



## Bulletin Amades

Anthropologie Médicale Appliquée au Développement Et  
à la Santé

50 | 2002  
50

---

# Médecine traditionnelle et coopération internationale

Alain Epelboin

---



### Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/amades/900>  
ISSN : 2102-5975

### Éditeur

Association Amades

### Édition imprimée

Date de publication : 1 mai 2002  
ISSN : 1257-0222

### Référence électronique

Alain Epelboin, « Médecine traditionnelle et coopération internationale », *Bulletin Amades* [En ligne],  
50 | 2002, mis en ligne le 16 juillet 2009, consulté le 01 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/amades/900>

---

Ce document a été généré automatiquement le 1 mai 2019.

© Tous droits réservés

---

# Médecine traditionnelle et coopération internationale<sup>1</sup>

Alain Epelboin

---

## NOTE DE L'ÉDITEUR

Nous ouvrons par un texte d'Alain Epelboin cette rubrique qui figurera désormais deux fois par an dans le Bulletin d'Amades. L'exposé d'une question, d'un point de vue, d'une controverse par un auteur sera ainsi soumis aux membres d'Amades, auxquels nous demanderons de réagir en nous adressant leurs commentaires qui seront communiqués à l'auteur du texte et présentés avec sa réponse dans un numéro suivant. On peut d'ailleurs souhaiter que cette rubrique soit couplée avec un réseau de discussion par Internet, Amades mettant en ce moment en chantier un site.

Nous remercions Alain Epelboin de nous avoir accordé l'autorisation de reproduire la note qui ouvre cette rubrique.

« ... leur art (celui 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. » Andras Zempleni, « La maladie et ses causes », in *Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture*, L' Ethnographie, T. LXXXI, 1985, N° 96-97, pp. 13-44.

« Notre rôle est aussi de « raison garder » et de ne pas céder aux modes et aux surinterprétations, de ne pas confondre l'identitaire, le symbolique et le médical. Ne pas donner aux autres une médecine dont nous ne voudrions pas et dont ils se contentent souvent faute d'avoir la nôtre... Que de mépris parfois dans le « respect » ! » Comm. pers., Jean Benoist, mars 2002.

- 1 La « médecine traditionnelle » n'est pas l'apanage des pays en développement : elle existe également en France, que ce soit sous la forme d'un marron glissé dans la poche d'un haut fonctionnaire par son épouse pour le prémunir des rhumatismes, d'un collier de perles d'ambre donné à un bébé « faisant » ses premières dents, de l'absorption saisonnière de

tisanes et de simples, d'une « pierre noire » conservée précieusement pour guérir une morsure de serpent, d'une médaille de St Christophe suspendue au rétroviseur ou au trousseau de clé.

- 2 « Médecine traditionnelle » est un concept flou qui déborde largement le champ de la santé et qui implique directement le social, le religieux, le politique, l'économique.
- 3 Il ne convient pas d'opposer une médecine traditionnelle et une médecine scientifique : leurs sémiologies, leurs nosologies se croisent, mais ne se confondent pas. Plutôt que de médecines, il s'agit de systèmes de prise en charge du malheur (biologique ou non) qui s'appuient sur des théories du corps, de la santé, de la maladie, du malheur, du guérissage, ancrées dans les histoires des cultures et des religions qui ont construit et construisent un pays.
- 4 La santé n'est pas une simple absence de maladie ou de handicap, mais plutôt un état de bien-être complet sur les plans physique, social ou mental. Bien-être biologique et bien-être culturel ne sont pas toujours en phase : les normes et conduites sociales, si elles ont toujours un sens au sein de chaque culture, n'optimisent pas nécessairement l'état de santé. Inversement, on connaît les puissantes répercussions du « moral » sur la santé physique, dont les effets bénéfiques ne peuvent guère se produire hors du cadre psychosocioculturel qui détermine celui de l'individu.
- 5 Les comportements humains (alimentaires, hygiéniques, génésiques, éducatifs, sanitaires, thérapeutiques, etc.) se manifestent à travers des pratiques, des usages, des savoirs et des savoir-faire fortement marqués par leur composante psycho-culturelle. Ils sont transmis d'une génération à l'autre, comme d'un groupe humain à l'autre, lors de contacts entre les peuples, à l'occasion de migrations, de quêtes thérapeutiques et plus récemment par le biais des médias. Ils représentent à la fois des facteurs de risque qui peuvent amplifier l'état de déséquilibre caractérisant l'état de santé, ou des « réponses » permettant d'abaisser l'intensité de la ou des contraintes générées par le milieu.
- 6 L'omniprésence du recours aux « médecines traditionnelles » tient tout d'abord à leur proximité, leur disponibilité et leur adéquation philosophique avec les cultures autochtones, et il y a presque autant de médecines traditionnelles que de cultures ! Les médecines traditionnelles sont aussi la mémoire de générations, de cultures disparues, mais survivantes au travers de savoirs, de fragments de pensée symbolique, de rituels profanes et sacrés, conservés, utilisés et transmis par les « devins-guérisseurs » : les « tradipraticiens » a-t-il été dit par le Professeur Attisso dans la mouvance idéologique panafricaniste initiée dans les années 1960, reprise ultérieurement par l'OMS et l'OUA.
- 7 Les savoirs, pouvoirs, fonctions et techniques des tradipraticiens sont multiples, variables selon les individus et les sociétés : prescripteur de remèdes végétaux, initiateur d'états modifiés de conscience, maître des pluies et de la foudre, dignitaire religieux, chasseur doté de remèdes d'invisibilité, savant d'une tradition écrite millénaire, conseiller politique d'un régime politique « autoritaire », entraîneur d'équipe de football, etc.
- 8 D'un côté, des systèmes de représentation du monde ordonnés par des nosologies « scientifiques » – cliniques, biologiques et épidémiologiques – basées sur l'existence d'un « univers non-visible », peuplé de virus, parasites, bactéries, champignons, ..., d'atomes ; de l'autre, des systèmes ordonnés par des nosologies spécifiques, cliniques et sociales, basées sur l'existence de « mondes non-visibles » anthropomorphes, peuplés par « la » déité suprême, des êtres primordiaux, des saints, des génies, des esprits de défunts, des humains bien et malfaisants, etc.

- 9 Grâce à la combinaison de leurs savoirs cliniques et thérapeutiques, de techniques et de dons de voyance de ces mondes non-visibles, les tradipraticiens donnent le sens des maux affectant le corps individuel et le corps social de leurs consultants, en indiquant la ou les causalités qui lient divers événements, biologiques ou non.
- 10 La médecine traditionnelle, au-delà de ses fonctions de mise en ordre politique de la société, de réponses aux souffrances et à la quête de bonheur, est une expression majeure, actuelle et vivante des civilisations, écrasées, niées ou mal reconnues dans le rouleau compresseur normatif des mondialisations et des nationalisations passées et actuelles.
- 11 Le tradipraticien propose des modes d'accès à la santé et au bien-être qui ne se résument pas à une absence de maladie biologique : il offre une réponse personnalisée – ni standard, ni statistique – à la demande de la population, quant au sens donné au mal, à la prise en charge du malheur, à l'accès à la santé.

## Propositions :

1. La question de la prise en considération de la « médecine traditionnelle », ne peut être dissociée de celle de la valorisation des cultures autochtones, minoritaires et majoritaires : valoriser la « médecine traditionnelle » ne doit pas être un alibi à des pratiques obscurantistes ou sectaires, une échappatoire à une incapacité à répondre aux attentes de la population quant à la prise en charge de la santé individuelle et publique.

Les chercheurs, comme l'aide internationale, doivent participer avec de grandes précautions à la construction de politiques visant à organiser les tradipraticiens et les guérisseurs en associations : elles constituent un outil politique de contrôle – via l'aide financière – en recensant les tradipraticiens et en distinguant « les vrais des faux », « les grands des petits », « les licites des illicites » de manière souvent contestable. Elles aboutissent souvent à la promotion nationale et internationale d'individus « aux intérêts sectaires », « scientistes », pseudo scientifiques ou mercantiles.

Aucune décision globale ne peut être prise. Il est nécessaire de s'appuyer sur des « tables rondes sectorielles » réunissant pays par pays, des experts nationaux et internationaux de la recherche et de l'action : membres d'associations de malades, anthropologues, sociologues, ethnopsychiatres, psychologues cliniciens, « professionnels médico-sociaux », acteurs communautaires, écologues, phytopharmacologues, historiens, juristes, géographes, etc

Un recensement et une analyse critique des actions de coopération déjà engagées dans ce domaine seraient souhaitables.

2. La recherche de nouvelles molécules pharmacologiquement actives, issues de substances naturelles, nécessite des moyens matériels considérables, impliquant des collaborations politiques et économiques étroites avec les industries pharmaceutiques. Le secret industriel est la règle.

Qui est l'inventeur du produit : les guérisseurs héritiers d'une culture ancestrale, les dites cultures, la communauté villageoise, l'État-nation, le découvreur, le pharmacologue, le chimiste, l'employeur ? C'est un débat complexe qui doit être approfondi, y compris les conséquences liées à la vulgarisation des savoirs et à la surexploitation de l'écosystème considéré.

Un bilan précis et détaillé, pays par pays, doit être dressé des études menées à ce jour sur la pharmacologie des substances naturelles, tout particulièrement les résultats non publiés, « négatifs » ou liés à la toxicité des produits.

Quel que soit le continent, des essais cliniques sont réalisés, au nom de traditions séculaires, sans que la toxicité des remèdes administrés ait pu être connue. Il est indispensable de pouvoir apprécier la toxicité des produits pharmacologiquement actifs utilisés. Les laboratoires des universités des pays concernés pourraient jouer un rôle essentiel.

L'expérience du sida rappelle que la plus grande prudence doit être de mise quant aux essais thérapeutiques réalisés sans protocole rigoureux, où, sous prétexte de risque de vol, le plus grand secret règne. Les produits purgatifs ou émétiques en particulier, quoiqu'en adéquation avec les théories locales de l'extraction du mal, doivent être identifiés. Un consentement éclairé des patients avec information sur les effets iatrogènes et secondaires doit être obtenu.

La consommation de produits pharmaceutiques obtenus dans les circuits licites et illicites, hors prescription médicale, obéit elle aussi à des représentations de la maladie et du médicament, communes pour une très grande part à celles des « médecines traditionnelles ». Ici aussi des complémentarités doivent être recherchées.

3. L'ignorance est la base de l'obscurantisme. De très nombreuses recherches (botanique, pharmacologie, ethnolinguistique, anthropologie sociale et culturelle, sociologie, écologie, géographie, psychiatrie transculturelle, psychologie clinique, histoire, archéologie, etc.) ont été (et sont) réalisées dans les domaines concernant directement les médecines traditionnelles – orales, écrites, savantes et populaires. Les résultats (écrits, photos, audio, vidéo) sont dispersés, difficiles voire inaccessibles aux chercheurs et praticiens du Sud.

Il convient donc d'aider à l'accès et à la diffusion de ces connaissances en visant aussi bien les écoliers, les enseignants, les professionnels médico-sociaux, les chercheurs. Selon les pays, selon les populations visées, des médias différents doivent être utilisés : ici le soutien à une revue scientifique (écrite et en ligne), à un jardin botanique, à une exposition, là à des publications destinées aux écoliers urbains, là des séminaires pluridisciplinaires, ailleurs des postes informatiques donnant accès à des bases de données multimédias (cf. IFAN).

Des enseignements, des recherches-actions pilotes ont été et sont menées tant en France, en Europe, que dans les pays en développement, en ethno-, en anthropo-, en médecine (psychologie, psychiatrie) transculturelle, avec ou sans collaboration avec les tradipraticiens, parfois en se substituant à ces derniers. Ici encore des recensements, des bilans et des échanges de compétences et d'expériences sont à valoriser.

Une réflexion toute particulière doit être accordée à la place des cultures – des médecines traditionnelles – des populations françaises issues de l'émigration des pays concernés par la coopération internationale.

Il faut développer l'enseignement des sciences sus-mentionnées auprès des personnels médico-sociaux, tant du Sud que du Nord. L'objectif n'est pas d'ordonner les rapports que les professionnels de la santé biomédicale doivent entretenir avec les « tradipraticiens », mais de leur faire acquérir une intelligence des complémentarités possibles.

---

## NOTES

1. Essai de réponse à la question de Marie-Claude Baby, Conseillère au Haut Conseil de la Coopération Internationale : la place que devrait occuper la médecine traditionnelle dans nos politiques de coopération avec les pays en développement, à la fois dans sa dimension interprétative du rapport au corps et du rapport au monde et dans sa capacité à proposer des médicaments efficaces et/ou complémentaires des indications médicales et pharmaceutiques des systèmes de santé.

Avec les avis et contributions sollicitées par courriel de : S. Bahuchet (MNHN CNRS, Paris), J. Benoist (Univ. Aix-Marseille III), C.R. Dotou (Hôpital Principal, Sénégal), C. Hamès (CNRS EHESS Paris), F. Heidenreich (Hôpital Avicenne, Bobigny), A. Julliard (CNRS, Lyon), S. Lallemand (CNRS, Paris), A. Le Palec, A. Luxereau (CNRS MNHN, Niger), A. Marx (CNRS MNHN), G. Métailié (CNRS, MNHN), M. Moïsseff (CNRS, Paris), O. Ndoye (Hôpital de Fann, Sénégal), H. Pagézy (CNRS MNHN, Paris), B. Taverne (IRD, Sénégal), M. Teixeira.

---

## AUTEUR

**ALAIN EPELBOIN**

médecin ethnologue, chargé de recherches au CNRS, epelboin@mnhn.fr