

Polez

Eric Fassin & Didier Fassin

De la quête de légitimation à la question de la légitimité : les thérapeutiques " traditionnelles " au Sénégal

L'initié offre le modèle d'une synthèse réussie, qu'incarne pour l'écrivain béninois Olympe Bhêly-Quénou (1979 : 128) son héros, « homme habile à jouer alternativement la carte de la médecine européenne et celle des moyens de guérison africains ». Comme l'auteur, héritier d'une double tradition, initié à deux savoirs, il réconcilie symboliquement par son mariage avec une femme blanche la dualité des cultures. Ainsi qu'il en est fait mention en quatrième de couverture, la rédaction du livre remonte déjà au début des années 1960, mais, « délibérément soumis » à un « long sommeil de quinze ans », l'ouvrage ne voit le jour qu'en 1979. N'en est-il pas de ce fait plus actuel ?

En effet, le problème des relations entre les médecines, abordé naguère par un intellectuel isolé prend, à l'échelle du continent africain, l'ampleur d'un important débat porté sur la place publique¹. Aujourd'hui, dans leur quête de légitimation, les thérapeutes « traditionnels »², en posant la question de la légitimité médicale, imposent la redéfinition de ses principes — redéfinition politique qui nous invite et nous aide à repenser les différentes médecines et leurs relations mutuelles dans le cadre d'une définition théorique d'un *champ médical*. Connaissance sociologique, reconnaissance sociale : c'est ce double enjeu dont nous nous proposons d'esquisser ici l'analyse.

1. Outre l'exemple, développé plus loin, des polémiques dans la presse sénégalaise en 1985, ceci renvoie également aux discussions soulevées par des émissions sur ce sujet diffusées par la télévision ivoirienne en 1986.
2. Sur l'usage des guillemets, voir Annexe.

Fondus Documentaire

N° : 27984

Cote : B

Des typologies des pratiques à la sociologie de la légitimité

Les modèles ne manquent pas, qui proposent une approche *typologique* des pratiques médicales dans leur diversité culturelle (Press 1980). La taxonomie classique, fondée sur l'opposition simple entre médecine et magie, se voit ainsi fréquemment renouvelée : le clivage entre médecines « occidentale » et « primitive » renverrait à la division entre « biomédecine » et « ethnomédecine », à moins que l'on ne se sépare des perspectives « personaliste » et « naturaliste », ou « personnelle » et « impersonnelle », pour retrouver l'ancienne opposition de la *Geisteswissenschaft* et de la *Naturwissenschaft*³. Ces schémas trahissent par leur dualisme la récurrence d'un même *ethnocentrisme* ; on rejoint ici les analyses déjà classiques de Jack Goody (1979 : 35) : « Ce qu'il y a de gênant dans ces catégories, c'est leur enracinement dans une opposition Nous/Eux, qui est à la fois binaire et ethnocentrique ». Aussi a-t-on parfois voulu dépasser ces catégorisations sommaires ; des modèles plus subtils essaient de rendre compte en même temps de médecines savantes ressortissant à d'autres traditions — chinoise, arabe ou indienne. C'est ainsi qu'on a pu distinguer la tradition « cosmopolite » de la « grande » et de la « petite » traditions (Leslie 1976), ou encore la médecine « cosmopolite » des médecines « régionale » et « locale » (Dunn 1976). Il est vrai que ces définitions culturelles ne nous rapprochent guère d'une réflexion proprement sociologique, et le mélange des genres ne résoud pas le problème : il en va de même d'un autre schéma ternaire, au demeurant intéressant, différenciant les médecines « professionnelle », « populaire » et « folklorique » (Kleinman 1978). Au-delà de la diversité des classifications, c'est une même démarche typologique qui est à l'œuvre mais elle nous semble peu propice au travail du sociologue. Toutes ces constructions nous paraissent en effet ressortir du domaine du « bricolage » (Lévi-Strauss 1962), et l'on n'a jamais affaire qu'à la raison pratique (Bourdieu 1972, 1980). Cette restriction ne doit pourtant pas tromper : pour autant qu'elles restent « pratiques », c'est-à-dire « orientées vers et par la pratique » (Bourdieu 1980), mais aussi, tout simplement, « commodes », les catégories que mettent en œuvre ces classifications peuvent être parfaitement appropriées ; cela ne suffit pourtant pas à leur conférer quelque nécessité théorique. La valeur opératoire de pareils instruments ne saurait fonder leur légitimité scientifique. Il en va de ces outils de la pensée comme de la notion d'ethnie : Jean Bazin (1985 : 101) le montre bien, « c'est une catégorie relative permettant une orientation pratique dans l'espace social, pas un concept ». De même, l'« usager » parle à juste raison, car il s'agit bien de raison pratique, par exemple de « médecine moderne » ou « traditionnelle » — notions d'usage,

3. En ce qui concerne ces distinctions, voir RIVERS 1924, ACKERKNECHT 1971, HUGHES 1968, FOSTER 1976, FABREGA 1974, JONES 1976.

dont il fait usage. En revanche, le sociologue ne peut reprendre à son compte semblable catégorisation sans réflexion critique préalable. Sinon, prisonnier de la structure du discours savant, victime d'un effet de classification, de l'existence du mot il risquera d'inférer l'existence de la chose, s'attachant dès lors à la définir conceptuellement en oubliant que « le souci de la définition rigoureuse reste vain et même trompeur tant que le principe unificateur des objets soumis à la définition n'a pas été soumis à la critique » (Bourdieu, Chamboredon & Passeron 1973 : 37). Faute d'avoir pratiqué cette critique du « langage ordinaire » (*ibid.* : 38), on se trouve condamné à découvrir ou à inventer, dans la diversité des pratiques thérapeutiques qu'ordonne et unifie la définition, au mieux un dénominateur commun, au pire une essence cachée.

L'intellectualisme de cette démarche, qui conduit à envisager des pratiques hétérogènes sous la forme d'un système théorisé, réduit celui-ci à un *culturalisme*. En effet, l'illusion classificatoire qui, dans la catégorie, voit une essence, la considère comme un objet « en soi », au lieu de replacer les pratiques thérapeutiques dans l'ensemble des relations qui les définissent et leur donnent un sens. Et, de même que l'ethnologie culturaliste a trop souvent montré des peuplades isolées, déchiffrées selon un paradigme insulaire, méconnaissant pareillement les échanges avec l'extérieur et les liens internes du pouvoir, de même l'on risque ici de n'apercevoir dans la médecine « traditionnelle », de quelque nom qu'on l'affuble, qu'un système de pensée fermé sur soi, univers clos, fixe et figé, un monde sans histoire(s). L'histoire récente, en ne laissant plus en pâture à l'ethnologue que des réserves mal préservées, a d'ailleurs contribué à dissiper l'illusion de l'isolat : il n'est plus possible aujourd'hui de voir dans la diversité des pratiques thérapeutiques, en Afrique par exemple, la simple juxtaposition de systèmes parallèles, demeurés, sans connaître d'interférences, étrangers l'un à l'autre. Ces « médecines » que la typologie sépare et oppose se trouvent dans leur coexistence quotidienne constamment confrontées, et parfois confondues.

S'il fallait toutefois chercher, au-delà de la diversité et de l'hétérogénéité des pratiques thérapeutiques, une définition de la « médecine traditionnelle », on en trouverait le principe dans l'ordre social issu de la colonisation : ce qui rassemble ces pratiques et les constitue en objet, ce n'est pas quelque commune vision du monde ou démarche analogue mais bien plutôt, et tout simplement, le déni de reconnaissance que l'État et la faculté de médecine leur ont, jusqu'à ce jour, opposé. La « médecine traditionnelle » c'est l'ensemble hétéroclite de pratiques et de savoirs ainsi négativement délimités. Pour mieux percevoir la domination qui est au fondement de cette définition sociale, on pourrait dire que la « médecine traditionnelle » est à la médecine (et l'on voit ici qu'il n'est pas besoin d'ajouter « moderne », puisque c'est par rapport à cette médecine institutionnalisée que doivent être qualifiées les autres pratiques) ce que la magie est à la religion : dans les deux cas, on ne peut étudier l'une sans l'autre,

ou plutôt sans faire l'analyse de la relation qui les constitue⁴. C'est ainsi que, dans sa « Sociologie de la religion », Weber (1971 : 429) ne pose la distinction entre religion et magie que pour la récuser et mettre les deux termes aussitôt en relation :

« Les êtres qui sont priés et vénérés peuvent être appelés ' dieux ', par opposition avec les ' démons ', qui sont contraints et charmés par magie. Distinction presque toujours impossible à établir absolument, car presque partout le rituel des cultes que nous appelons ' religieux ' contient une masse d'éléments magiques. La plupart du temps, le développement historique de cette distinction s'est produit tout simplement lorsqu'une puissance séculière ou sacerdotale a supprimé un culte au profit d'une religion nouvelle, les anciens dieux continuant d'exister en tant que ' démons ' ».

C'est ce que montrent également Hubert et Mauss (1980 : 22-23) : « Quand une religion est dépossédée, pour les membres de la nouvelle Église les prêtres déconsidérés deviennent des magiciens ». Et ils ajoutent : « Quand deux civilisations sont en contact, la magie est d'ordinaire attribuée à la moindre ».

Cependant il ne suffit pas d'avoir, à l'aide de ce raisonnement analogique, rappelé l'importance des rapports de domination dans la constitution de la « médecine traditionnelle » : on n'en aura pas encore véritablement donné une définition satisfaisante, dans la mesure où elle ne se confond pas avec une médecine dominée pour classes inférieures, pour groupes sous-développés, ou pour régions arriérées. Les plus grands personnages s'adressent aux plus grands marabouts. La domination nouvelle qu'instaure l'ordre colonial et que prolongent les sociétés post- (ou néo-) coloniales n'épuise pas le sens de cette « médecine traditionnelle ».

C'est pourquoi nous avons tenté de préciser ces phénomènes de reconnaissance, et de non-reconnaissance sociales, en articulant autour de la notion de légitimité l'ensemble des différentes pratiques envisagées dans leurs relations. Une remarque s'impose toutefois dès l'abord : le point de vue adopté ne peut donc être celui de la *légalité*, seul pertinent

4. On peut certes, comme le fait Marc AUGÉ (1975), (re)constituer l'« idéo-logique » précoloniale. Caractéristique de l'objet étudié ou effet de la méthode d'étude, l'idéologique ainsi reconstruite apparaît comme une totalité unitaire qui impose sa domination et laisse les dominés sans voix. En revanche, pour P. BOURDIEU (1971 : 309), « il n'est sans doute pas de formation sociale qui, pour si faible qu'y soit le développement de l'appareil religieux, ignore l'opposition qu'établissait Durkheim après Robertson Smith, entre la religion institutionnellement établie, expression patente et légitime des croyances et des valeurs communes du groupe, et la magie comme ensemble des croyances et des pratiques caractéristiques des groupes ou des catégories dominés (comme les femmes) ou occupant des positions structurellement ambiguës (comme le forgeron ou la vieille femme dans les sociétés berbères) ». Mais Marc AUGÉ (1975 : 375, 263 sq.) ne circonscrit cette idéo-logique que pour mieux la penser ensuite en relation avec la domination qu'instaure le pouvoir colonial : comme pour les religions ou médecines déchues, avec l'irruption du « pouvoir blanc » face aux « pouvoirs noirs », on passe en effet, selon la formule de l'auteur, « de la vie en double à la vie en diable ».

pour l'État, mais pertinent pour lui seul. L'État en effet établit par le droit une distinction explicite au sein des pratiques thérapeutiques, entre ce qui est légal, voire officiel, et ce qui est illicite, sinon illégal ; partout en Afrique, d'ailleurs, la législation s'inspire directement, sur ce point, de l'héritage colonial⁵. L'intérêt de cette perspective ressort de son importance sociale, et féconde est l'analyse du rôle de cet acteur privilégié qu'est l'État, arbitre puissant qui élabore les règles et participe au jeu. Mais en étudiant ce que l'État autorise ou favorise, ce qu'il tolère ou réprime, ce qu'il connaît et reconnaît, mais aussi, parfois, ignore, c'est encore la logique de l'État, et non celle des pratiques elles-mêmes, que l'on décrit. La distance qui sépare le marabout soignant à l'aide du Coran, du guérisseur armé de ses plantes, ou du sorcier qui affronte les créatures de la nuit, et même du vendeur de médicaments dans la rue⁶, n'est pas définie seulement par rapport à la loi de l'État, mais aussi, ce qui bien sûr n'est pas sans lien, en fonction de la légitimité sociale qui fonde la position de chacun. A certains égards, il pourra se révéler plus éclairant de rapprocher le grand marabout du professeur de médecine, ou le guérisseur dans son village de l'infirmier du dispensaire, que d'opposer simplement aux institutions légales les pratiques illicites.

On ne se contentera pourtant pas de substituer à cette ligne de partage un axe vertical, l'échelle sociale prenant la place du statut légal, comme si celui-ci pouvait rester sans incidence sur le statut social. Nous emprunterons plutôt à Max Weber la distinction classique entre des *types de légitimité* différents, permettant ainsi, d'une part, de préciser la position des individus et la hiérarchie des pratiques à l'intérieur de l'espace décrit par chacun de ces types, et d'autre part, de s'interroger sur leur poids relatif dans la définition de la légitimité sociale en analysant les rapports de force qui s'établissent entre ces principes de reconnaissance sociale dans un jeu de concurrence et de complémentarité. On identifiera donc « trois fondements de la légitimité » (Weber 1959 : 102) — traditionnelle, charismatique et légale (ou rationnelle) — que l'on distingue conceptuellement sans oublier que « dans la réalité, on ne rencontre que très rarement ces types purs », mais bien plutôt « les variétés, les transitions et les combinaisons embrouillées de ces types » (*ibid.* : 103). Ceci veut dire qu'on peut rencontrer ces différents types dans toutes les sociétés⁷, mais

5. Ainsi les textes officiels qui énoncent les conditions légales de l'exercice de la médecine au Sénégal (loi 66-69 du 4 juillet 1966) reprennent, à quelques détails près, des textes coloniaux, eux-mêmes issus de la législation française (décret du 6 mai 1922 publié dans le Code administratif de l'Afrique-Occidentale Française).

6. En ce qui concerne la vente illicite de médicaments, et les enjeux de légitimité qu'elle révèle, on pourra se référer à D. FASSIN (1985).

7. Portant sur le Sénégal, notre étude fait simplement jouer l'opposition entre légitimité traditionnelle et rationnelle. En fait de légitimité charismatique, il faudrait plutôt se reporter aux débuts de la colonisation, période des grands prophètes, annonciateurs des temps nouveaux et fondateurs des confréries

en même temps que chacune ne leur donne pas la même importance relative — toutes n'ont pas, comme la nôtre, conféré une position dominante à la légitimité rationnelle. Cette distinction, établie pour l'ensemble de la société, prend tout son sens dans l'analyse des pratiques thérapeutiques et de leur diversité.

Aborder ces pratiques sous l'angle de leur légitimité, ce n'est pas pour autant nier la spécificité des savoirs. C'est plutôt choisir de privilégier, non leurs caractéristiques intrinsèques, mais les relations qui les unissent ou les opposent — c'est ainsi, pour citer Claude Lévi-Strauss (1980 : XXXIII), que « le social cesse de relever de la qualité pure ». Mais le parti pris méthodologique reçoit sa confirmation dans un constat empirique : les affrontements actuels nous contraignent à étudier ces types de légitimité dans leurs relations mutuelles. Ainsi, la nécessité *a priori* trouve sa vérité *a posteriori*, puisque les classements statiques qu'élabore la typologie sont, en raison de la confrontation que met en œuvre la société, la proie de l'agitation et des bouleversements de ce que Pierre Bourdieu (1982 : 13) appelle une « lutte des classements », qui a son principe dans la recherche de légitimité.

Aussi la légitimité doit-elle être analysée, ainsi qu'elle peut être vécue, non comme une donnée, mais comme un enjeu social. Elle marque non seulement l'état d'un rapport de forces mais aussi le moteur de ses transformations. En partant de cette problématique de la légitimité, on retrouve la convergence qu'a démontrée Georges Balandier (1981) entre une anthropologie *dynamique* et l'anthropologie *politique*. On peut ainsi étudier le champ des pratiques thérapeutiques, espace que décrivent leurs relations et qui définit leur position, au même titre que la société dans son ensemble, « comme ordre approximatif et toujours mouvant » (*ibid.* : 8). En effet, la légitimité thérapeutique, problème social autant que problématique sociologique, détermine un champ où l'enjeu de la légitimation remet sans cesse en cause la définition même de la légitimité, dans ses différents types et dans leurs relations, où la quête de légitimation débouche sur la question de la légitimité.

— tel El Hadj Oumar Tall pour les tidjanes, Seydina Limamou Laye pour les layennes et surtout Cheikh Amadou Bamba pour les mourides. Aujourd'hui, l'institutionnalisation des mouvements religieux — « routinisation du charisme », dirait Max WEBER (1971 : 253) — fait reposer les grands marabouts sénégalais, en particulier dans leur pratique thérapeutique, sur une légitimité traditionnelle. L'exemple d'autres pays permettrait également d'enrichir le modèle : le paysage semble actuellement plus varié au Congo (sur ces messianismes africains, outre les travaux de G. BALANDIER 1982, voir le texte de J.-P. DOZON 1974), ou en Côte d'Ivoire, depuis le passage de William Wade Harris (voir l'ouvrage de M. AUGÉ 1975, et celui dirigé par C. PIAULT 1975). Il ne suffit donc pas d'extrapoler à partir du cas sénégalais, du « simple » déduisant le « complexe » : si des logiques sociales comparables sont à l'œuvre ici et là, il importe en effet de faire aussi la part des différentes situations.

Enjeux de la légitimation : reconnaissance des thérapeutes

Le modèle de compréhension que nous essayons d'élaborer repose sur la distinction de types de légitimité, et non pas de catégories sociales ou professionnelles. Cette précision s'impose d'autant plus qu'il est tentant de superposer, puis de confondre, ces deux niveaux d'analyse. En effet, on associe spontanément la légitimité traditionnelle au guérisseur ou au marabout et la légitimité rationnelle au médecin — tout naturellement, celui-ci fondant sa reconnaissance sur ses diplômes, et ceux-là sur la grandeur de leurs maîtres, ou de leurs ancêtres. Chaque « métier » évoluerait ainsi dans son registre propre. Au prix d'un détour d'autant plus long qu'il se révélerait inutile, on n'aurait fait que rejoindre l'opposition classique entre médecines moderne et traditionnelle, définies, sans être articulées, par leurs savoirs et leurs pratiques spécifiques.

Toutefois, les choses ne sont pas si commodes. Et c'est bien pourquoi une simple typologie des catégories sociales, associant à chacune des professions thérapeutiques un mode de légitimation propre, ne peut rendre compte des phénomènes qu'on observe aujourd'hui. Premièrement, du fait que, malgré les différences qui séparent leurs pratiques thérapeutiques, marabouts et guérisseurs participent d'une même légitimité traditionnelle ; aussi le guérisseur peut-il d'ailleurs facilement demander à l'islam une respectabilité qu'on refuse souvent à la sorcellerie, tandis que le marabout ajoute volontiers au poids de ses connaissances coraniques des secrets qui relèvent de la magie ; ces échanges, et parfois même cette fusion, sont au fondement de l'islam africain. Relevant d'une même légitimité, guérisseurs et marabouts évoluent dans un même champ, ils peuvent donc entrer en concurrence et même en conflit, mais ces affrontements liés à une commune quête de légitimation ne conduisent pas à une redéfinition de la légitimité dans ses principes.

En revanche, et c'est ce second point qui va maintenant nous occuper, les interpénétrations entre la médecine « rationnelle » et les thérapeutiques « traditionnelles » ne vont pas sans difficultés, puisque le moindre emprunt implique la remise en cause des frontières entre ces types de légitimité. C'est ainsi que nous proposons d'aborder les débats qui ont accompagné au Sénégal les récentes transgressions des définitions de la légitimité thérapeutique. Là où une perspective culturaliste s'avérerait incapable, nous semble-t-il, de rendre compte à la fois de ces deux cas de confrontation culturelle, des difficultés de celle-ci comme de la facilité de celle-là, des débats actuels comme de l'assimilation ancienne, l'approche que nous suggérons, en partant des types de légitimité pour envisager le travail social de redéfinition qu'opèrent les agents dans leur quête de légitimation, permettra, du moins nous l'espérons, de mieux les appréhender. Dans le premier cas, l'assimilation entre marabouts et guérisseurs est aisée, ce sont deux catégories relevant d'un même type de légitimité ; dans le second, au sein d'une même catégorie médicale, les tentatives pour

« réconcilier » deux types de légitimité ne peuvent que provoquer des tensions, à la mesure de l'importance de l'enjeu : le contrôle des thérapeutes « traditionnels ».

Trois études de cas, portant sur des initiatives individuelles visant à implanter des instances nouvelles de légitimation, sous l'égide de « la médecine », ou plutôt de ceux qui s'en font les représentants et porte-parole, en vue d'accorder une reconnaissance légale et rationnelle aux thérapeutiques « traditionnelles », c'est-à-dire à certains « tradi-praticiens » (pour reprendre la terminologie de l'Organisation mondiale de la santé), nous permettront de cerner l'ampleur actuelle de cette remise en cause et d'en comprendre les mécanismes, avant d'en amorcer l'explication. A propos de trois exemples, nous allons en effet démontrer, sinon démontrer, trois propositions — une pour chaque étude, même si, comme on s'en apercevra au passage, ces trois recettes d'action ou d'interprétation, règles logiques et pratiques, peuvent trouver dans chacun des cas leur champ d'application.

La première concerne une association de « thérapeutes traditionnels » fondée dans la banlieue de Dakar par un agent de santé communautaire spécialisé dans les soins dentaires, sous le double intitulé wolof-français : « *Kurelu fajhatu cosanu pikin* / Cercle des tradi-praticiens de Pikine » ; son emblème montre une figure oecuménique rassemblant, à l'intérieur d'un chapelet islamique, un cauri (coquillage divinatoire), une corne (instrument magique) et un rameau (pharmacopée locale). On notera pourtant que la « médecine moderne » n'y est pas représentée alors que c'est sous son patronage que s'opère ce syncrétisme thérapeutique, les « thérapeutes traditionnels » se plaçant à la fois sous son contrôle et sous sa garantie. Après l'échec d'une première association, constituée dans les années 1970 par un guérisseur et dissoute à la suite de détournements financiers, le Cercle est au début des années 1980 le seul regroupement de « thérapeutes traditionnels » en ville, et l'un des plus connus au Sénégal. En 1985, il se compose de vingt-deux guérisseurs — sur les milliers que compte l'agglomération de Pikine.

Le choix des membres se fait au hasard des rencontres : « Un guérisseur qui a entendu parler de mon association vient me voir », raconte le fondateur, « je vais avec lui interroger le délégué de son quartier » (il s'agit d'un responsable politique, l'équivalent urbain du chef de village) ; « ensuite, je choisis avec son aide quelques maisons, et je demande aux gens s'ils le reconnaissent comme compétent ». Commence alors l'expertise scientifique, car il s'agit de « trouver des critères pour reconnaître les vrais guérisseurs parmi le nombre croissant des charlatans » : chaque thérapeute doit identifier cinq maladies pour lesquelles il dispose de remèdes, et présenter pour chacune dix cas, afin que soit constatée l'efficacité du traitement ; en général, ce sont des malades guéris qui viennent, accompagnés du guérisseur, raconter leur histoire. Une fois l'efficacité du médicament ainsi démontrée, le guérisseur reçoit un certificat. Mais sans

attendre cette consécration ultime, plusieurs thérapeutes encore en « phase d'homologation » ont affiché au-dessus de leur porte ce nouveau titre, et des enseignes décorées de la figure emblématique du Cercle ornent leur maison. L'opération semble bénéfique, puisque l'un d'eux, détenteur d'un médicament unique aux vertus universelles, déclare avoir augmenté sa clientèle depuis l'installation de son écriteau, au point d'avoir dû prendre deux associés, laborantins affectés à la préparation de sa panacée. Au terme de cette première étape, la méthode de validation des thérapeutiques et d'officialisation des thérapeutes pourrait, d'après son fondateur, être étendue à l'ensemble du pays, et « les guérisseurs qui recevraient une reconnaissance seraient autorisés à travailler dans les dispensaires aux côtés des infirmiers ».

On le voit, le Cercle des tradi-praticiens de Pikine, dans son action de légitimation rationnelle et légale, assume le double rôle de la faculté de médecine et de l'État, imitant le travail expérimental de la science et le travail juridique du pouvoir. On voit bien le profit que son fondateur, simple agent de santé, peut y trouver : le pouvoir que lui confère sa position nouvelle est considérable, qui l'autorise à séparer le bon grain de l'ivraie. Et l'on imagine les bénéfices que, sans risque réel, peuvent en attendre les postulants : l'élu s'affiche, non le réprouvé — pas de stigmatisation à redouter par conséquent. La démarche n'en est pas moins paradoxale : la reconnaissance accordée aux thérapeutes « traditionnels » passe par l'effacement de leur légitimité traditionnelle, puisque, prix des signes extérieurs de scientificité, elle réduit l'action thérapeutique à une connaissance pure, gommant la dimension magique ou religieuse, bref, sociale, du travail du « tradi-praticien » lorsqu'il identifie, interprète et soigne la maladie.

C'est bien pourquoi, s'il n'est en apparence à ce jeu que des gagnants, la plupart refusent d'y entrer : tous ne trouveraient évidemment pas leur intérêt dans ce processus d'officialisation qui ignore le poids de la légitimité traditionnelle. Le « grand marabout » ou le « grand guérisseur » n'ont que faire d'une carte ou d'un certificat : le nombre de leurs consultants, le respect dont on les entoure, et souvent les richesses qu'ils déploient, manifestent bien plus éloquemment que ces documents « légaux » (du moins par leur revendication de légitimité) la réalité de leur reconnaissance sociale, qui doit tout à la légitimité traditionnelle. Le thérapeute dépourvu de charisme personnel, guérisseur sans tradition familiale, marabout sans maître renommé, aura bien au contraire tout intérêt à recevoir une consécration officielle, en fût-elle seulement le simulacre, tant pour les avantages matériels escomptés — l'accroissement des revenus pouvant même conduire de l'exercice hasardeux de la rue à l'installation de la petite entreprise — que pour les profits symboliques qu'il peut en retirer, en termes de respectabilité et de prestige. De cet exemple, nous pouvons tirer une première proposition : *pour les thérapeutes, plus faible est la légitimité traditionnelle, plus fort est le besoin de reconnaissance officielle.*

Notre seconde étude de cas a pour acteurs un médecin béninois installé de longue date au Sénégal, actuellement directeur de la Médecine scolaire, et un groupe de guérisseurs du Sine-Saloum, région rurale arachidière en pays serer. Les Serer ont au Sénégal la réputation d'hommes de grand savoir traditionnel, notamment dans les domaines de la magie et de la pharmacopée, tandis que les Béninois seraient aisément identifiés au personnage de *L'inîtié* (Bhèly-Quénoum 1979). Depuis 1976, une fois par an, le médecin réunit les guérisseurs pour discuter de leur pratique, éventuellement (comme en 1985) en présence de journalistes qui donnent un large écho à ces séminaires. Chargé par l'Organisation mondiale de la santé de rédiger une *Encyclopédie de la médecine traditionnelle*, il tire parti des connaissances qu'il puise dans ces échanges : deux volumes sont déjà parus. Au-delà de ce travail de compilation et de mise en forme, son objectif est de créer, ainsi qu'il l'a exprimé lors d'un entretien « un centre de médecine traditionnelle où l'on peut guérir le diabète, l'ictère, les stérilités, par exemple ; les gens pourraient alors venir en toute confiance, en sachant que c'est un centre reconnu, et s'y feraient soigner pour une somme modique ». Une telle institution permettrait de faire reculer l'« obscurantisme » : « s'il y a reconnaissance officielle de la médecine traditionnelle, immédiatement le charlatanisme va disparaître, car si les gens se font soigner dans le centre, ils n'ont plus alors besoin de recourir au charlatan ».

On retrouve dans ce cas le paradoxe évoqué de manière différente à propos de notre premier exemple : en faisant passer le savoir thérapeutique traditionnel de l'oral à l'écrit, c'est-à-dire en lui permettant d'accéder à une forme de représentation dominante, l'encyclopédiste lui donne une cohérence systématique qu'il ne possède pas ; la reconnaissance théorique de ce savoir passe par la méconnaissance de sa nature pratique. On pourrait dire que c'est le prix que doivent payer les guérisseurs pour une légitimation officielle au niveau des instances internationales. En fait, on voit plutôt ici que le principal bénéficiaire de l'entreprise en est l'instigateur : son rôle d'« intermédiaire », auquel lui donnent droit son appartenance au milieu médical et son intérêt ancien pour le savoir traditionnel, assurent au promoteur de cette opération un considérable renforcement de sa légitimité, et ce, doublement.

En effet, d'une part, il tire avantage de l'audience de son œuvre auprès des milieux médicaux internationaux auxquels il s'adresse en priorité (sur ce point, il n'est d'ailleurs pas indifférent que lui-même soit étranger au pays), d'autre part, il apparaît aux hommes de savoir traditionnel comme un « vrai Africain » (titre prisé parmi les cadres et intellectuels sénégalais), qui ne trahit pas les siens et respecte le monde des ancêtres. Ainsi, il gagne en « reconnaissance » (pour jouer sur le double sens du mot) sur deux plans différents : prestige auprès des uns, gratitude auprès des autres. Donc, celui qui se met en position de décerner la légitimité en retire lui-même un gain de légitimité : à faire connaître et

reconnaître la « médecine traditionnelle » on se fait connaître et reconnaître soi-même. D'où notre seconde proposition : *réclamer la reconnaissance des « thérapeutes traditionnels », ce peut être (aussi) renforcer sa propre légitimité.*

Notre troisième étude porte sur la vive polémique survenue au début de l'année 1985 entre le professeur Iba Mar Diop, doyen de la Faculté de médecine et de pharmacie de Dakar, et le professeur Yvette Parès, directrice d'un centre de médecine traditionnelle de la banlieue de Dakar spécialisé dans les soins aux lépreux. Celle-ci, biologiste et pharmacologue de la Faculté de Dakar, a commencé à travailler sur la lèpre, d'abord en tentant de cultiver le bacille de Hansen, qui en est l'agent causal, puis en essayant de la traiter à l'aide de remèdes traditionnels que lui enseignaient ses « maîtres » : elle se considère en effet comme « disciple » des grands herboristes, tout en revendiquant le fait d'avoir été acceptée par eux dans une « académie des guérisseurs d'Afrique de l'Ouest ». N'ayant pas été invitée aux Journées médicales de la lèpre de Dakar, elle en fit publiquement grief, à la radio, au professeur Diop qui les organisait ; la réplique du doyen dans le quotidien national, *Le Soleil* (14 mars 1985) fut suivie d'une réponse dans le même journal (25 mars 1985).

Le débat instauré dans la presse portait sur la scientificité des travaux du professeur Parès. Avait-elle découvert le moyen de cultiver le bacille de Hansen, que beaucoup recherchent en vain de par le monde ? Les autorités médicales le niaient : une mission d'experts de l'Organisation mondiale de la santé avait qualifié la culture produite de... « souillure ». Détenait-elle des remèdes plus efficaces que les antilépreux utilisés partout en Afrique ? Cette fois, échaudée par ses premiers contacts avec les milieux scientifiques internationaux, elle refusait toute expertise, demandant simplement qu'on la crût. Plusieurs lettres de lecteurs pour une défense et illustration de la « médecine traditionnelle » furent publiées qui, toutes, lui étaient favorables. L'année suivante, à l'occasion d'une nouvelle Journée nationale des lépreux, le professeur Parès recevait dans ce même journal (*Le Soleil*, 24-25 janv. 1986) sa consécration publique : sur six pages de compte rendu, trois lui étaient entièrement consacrées, qui faisaient l'apologie de son œuvre et de sa personne.

Paradoxalement, dans cette polémique, c'est un professeur français qui se pose en défenseur de la médecine africaine, contre le doyen sénégalais, qui se fait l'avocat de la science médicale. On le voit une fois de plus « modernité » et « tradition » ne prennent leur sens que dans une pratique où les mots sont les outils d'un travail social et parfois les armes d'un combat. Aussi le paradoxe peut-il se résoudre aisément : comme pour le médecin béninois de l'exemple précédent, c'est une étrangère qui joue ce rôle d'intermédiaire, aux marges de la légitimité médicale ; la prise de position peut d'autant plus clairement être rapportée à la position sociale que, femme et non praticienne, la Française est plusieurs fois marginale dans l'institution médicale, qu'elle remet en cause. Cette position de fai-

blesse relative trouve sa compensation auprès de l'opinion publique, avec le prestige que lui apporte son soutien aux « thérapeutes traditionnels » — et au-delà des milieux africains, parmi les organisations humanitaires françaises, comme le Secours catholique qui lui vient en aide financièrement.

Mais ce qui apparaît plus particulièrement avec ce cas, c'est le déplacement qui s'opère dans les termes du débat dès lors qu'il quitte son cadre : la discussion sort des cercles scientifiques pour être ouverte au grand public, à travers les médias, et singulièrement la presse écrite. L'on passe du jugement d'un comité d'experts au verdict d'un jury populaire. L'argumentation s'en trouve bouleversée, le moyen de communication (*Le Soleil*, 25 mars 1985) appelant toute une nouvelle rhétorique (qui, si elle n'est jamais absente des débats à prétention scientifique, n'y joue pas un rôle aussi décisif) : on fait appel à des images fortes (« la misère », « la laideur », « l'horreur »), à des sentiments forts (« une consœur qui a choisi les malades les plus déshérités », « exerçant ses activités comme un sacerdoce »), et à des valeurs fortes (« le savoir ancestral », « les plantes de la nature »). Le retentissement du débat s'en trouve également considérablement accru : alors qu'une discussion scientifique rencontre peu d'échos, les résonances que suscite le problème dans l'opinion ne peuvent laisser muets les responsables politiques. Bref, en plaçant le débat sur le plan public, en recourant avec les médias à des arbitrages extérieurs, on remet en cause les procédures de légitimation, théoriquement purement internes, qui définissent le champ scientifique. Ce qui fonde, à l'issue de cette troisième analyse, notre dernière proposition : *la remise en cause des principes de la légitimité qui définit un champ doit s'appuyer sur des instances de légitimation extérieures au champ.*

A travers ces trois études de cas, nous avons essayé de décrire la crise de la légitimité médicale que révèlent diverses tentatives de cautionnement, à l'initiative d'agents du champ médical, des thérapeutes « traditionnels » : les prises de contrôle offrent une garantie aux premiers, et aux seconds, en retour, une reconnaissance. A l'aide de nos trois propositions, nous avons tenté de rendre compte du fonctionnement de cette crise, en posant les conditions nécessaires au déclenchement du mécanisme.

Tout d'abord, nous avons étudié la condition préalable à cette prise de contrôle : il ne s'agit pas d'une appropriation, au nom de la médecine, des thérapeutes « traditionnels » — qui entraînerait un conflit entre deux types de légitimité, traditionnelle et rationnelle. Il est d'ailleurs remarquable que, pour l'instant, les notables « traditionnels », à la différence des dignitaires de la médecine « légale », n'interviennent pas dans ces querelles : la légitimité traditionnelle n'est pas (encore ?) en jeu. En effet, les thérapeutes qui acceptent de solliciter une reconnaissance nouvelle du côté du champ médical sont ceux qui n'ont plus rien à attendre en fait de légitimité traditionnelle : là où d'autres n'auraient rien à gagner, eux n'ont rien à perdre. S'ils acceptent de passer d'une « profession libérale » au statut de « fonctionnaires d'une entreprise permanente », pour

reprendre l'opposition qu'établit Max Weber (1971 : 450) entre le magicien et le prêtre, c'est qu'ils ne peuvent plus espérer qu'en la sécurité relative de cette carrière sans ambition.

Ensuite, nous avons pu voir que, tout comme cette opération ne touche pas les thérapeutes « traditionnels » dans leur ensemble, de même, l'initiative de cette récupération n'est pas le fait du corps médical tout entier. Il en va de l'hérésie médicale comme de l'hérésie religieuse, qui dessine des lignes de faiblesse sociale — la femme, l'étranger en sont souvent à l'origine. Mais en se faisant les porte-parole d'une revendication sociale de reconnaissance des « thérapeutiques traditionnelles », revendication qu'ils suscitent autant qu'ils l'expriment, ou qu'ils suscitent en l'exprimant, ces thérapeutes en quête de légitimité quittent leur position de faiblesse pour se trouver investis du poids social du représentant. Ce rôle de représentation qu'ils s'arrogent — c'est « l'autoconsécration du mandataire » évoquée par Pierre Bourdieu (1984 : 50) —, parlant pour les « thérapeutes traditionnels » en vue de leur réhabilitation officielle, contribue au premier chef à leur propre légitimation. Si l'on retrouve chez les instigateurs de ces processus de « revalorisation » la condition qu'exprimait pour les thérapeutes la première proposition — les agents de cette opération doivent y trouver leur intérêt —, on la complète ici avec la seconde en constatant que, si le pouvoir qui accompagne la représentation garantit *l'intérêt* d'une pareille remise en cause, il en donne aussi *les moyens*.

L'on rejoint ici notre dernière proposition. On l'a vu, ces bouleversements n'affectent pas directement les fondements de la légitimité traditionnelle ; mais on ne peut pourtant pas dire qu'il s'agisse simplement de remaniements internes au champ médical. En effet, l'élargissement de la reconnaissance médicale que préconisent certains, mais qui rencontre également de fortes résistances, s'accomplirait sans en passer par les procédures de légitimation qui fondent ce champ. Il est vrai que les pratiques des thérapeutes se prêtent mal à une telle évaluation — sauf à ne garder de la science qu'une image quelque peu caricaturale, comme dans le premier exemple. On comprend dès lors que cette remise en cause radicale implique le recours à des instances sociales de légitimation extérieures au domaine de la médecine, et qui en sont la négation : c'est en effet la caractéristique du champ scientifique, et la marque de son autonomie relative, que « celui qui fait appel à une autorité extérieure au champ ne peut s'attirer que le discrédit » (Bourdieu 1976 : 91). Avec le succès de cette opération, en revanche, la médecine pourrait cesser de relever du champ scientifique ; cette hypothèse n'a d'ailleurs rien d'aberrant, comme l'atteste par exemple l'histoire de la biologie que ses enjeux idéologiques ont pu constituer prisonnière de la politique en URSS et ailleurs. De fait, on n'est plus ici dans le cadre habituel des revendications de légitimité, luttes qui accompagnent le fonctionnement « normal » (pour emprunter l'expression de T. S. Kuhn) du domaine de la médecine : il ne s'agit plus

de révolution de palais, mais peut-être tout simplement de révolution, dès lors que la *quête de légitimation* débouche sur la *question de la légitimité*, c'est-à-dire sur sa remise en question.

Contradictions sociales et crise de légitimité

Les exemples que nous venons d'étudier permettent d'analyser la crise de la légitimité médicale dans son fonctionnement, mais non dans ses causes ; aussi nous faut-il maintenant quitter la question du « comment », pour poser la question du « pourquoi ». En effet, la description du mécanisme de la crise n'épuise pas son sens : les intérêts en jeu et les stratégies de légitimation n'en éclairent encore pas le déclenchement ; c'est pourquoi, après avoir appréhendé les éléments structurels qui en constituent les conditions de possibilité, il nous reste à comprendre le passage du virtuel à l'actuel, c'est-à-dire à expliquer historiquement la crise qui se révèle aujourd'hui, et qui se fait jour à la fois dans la réalité sociale et dans le discours sociologique⁸. Il nous faut pour cela quitter le terrain de la pratique médicale, afin d'aborder des problèmes qui touchent la société sénégalaise dans son ensemble ; en effet, si l'ébranlement de la légitimité qui fonde le champ médical passe par des instances sociales qui lui sont extérieures, il est nécessaire que l'interprétation prenne en compte les transformations sociales qui rendent aujourd'hui possible ce recours. Il est vrai que cette interprétation nous entraîne loin des propositions assurées, sur un terrain moins ferme, où il nous faudra le plus souvent nous contenter d'hypothèses, et parfois de simples questions. Du moins tenterons-nous, sinon d'apporter toujours des éléments de réponse satisfaisants, en tout cas de formuler plus clairement les interrogations.

Il convient tout d'abord d'écarter une explication commode : la confrontation actuelle ne résulte pas d'une simple contradiction intellectuelle. On a coutume, en effet, de présenter l'opposition entre les différentes médecines comme le paradigme même de toute contradiction ; pour illustrer les paradoxes de la vie politique française, par exemple, un journaliste s'interroge en ces termes⁹ :

« Imagine-t-on un chirurgien, impeccable technicien, sûr de ses gestes lorsqu'il se trouve au bloc opératoire, qui se transformerait, une fois rentré chez lui, en rebou-

8. Notre texte prolonge et élabore une formulation initiale, présentée dans une communication au Premier congrès européen de sociologie médicale de Groningen en juin 1986 (D. FASSIN & E. FASSIN 1987). C'est au moment de l'achever que nous prenons connaissance, sans pouvoir en tirer profit, de deux articles portant sur le même thème, ceux de J.-P. DOZON (1987) et de M.-E. GRUÉNAIS & D. MAYALA (1988).

9. M. Kajman, « Le chirurgien et le guérisseur », *Le Monde*, 25-26 janv. 1987 : 6.

teux ? A sa femme malade, aux voisins mal en point accourus, il imposerait les mains, à moins qu'il n'ait recours à quelque manipulation assortie de formules absconses et réputées guérisseuses ».

L'absurdité de la situation, pour l'auteur, montre bien qu'elle viole le principe fondamental de non-contradiction : on entrerait ici dans le domaine de l'impensable¹⁰. La contradiction intellectuelle ne pourrait qu'éclater en contradiction sociale, la « tradition » ne pouvant survivre à la confrontation avec la rationalité « moderne » que chez des esprits obscurs ou confus.

Il est vrai qu'on n'aurait toujours pas expliqué pourquoi l'incompatibilité de la « modernité » et de la « tradition » a tant tardé à se manifester, comment des médecines apparemment si contradictoires ont pu coexister jusqu'à ce jour. Mais surtout, on oublierait ainsi que pareil paradoxe (et, on le voit, nous ne parlons plus de contradiction) est monnaie courante en Afrique. Au Sénégal et ailleurs, l'État condamne ou ignore les médecines « traditionnelles », alors que les fonctionnaires y recourent fréquemment, et ouvertement ; la Faculté dénigre et dénonce les guérisseurs, tandis que les médecins n'hésitent pas à les consulter, pour leur entourage ou pour eux-mêmes. Ce paradoxe n'offre que l'apparence d'une contradiction : la norme qu'énoncent et imposent l'État et la Faculté découle d'un modèle légal et rationnel de légitimité qu'elle consolide en retour ; mais les agents qui constituent ces institutions n'en incarnent plus les principes dès lors qu'ils réagissent en patients, obéissant alors aux seules règles de la pratique. La demande thérapeutique ne connaît en effet qu'une loi : tous les moyens sont bons, qui peuvent conduire à la guérison, et, même pour les sceptiques, il vaut mieux mettre toutes les chances de son côté...

Pour le patient, les enjeux de légitimation reculent devant le mal et la maladie, cas de « force majeure ». L'universitaire ou l'homme d'État, sans oublier l'industriel, lorsqu'ils se rendent auprès d'un marabout pour obtenir réussite ou guérison, vont chercher un sucroît de force, et non de légitimité. On voit combien il serait faux, dans les faits comme dans le raisonnement, de diviser la société en deux secteurs, que deux modes thérapeutiques, le « moderne » et le « traditionnel », se partageraient : l'homme d'affaires « occidentalisé » et le paysan depuis son village, le médecin malade et la mère inquiète pour son enfant, le ministre impuisant et l'épouse stérile, empruntent, de ce point de vue du moins, des itinéraires thérapeutiques analogues, que distinguent ensuite les moyens financiers engagés, et donc le prestige des médecins et guérisseurs consultés. Ne l'oublions pas, « modernité » et « tradition » sont des constructions idéologiques qui trouvent leur réalité comme arguments dans les débats sociaux.

10. On songe à la perplexité d'Aristote dans la *Métaphysique* et à sa désapprobation devant les propositions contradictoires d'Héraclite.

Il est donc inexact de parler de contradiction, car celle-ci n'existe que pour autant qu'elle est perçue comme telle. Or, dans la pratique, il n'en est rien ; c'est ce qu'explique bien Paul Veyne (1978 : 61-62) :

« Il n'est pas difficile de changer d'idée ou plutôt c'est inutile, car les idées les plus contradictoires peuvent coexister le plus pacifiquement du monde ; nous ne nous avisons guère on effet d'étendre une théorie en dehors du secteur pour lequel elle a été spécialement élaborée. Il était une fois un biologiste qui voyait les couteaux comme ' faits pour couper ', qui niait la finalité dans le secteur de la philosophie biologique, qui croyait en un sens de l'histoire tant qu'il s'agissait de théorie politique et qui faisait preuve d'activisme politique dès qu'on passait à la politique appliquée. [Bref.] il ne faut pas oublier que la pensée est divisée en genres ».

Il n'y a donc pas de contradiction « naturelle », puisqu'en réalité l'apparente opposition intellectuelle, loin de susciter son existence sociale, en découle : il n'est de contradiction que socialisée¹¹. On voit pourquoi l'explication que nous écartons d'emblée n'en est pas une : elle pose la contradiction et lui accorde une vertu explicative, alors que justement il faut la comprendre ; et ce qu'il nous faut interpréter, c'est la construction sociale d'une contradiction entre la médecine et les thérapeutiques « traditionnelles ».

Nous l'avons vu, tant que les pratiques thérapeutiques relèvent de légitimités différentes, traditionnelle et rationnelle, le conflit ne saurait avoir de sens ; l'on pourrait dire que, jusqu'à nos jours, le médecin n'a pas connu de véritable concurrence en Afrique, malgré l'importance réelle des marabouts et guérisseurs — les interférences n'étant pas plus menaçantes qu'en France au XIX^e siècle, entre le médecin et le prêtre, « médecin de l'âme ». Les conflits qui éclatent aujourd'hui, parce qu'ils révèlent, fût-ce dans le langage de la contradiction, une concurrence, nous amènent à poser une question : la redéfinition qu'essaient d'imposer certains aujourd'hui se joue-t-elle seulement aux marges du champ médical ou bien amorce-t-elle l'unification d'un champ thérapeutique couvrant l'ensemble des pratiques ? C'est l'intérêt de la problématique choisie, qui analyse les thérapeutiques en termes de légitimité, que de permettre de poser cette question ; malgré son importance, celle-ci n'est, en effet, généralement pas abordée.

Pour le domaine africain tout au moins, les approches des problèmes thérapeutiques sont de deux types : l'une, que nous dirions « culturaliste », considère la médecine et les thérapeutiques « traditionnelles » comme deux mondes séparés, sans communication, c'est, implicitement, le point de vue de l'anthropologue qui circonscrit *a priori* son objet aux pratiques « traditionnelles » (ce serait, de manière complémentaire, celui de la sociologie médicale, si elle s'exerçait sous les tropiques) ; l'autre,

que nous qualifierions de « fonctionnaliste », pose à l'inverse que toutes ces pratiques, « modernes » ou « traditionnelles », relèvent d'une même fonction thérapeutique, il s'agit cette fois du point de vue des développeurs, au niveau de l'État ou des organisations internationales, qui, pour renforcer la couverture thérapeutique, se montrent prêts à faire feu de tout bois. Mais, dans un cas comme dans l'autre, la question de l'unification éventuelle d'un champ thérapeutique, soit qu'on postule la séparation, soit que l'on préconise l'unité, n'est pas abordée. C'est donc cette question que nous allons essayer de poser maintenant.

Nous avons jusqu'à présent étudié la remise en cause des définitions et délimitations existantes comme la résultante de l'action de thérapeutes qui ont intérêt à ne pas accepter le *statu quo* ; de ce point de vue, les changements apparaissent comme l'effet de la structure du champ. Mais le succès de cette contestation dépend d'éléments extérieurs au champ, qui en expliquent le retentissement actuel : pour comprendre l'impact réel de ressentiments virtuels et d'intérêts potentiels, qui trouvent aujourd'hui leur expression historique, il faut quitter l'analyse structurale du *champ médical* pour étudier la logique du *marché thérapeutique*. En effet, plus proche en cela du religieux que du scientifique, la pratique thérapeutique s'adresse directement à un public extérieur au champ qui estime pouvoir apprécier ses réussites et ses échecs, l'immédiateté apparente du résultat confortant ce droit de regard. On comprend dès lors la possibilité du recours aux médias : si la médecine est réservée aux spécialistes, la santé n'en est pas moins l'affaire de tous, et les problèmes de soins peuvent rencontrer un écho considérable dans l'opinion publique.

Dans cette perspective, il est deux manières symétriques d'interpréter le relatif succès des entreprises que nous venons de présenter. Dans la première hypothèse, on interprète la reconnaissance accordée à des « thérapeutes traditionnels » comme une réhabilitation tardive de la « tradition », devant les insuffisances de la « modernité » ; la faillite ou, à tout le moins, les limites de la médecine, enfermée dans le biologique, au détriment du social ou du psychologique, justifieraient ce « retour du sens ». A l'inverse, dans la seconde hypothèse, on dénonce la naïveté d'une pareille analyse, pour souligner que cette réhabilitation n'est qu'une récupération des « thérapeutiques traditionnelles », qui en détourne la fonction et dénature le sens ; dernier avatar de la « modernisation » inexorable, la « tradition » serait ainsi mise au service de la « modernité ». Retour du refoulé ou détour du refoulement, nous sommes dans l'une et l'autre hypothèses prisonniers de l'opposition canonique que résume le couple maudit : tradition et modernité. Dans l'un et l'autre cas, on explique l'état de choses nouveau à l'aide d'éléments anciens, l'évolution n'étant que le produit d'une dynamique interne. La marche de l'occidentalisation ou le retour de la tradition étaient de fait déjà là, en germe ; ces grands principes interprétatifs, qui surplombent l'histoire, n'ont donc qu'une faible valeur explicative.

11. Sur ce point, on consultera également l'article de Pascal BOYER (1986 : 317) dans lequel il emprunte à Scribner la notion de « genre de discours ».

On pourrait du reste en contester la pertinence, en retournant les propositions qui les inspirent. Si la médecine est aujourd'hui en crise au Sénégal, ce n'est pas qu'on remette en cause la rationalité qui la fonde on ne réproche pas les moyens qu'elle emploie, mais bien plutôt son manque de moyens ; ce n'est pas le type de compétence des infirmiers qu'on accable, mais leur absence de compétence ; ce ne sont pas les médicaments qu'on déplore, mais les carences de médicaments. Bref, on lui reproche de ne pas fonctionner de manière assez rationnelle¹². De la même manière, on constatera qu'il n'y a pas de faiblesse de la « tradition » : on l'a vu, ce sont les thérapeutes qui ne bénéficient guère de légitimité traditionnelle qui demandent une reconnaissance officielle. Ainsi, bien au contraire, ce qu'on reproche à certains thérapeutes, c'est de n'être pas, ou pas assez, « traditionnels » : c'est l'absence de légitimité qui fait le charlatan¹³. Il est donc tout aussi inexact de parler de « récupération de la tradition » que de « faillite de la modernité » : d'un côté comme de l'autre, ce qui est en cause, ce n'est pas la légitimité, traditionnelle ou rationnelle, c'est l'absence de légitimité. Aussi le « grand professeur » et le « grand marabout » ne sont-ils pas atteints directement par le mouvement actuel ; c'est le thérapeute sans assise ou le dispensaire sans moyens qui sont en jeu dans cette contestation.

Il est vrai que ce mouvement s'inscrit dans un contexte où, nous l'avons suggéré, les idéologies traditionalistes connaissent un regain de faveur, en particulier chez les cadres et les intellectuels. C'est en fonction de pareilles idéologies que l'opposition entre « tradition » et « modernité » (et pas seulement dans le domaine thérapeutique) peut être vécue comme une contradiction intellectuelle, et, partant, existentielle. Le cadre ou l'intellectuel « schizophrène » est alors déchiré non par la contradiction intellectuelle entre deux types de pratiques, relevant de la tradition et de la modernité, mais par la contradiction sociale entre deux modèles de légitimité. Car il importe de ne pas perdre de vue que, si les différents types de légitimité coexistent encore, et si la légitimité traditionnelle est aujourd'hui plus qu'hier revendiquée comme un modèle d'avenir, la légitimité rationnelle reste dominante, au Sénégal et ailleurs. Ce sont les thérapeutes qui sont demandeurs de reconnaissance officielle ; et lorsqu'un médecin tire argument de la légitimité traditionnelle qu'il revendique pour lui-même, c'est devant des instances de reconnaissance légale. Il importe donc de ne pas céder à l'illusion commode d'une symétrie — comme ce médecin qui s'amusait d'un double paradoxe : « pour être reconnu, certains guérisseurs africains sont obligés de faire une thèse en France [...] mais les Français », ajoutait-il, « lui sautent dessus pour obtenir ses secrets ». L'apparente symétrie d'un échange de services est en

réalité bientôt démentie par la conclusion : « nous leur accordons des lettres de noblesse... »¹⁴.

Cette domination est d'autant plus manifeste que c'est aux organisations internationales et à l'État que revient le rôle d'arbitrage : ce sont en dernière instance les autorités officielles qui peuvent décider du succès ou de l'insuccès de ces revendications. Mais la position de l'État est pour l'instant incertaine : ces mouvements se déploient souvent en dehors de lui, parfois malgré lui, et aussi quelquefois avec lui. De fait, si l'État envisage de manière hésitante, à la suite des organisations internationales, quelques ouvertures en direction des pratiques « traditionnelles », c'est un effet de leur commune incapacité à faire face à la demande sociale : la couverture thérapeutique n'est possible qu'avec le renfort de pratiques qui existent indépendamment des instances officielles. Le poids économique des techniques de soins est considérable : à Pikine, commune de 500 000 habitants aux portes de Dakar, on ne compte que trente centres de santé, et cinq médecins privés, pour des milliers et des milliers de guérisseurs. La pauvreté de l'État fonde leur nécessité : comme pour toutes les pratiques qui relèvent de ce qu'on est convenu d'appeler le secteur informel, l'État n'a pas les moyens de les empêcher, même s'il ne peut les contrôler, parce qu'il n'a pas les moyens de les remplacer. On pourrait d'ailleurs comparer cette attitude, qui pallie sa faiblesse en reconnaissant ce qui autrement lui échapperait, au succès récent de ce qu'on appelle avec quelque optimisme la « participation populaire » en matière de santé ; de la même manière, l'État délègue en partie des fonctions qu'il ne peut assumer en accordant sa reconnaissance à ce qui se fait en dehors de lui ; ainsi, il convertit ses carences en politique de développement, faisant de nécessité vertu. Si cette politique devait se prolonger, il resterait à voir quelle est l'incidence sur la pratique thérapeutique d'une pareille extension du champ médical, tandis que reste ouverte la question de savoir dans quelle mesure la redéfinition des procédures de légitimation entraînerait l'ébranlement de la légitimité rationnelle qui le fonde.

*

Que le champ médical, comme tout autre champ social, soit traversé par des tensions internes, mais aussi soumis à des pressions extérieures, que cette dynamique sociale puisse conduire de différends portant sur sa délimitation à une remise en cause de sa définition même, d'escarmouches frontalières à une crise institutionnelle, bref, qu'une quête de légitimation sociale entraîne à poser la question de la légitimité médicale, on se gardera bien d'y voir l'effet de quelque monopole « nègre », retombant ainsi

12. Sur le « procès en sorcellerie » intenté à l'État camerounais, voir HOURS 1985.

13. Sur le recul des « pouvoirs noirs » devant la désagrégation de la société pré-coloniale, en Côte d'Ivoire notamment, voir Marc AUGÉ 1975.

14. Citations approximatives de l'émission quotidienne de J.-M. Pelt, diffusée sur Franco-Inter en décembre 1986, intitulée *Histoires de plantes*.

dans l'erreur culturaliste qui ferait de l'Afrique le champ clos d'un combat d'arrière-garde opposant « tradition » et « modernité ».

Non pas tant en raison de l'apparition, colorée et fort commentée, de marabouts africains, à Paris et ailleurs (N'De Hoya & Diallo 1984) : sans doute la tradition peut-elle prendre racine dans l'immigration, à moins que ces nouveaux « bohémiens » ne reprennent l'exotique flambeau d'une astrologie que les médias ont quelque peu banalisée ; mais on notera plutôt que ces nouveaux arrivants ne semblent pas entrer réellement en concurrence, dès lors qu'ils ne revendiquent pas (encore ?) une reconnaissance officielle, dont ils n'auraient peut-être que faire. En revanche, c'est bien la quête de légitimation qui donne à la controverse sur les médecines « parallèles » sa virulence, son audience, et, nous semble-t-il, son importance.

Il n'est que de voir l'appel récent lancé par l'ancien ministre des Affaires sociales, Georgina Dufoix¹⁵, pour la défense et illustration des médecines « naturelles », aux dépens (naturellement) de la médecine « officielle ». On le voit, en changeant de contexte social, on n'a pas conservé la même arme idéologique : le « traditionnel » est délaissé au profit du « naturel ». Ainsi, ne pouvant s'autoriser d'une légitimité de type traditionnel, les médecines « naturelles » sont-elles condamnées à réclamer en partage cette légitimité rationnelle sur laquelle s'appuie la médecine « officielle », en invoquant, sinon des démonstrations biochimiques, du moins des preuves statistiques.

En dépit de ces différences (le « naturel », il est vrai, ne se vend guère en Afrique — effet du sous-développement ?), on perçoit toutefois le dessin d'une véritable homologie de structure, tant les remarques de Pierre Elzière (1986 : 80) à propos de la France semblent pouvoir s'appliquer aux thérapeutiques « traditionnelles » en Afrique aujourd'hui :

« Plus que dans les origines et les procédures de soins très diverses qui les caractérisent, c'est dans cette relation à la fois alternative et imitative de la production médicale légitime qu'il faut rechercher l'unité des « médecines naturelles ».

Enseignées, pratiquées et utilisées très souvent ensemble, ces méthodes ont trouvé leur dénominateur commun dans le refus de reconnaissance qui leur était opposé. Aussi les perspectives qu'il ouvre nous éclairent-elles sur les syncrétismes paradoxaux que concoctent certains, ici ou là :

« Si les tentatives expérimentales de rationalisation actuellement en œuvre pour l'homéopathie ou l'acupuncture par exemple visent à étendre la domination du

15. Voir *Le Monde*, 10 oct. 1986. Dans cet article, M^{me} Georgina Dufoix met en doute « les succès de la médecine officielle » et demande « des témoignages par milliers » de ceux qui ont bénéficié des bienfaits des médecines naturelles. Ainsi fera-t-on la preuve de leur efficacité, « en séparant le vrai du faux ». Sur ce dernier point, se reporter à notre premier exemple d'instance de légitimation au Sénégal.

réductionnisme biologique sur les ' médecines naturelles ', il n'est pas exclu qu'en retour les cosmologies ou les représentations scientifiques dont leurs théories sont imprégnées ne (re)gagnent du terrain dans la pensée médicale » (*ibid.*).

Au rebours du « désenchantement du monde » qu'apporte la science, singulièrement la sociologie, ces ouvertures offrirait ainsi un « réenchantement de la médecine », selon l'expression du professeur J.-P. Escande. N'est-ce pas là un des enjeux de cette crise de la légitimité médicale, en Afrique et ailleurs, qu'aspirent à résoudre, en une synthèse problématique, de nouveaux « initiés » ?

Brandeis University, Waltham, MA.
Institut Santé et développement, Paris.
1988.

BIBLIOGRAPHIE

ACKERKNECHT, E. H.

1971 « Naturalistic and Supernaturalistic Diagnosis and Treatments », in E. H. ACKERKNECHT, *Medicine and Ethnology*, Baltimore, MD, The Johns Hopkins University Press : 135-161 (1^{re} éd. 1946).

AUGÉ, M.

1975 *Théorie des pouvoirs et idéologie. Étude de cas en Côte d'Ivoire*, Paris, Hermann (« Savoir »).

BALANDIER, G.

1978 *Anthropologie politique*, Paris, Presses universitaires de France (« Le sociologue » 12) (1^{re} éd. 1967).

1981 *Sens et puissance : les dynamiques sociales*, Paris, PUF (« Bibliothèque de sociologie contemporaine ») (1^{re} éd. 1971).

1982 *Sociologie actuelle de l'Afrique noire*, Paris, PUF (« Quadrige ») (1^{re} éd. 1955).

BAZIN, J.

1985 « A chacun son Bambara », in J.-L. AMSELLE & E. M'BOKOLO, eds., *Au cœur de l'ethnie. Ethnies, tribalisme et État en Afrique*, Paris, Éd. La Découverte : 87-127 (« Textes à l'appui. Série anthropologie »).

BHÉLY-QUÉNUM, O.

1979 *L'initié*, Paris, Présence africaine.

BOURDIEU, P.

1971 « Genèse et structure du champ religieux », *Revue française de Sociologie*, XII (3) : 295-334.

1972 *Esquisse d'une théorie de la pratique*, Genève, Droz.

1976 « Le champ scientifique », *Actes de la Recherche en Sciences sociales*, 2-3 : 88-104.

- 1980 *Le sens pratique*, Paris, Éd. de Minuit (« Le sens commun »).
- 1982 *Leçon sur la leçon*, Paris, Éd. de Minuit.
- 1984 « La délégation et le fétichisme politique », *Actes de la Recherche en Sciences sociales*, 52-53 : 49-55.
- BOURDIEU, P., CHAMBOREDON, J.-C. & PASSERON, J.-C.
- 1973 *Le métier de sociologue*, Paris, Mouton-Bordas (1^{re} éd. 1968).
- BOYER, P.
- 1986 « Tradition et vérité », *L'Homme*, XXVI (1-2), 97-98 : 309-329.
- DOZON, J.-P.
- 1974 « Les mouvements politico-religieux. Synchrétismes, messianismes, néo-traditionalismes », in M. AUGÉ, ed., *La construction du monde. Religion, représentations, idéologie*, Paris, Maspero : 75-111 (« Dossiers africains »).
- 1987 « Ce que revaloriser la médecine traditionnelle veut dire », *Politique africaine*, 28 : 9-20.
- DUNN, F. L.
- 1976 « Traditional Asian Medicine and Cosmopolitan Medicine as Adaptive Systems », in C. LESLIE, ed., *Asian Medical Systems*, Berkeley, University of California Press : 133-158.
- ELZIÈRE, P.
- 1986 « A propos des 'médecines naturelles' », *Actes de la Recherche en Sciences sociales*, 64 : 79-80.
- FABREGA, H.
- 1974 *Disease and Social Behavior*, Cambridge, MA, The MIT Press.
- FASSIN, D.
- 1985 « Du clandestin à l'officieux. Les réseaux de la vente illicite des médicaments au Sénégal », *Cahiers d'Études africaines*, XXV (2), 98 : 161-177.
- FASSIN, D. & FASSIN, E.
- 1987 « Traditional Medicine and the Stakes of Legitimation in Senegal », *Social Science and Medicine*, XXVII (4) : 353-357.
- FOSTER, G. M.
- 1976 « Disease Etiologies in Non-Western Medical Systems », *American Anthropologist*, LXXVIII (4) : 773-782.
- GOODY, J.
- 1979 *La raison graphique. La domestication de la pensée sauvage*, Paris, Éd. de Minuit (1^{re} éd. 1977).
- GRUÉNAIS, M.-E. & MAYALA, D.
- 1988 « Comment se débarrasser de l' 'efficacité symbolique' de la médecine traditionnelle ? », *Politique africaine*, 31 : 51-61.
- HOURS, B.
- 1985 *L'État sorcier. Santé publique et société au Cameroun*, Paris, L'Harmattan (« Connaissance des hommes »).

- HUBERT, H. & MAUSS, M.
- 1980 « Esquisse d'une théorie générale de la magie », in M. MAUSS, *Sociologie et anthropologie*, Paris, PUF : 1-141 (1^{re} éd. 1950).
- HUGHES, C. C.
- 1968 « Medical Care. I. Ethnomedicine », in *International Encyclopedia of the Social Sciences*. Vol. X, New York, Macmillan-Free Press : 87-92.
- JONES, W. T.
- 1976 « World Views and Asian Medical Systems : Some Suggestions for Further Study », in C. LESLIE, ed., *Asian Medical Systems*, Berkeley, University of California Press : 383-404.
- KLEINMAN, A.
- 1978 « Concepts and a Model of the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems », *Social Science and Medicine*, XII (1) : 85-93.
- LESLIE, C.
- 1976 « Introduction », C. LESLIE, ed., *Asian Medical Systems*, Berkeley, University of California Press : 1-12.
- LÉVI-STRAUSS, C.
- 1962 *La pensée sauvage*, Paris, Plon.
- 1980 « Introduction », in M. MAUSS, *Sociologie et anthropologie*, Paris, PUF : IX-LII (1^{re} éd. 1950).
- N'DE HOYA, B. & DIALLO, M.
- 1984 *Un regard noir*, Paris, Autrement.
- PIAULT, C., ed.
- 1975 *Prôphétisme et thérapeutique*, Paris, Hermann (« Savoir »).
- PRESS, I.
- 1980 « Problems in the Definition and Classification of Medical Systems », *Social Science and Medicine*, XIV (1) : 45-57.
- RIVERS, W. H. R.
- 1924 *Medicine, Magic and Religion*, New York, Harcourt & Brace.
- VEYNE, P.
- 1978 *Comment on écrit l'histoire*, Paris, Le Seuil (1^{re} éd. 1971).
- WEBER, M.
- 1959 *Le savant et le politique*, Paris, Plon (1^{re} éd. 1919).
- 1971 *Économie et société*, Paris, Plon.

NOTE SUR UN USAGE PROBLÉMATIQUE

On s'accorde généralement à mettre le terme « traditionnel » entre guillemets, faute de pouvoir l'éviter tout à fait, c'est-à-dire faute de mieux (les succédanés, comme hier « primitif » ou parfois aujourd'hui « indigène », présentant les mêmes inconvénients, sans offrir toujours les mêmes avantages) ; l'on marque ainsi sa réticence, ou son embarras.

Pour notre part, nous conserverons le terme pour tenter d'asseoir plus solidement son usage scientifique en recourant à la notion wébérienne de *légitimité traditionnelle* pour définir (elliptiquement) les thérapeutiques « traditionnelles » — en gardant bien présent à l'esprit que, si des savoirs et pratiques présentés et perçus comme traditionnels accompagnent le plus souvent ce type de légitimité, ils ne sauraient cependant le définir en s'y fondant ou le fondant, puisqu'ils peuvent aussi bien, comme ce texte le montre, appuyer une entreprise de légitimation qu'exprime paradoxalement la revendication nouvelle d'une légitimité scientifique, inscrite dans le champ médical et, qui n'a rien de traditionnel.

Aussi reprendrons-nous également les guillemets à notre compte, justifiant, après l'usage lexical, le choix typographique qui permet de rappeler le déplacement de sens que nous opérons, tandis que l'ellipse du mot légitimité en souligne l'inévitable ambiguïté : si, parlant de *thérapeutique (de légitimité) traditionnelle*, nous définissons (sociologiquement) la thérapeutique par la légitimité qui la fonde, et non plus par les savoirs et pratiques qu'elle met en œuvre, cette distinction théorique ne saurait en effet nous conduire à méconnaître les glissements et flottements sémantiques, indistinction pratique dont joue l'*usage social*. C'est ce jeu que nous proposons de suivre ; c'est bien pourquoi il nous a paru préférable, plutôt que de remplacer le terme « traditionnel », de *suivre l'usage...*

En revanche, parler de « thérapeutes traditionnels », et non de thérapeutes « traditionnels », ce n'est plus se référer à la problématique sociologique ici définie : il s'agit en quelque sorte d'un style indirect libre, que signalent les guillemets ; on se contente alors de citer l'usage, en deçà de toute élaboration théorique. On ne prétend donc pas le fonder, pour autant qu'il relève de stratégies sociales : on ne saurait trop le souligner, les termes de « tradition » et de « modernité » sont des armes dans le combat social. L'usage social de ces termes à des fins de légitimation ne doit pas être confondu avec la définition sociologique de types de légitimité : les « thérapeutes traditionnels », faute de légitimité traditionnelle, peuvent, comme le montre notre étude, se tourner vers une reconnaissance officielle (non sans effet sur leur savoir et leur pratique, du reste) ; peut-on encore, dans ce cas, parler de thérapeutes « traditionnels » ?

Bien entendu, le même raisonnement vaut pour la médecine « rationnelle », ou « légale » : lorsque nous parlerons de thérapeutiques « rationnelles », l'adjectif qualifera non des savoirs ou des pratiques mais un type de légitimité. Le qualificatif ne comporte donc nul jugement sur la nature intrinsèque de cette médecine (on notera au passage que, fidèles à la lettre du texte de Weber, nous n'opposons pas ici « traditionnel » à « moderne » — mot qui, du reste, n'en eût pas trahi l'esprit). Tandis que le second terme (« légal ») permet de souligner le lien privilégié qui unit la médecine à l'État, rapprochant légitimité et légalité, le premier (« rationnel ») ne doit pas faire oublier la différence entre légitimité et motivation.

Précisons encore, en effet, que la légitimité rationnelle (ou traditionnelle) n'implique pas des motivations « rationnelles » (ou un comportement « traditionnel ») ; aussi Weber prend-il bien soin de distinguer l'ordre qui s'impose « pour des motifs rationnels en finalité » (ou « en vertu de la coutume ») de l'ordre qu'on respecte en raison de « la croyance en une légitimité », rationnelle ou traditionnelle. C'est ainsi

que l'on passe de la coutume, tradition invétérée, simple pratique, machinale et routinière, presque instinctive, à la légitimité traditionnelle, sacralisation de cette tradition, non plus inconsciente, mais érigée en valeur proclamée. On se reportera, dans *Économie et société* (1971 : 219 sq.) à l'ensemble du chapitre III, où l'on trouvera pareillement l'opposition entre les motivations rationnelles et la croyance qui fonde la légitimité rationnelle.

Certes, il importe d'être conscient que, dans la pratique, les choses ne sont pas simples, et « les transitions entre [l'autorité] fondée sur la simple tradition ou sur des motifs simplement rationnels en finalité, et celle qui se fonde sur la croyance en une légitimité sont naturellement absolument flottantes en réalité » (*ibid.* : 30-31). Toutefois, la distinction reste opératoire. Ainsi, lorsqu'on constate que l'autorité du médecin, par exemple, ne repose pas exclusivement sur sa légitimité rationnelle, il convient de ne pas imputer à quelque résurgence de légitimité charismatique ou traditionnelle ce qui relève plutôt de son prestige personnel ou d'une situation de routine (le « médecin de famille »). Comme l'écrit J. Skorupski (cité par Goody 1979 : 251), « la science contient sans doute des éléments ' traditionnels ' de légitimation, [...] elle n'en est pas moins un mode de pensée ' rationnel ' et non ' traditionnel ' ». On perdrait autrement la conscience de la spécificité du phénomène qu'étudie ce texte : il est vrai que partout l'autorité résonne en faisant vibrer des cordes différentes ; ainsi le sorcier ne méprise-t-il nullement les déterminants rationnels de l'activité. C'est ce que souligne l'énoncé qui fonde la sociologie de la religion de Max Weber (1971 : 429-430) : « Les formes les plus élémentaires du comportement motivé par des facteurs religieux ou magiques sont orientés vers le monde d'ici-bas (*diesseitig*) [...] Il ne faut donc pas rejeter hors du domaine des conduites finalistes de la vie quotidienne les façons d'agir ou de penser religieuses ou magiques, d'autant que les buts des actes magiques et religieux sont surtout économiques ». Mais, aujourd'hui en Afrique, l'on assiste à un phénomène nouveau : certains jouent véritablement sur plusieurs tableaux, en se réclamant simultanément de légitimités différentes.