

# Les limites de l'apport des thérapeutes traditionnels dans la lutte contre les MST en Afrique

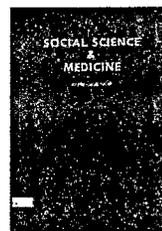
SANTÉ PUBLIQUE

**Les thérapeutes traditionnels – ou guérisseurs – si fréquemment consultés pour les MST, peuvent-ils être associés aux programmes de lutte contre ces affections, comme le propose cet article, voire aux soins de santé primaire liés au sida? Une telle démarche n'est pas sans danger, notamment dans l'optique d'une délégation de tâches médicales.**

Les maladies sexuellement transmissibles (MST), telles que syphilis, gonococcie, chancre mou et autres chlamydiae, sont fréquentes en Afrique subsaharienne, où elles expliqueraient l'importance de la transmission hétérosexuelle du sida, le virus s'introduisant dans l'organisme par les ulcérations génitales provoquées par les MST. On sait toutefois peu de

*Didier Fassin  
Médecin et anthropologue,  
département de sciences sociales et santé publique  
Université Paris-Nord (Bobigny)*

choses sur ces infections à transmission sexuelle, ni sur leur épidémiologie (les statistiques officielles sont notoirement sous-estimées), ni sur les conduites thérapeutiques auxquelles elles donnent lieu (seule une faible proportion des cas parvient dans des services de santé modernes). C'est à la lumière de ce constat qu'Edward Green propose de reprendre les données déjà assez anciennes – recueillies entre 1981 et 1985 – d'une étude ethnographique menée auprès d'une vingtaine de guérisseurs (*herbalists and diviners*) au Swaziland. Les Swazi distinguent deux grandes catégories de maladies: celles considérées comme africaines et celles perçues comme étrangères. Les MST font partie des premières. L'auteur en dresse une liste non exhaustive dans la nosographie locale, et indique, pour chaque pathologie identifiée, la symptomatologie, la cause et le remède.



Sexually transmitted disease, ethnomedicine and health policy in Africa  
E.C. Green  
Social Science and Medicine, 1992, 35 (2), 121-130

PM 220

21 AVR. 1993

ORSTOM Fonds Documentaire  
N° : 37.381 ex 1  
Cote : B P39 M

Ainsi, *likhubalo* se manifeste par une émission de pus ou de sang par l'urètre; lorsqu'un homme doit partir loin de son domicile pour son travail, il réalise des actes magiques censés l'assurer de la fidélité de sa femme; en effet, si celle-ci le trompe, l'homme qui aura commis avec elle l'adultère sera atteint de cette affection, alors que la femme n'aura pas de troubles; le traitement consiste en une sorte de vaccination, *kugata*, qui se fait par des incisions en divers points du corps avec une lame de rasoir; une pâte constituée de plantes médicinales brûlées est appliquée sur les blessures. Telle est la description obtenue auprès des thérapeutes traditionnels.

Les choses sont cependant plus complexes, car tous les guérisseurs ne sont pas d'accord en théorie sur la classification, ni même en pratique sur les diagnostics et les traitements. Peut-être en raison de ces variations, l'auteur entreprend auprès de 144 thérapeutes traditionnels un vaste recensement des affections les plus fréquemment rencontrées: *likhubalo* vient en troisième position, derrière les pathologies infantiles et les troubles mentaux; cité au premier rang des maladies swazi, il est considéré comme du ressort quasi exclusif des guérisseurs. Fréquence élevée des MST et recours préférentiel à la médecine traditionnelle sont également retrouvés dans une enquête ultérieure, menée cette fois au Nigéria auprès de 399 guérisseurs.

La principale difficulté vient toutefois de ce que la notion locale de transmission sexuelle ne correspond pas à celle utilisée en médecine moderne. D'une part certaines infections, manifestement d'origine vénérienne (ulcérations génitales ou écoulement de pus), sont considérées comme causées par des actes de sorcellerie; d'autre part, certaines pathologies non sexuellement transmises (bilharziose, lèpre, hernie, épilepsie) peuvent être interprétées comme la conséquence d'une relation sexuelle interdite. Le guérisseur et le médecin, utilisant apparemment les mêmes mots, ne désignent en fait pas les mêmes choses. Sur la base de ce matériau empirique, l'auteur propose que les thérapeutes traditionnels, si fré-

quemment consultés pour des MST, soient associés plus étroitement aux programmes de lutte contre ces affections. Certes, il ne se fait guère d'illusions sur l'efficacité réelle de leurs pharmacopées, mais il plaide pour une collaboration qui pourrait prendre deux formes: une formation des guérisseurs à l'identification des MST, et même la possibilité de les approvisionner en antibiotiques en leur indiquant des schémas thérapeutiques simples. Conscient des difficultés techniques (comment obtenir une bonne fiabilité des diagnostics?) et politiques (comment imaginer que des médecins ou des ministères de la Santé acceptent une telle délégation des tâches?), Edward Green suggère que des enquêtes complémentaires soient réalisées sur ce thème.

Les commentaires qu'appelle ce texte sont de deux ordres: scientifique et politique.

Sur le plan de l'analyse anthropologique, il a le mérite d'indiquer les limites de tout essai d'élaboration de nosographie traditionnelle, à cause de la variabilité des conceptions, et plus encore de montrer les risques de toute traduction, en raison de la non congruence des notions entre les savoirs locaux et la médecine moderne: ces constats ont des conséquences pratiques pour la mise en œuvre de programmes de santé, notamment pour ce qui concerne l'éducation.

Il est cependant utile de rappeler que le corpus qu'a recueilli l'auteur n'est constitué que de discours et, qui plus est, de discours de guérisseurs. Ce qui a deux conséquences importantes. D'une part, les discours sont toujours une version partielle de la réalité, résultat d'une reconstitution dans laquelle jouent la faculté d'analyser, la capacité à se souvenir, la volonté de paraître, etc. Il est toujours intéressant de confronter ce discours aux pratiques des gens (ce qui permettrait, en l'occurrence, de montrer la fréquence réelle du recours aux services de santé en cas de MST). D'autre part, les guérisseurs sont loin d'être des informateurs neutres dans ce domaine; ils auront tendance à majorer leur importance (notamment par rapport aux pratiques traditionnelles domestiques) et méconnaîtront certains phénomènes

que révéleraient des entretiens avec d'autres acteurs (par exemple, les raisons qui expliquent les réticences des malades à consulter dans les dispensaires: liens de parenté avec l'infirmier, manque de secret autour de l'information médicale, etc.). Tous ces éléments sont évidemment essentiels pour comprendre avant d'agir.

Sur le plan de la santé publique, les propositions prolongent certaines orientations élaborées par l'OMS pour « intégrer » les médecines traditionnelles dans le cadre des soins de santé primaires et qui semblent revenir à l'ordre du jour avec le sida<sup>1</sup>. Elles vont cependant plus loin, puisqu'elles incluent non seulement une formation mais également une délégation de tâches médicales.

Une telle démarche n'est pas sans danger<sup>2</sup>. Tout d'abord, quels guérisseurs va-t-on inclure dans ces programmes? C'est une vision ethnocentrique que d'imaginer un corps de thérapeutes clairement identifiable, comme c'est le cas pour la médecine moderne; en réalité, bon nombre d'adultes disposent d'un savoir sur les maladies et sont sollicités pour des soins. De plus, il y a fort à parier que, comme à chaque fois qu'il y a intervention des pouvoirs publics dans le champ de la tradition, ce soient les moins reconnus des guérisseurs qui cherchent le plus à profiter de cette nouvelle légitimité. Ensuite, comment effectuer cette délégation de l'activité thérapeutique? On peut douter que les guérisseurs soient capables de transformer, après quelques heures de formation, leur système de représentations des maladies, dont on a vu qu'il ne correspondait que très partiellement à celui des médecins. Dans ces conditions, peut-on espérer qu'ils traitent correctement et sans risque avec des antibiotiques?

S'il est important de réunir, comme le fait Edward Green, des données ethnographiques sur les MST, on peut se demander si les solutions politiques ne passent pas plutôt par une amélioration de la formation, de la supervision et des conditions de travail des professionnels de santé, avec l'objectif de rendre les services modernes un peu plus accueillants et efficaces. - **Didier Fassin**

« MAGIC » ?

## Etude de l'effet d'annonce de la séropositivité de Magic Johnson

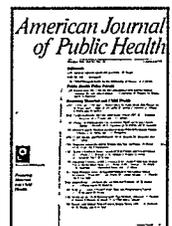
Isabelle Grémy  
Médecin épidémiologiste  
Observatoire régional de santé  
d'Ile-de-France (Paris)

**L'annonce faite par la star du basket américain Earvin « Magic » Johnson de sa séropositivité semble avoir eu une influence bénéfique sur le climat social, voire sur les comportements individuels vis-à-vis du sida. Mais en aurait-il été de même dans l'hypothèse d'une annonce similaire de Michael Jackson ou de Mike Tyson, ou si Magic Johnson avait annoncé avoir été contaminé homosexuellement ou par injection intraveineuse de drogue?**

L'annonce publique et volontaire par une personnalité de sa séropositivité constitue un geste d'une portée éminemment symbolique qui peut entraîner un changement bénéfique de climat social, voire un changement des attitudes et des comportements individuels vis-à-vis du sida. C'est l'hypothèse d'un récent article paru dans l'*American Journal of Public Health*. Les auteurs, Kalichman et Hunter, ont étudié l'impact sur la population urbaine de Chicago de l'annonce faite par le célèbre joueur de basket Earvin « Magic » Johnson de sa séropositivité lors d'une conférence de presse le 7 novembre 1991.

1 - B. Hrunfest Schoepf  
«Aids, sex and condoms : African healers and the reinvention of tradition in Zaire»  
*Medical Anthropology* 1992, 14 (2-4), 225-242

2 - D. Fassin et E. Fassin  
«Traditional medicine and the stakes of legitimation in Africa»  
*Social Science and Medicine*, 1988, 27 (4), 353-357



The disclosure of celebrity HIV infection: its effects on public attitudes  
Kalichman Seth C. et  
Tricia L. Hunter  
*American Journal of Public Health*, 1992, 82, 1374-1376

