

Kole 2/FA

# Vers une nouvelle médecine traditionnelle en Afrique : l'exemple du Congo

## « Sans la prière, sans la danse, les potions peuvent-elles être efficaces ? »

ORSTOM Fonds Documentaire

N° : 35 273 ex 4

Cote : BM P17

L'intérêt des milieux médicaux, et en particulier de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour les médecines traditionnelles dans les pays en développement procède d'un souci d'efficacité : face à une médecine curative trop coûteuse, ayant une faible incidence sur l'état de santé des populations et qui ne répond guère aux attentes des malades, il convenait d'adopter une stratégie d'ensemble, les soins de santé primaires, pour promouvoir la santé par l'hygiène et l'éducation en y associant tout spécialiste local capable de fournir des prestations élémentaires de soins ; parmi ceux-ci figurent notamment ce que l'OMS appelle les « tradipraticiens ». Cependant, comme le montrera l'exemple du Congo, l'OMS, l'État et les principaux intéressés (les thérapeutes

traditionnels) sont loin de partager la même conception de la médecine traditionnelle. En fait, le débat sur la valorisation de la médecine traditionnelle, étant donné la multiplicité des pratiques et les fondements théoriques de certaines d'entre elles, peut se réduire à la question suivante : comment définir une « bonne » médecine traditionnelle susceptible d'être intégrée dans un système de santé ?

### LA MÉDECINE TRADITIONNELLE SELON L'OMS

*Utiliser les tradipraticiens \**  
Dans un avant-propos à un ouvrage consacré à la médecine traditionnelle, le directeur général de l'OMS avançait les arguments suivants : « ... dans les pays en développement, certains adminis-

trateurs de la santé ont recommandé d'associer aux soins de santé primaires les guérisseurs traditionnels qui connaissent le contexte socioculturel de la population, sont très respectés et ont acquis une expérience considérable. Des considérations économiques, les distances à couvrir dans certains pays, la force des croyances traditionnelles, le manque de professionnels de la santé, surtout dans les zones rurales, sont autant de facteurs qui ont contribué à cette recommandation. Des programmes adéquats de formation et d'orienta-

\* Par souci de simplification, dans la suite du texte, j'utiliserai le terme « guérisseur » pour désigner tout praticien qui ne relève pas du système de santé officiel, que je distingue des « tradipraticiens », appellation réservée aux thérapeutes traditionnels tels qu'ils sont envisagés par l'OMS.

M.E. Gruénais  
Ethnologue,  
Orstom,  
213, rue La Fayette,  
75480 Paris  
Cedex 10.

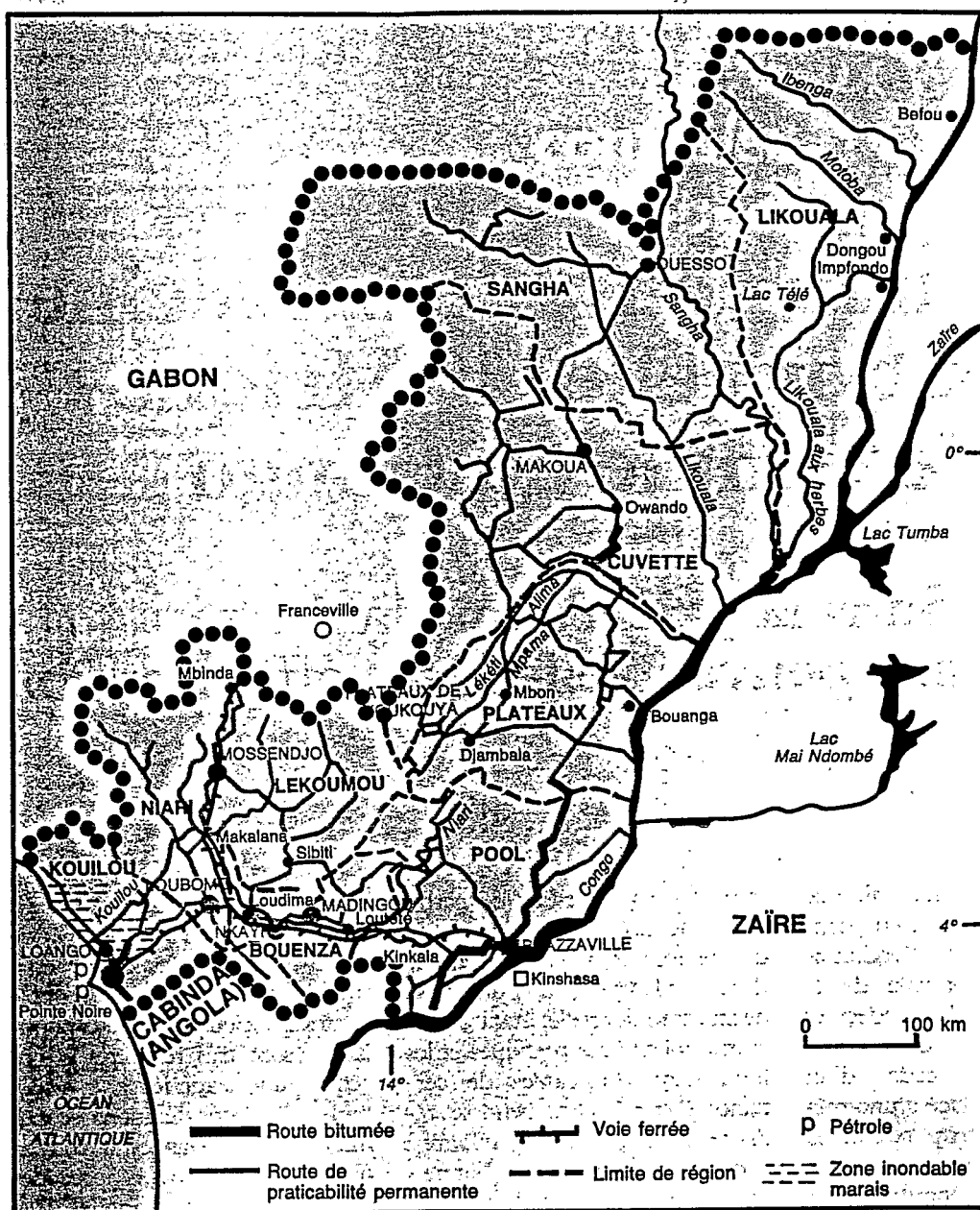


Fig. 1 : Carte géographique du Congo.

tion des guérisseurs et accoucheuses traditionnels ont déjà été mis au point dans plusieurs pays <sup>1</sup>. » Les tradipraticiens permettraient ainsi de pallier les carences du système de santé dans les zones reculées ; ils présentent l'avantage d'une bonne insertion dans leur milieu et de proposer des soins à faible coût. Toujours selon l'OMS, il conviendrait néanmoins de les

former à certaines notions d'hygiène et à des techniques médicales simples afin qu'ils puissent établir des rapports sur les épidémies et les autres problèmes de santé <sup>2</sup>. Intégrer les tradipraticiens dans les équipes de soins, particulièrement au niveau villageois, les transformer en agents de soins communautaires dans les programmes de soins de santé primaires, les regrouper dans des

associations nationales qui réglementeraient « la profession » \*\*, tel semble avoir été le projet de certains responsables de l'OMS.

### Définir une médecine traditionnelle adéquate

Mais qu'entend-on par médecine traditionnelle ? Qui sont les « tradipraticiens » ? Dans un premier temps, l'OMS reconnaissait que « la médecine traditionnelle se situe à un point de rencontre entre une cosmogonie phénoménologique et la connaissance médicale » ; elle recommandait une approche globale des médecines traditionnelles qui accorderait une large place aux « forces intangibles » et suggérait notamment d'entreprendre des recherches sur ses « aspects métaphysiques ». Parmi les tradipraticiens, elle identifiait : « les herboristes qui utilisent les plantes ; les spirites ; les grands thérapeutes spirites qui ont recours aux incantations et aux rites ; les devins qui sont des herboristes utilisant des méthodes divinatoires <sup>4</sup> ».

Cette médecine traditionnelle aurait cependant des aspects négatifs qu'il conviendrait de corriger, notamment pour améliorer les relations entre médecine « moderne » et médecine « traditionnelle » ; parmi ceux-ci, l'OMS relève : « la nature imprécise du diagnostic ; l'absence de précision dans la posologie ; la mauvaise utilisation possible des aspects non matériels ; la pratique de la sorcellerie et du charlatanisme <sup>4</sup> ». Ces déclarations montrent que l'OMS, dans son projet initial, ne

\*\* En 1977, la XXX<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la santé adopte une résolution (WHA 30.49) par laquelle elle demande instamment aux gouvernements intéressés d'accorder « une importance adéquate à l'utilisation de leurs systèmes traditionnels de médecine selon une réglementation appropriée dans le contexte de leurs systèmes sanitaires nationaux <sup>3</sup> ».

réduisait pas les médecines traditionnelles à la seule utilisation des plantes mais considérait l'ensemble de ses dimensions, à savoir notamment les pratiques divinatoires, rituelles et religieuses qui prennent en compte les agents (ancêtres, génies, sorciers, etc.) considérés comme étant à l'origine des maladies dans les systèmes de représentation des sociétés africaines. Quelques années plus tard, la position de l'OMS a singulièrement changé : « En médecine traditionnelle, il est indispensable de séparer le mythe de la réalité afin, tout comme en médecine moderne, de pouvoir distinguer les procédés et les remèdes efficaces de ceux qui sont notoirement inutiles et/ou

## L'OMS semble actuellement réduire l'intérêt des médecines traditionnelles à la seule phytothérapie

dangereux. »<sup>5</sup> Priorité est alors donnée à la recherche sur les plantes, avec notamment le projet de création d'une banque de données et l'élaboration de manuels de phytothérapie<sup>5</sup>. Les « forces intangibles » semblent désormais définitivement écartées de la définition de la médecine traditionnelle de l'OMS ; seule l'utilisation des plantes médicinales s'avère médicalement acceptable pour circonscrire une médecine traditionnelle conforme à la rationalité scientifique.

Cette volonté de médicaliser et d'homogénéiser des pratiques thérapeutiques très différentes qui ne ressortissent pas au domaine de la biomédecine procède d'une perception de ces dernières qui tient en fait peu compte de la réalité, comme le montrent quelques observations faites au Congo.

## LA PLACE DES GUÉRISSEURS AU CONGO

Le Congo, État d'Afrique centrale d'environ 2 millions d'habitants pour une superficie totale de 342 000 km<sup>2</sup>, est classé parmi les pays à revenu intermédiaire de la « tranche inférieure » avec un PNB par habitant de 910 \$ en 1988<sup>\*\*\*</sup>. Producteur de pétrole, il est aujourd'hui un des États les plus endettés du continent africain. Il se caractérise par un taux d'urbanisation particulièrement élevé (la moitié de la population vit dans les deux plus grandes villes, 61 % des habitants résident dans des localités de plus de 5 000 habitants), un taux de scolarisation qui atteint dans le primaire 100 % pour les classes d'âges concernées, et une agriculture exsangue.

Le Congo est loin d'être parmi les pays les plus démunis, tant du point de vue économique que du point de vue de l'équipement sanitaire : en 1984, on comptait un médecin pour 8 320 habitants et un infirmier pour 590 habitants, mais le taux de mortalité infantile reste élevé, 117 ‰<sup>\*\*\*\*</sup>.

En fait, la situation sanitaire du Congo n'échappe pas au schéma des pays en développement : une prévalence élevée des maladies parasitaires et infectieuses (paludisme et rougeole notamment), une médecine hospitalière coûteuse, un dysfonctionnement du système de santé, un sous-équipement des dispensaires et des hô-

pitaux ; chaque village de quelque importance possède cependant son dispensaire.

Cette situation globale, apparemment plus favorable que pour beaucoup d'autres pays de l'Afrique subsaharienne, n'est en rien synonyme d'une faible fréquentation des guérisseurs ; en d'autres termes, citadins et villageois, qu'ils soient hommes politiques ou paysans, ont largement recours, à la campagne comme à la ville, aux praticiens traditionnels.

Dans cette mesure on peut se demander pourquoi il conviendrait de « valoriser » une médecine traditionnelle qui n'a jamais été dévalorisée.

Si l'on peut admettre que ces guérisseurs bénéficient d'une bonne insertion « dans le milieu socioculturel », il en est de même pour l'hôpital et le dispensaire qui apparaissent souvent comme des recours de première intention en cas de maladie, du moins en milieu urbain ; nombre de guérisseurs considèrent leurs traitements comme nullement incompatibles avec ceux dispensés par une institution médicale.

La bonne insertion des guérisseurs dans le milieu est cependant loin de toujours expliquer le recours des malades aux pratiques traditionnelles. Parfois, lorsque le processus de recherche de la guérison requiert d'identifier auprès d'un devin les raisons exactes de la maladie, on préfère avoir recours à un guérisseur le plus

\*\*\* Selon la Banque mondiale<sup>6</sup> sont distingués les pays à faible revenu, ceux dont le PNB par habitant est égal ou inférieur à 545 \$, les pays à revenu intermédiaire (PNB par habitant compris entre 545 \$ et 2 200 \$, pour la tranche inférieure, entre 2 200 \$ et 6 000 \$ pour la tranche supérieure), et les pays à revenu élevé (PNB par habitant supérieur à 6 000 \$).

\*\*\*\* A titre de comparaison, citons les données fournies par la Banque mondiale<sup>6</sup> pour la France et le Burkina Faso, un des pays les plus pauvres du monde. France : un médecin pour 320 habitants, un infirmier pour 110 habitants, et un taux de mortalité infantile de 8 ‰ ; Burkina Faso : un médecin pour 57 220 habitants, un infirmier pour 4 150 habitants, avec un taux de mortalité infantile de 137 ‰.



Fig. 2 : Guérison par imposition des mains dans une église prophétique. (Cliché M.E. Gruénais.)

étranger possible à son propre cadre de vie : le diagnostic du devin est d'autant plus crédible, d'autant plus objectif, qu'il n'a aucune connaissance initiale de la situation (en particulier familiale) du malade.

Les études de cas permettent parfois de constater que le coût global du recours aux guérisseurs (coût des consultations, des déplacements, des réunions de famille organisées pour choisir le thérapeute adéquat, etc.) est singulièrement plus élevé que le recours au dispensaire ou à l'hôpital même si on le compare au montant des ordonnances délivrées.

Ces quelques observations faites au Congo montrent que les arguments de l'OMS en faveur de l'utilisation des guérisseurs comme palliatif du système de santé ne sont pas toujours vérifiés.

## PLURALISME MÉDICAL ET MALADIE

### *La diversité des recours thérapeutiques au Congo*

L'OMS, on l'a vu, identifiait plusieurs types de guérisseurs (herboristes, spirites, etc.). Sans s'attacher aux types retenus qui n'ont guère d'équivalents dans la réalité, il convient de souligner combien la situation de pluralisme médical (expression désignant l'ensemble des recours thérapeutiques utilisés) est plus complexe que ne l'envisage l'OMS.

### **Pour un malade, l'alternative ne se réduit pas à un choix simple entre l'hôpital et la médecine traditionnelle**

Pour un malade, l'alternative ne se réduit pas au choix entre les institutions sanitaires et les « herboristes » ou les « spirites » plus ou moins « grands » et plus ou moins « devins ». Face à un épisode pathologique, le malade et son entourage cherchent avant tout, et comme tout un chacun, à guérir, le plus rapidement possible et au moindre coût économique et social. Dès lors, le recours de première intention peut être l'automédication, par exemple, la prise de comprimés antipaludéens dont on dispose face à un accès de fièvre, ou/et l'utilisation de plantes médicinales cultivées dans la cour de la maison. Si les symptômes persistent ou si les remèdes immédiatement disponibles sont inefficaces, le patient peut alors s'adresser au dispensaire, ou à une personne du quartier réputée pour ses connaissances approfondies des plantes. Cette personne peut être ou non un guérisseur-herboriste professionnel. Si les symptômes se ré-

sorbent, il n'est pas nécessaire de s'adresser à des guérisseurs qui s'engageront dans des pratiques plus longues et plus onéreuses. Si les symptômes persistent, si la maladie s'aggrave, si d'autres événements malheureux adviennent (mort d'un enfant, accident, etc.) qui seront interprétés comme autant de signes de la gravité de la situation que les recours précédents n'ont pas permis de cerner, le patient et son entourage peuvent s'orienter vers des recours plus spécialisés : hôpital, mais aussi devin, rituels thérapeutiques, responsables religieux. Les devins, parmi lesquels il existe des spécialistes de certaines maladies, fondent leurs pratiques sur un savoir traditionnel qui leur permet d'identifier les causes du mal et du malheur (sorcellerie, rupture d'un interdit, colère des ancêtres, comportement inapproprié du malade irrespectueux des normes sociales) ; certains procèdent uniquement à des séances de divination, d'autres donneront également un remède. Un devin, eu égard au résultat de son diagnostic, peut recommander au malade d'avoir recours à des cultes thérapeutiques traditionnels : pour schématiser, disons que ces cultes permettent au malade, après une initiation, de composer avec la puissance surnaturelle identifiée comme étant à l'origine de sa maladie, et dès lors de guérir. Enfin, ce que j'ai appelé « responsables religieux » sont des leaders des nouvelles religions qui fleurissent sur le continent africain, surtout depuis le début du XX<sup>e</sup> siècle, et qui s'inspirent de messages chrétiens. Ces religions ont pour cheval de bataille la lutte contre la sorcellerie, considérée comme une cause majeure de la maladie.

Entre ces deux grands types de recours, ceux fondés uniquement sur l'absorption de médicaments,

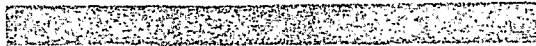


Fig. 3 : Séance de divination chez un guérisseur. (Cliché M.E. Gruénais.)

et ceux fondés sur la négociation avec les agents (ancêtres, sorciers, etc.) considérés comme étant à l'origine de la maladie, on constate l'existence de ce que j'appellerai des « thérapeutes intermédiaires », soit des personnes qui ont des pratiques individuelles mêlant savoir traditionnel et messages d'inspiration chrétienne, soit des infirmiers de quartier qui allient volontiers savoir médical et savoir ésotérique (astrologie, etc.), soit, enfin, des représentants d'églises officielles (protestantes notamment) qui s'adonnent à des activités de guérison par l'imposition des mains et la prière en associant parfois l'utilisation de certains remèdes.

#### *Les « causes » de la maladie*

Cet inventaire très rapide concernait le Congo. Dans d'autres régions du continent africain, on identifie d'autres types de pratiques, notamment les pratiques thérapeutiques liées à l'islam. Aussi, en ne retenant que quatre types de tradipraticiens, l'OMS

propose donc une vision très partielle des recours thérapeutiques existants ; d'une manière générale, ce qui est opposé à la biomédecine sous l'appellation médecine traditionnelle en Afrique noire est très divers et interdit tout discours généralisant ?.

### **L'utilisation des plantes n'est pas dissociable des représentations symboliques**

Réduire la médecine traditionnelle à la seule utilisation des plantes, comme le projette l'OMS, n'équivaut pas à éliminer les « forces intangibles » bien embarrassantes pour la rationalité scientifique. En effet, comme le soulignent J.P. Dozon et N. Sindzingre, la nomination, la connaissance et l'usage des plantes sont indissociables de représentations symboliques particulières à une société ?.

Le savoir sur les plantes est parfois révélé par des rêves, le recueil des plantes est soumis à un rituel, et les ingrédients naturels utilisés pour la préparation des remèdes sont efficaces aussi parce qu'ils ont pour fonction de contrecarrer les effets néfastes d'agents tels que les sorciers. Dans cette mesure, l'utilisation des plantes ne saurait constituer le seul point d'appui de la rationalité médicale en faveur des médecines traditionnelles.

La plupart des pratiques thérapeutiques qui ne relèvent pas de la biomédecine sont indissociables d'une conception de la maladie, du mal et du malheur liée au comportement du malade vis-à-vis de son entourage, des génies, des ancêtres. La rupture d'un interdit, le mécontentement des ancêtres, l'agression en sorcellerie provenant d'un membre de la famille jalouxant les privilèges de l'autre, sont autant de causes récurrentes avancées en Afrique pour expliquer la survenue d'une maladie. Face à un épisode pathologique qui persiste, ou face à une succession de malheurs (maladie, accident de la circulation, échec scolaire, échec amoureux, etc.) il conviendra de rechercher la cause réelle du malheur et de trouver les moyens d'annihiler l'effet de sa (ses) cause(s). Dès lors, une pratique thérapeutique sera réellement efficace pour autant qu'elle s'adonne à cette recherche du sens de la maladie ; et c'est précisément ce qui constitue la spécificité des thérapeutiques traditionnelles que l'OMS, relayée par les États, voudrait combattre.

### **LA VALORISATION DE LA MÉDECINE TRADITIONNELLE AU CONGO**

Dès 1974, la plus haute instance de l'État congolais décide la revalorisation de la médecine traditionnelle, « décision qui a été cha-

heureusement accueillie par les tradipraticiens congolais et les masses populaires, car seul un peuple sain et vigoureux à l'esprit lucide et discipliné peut assurer ses tâches avec succès<sup>8</sup>. Lorsqu'il s'est agi de créer l'Union nationale des tradipraticiens congolais, l'État, à l'instar de l'OMS, désirait limiter la médecine traditionnelle à la seule utilisation des plantes. Mais, rapporte J.M. Ngoma<sup>9</sup> : « une violente querelle opposa à cet égard le ministère de la Santé à l'ensemble des guérisseurs. D'inspiration marxiste, le gouvernement voulait-il éliminer tous les aspects qui le gênaient (rites, religion, etc.) ? La réaction des tradipraticiens fut vigoureuse : *vous pensez que, sans la prière, sans la danse, les potions peuvent être efficaces ?* demandèrent-ils au ministère. Devant ce qui pouvait devenir plus qu'un conflit de générations, le ministère recula. Des menaces explicitement formulées lui furent même adressées. Les guérisseurs projetaient de démissionner en bloc ». Cette controverse, liée à la question de la nécessité de la recherche du sens de la maladie par les guérisseurs, ne fut guère suivie d'effets réels puisque, aujourd'hui, au Congo, ne sont officiellement reconnus comme membre de cette association que les tradipraticiens qui déclarent n'utiliser que les plantes médicinales.

En créant une telle association, le Congo se conformait à une des directives de l'OMS. Mais les prises de décision des États africains en faveur de la médecine traditionnelle ont d'autres justifications. Comme l'écrit J.P. Dozon<sup>10</sup>, parmi les États africains qui ont fait figurer la médecine traditionnelle au titre des nouvelles orientations de leur politique sanitaire, « bon nombre revendiquent un régime socialiste ou un style de gouvernement qui prétend revivifier les valeurs africaines traditionnelles pour les mettre au service du développement et de la construction nationale » ; le ton de la déclaration le prouve à l'évidence.

Cette remarque s'applique bien sûr au Congo, État socialiste, pour lequel une médecine traditionnelle dégagée de ses aspects symboliques et religieux permet à la fois de réaffirmer l'identité africaine de l'État et de se conformer à l'option politique du pays, le socialisme scientifique<sup>11</sup>. Les tradipraticiens congolais, et non les guérisseurs, sont donc aujourd'hui regroupés au sein d'une association officielle. Vivement critiqués par les guérisseurs, quasiment inconnus de la population, ils tirent leur seule légitimité d'une reconnaissance par l'État. Or, « pour les thérapeutes, plus faible est la légitimité traditionnelle, plus fort est le besoin de

reconnaissance officielle<sup>12</sup> ». La valorisation de la médecine traditionnelle recommandée par l'OMS, mise en œuvre par le Congo pour des raisons tant politiques que sanitaires, a créé un nouveau type de guérisseurs dans une situation de pluralisme médical déjà particulièrement complexe : des tradipraticiens qui ne sont guère pris au sérieux par la population.

**M.E. Gruénais**  
*Ethnologue,*  
*Orstom,*  
*213, rue La Fayette,*  
*75480 Paris Cedex 10.*

1. Mahler H. Avant-propos à Médecine traditionnelle et couverture des soins de santé. Genève : OMS, 1983.
2. Traditional medicine in health services development. Report of consultation (Accra 4-8 août 1980). WHO, Regional Office for Africa, Brazzaville, 1981.
3. Chronique OMS 1977 ; 31.
4. Médecine traditionnelle africaine : rapport d'un groupe d'experts, Brazzaville, Bureau régional pour l'Afrique, 1976 (Série de rapports techniques Afro n° 1).
5. Akerele O. L'OMS et la médecine traditionnelle : chemin parcouru et perspectives. Chroniques OMS 1984 ; 2 : 38.
6. Rapport sur le développement dans le monde 1990. Washington : Banque Mondiale, 1990.
7. Dozon JP, Sindzingre N. Pluralisme thérapeutique et médecine traditionnelle en Afrique contemporaine. Prévenir ; 1986 : 12.
8. Statuts de l'UNTC, ministère de la Santé et des Affaires sociales. Union nationale des tradipraticiens congolais. Conseil national de l'UNTC. Brazzaville, mars 1984.
9. Ngoma JM. Psychothérapies traditionnelles chez les Kongo de la République populaire du Congo. Thèse de 3<sup>e</sup> cycle. Toulouse, 1983.
10. Dozon JP. Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire. Politique africaine, 28 décembre 1987.
11. Gruénais ME, Mayala D. Comment se débarrasser de l'efficacité symbolique de la médecine traditionnelle ? Politique africaine, 31 octobre 1988.
12. Fassin E, Fassin D. De la quête de légitimation à la question de la légitimité : les thérapeutiques traditionnelles au Sénégal. Cahiers d'Études Africaines 1988 ; 28-2 : 110.

## Santé publique et tiers monde

### Articles déjà parus

- D. Fassin. Éditorial : La santé dans le tiers monde est-elle toujours un sujet d'actualité ?..... N° 124 du 28/01/91
- D. Fassin. Santé publique et tiers monde..... N° 124 du 28/01/91
- A. Prual, Y. Gamatie. La santé infantile en Afrique au sud du Sahara ..... N° 128 du 25/02/91
- O. Bétancourt. La santé au travail en Amérique latine ..... N° 132 du 25/03/91
- L. Arnulf. Le système de santé au Viêt-nam ... N° 137 du 13/05/91

### Prochain article à paraître

- S.F. Tessier. L'information de routine dans le système de santé. Une expérience au Botswana.