

A propos d'efficacité médicale en Afrique Noire*

par CLAUDE PAIRAULT

M.S. Patel (1987 : 169) a défini, par opposition à « médecine scientifique », ce qu'il entend par « médecine holistique » : « une approche globale de la santé dans le cadre de ses équilibres dynamiques ». Selon lui, « médecine holistique » équivaut à des expressions aujourd'hui courantes, telles que « médecine traditionnelle », « médecine alternative », « médecine complémentaire ». Avant de débattre sur le point de vue, scientifique ou holistique, à partir duquel il convient d'envisager l'efficacité médicale, chacune de ces formules appelle sans doute examen.

1. Précisions terminologiques

Rappelons d'abord que « médecine scientifique » suppose le mot « science » entendu dans son sens actuel, c'est-à-dire non pas comme simple synonyme de « savoir » (encore moins de « sagesse »), mais de savoir spécifié par une méthode positive, expérimentale, laquelle admet une incessante remise en question, sous forme de critique elle-même positivement ou expérimentalement menée dans le but d'éprouver la validité des résultats acquis. En d'autres termes, est habituellement dite « scientifique » toute discipline fondant ses connaissances sur

* En 1987, existait à Bamako un groupe de travail dont l'initiative revient au docteur Jean-Pierre COUDRAY, trop vite enlevé à la tâche et à notre amitié. C'est avec l'aide de ce groupe qu'a pris forme le présent essai, depuis lors repris et retouché.

l'expérimentation méthodique et critique des résultats qu'elle atteint, censés objectifs « jusqu'à nouvel ordre » (on sait l'importance conférée par K. Popper à l'épreuve toujours possible de la « réfutation »). A ce titre, il existe un vaste ensemble de disciplines médicales qui n'échappent pas à une telle condition, et organisent ce qu'il est convenu d'appeler la « médecine scientifique » (MS) ou « médecine conventionnelle » ou « biomédecine ».

Prise dans un sens rigoureux, la formule « médecine holistique » (MH) mérite d'être opposée à la précédente en ce que, visant comme celle-ci la restauration, le maintien et l'amélioration de la santé humaine, elle ne limite pas son art à la mise en œuvre de critères « scientifiques ». Ce n'est pas qu'elle exclut le recours à la science, mais ou bien elle s'en passe ou bien elle le dépasse au profit d'une démarche empirique (1). Quant à son objet, c'est, à vrai dire, moins la « santé » que la restitution ou la promotion de personnes saines, traitées dans leur globalité existentielle.

Dans le cas d'une médecine *traditionnelle* (MT), les « tradipraticiens » qui l'exercent se passent de la science non point de façon décidée, mais par antécédence (2). Les professionnels de MS préféreront sans doute dire « par ignorance » (mais eux-mêmes ne sont-ils pas le plus souvent ignorants des itinéraires de MT ?). Il faut bien comprendre que les tradipraticiens ressortissent à un monde étranger au « nouvel esprit scientifique » : ils exploitent un legs socio-familial, éventuellement enrichi de leur propre empirisme individuel. Parler de médecine traditionnelle engage, du reste, à réfléchir sur la nature de ce legs, c'est-à-dire sur ce qu'on nomme communément « tradition ».

S'exprimer en termes de médecine alternative ou de médecine complémentaire signifie plutôt que, se plaçant dans la perspective d'une médecine scientifique, on admet le dépassement possible de celle-ci vers une « autre » voie, vers un « complément » jugé opportun. C'est dans le terrain de MS que ces formules ont germé, pour caractériser en Europe, par exemple, un ensemble de recours actuels à homéopathie, acupuncture, irido-, auriculo-, mésothérapie...

Il paraît donc abusif, parce que scientiocentrique (3), de mettre « médecine traditionnelle » dans le même sac que « médecine alternative »

(1) Le terme « empirique » est, dans ces pages, régulièrement contredistingué d'« expérimental » (cf. le couple anglais *experienced / experimented*).

(2) Au sujet de ceux qu'on appelle ici « tradipraticiens » ou « tradithérapeutes » ou « guérisseurs », les tenants de MS parlent éventuellement de « médecine préscientifique » ou même, non sans quelque condescendance, d'« antémédecine » (cf. Henri Ey, 1981).

(3) Ce (mauvais) néologisme est risqué par analogie avec « ethnocentrisme ». Il a seulement le mérite d'évoquer brièvement le biais qu'on veut ici repérer : celui d'une référence immédiate et, pour ainsi dire, totalitaire au langage scientifique, alors que celui-ci se classe, de fait, comme un langage parmi d'autres.

ou « médecine complémentaire ». En Afrique sub-saharienne, les médecines traditionnelles ne se sont jamais soucies de dépasser quelque autre méthode de cure ou de prévention ; elles se sont constituées comme autosuffisantes. S'il n'en va plus de même aujourd'hui, c'est ou bien le fait d'une clientèle à qui MS propose maintenant une offre alternative, ou bien l'idée des modernes « agents de santé », dont un certain nombre admettent que MT puisse œuvrer désormais en complément de leur art. Au vrai, l'autosuffisance originelle de MT s'enracine dans l'autosuffisance qui caractérise toute tradition vivante : nous aurons à revenir sur ce point.

2. Le sens conféré en MS à « efficacité médicale »

A. L. Cochrane (1977 : 8-9) donne un excellent exemple de la manière dont la médecine scientifique analyse cette notion. Il distingue « efficacité » (*effectiveness*) et « efficience » (*efficiency*). La première concerne les résultats sanitaires obtenus, et la seconde l'économie des moyens mis en œuvre pour atteindre ces résultats.

Objets de mesure possible, l'une et l'autre sont traduisibles en indices qui permettent d'analyser la valeur des actions médicales au sein d'un système national de santé. D'où, pour apprécier le fonctionnement du système, un parcours en deux étapes : « la première consiste à mesurer l'influence de toute activité médicale sur le cours naturel de la maladie. Depuis l'introduction des essais contrôlés avec tirage aléatoire des sujets et des témoins (*randomized controlled trial*), nos connaissances se sont considérablement accrues, bien qu'elles restent encore fort limitées. C'est dans ce sens que j'ai utilisé le terme efficacité, entendant par là l'efficacité établie scientifiquement par les résultats d'essais contrôlés, notamment dans le domaine thérapeutique. »

Après (ou corrélativement à) l'étude de l'« efficacité », vient celle de l'« efficience », c'est-à-dire « l'analyse coût/avantages des traitements appliqués dans la pratique médicale courante au sein d'une collectivité donnée. [...] c'est toute une stratégie qui doit être développée pour obtenir les meilleurs résultats, à partir d'un budget et de ressources donnés, pour résoudre non seulement les problèmes du traitement proprement dit, mais ceux du dépistage, du diagnostic, du lieu où le patient doit être traité, de la durée du séjour hospitalier et, si nécessaire, de la réadaptation. »

Il appert que l'« efficience » ici recherchée pourrait aussi bien s'appeler « efficacité économique ». La distinction retenue par Cochrane atteste, en effet, une caractéristique de la MS, à savoir que son

efficacité médicale est solidaire d'ajustements techno-économiques (4). Au bout du compte, l'« inflation médicale » se mesure à l'aune économique : un bon service de santé est celui dont les bénéfices socio-économiques balancent le coût monétaire.

3. L'efficacité d'une médecine traditionnelle

Pour tenter d'en parler à bon escient, il convient d'affronter les trois questions suivantes : 1) D'où interroge-t-on cette efficacité ? 2) En quoi consiste-t-elle ? 3) Comment l'évaluer ?

3.1 Qui la questionne ?

Sauf exception conjoncturelle (5), — les tradipraticiens n'ont guère de raisons pour jauger l'efficacité de leur art, que celui-ci résulte d'un don, d'un héritage ou d'une acquisition. Là où ils exercent, il leur suffit d'être crédités par leur entourage d'un savoir-faire qui assure leur statut de guérisseur. Quant audit entourage, il évalue de manière tout à fait pragmatique l'efficacité d'un tradipraticien ou d'une tradipraticienne à sa disposition. Enfin, pour les clients comme pour les guérisseurs, l'efficacité d'un traitement compte sans doute moins que son efficacité, c'est-à-dire l'obtention d'un effet salutaire : le temps consacré aux soins ou à la cure n'a pas à être parcimonieusement mesuré (ici, la formule « Time is money » ne vaut pas), le matériel et les médicaments sont cueillis à la ronde, et, en fait de monnaie, les « espèces » se remplacent éventuellement par des prestations en nature ou en travail, sans parler de tous les « crédits » possibles plus ou moins vite éponageables. En outre, quelles que soient les modalités de rémunération, les tarifs pratiqués sont plutôt mobiles : ils peuvent s'adapter au pouvoir économique des clients, à leur qualité sociale, et dépendre aussi du succès du traitement.

Dans ces conditions, il faut sans doute convenir que la question de l'« efficacité » en MT intéresse surtout les prosélytes de la MS. Ou

(4) Dans n'importe quel pays à dominante technologique et monétarisée, la non-dissociation médecine/économie est un *fait de société*, d'où la pertinence de la méthodologie indiquée par Cochrane dans le contexte qu'il envisage (le Service National de Santé britannique, institué en 1948). Au reste, pareil fait de société se généralise désormais à tous les pays du monde, dans la mesure où l'outil monétaire s'est aujourd'hui universalisé. Pour Cochrane, une telle approche se justifie en outre par sa compatibilité avec l'*obligation éthique d'égalité* face aux services de santé (cf. p. 9 et pp. 115-124).

(5) Voir, en contexte indien d'Amérique, l'histoire d'un vieux chaman dont la réputation est compromise par les succès thérapeutiques d'un jeune collègue, Quesalid (LÉVI-STRAUSS, 1958 & 1974 : 195-196).

bien ceux-ci sont portés à voir dans les « confrères » tradipraticiens des concurrents à supplanter pour cause d'incompétence, mais l'inefficacité censée résulter de l'incompétence qu'on suppose doit alors être démontrée. Ou bien, constatant que nombre de patients persistent à osciller entre médecins conventionnels et guérisseurs, ils voudraient se donner les moyens d'apprécier objectivement l'efficacité tradipraticienne. Mais, à cet égard et de manière fort compréhensible, l'embarras des médecins est grand : pour analyser une « efficacité », ils sont habitués (du moins, espérons-le) à manier des indices touchant aux domaines de prévention, de traitement (cf. Cochrane 1977 : 15). Or, si l'on peut utilement retenir une telle catégorisation des activités biomédicales, ce ne peut être sans un examen attentif des contenus qu'elle recouvre lorsqu'il s'agit d'activités tradipraticiennes, — au même titre que, pour un économiste de la santé, l'analyse coût/avantages se heurte, dans ce dernier cas, à des données dont la consistance échappe aux procédures habituelles de saisie. Pour sortir de l'impasse (à supposer qu'il y ait moyen d'en sortir), il vaut la peine de tenter une réflexion plus approfondie sur la nature de l'efficacité tradipraticienne.

3.2 En quoi consiste-t-elle ?

Puisqu'il s'agit de « médecine traditionnelle », le moment est venu de s'interroger sur ce que signifie une *tradition*. Voici, à ce sujet, quelques remarques (6).

1- Le mot « tradition » est apparemment simple à comprendre, car chacun d'entre nous, quelle que soit son origine, sait d'expérience que « sa » tradition est la moëlle de ses os, qu'il en vit : manière d'être, mœurs, us et coutumes familiaux, religieux, nationaux... Pourtant, sous cette limpidité de surface, la tradition « est cachée par son essence même, par le mode d'action qui lui est propre. La tradition nous forme dans son moule ; mais nous restons toujours dans ce moule : impossible de le regarder de l'extérieur. D'ordinaire, les hommes ne connaissent pas leur tradition — *parce qu'ils la vivent.* »

2- C'est par la rencontre (souvent conflictuelle) d'une *autre* tradition qu'une tradition donnée est amenée à prendre conscience de son propre « moule », et, avec des répercussions variées, à sortir ainsi de sa coquille. L'histoire fourmille d'exemples plus ou moins réussis ou tragiques pour illustrer ce processus.

3- Dans chaque société, les us et coutumes « sanitaires » ressortissent, comme les autres manières d'agir et de penser, à la tradition de cette société. La « science » et, par conséquent, la MS se présente elle-même

(6) Elle s'appuie, en particulier, sur Eric WEBL (1971 : 9-21). Les citations suivantes lui sont empruntées.

comme le fruit d'une certaine tradition expérimentale (écrite) dite « occidentale ». De même, au sein d'une société africaine, l'art empiriquement exercé par des tradipraticiens et l'efficacité qu'on leur reconnaît sur place émanent d'une tradition (orale) propre à cette société (7). Autrement dit, c'est d'une tradition donnée que sont toujours tributaires et l'exercice de la « médecine » et le jugement porté sur son efficacité.

4- Une particularité de la tradition occidentale, dont le cheminement scientifique forme une composante (8), est d'apparaître « comme la tradition dans laquelle la tradition est une question toujours ouverte [...] ». On peut l'exprimer autrement : [...] (cette) tradition est progressive, elle est peut-être la tradition qui, si l'on en croit Arnold Toynbee, est capable de réagir positivement aux stimuli qu'elle reçoit des autres civilisations ; c'est une tradition qui sans cesse se transforme elle-même. [...] C'est la tradition qui ne se satisfait pas de la tradition. » Si ce diagnostic d'Eric Weil est accepté, on admettra que, dans la confrontation africaine actuelle entre MS et MT, il incombe aux professionnels de MS d'analyser sérieusement pareille rencontre et d'en tirer profit. En toute hypothèse, la rencontre MS/MT s'opère *de fait* sous nos yeux (les patients s'adressent volontiers aux deux « médecines »), mais le temps est peut-être arrivé qu'elle parvienne à s'opérer de droit, au lieu de s'imposer conjoncturellement et de façon plutôt désordonnée.

5- Le « droit » ici évoqué ne se résume pas à la mise en œuvre d'une procédure juridique administrativement établie. Au Mali, par exemple, où pareille initiative a été prise (9), elle a vite tourné court. C'est que le droit national édicté par un Etat dans des textes écrits n'est pas immédiatement superposable aux droits communautaires portés de vive voix dans chaque coutume ethnique : il est compréhensible qu'un tradipraticien estime impertinent un « diplôme » à lui proposé par une autorité tout à fait étrangère à celle qui lui a déjà conféré sa qualification...

(7) Dans le cas de la médecine expérimentale, les progrès réalisés sont corrélatifs d'un recours à « protocoles », « tableaux », « recettes », « formules » livrés à et par l'écriture. Cf. l'important ouvrage de J. GOODY, 1979.

(8) Et, dans ce cheminement scientifique, l'itinéraire MS.

(9) Avant même la déclaration d'Alma Ata (1978) sur l'obligation et les moyens d'instaurer un système de soins accessible à tous, le Mali avait entrepris l'élaboration de ce qu'on appelle maintenant « Soins de Santé Primaires » (SSP). Dans ce cadre, où il semblait que les tradipraticiens doivent occuper une place, leur intégration juridique au système a été tentée en 1982 : un Institut national de recherche sur la pharmacopée et la médecine traditionnelles procédait au recensement des tradithérapeutes et à l'appréciation de leur compétence (testée pendant quatre mois), puis distribuait une « carte professionnelle » à ceux et celles d'entre eux jugés capables d'exercer une activité sanitaire utile à la population. Cet essai a été stoppé dès 1983, car un certain nombre de candidats ou de bénéficiaires entendaient profiter de cette carte pour assooir et augmenter abusivement leurs « tarifs », faire valoir leur « droit » d'agent de santé, etc.

Positivement, voici le premier « droit » dont une médecine traditionnelle pourrait bénéficier : celui d'être connue et reconnue *théoriquement* par les agents de la biomédecine ; c'est dans la mesure où cette étape aurait été franchie que pourra utilement se poser, dans un second temps, la question d'une reconnaissance juridique de praticiens traditionnels. Mais entreprendre semblable connaissance et reconnaissance théorique oblige à explorer un domaine exubérant, dans lequel il s'agit de relever des dimensions techniques et des composantes symboliques, de situer et comprendre les entrecroisements d'une logique d'ordre mythique avec celle de la raison raisonnante. Faute de quoi, on ne saurait tenter quelque étude objective des conduites tradithérapeutiques, c'est-à-dire essayer une *traduction* « scientifique » des critères progressivement identifiés. Or, seule l'analyse de cette traduction peut aboutir à une correcte appréciation de l'« efficacité » qu'on voudrait sonder.

3.3 Comment l'évaluer ?

L'identification des critères traditionnels de l'efficacité n'est pas à chercher ailleurs qu'auprès des tradipraticiens et de la société qui les consulte. Il s'agit là d'un travail « sociologique » (10) dont les articulations ne sont pas moins complexes que celles du corps social où ce type de travail est mené. Une compétence tradipraticienne ne s'acquiert pas à l'école, comme c'est le cas pour infirmiers, sages-femmes et médecins ; elle se transmet dans un réseau familial, de manière ésotérique. D'autre part, la performance ou l'efficacité tradipraticienne est conditionnée par des représentations ambiantes concernant la vie, la santé, la maladie, la mort. On sait que, très généralement, les sociétés négro-africaines se caractérisent par une idéologie vitaliste, c'est-à-dire par le prix souverain accordé à l'apparition et aux manifestations de la vie humaine. C'est par rapport à *cette* vie (et non pas rapport à une « vie éternelle ») que croyances et pratiques traditionnelles prennent leur forme religieuse (11). Ici, l'homme n'est pas « le capital le plus précieux », mais, à l'inverse, le capital le plus précieux consiste dans l'homme vivant. Ici, l'individu n'est pas une sorte d'appareil psychobiologique à entretenir et à réparer chimio-mécaniquement, mais l'enjeu

(10) Les guillemets encadrant ce mot veulent dire qu'il est employé dans son sens le plus large, lequel inclut aussi bien ce qu'on appelle « ethnographie », « ethnologie », « anthropologie ». A qui demeurerait étroitement attaché aux distinctions taxonomiques, je rappelle une heureuse formule d'André LEROI-GOURHAN : à la différence du sociologue classique, un ethnologue (ou un anthropologue) ne « pose » pas de questions, mais « se pose des questions » à partir de celles qu'il déchiffre dans la conversation du groupe social où il exerce son métier. En l'occurrence, c'est bien de cela qu'il s'agit.

(11) Une telle attitude excède, au reste, l'espace social du continent africain. Au début de sa *Sociologie de la religion*, Max WEBBER insiste sur ce point.

et la jonction personnelle de relations communautaires, dont sa maladie éventuelle atteste la dégradation ou compromet l'indispensable existence. Soigner efficacement consiste dès lors, pour nombre de tradipraticiens (12), à restaurer, *au travers des cas individuels pris en compte*, une santé collective, — d'où l'importance accordée à des conduites sociales diagnostiquées dans la divination, ou prescrites pour le traitement consécutif.

En quoi les représentations mises en œuvre attestent-elles, tant chez les devins et guérisseurs « traditionnels » que dans la société où ils opèrent, l'empreinte d'un modèle (ou d'une conception) de l'efficacité ? — Répondre à cette question conduirait sans doute à une forme de théorie dans laquelle l'efficacité, convenablement définie en relation avec d'autres concepts, jouerait un rôle. Dès lors, pareille théorie pourrait être comparée à d'autres, à celle notamment qui caractérise la médecine expérimentale.

Mais, une fois mieux approchée cette conception de l'efficacité tradipraticienne, il reste à se demander comment en dégager les critères spécifiques permettant de l'observer, d'en fixer le niveau ici et là (que ce soit du point de vue du tradipraticien, ou de celui de sa société).

La méthode ici suggérée se fonde, à l'évidence, sur ce postulat que la science commence avec la mesure. Seulement, mesurer les résultats d'une activité aussi globale que celle des tradipraticiens entraîne l'évaluateur au-delà des techniques routinières, le contraint d'abord à critiquer ses étalons classiques de mesure, et, du fait même, la pertinence des instruments statistiques auxquels il se fie d'habitude. Ainsi, pour aboutir à la détermination d'un taux de guérisons, il vaut la peine d'interroger préalablement non seulement l'équivalence ou la non-équivalence des classifications nosologiques locales et des taxinomies scientifiques (13), mais le concept même de *guérison* : correspond-il, pour la population concernée, à celui que l'observateur a en tête ? A supposer que, dans un bon nombre de cas, la correspondance demeure problématique, que signifieront en réalité les mesures effectuées ? S'il est entendu que les tradipraticiens pratiquent eux-mêmes l'observation, mais une observation non expérimentalement mesurée, peut-être l'atteinte de ce qu'ils conçoivent comme « guérison » serait-elle avantageusement obtenue, de manière négative, par le repérage de ce qu'ils considèrent comme échecs dans l'exercice de leur art.

Bref, si pour évaluer l'efficacité de la « médecine traditionnelle », MS se borne à rassembler des critères « classiques » (tels qu'énumérés dans un bon manuel), il est clair que l'analyse à suivre risque d'être

(12) Peut-être faut-il excepter de ce nombre certains « spécialistes » comme, par exemple, les rebouteux, mais on ne peut en décider a priori.

(13) Cf. telle étude de Doris BONNET (1986) sur le paludisme chez les Mosi du Burkina Faso, ainsi que les chapitres 2 et 3 du présent ouvrage.

sinon inutile, du moins superficielle, par le simple fait qu'elle traitera pratiquement MT en département annexe de la biomédecine. Elle ne permettra pas de réaliser la rencontre épistémologique souhaitable entre MS et MT, rencontre qui implique une conception renouvelée de l'« efficacité médicale ». Autrement dit, n'évaluer de MT que ce qui intéresse MS (14) est fondamentalement insuffisant : il n'y a rien à traduire là où une langue étrangère n'a pas encore été pénétrée. Au demeurant, dans la « traduction » à essayer, il s'agit non seulement d'appréhender le sens des actes posés ou prescrits par le guérisseur, mais de comprendre la signification des « actes assertifs » préalablement accomplis, dans la plupart des cas, par les gestes du devin (15).

4. Vers une « médecine holistique »

D'emblée, nous avons distingué « en première approximation » médecine scientifique et médecine holistique. Il importe maintenant de souligner l'ambiguïté d'une telle distinction. En effet, une médecine holistique ne saurait être juxtaposée (comme dans les deux colonnes d'un même tableau) à la médecine scientifique ; MS, certes, n'est pas MH, mais MH ne mérite son épithète « holistique » que si elle englobe MS. Cette remarque sémantique peut servir à éclairer les modalités d'une réelle rencontre de MS et MT en Afrique. L'objectif de cette rencontre à poursuivre pourrait s'énoncer ainsi : comment passer du syncrétisme actuel MS/MT à une synthèse, à la fois théorique et pratique, des deux sphères ? Plus simplement : beaucoup de « patients » africains s'adressent à l'une et l'autre médecines, en fonction de la conjoncture ou pour des raisons (économiques ou autres) qui sont les leurs ; n'est-il pas envisageable que ces recours deviennent coordonnés pour des raisons effectivement perçues par les patients, et comprises en même temps qu'admises et par MS et par MT ? — Dans la mesure où pareil objectif serait atteint, on pourrait alors sérieusement parler d'une « médecine holistique » africaine.

Pour avancer dans cette direction, deux démarches complémentaires paraissent obvies.

1- La première, d'ordre pratique, suppose un aménagement approprié dans la formation des agents modernes de la santé : les rendre attentifs à la présence et à l'action de leurs collègues tradithérapeutes. Ce point n'est pas encore couramment acquis, comme en témoignent, par exemple, les paroles (littéralement traduites) d'un chef coutumier, lui-

(14) Par exemple : les vertus phytochimiques d'une pharmacopée.

(15) Les modalités d'une telle entreprise sont remarquablement indiquées dans un texte d'Andras ZEMPLÉNI (1986).

même guérisseur, rencontré en septembre 1985 dans un village doté des « soins de santé primaires », au sud du Mali :

Question — Est-ce que les hygiénistes-secouristes sont déjà venus vous voir, soit pour vous demander un conseil, soit pour vous envoyer des malades qu'ils ne pouvaient pas soigner ?

Réponse — Ils n'ont jamais entrepris une telle démarche auprès de moi. Ils ne sont jamais venus me demander conseil ni me donner un malade. L'année dernière, mon fils élève avait sur tout le corps des boutons qui le démangeaient et provoquaient des plaies. Les hygiénistes ont soigné ces plaies pendant deux jours de suite, sans succès. J'ai pris mon enfant, et je lui ai donné mes remèdes. Toutes les plaies se sont desséchées.

Q — Accepteriez-vous de recevoir un malade envoyé par les hygiénistes-secouristes ?

R — Bien sûr que oui, et avec plaisir. Et si le malade guérissait, ce serait une action de grâce et de charité à mon compte.

Q — S'ils vous demandent de leur indiquer vos remèdes, accepterez-vous ?

R — Je n'accepterai pas si facilement, tant qu'ils n'auront pas fait leur requête selon les normes convenues.

Q — Quelles sont ces normes ?

R — Il suffit qu'ils viennent me voir et disent : « Cher vieux, nous avons appliqué en vain nos médicaments, aide-nous pour ce cas-là ». Dès qu'ils me disent « aide-nous », je ferai tout ce qui est possible pour les aider. Même s'ils me demandent de leur indiquer les arbres médicinaux, je le ferai volontiers, car je ne suis pas né avec la connaissance de ces arbres. J'ai obtenu cette connaissance de mes pères. Quelqu'un m'a montré les arbres, je dois les montrer à un autre. Mais il faut que les jeunes fassent d'abord un pas.

2- La seconde démarche — sur laquelle nous avons déjà insisté — est d'ordre théorique. Elle implique la contribution permanente de ce qu'on peut appeler les « sciences sociales de la santé » : anthropologie, démographie, économie, épidémiologie, géographie, linguistique, psychologie, sociologie... C'est seulement au travers de ce genre de disciplines que peut être appréhendée, dans ses dimensions complexes, la situation sanitaire d'une population, ainsi que la nature et le sens des rapports entretenus par cette population avec les agents de l'une et l'autre médecines. A moindres frais, les programmations de la santé publique ou tous ajustements de processus en cours ne pourront trop souvent correspondre qu'à d'onéreuses et vaines tentatives. Certes, « il est grand temps de réaliser — mais en dehors des ornières biomédicales de l'efficacité — » que l'art des devins et guérisseurs traditionnels « n'est pas un ersatz "magique", "primitif" ou "irrationnel" de la médecine occidentale, mais bien sa *part manquante* qu'elle a dû refouler en dissociant — à tort et à raison scientifique — le social et le biologique. » Ce propos tenu naguère par A. Zempléni (1986 : 41) n'a pas encore perdu son actualité.

*

Tout cela étant dit, et par manière de conclusion interrogative, je dois enfin me demander si la quête d'une véritable *synthèse* théorique et pratique correspond à une entreprise réaliste — c'est-à-dire possible —, alors que le monde des médecines traditionnelles se satisfait manifestement de syncrétismes capables d'exubérantes inventions (16). Il n'est que de lire ou de relire, par exemple, ce qu'a décrit Frank Hagenbucher-Sacripanti sur les « usages de la biomédecine comme cause de maladie et de guérison » (1989 : 143-157) pour prendre conscience de ce fait. Riche en histoire édifiantes, le chapitre auquel je me réfère met en évidence l'incompatibilité des deux médecines, conventionnelle et traditionnelle, *en même temps qu'*un vigoureux désir de les voir collaborer. Ainsi, à propos de structure hospitalière, les prédicateurs du mouvement *mvulusi*, au Congo, « insistent non seulement sur son incapacité [= celle de l'hôpital] d'identifier, et, *a fortiori*, de soigner les maladies d'origine 'mystique', mais encore sur sa contribution à leur expansion en raison d'une absence de protection spirituelle dont profite tout sorcier désireux de venir y "achever un malade" (*kufumba cibê:do*). Ils n'en concluent pas moins leur propos en invoquant l'indispensable collaboration des deux médecines. » (p.157)

Conviendrait-il alors de parler surtout en termes de « négociation » et de « symbiose », et me faut-il admettre que, quêtant les conditions d'une « rencontre » réelle, d'une « synthèse », je viens seulement de développer ici quelques éléments d'une recherche utopique ?...

RÉFÉRENCES

- BONNET D., 1986, *Représentations culturelles du paludisme chez les Moose du Burkina*, Ouagadougou-Paris, ORSTOM, 64 pages.
- COCHRANE A. L., 1977, *L'inflation médicale. Réflexions sur l'efficacité de la médecine*, adaptation française par les docteurs A. Rougemont et E. Gubéran, Paris, Editions Galilée, 192 pages.
- EY H., 1981, *Naissance de la médecine*, Paris, Masson, 232 pages.
- GOODY J., 1979, *La raison graphique. La domestication de la pensée sauvage* (édition anglaise originale : 1977) Paris, Les éditions de minuit (coll. Le sens commun), 280 pages.

(16) En matière de préventions et de soins, cette propension au syncrétisme semble particulièrement vivace dans les pays de forêt (dont j'ai personnellement une expérience fort limitée).

- HAGENBUCHER-SACRIPANTI F., 1989, *Santé et rédemption par les génies au Congo*, Paris, Publisud, 304 pages.
- LÉVI-STRAUSS C., 1958 & 1974, *Anthropologie structurale*, Paris, Plon, 454 pages.
- PATEL M.S., 1987, « Evaluation of holistic medicine », *Social Science and Medicine*, vol. 24, n° 2, p. 169-175.
- WEIL E., 1971, « Tradition et traditionalisme », *Essais et conférences*, tome 2, Paris, Plon, p. 9-21.
- ZEMPLÉNI A., 1986, « La "maladie" et ses "causes" », *L'Ethnographie*, t. LXXXI, n° 96-97 (1985-2 et 3), Paris, p. 13-44.