrement en matière de réussite professionnelle (politique ou commerciale), peuvent entraîner une accusation de sorcellerie, particulièrement s'ils coïncident avec un décès ou une maladie suspects touchant un membre de la famille (du lignage). Il s'agit d'une procédure de plus en plus fréquente dans l'Afrique moderne et un problème social très actuel. L'existence d'associations symboliques de « sorciers-anthropophages », formant d'importants réseaux sociaux sorcellaires dans une réalité non visible au commun, est dénoncé par les « sorciers repentis » (2).

La dynamique actuelle des cultes

Notre propos n'est pas ici d'analyser les causes sociales du formidable dynamisme religieux en Afrique. Pour G. GEORGY, une nouvelle Afrique est en train d'apparaître : « Le continent est face à un double vide : celui créé par la décolonisation hier, celui engendré par l'effondrement de l'idéologie marxiste aujourd'hui. Qui va combler ce vide ? D'abord les religions. Il y a l'islam, mais l'église catholique est beaucoup plus structurée et elle est très active. Elle a mis en place des hommes et une stratégie depuis longtemps, et il conclut : « Quel débouché pour un jeune Noir en dehors du ciel ? » (cité dans le journal *Le Point*, n° 924 du 4 juin 1990). On assiste en effet à une véritable prolifération des organisations religieuses, des sectes et des cultes anti-sorciers divers, prolifération qui d'ailleurs peut alarmer les dirigeants politiques (14). Ce développement simultané de la tradition sorcière et des cultes religieux n'est pas fortuit, il témoigne d'une certaine complémentarité. Devant la croyance absolue dans la véracité et l'efficacité notoirement reconnue de la sorcellerie, sa réalité profonde et immuable, enracinée dans les traditions, on assiste à une recherche de protection — tout spécialement chez les jeunes — dans les cultes importés, principalement les assemblées de prières chrétiennes ou néochrétiennes, et les sectes en général. En général, les adeptes du christianisme,

de l'islam et des sectes dérivées croient que les esprits autochtones et certains génies issus de la tradition sont des démons : les sorciers sont des manipulateurs de forces sataniques, ils représentent le « mal » à exorciser. Face à la tradition sorcière, les sectes constituent des refuges, des sauvegardes, des protections. « Il y a donc synergie de circonstance entre ces religions, en ce que leur association vivifiante induit mieux l'accomplissement de la fonction religieuse » (14). Dans leur lutte contre la sorcellerie, la plupart des sectes amalgament les pratiques traditionnelles pour dénoncer aussi bien les *nganga*, guérisseurs « tradipraticiens », que les *ndoki* ou sorciers (13). En fait, seul l'usage qui est fait de leur pouvoir détermine leur statut de sorcier ou de contre-sorcier « toujours ambigu car circonstancié attribué ou dénié selon des stratégies sociales, des compétitions politiques et des procédures d'élimination de rivaux fondées sur l'accusation de sorcellerie » (11). La lutte contre la maladie (qui est un aspect concret et définissable du malheur) apparaît comme un dénominateur commun de cette expansion religieuse. Certaines sectes néochrétiennes reprennent dans leurs chants le slogan millénariste de l'OMS : « santé pour tous dans l'an 2000 » ou la font déclamer par les génies, également sensibles à la formule, à travers les tranches des fidèles qu'ils possèdent (13). Très généralement la notoriété publique et la reconnaissance officielle sont recherchées. Au Congo, les guérisseurs peuvent avoir un statut de « tradipraticiens » et être rattachés à l'UNTC (Union Nationale des Tradipraticiens) et les sectes peuvent s'affilier à l'UNEAC (Union Nationale des Écrivains, Artistes et Artisans).

Échec des soins de santé primaire et problèmes de compréhension

Un constat d'échec des « soins de santé primaire » s'est dégagé d'un congrès récent faisant le point sur « la recherche médicale dans l'espace scientifique francophone » (Bamako, 20-21 décembre 1989), comme l'a souligné M. GENTILINI, organisateur de la réunion (cf. J.-Y. NAU, *Le Monde* du 28 décembre 1989). Ce constat peut être considéré comme l'une des critiques les plus radicales des principes élaborés lors de la conférence internationale d'Alma-Ata en 1978. On peut néanmoins se demander si cet échec est lié au principe même des « soins de santé primaires » ou à leur conception à l'occidentale, par trop « rationaliste » ? En effet, les comités d'experts ne font en général aucune allusion aux réalités socio-culturelles des communautés concernées. D'une manière quasi-générale, la compréhension de la rationalité de l'action proposée par les décideurs occidentaux est présentée comme un préalable à la participation communautaire, comme en témoigne ces extraits d'une réunion d'experts de l'Organisation mondiale de la santé : « On peut y parvenir *en fai-*

sant comprendre aux particuliers, aux familles, aux collectivités les conséquences nocives qu'entraînent pour la santé certains comportements négligents »... « Toutefois, une participation durable n'est possible que si les communautés *comprennent* — ou si *on leur fait comprendre* — qu'il existe un problème ... les individus ... finissent *par comprendre* que le respect de certains règlements profite à la communauté toute entière » (1, p. 57 et 58, souligné par moi-même). Ce terme de « comprendre » revient trop souvent. De l'aveu même des experts, il y a donc là d'abord un problème de compréhension dans la réalisation de ces programmes horizontaux. Mais ce manque de compréhension est réciproque. Il n'est pas seulement le fait des communautés africaines pour les modes d'actions à promouvoir, comme cela est généralement signalé, c'est également celui des initiateurs occidentaux de ces actions qui, délibérément ou non, excluent de leur conception (de leurs programmes) tout ce qui est étranger à leur mode de pensée.

Accepter l'ambivalence de la pensée africaine

Il semble de toutes les façons impossible de revenir systématiquement aux grands programmes verticaux qui entraînent souvent un important gaspillage de main-d'œuvre et des coûts incompatibles avec les possibilités de la plupart des pays en développement. Il n'y a guère de choix économique que celui de rester au niveau de l'action communautaire. Celle-ci peut-elle être repensée en fonction du mode de perception quotidienne de la réalité par ces communautés ? Il faut dans ce cas admettre l'ambivalence essentielle de la pensée africaine au sens de DUPRÉ (« Ce que j'ai appelé tout au long de ce texte ambivalence pourrait être appelé nécessaire coexistence des contraires, chose que notre pensée profane aussi bien que sacrée exclut de son champ d'investigation », 7, p. 194). Cette coexistence persiste évidemment aussi au sein des populations occidentales, mais infiniment moins qu'en Afrique où les sociétés ont préservé des valeurs ancestrales fondées sur une prééminence du sacré (nous prenons ce terme dans le sens très large de tout ce qui a un caractère magique, respecté ou redouté). Accepter la coexistence d'une pensée rationnelle et d'une pensée magique revient à prendre en considération la réalité opérationnelle de modes de pensées et de rationalités autres (non cartésiens et non conventionnels) et donc à ne pas exclure tout ce qui ne correspond pas à la compréhension scientifique de l'action. Il faut en avoir conscience, non seulement pour initier un programme de développement, mais aussi et surtout dans les programmes de prévention. En général le message scientifique est bien reçu, mais il ne constitue qu'une partie de la compréhension de la réalité. Les relations de cause à effets simples ne sont pas toujours ni perçues ni acceptées comme telles. Par exemple, la transmission du sida par voie sexuelle ou la transmission de la trypanoso-

miase par les tsé-tsé, sont acceptées mais incorporées à une grille d'interprétation beaucoup plus complexe. Dans cette grille interviennent d'autres relations de cause à effet sans lien évident (du moins à l'extérieur du contexte culturel), parfois à caractère métaphorique, parfois mythique mais qui font toujours appel à cette « surréalité » invisible qui forme la texture réelle de l'univers vécu. Ne pas prendre cet aspect en considération dans un programme de développement sanitaire, c'est risquer l'inefficacité en ayant pour seule explication de dire « ils ne comprennent pas », ce qui revient à se donner une bonne conscience imbue de supériorité.

Pour M. LEYGUES « Il est clair qu'en l'état actuel des mentalités en Afrique, l'opérationnalité pourtant démontrable des techniques modernes de production n'est pas suffisamment probante sans le recours à la forme mythique. Celle-ci, et elle seule, peut autoriser ce dialogue indispensable au développement » (comm. pers., 1990). En ce qui concerne l'action sanitaire, on devrait donc élargir ainsi les principes énoncés par MOUCHET et GUILLET (15) : toute participation communautaire pour la santé est liée à l'intégration de la technique préconisée aux systèmes de représentation en vigueur de la maladie, incluant ses causes naturelles et surnaturelles et doit agir contre les divers agents incriminés dans la transmission, quelle que soit la sphère d'invisibilité (rationnelle : monde microscopique ou irrationnelle : monde magique) à laquelle ils appartiennent. Qui niera que le succès des programmes de vaccination tient plus à l'aspect « magique » de cette pratique pour les populations qu'à la compréhension des mécanismes immunitaires. Devant l'urgence d'un problème sanitaire, il peut sembler en effet opportun de faire passer l'interprétation rationnelle précise des actions salvatrices après leurs réalisations. C'est un choix de priorité.

Les problèmes éthiques

Le recours à des médiateurs confessionnels peut donc apparaître comme une issue au problème de la participation communautaire dans la mesure où le sacré produit une intelligibilité du réel indispensable à l'action. Cependant cette stratégie se heurte à deux écueils à notre avis d'une grande importance éthique. Le premier est celui de la connivence, d'un certain cautionnement idéologique implicite et le second est celui d'un certain machiavélisme. Pour éviter le premier, il apparaît opportun, dans tous les cas, de ne pas faire l'apologie des valeurs culturelles que représentent les croyances religieuses, qu'elles soient traditionnelles, islamiques, chrétiennes ou néo-chrétiennes, ni même simplement de les valoriser au nom d'un pan-culturalisme confus. Il s'agit de faire uniquement le constat lucide de leur importance actuelle et de leur emprise réelle sur les populations. Le premier écueil évité, le second apparaît immédia-

tement : dans quelle mesure n'intervient pas alors une manipulation psychologique et comportementale, assortie d'une sorte de « machiavélisme de la santé » ? Il faut reconnaître que toute utilisation du sacré par des médiateurs, quels qu'ils soient, a un caractère éminemment manipulateur (6). D'un autre côté, il n'y a pas plus de « cynisme opérationnel » à faire promouvoir une action sanitaire par l'intermédiaire de médiateurs confessionnels, que de leur reconnaître une réelle efficacité thérapeutique. Quoi qu'il en soit, il faut toujours avoir conscience de ce problème de la manipulation. BEAUVOIS et JOULE (4) ont montré comment les techniques de manipulation étaient insidieuses et largement utilisées dans notre propre société occidentale : une connaissance objective de cet aspect de l'action psycho-sociale est indispensable pour éviter toute forme de manipulation, même inconsciente. Ces points sont, on le voit, suffisamment importants pour être discutés par un comité d'éthique.

CONCLUSION

On ne peut promouvoir une action ou une sensibilisation communautaire en Afrique à l'aide du seul langage scientifique. La communication est nécessairement médiatisée. Cette médiatisation ne peut être identique dans les pays développés et en voie de développement. C'est là qu'intervient la perception lucide du rôle du sacré et de l'importance dans le comportement quotidien en Afrique noire, de ce que l'on peut appeler, par simplification, « la pensée magique ». Reconnaître sans détours cette ambivalence fondamentale d'une pratique intellectuelle qui fait coexister des modes de pensées différents est un premier pas. Le recours à des médiateurs susceptibles de conserver cette ambivalence en est un second, que l'on peut envisager à condition d'avoir toutefois pleinement conscience des problèmes éthiques soulevés par cette démarche. En revanche, une telle démarche est très satisfaisante d'un point de vue épistémologique, car elle constitue une ouverture sur l'autre, l'étrange, l'étranger. Ouverture féconde qui passe par une reconnaissance des qualités intrinsèques, opposées et inconciliables de la science et du mythe, un relativisme réciproque des connaissances tel que le préconise ATLAN (3).

BIBLIOGRAPHIE

1. Anonyme. — Lutte contre les vecteurs et les nuisibles en milieu urbain. Onzième rapport du Comité OMS d'experts de la biologie des vecteurs et de la lutte antivectorielle. OMS, sér. rapp. techn., n° 767, Genève, 1988, 88 p.
2. AUGÉ (M.). — Logique lignagère et logique de Bregbo. In : Albert ATCHO et la communauté de Bregbo. *Prophétisme et Thérapeutique*. Hermann, 1975, Paris.

3. ATLAN (H.). — A tort et à raison. *Intercritique de la science et du mythe*. Seuil, Paris, 1986, p. 11-25.
4. BEAUVOIS (J. L.) & JOULE (R. V.). — *Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens*. Presses Universitaires de Grenoble, 1989, 229 p.
5. BONNET (D.). — Corps biologique Corps social. Procréation et maladies de l'enfant en pays mossi, Burkina Faso. Col. Mémoire, n° 110, ORSTOM, Paris, 1988, 138 p.
6. DIÉGUEZ (M. DE). — *Le combat de la raison*. Albin Michel, Paris, 1989, 285 p.
7. DUPRÉ (M. C.). — Histoire et rituels. L'observation du Siku en pays Beembé (République populaire du Congo). *Cah. ORSTOM Sér. Sci. hum.*, 1981-1982, 18 (2), 171-194.
8. EPELBOIN (A.). — SIDA et *Sida* : réflexions anthropologiques à propos du « phénomène sidaïque » en Lobaye, en République centrafricaine. *Bull. Soc. Path. Ex.*, 1989, 82, 260-266.
9. GOUTEUX (J. P.) & LEYGUES (M.). — Pièges à tsé-tsé et croyances traditionnelles en Afrique centrale. *Mem. Soc. roy. belge Ent.*, 1991, 35 (sous-presses).
10. GOUTEUX (J. P.) & SINDA (D.). — Community participation in the control of tse-tse flies. Large scale trials using the pyramid trap in the Congo. *Trop. Med. Parasit.*, 1990, 41 (1), 49-55.
11. HAGENBUCHER-SACRIPANTI (F.). — La représentation culturelle traditionnelle de la trypanosomiase dans le Niari (République populaire du Congo). *Cah. ORSTOM Sér. Sci. hum.*, 1981-1982, 18 (4), 445-473.
12. HAGENBUCHER-SACRIPANTI (F.). — Note sur la signification du *cinoko* dans la représentation culturelle de la maladie (Sud-Congo). *Cah. ORSTOM Sér. Sci. hum.*, 1983, 19 (2), 203-218.
13. HAGENBUCHER-SACRIPANTI (F.). — *Santé et rédemption par les génies au Congo*. Publisud, Paris, 1989, 304 p.
14. LEYGUES (M.) & GOUTEUX (J. P.). — La lutte communautaire contre une endémie tropicale : croyances surnaturelles et pièges à tsé-tsé au Congo. *Soc. Sci. Med.*, 1989, 28 (12), 1255.
15. MOUCHET (J.) & GUILLET (J. P.). — The motivating factors for community participation in vector control. In: TAIT (J.) & NAPOMPETH (B.). *Management of pests and pesticides. Farmers' perceptions and practices*. Westview Press, Boulder et London, 1985, 109-116.

Communication de M. Gouteux

Séance du 12 février 1992

INTERVENTION DE J. F. PAYS

Je suis très heureux que la *Société de Pathologie Exotique* accepte de publier cette correspondance sur un sujet d'anthropologie médicale appliquée. J'aimerais en profiter pour formuler publiquement le souhait que l'enseignement de l'anthropologie médicale trouve enfin, dans les enseignements destinés au personnel de santé souhaitant travailler dans les pays en voie de développement, non seulement une petite place, mais sa véritable place. Bien des échecs au plan de la lutte anti-vectorielle et des autres

mesures préventives, seraient ainsi évités. Le bio-médecin, en effet, oublie trop souvent que l'homme, même le plus apparemment démuné, est tout aussi « culture » que « nature », et que, dans toute société traditionnelle, la maladie, qui n'est qu'une des formes du malheur, s'inscrit dans un ensemble beaucoup plus vaste qu'un bio-médecin doit apprendre à gérer, comme il a appris à gérer les désordres du corps. Merci donc à Monsieur GOUTEUX de nous le rappeler par cette correspondance.