

## Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire

**D**EPUIS peu, une décennie environ, nombre d'États africains préconisent, généralement dans le cadre d'une redéfinition de leur politique sanitaire, la valorisation de la médecine traditionnelle et son association avec la médecine moderne. Notons immédiatement qu'il s'agit là d'une nouveauté, puisqu'aussi bien sous la période coloniale que durant les premières années des indépendances, les autorités politiques et médicales entendaient prévenir et guérir les maladies sans égard particulier pour la médecine traditionnelle (sauf éventuellement pour en retirer l'exploitation de certaines substances naturelles ou tolérer quelques expériences dans le domaine des maladies mentales, comme celles de H. Collomb à l'hôpital Fann de Dakar). Nouveauté et rupture donc, du moins de prime abord, qui semble dénoter de la part des États africains une volonté plus nette d'indépendance où la santé des populations relève d'un processus endogène de développement et, partant, requiert la mobilisation des compétences et des savoirs disponibles. Cependant, si telle est schématiquement la façon dont ces États légitiment leur intérêt novateur pour leur médecine traditionnelle, elle ne saurait suffire à lever les ambiguïtés qui pèsent tant sur la notion de valorisation de la médecine traditionnelle que sur les expériences pratiques qui se recommandent d'un tel label.

### Des SSP aux tradipraticiens

On sait, tout d'abord, que depuis la conférence d'Alma-Ata (1978), l'OMS préconise globalement une autre solution aux problèmes sanitaires des pays du tiers monde, notamment d'Afrique

noire ; l'échec des politiques antérieures, particulièrement en matière de prévention et de médecine de masse (qui se traduit par une prévalence toujours élevée des grandes endémies et par une forte mortalité infantile) et la faible efficacité d'une médecine hospitalière trop coûteuse et dysfonctionnelle ont été autant d'arguments pour promouvoir une nouvelle stratégie : celle des soins de santé primaires (SSP). J'en rappellerai pour mémoire quelques éléments de doctrine. Davantage qu'une conception strictement curative, voire médicale, les SSP impliquent un point de vue global de santé publique, où les notions de prévention, d'hygiène, d'éducation sanitaire sont au moins toute aussi importantes que le fait de prodiguer des soins. Stratégie au long cours, les SSP prétendent atteindre le plus grand nombre par un travail en profondeur auprès des communautés locales et par l'établissement d'un vaste réseau d'unités et d'agents sanitaires de base capables de fournir des prestations élémentaires de soins et surtout de promouvoir la santé par l'éducation et l'hygiène. Si l'aide internationale et les États africains ont à charge d'organiser ces réseaux et de les intégrer dans des systèmes nationaux de santé rénovés, il est amplement souligné que la réussite des SSP dépend au premier chef de la participation des populations.

C'est précisément dans la perspective du rôle majeur que doivent jouer les populations dans la résolution de leurs problèmes de santé que l'OMS a recommandé la prise en compte de la médecine traditionnelle et l'implication éventuelle des « tradipraticiens » dans la mise en œuvre des SSP. En effet, dès lors qu'elle conçoit les populations moins comme des usagers de l'action sanitaire que comme des partenaires obligés travaillant à l'amélioration de leur propre « bien-être », la stratégie proposée paraît naturellement apte à reconnaître ceux qui, au sein des populations, y prennent déjà une part active — les tradipraticiens —, et plus encore à en tirer parti pour établir ce climat de concertation nécessaire à la mise en place des SSP. Si cette attitude positive paraît cohérente avec l'ensemble de la doctrine, d'autres facteurs ont sans aucun doute contribué à sa légitimation.

La stratégie des SSP s'inscrit assez bien, en tant précisément qu'alternative, dans de nouvelles conceptions du développement suivant lesquelles l'amélioration des conditions de vie et de production doit dépendre non point de transferts unilatéraux de technologies, de modèles imposés sans égard pour les réalités locales, mais d'une capacité à mobiliser les ressources de tous ordres propres à telle société ou à telle communauté, et à rechercher les solutions appropriées, afin de promouvoir un développement véritablement endogène. C'est pourquoi, au-delà des recommandations de l'OMS et des politiques des États, ceux-là mêmes qui tentent de mettre concrètement en œuvre les SSP revendiquent cette conception alternative du développement (en particulier les ONG) et, sur la base

d'expériences limitées (petits projets), s'essayent parfois à intéresser certains tradipraticiens.

Par ailleurs, l'intérêt porté à la médecine traditionnelle ne saurait ressortir à une conception du développement qui s'applique exclusivement aux pays du tiers monde. Il rejoint tout un courant d'opinion propre aux pays industrialisés qui, sceptique ou critique à l'égard des pratiques et des progrès médicaux (rappelons pour mémoire l'ouvrage célèbre d'Ivan Illich, *Nemesis médicale*), valorise d'autres formes thérapeutiques appelées, suivant les cas, douces, parallèles, populaires, naturelles, etc. Bien qu'elles soient d'origines, de compétences et d'idéologies très variées, ces thérapeutiques ont pour dénominateur commun de proposer des alternatives à la bio-médecine et de considérer qu'elle répond insuffisamment à la demande des patients ou qu'elle y répond mal, se complaisant dans l'hyperconsommation de médicaments ou dans l'hyperspécialisation. Une telle appréciation par laquelle ces thérapeutiques tentent de justifier et d'améliorer leur place dans l'espace sanitaire occidental ne saurait bien évidemment s'appliquer à l'Afrique, puisqu'aussi bien la bio-médecine cherche encore les voies et les moyens pour y déployer toutes ses compétences (réaliser notamment un programme de vaccination). Mais les tours de l'opinion et de l'idéologie n'ont nul besoin de ce genre de considération et la médecine traditionnelle, sans qu'on sache très bien de quoi elle est faite, semble pouvoir tout naturellement s'intégrer aux thérapeutiques alternatives, y gagner dans leur mouvance reconnaissance et valorisation ; et bénéficier en quelque sorte à son insu des critiques que ces thérapeutiques adressent à la bio-médecine.

Un troisième facteur, cette fois-ci interne aux États africains, a sans aucun doute contribué à ce mouvement de valorisation de la médecine traditionnelle. En effet, parmi les États qui l'ont fait figurer 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. Reprenant les thèmes du développement auto-centré initié par les critiques de l'impérialisme et du néocolonialisme, ou des mots d'ordre empruntés au langage maoïste, comme au Bénin : « comptons d'abord sur nos propres forces », ces États trouvent dans les recommandations de l'OMS, en particulier dans la participation des populations et la valorisation de la médecine traditionnelle, des éléments qui concordent opportunément avec leur orientation politique et idéologique.

Convergence d'intérêts et de mouvements d'idées donc qui semblent devoir faire de la médecine traditionnelle le partenaire d'une politique sanitaire rénovée ; mais convergence surtout pour ne lui assigner cette éventuelle aptitude à coopérer que dans l'exacte mesure

où elle est l'objet, à peine nommé, d'une opération de réduction. Les expressions de « valorisation de la médecine traditionnelle » ou de « prise en compte des tradipraticiens » constituent sur le plan strict des énoncés de bien étranges performatifs. En l'absence de toute référence à ce que désigne effectivement médecine traditionnelle ou tradipraticiens, elles signalent simplement une différence (le traditionnel par opposition au moderne) mais pour classer immédiatement ces notions sous le label médical et les supposer ressortir du seul domaine des pratiques et de l'empirique. Autrement dit, alors même qu'elles prétendent signifier une ouverture vers cet univers thérapeutique solidement implanté en milieu africain, les propositions émanant de l'OMS ou de toute autre instance l'enferment dans une image stéréotypée, normalisée où n'apparaît rien d'autre qui ne soit conforme aux préconceptions et aux attentes des décideurs ou des autorités. Sans doute cette opération de réduction est-elle légitime, puisqu'aussi bien la bio-médecine, quel que soit le dispositif mis en œuvre, entend rester maîtresse de l'action sanitaire et juge de l'aptitude des tradipraticiens à y participer.

Là où, en revanche, les présupposés et le tour nettement réflexif de la démarche font véritablement problème, c'est lorsque des expériences ou des opérations sont tentées et révèlent tout l'abîme qui sépare l'intention de valoriser la médecine traditionnelle de sa réalisation effective. Comme souvent en pareil cas (de plus en plus nombreux dès lors que les projets de développement découvrent le facteur humain ou culturel), les sciences humaines, et tout particulièrement l'anthropologie, sont supposées pouvoir réduire les obstacles et les difficultés, permettant ainsi la participation des tradipraticiens dans le cadre des soins de santé primaires. Or ce que l'anthropologie a précisément à dire sur ce sujet dans la mesure où elle l'a quelque peu étudié (1), c'est d'abord que la notion de médecine traditionnelle est assez peu adaptée à la chose qu'elle prétend désigner. Sans doute est-elle partiellement légitime, renvoyant effectivement à un univers de savoirs et de pratiques thérapeutiques dont le qualificatif « traditionnels » vient simplement souligner le fait qu'ils ne sont pas modernes, c'est-à-dire ne ressortissant pas au paradigme bio-médical qui s'est élaboré en Occident surtout depuis le XIX<sup>e</sup> siècle. Mais là s'arrête la justesse de l'expression. Utilisée généralement au singulier, elle ne désigne rien de spécifiquement africain, puisqu'elle s'applique aussi bien aux médecines indienne, chinoise, amérindienne et, du fait de cette extension, ne

(1) L'anthropologie de la maladie et de la médecine constitue un domaine assez bien développé. Outre de nombreuses références anglo-saxonnes, on mentionnera de bonnes mises au point françaises récentes : « Médecines et santé », *Cahiers ORSTOM*, série

Sciences humaines, vol. XVIII, n° 8, 1981-1982 ; M. Augé et C. Herzlich (eds), *Le Sens du mal*, Paris, Éd. des Archives contemporaines, 1985 ; « Anthropologie, sociétés et santé », *Sciences sociales et santé*, nov. 1985.

permet même pas de faire la séparation entre les médecines à tradition écrite (comme la chinoise) et les médecines à tradition orale (comme l'africaine). Mais quand bien même on l'accepterait sous la formule « médecine traditionnelle africaine », le gain de précision ne paraît guère perceptible ; une telle formule est en effet toute aussi peu pertinente que son homologue « société traditionnelle » par laquelle trop souvent on désigne uniformément les sociétés africaines d'avant la colonisation (et dont on souligne la permanence jusqu'à aujourd'hui). Diverses quant à leur organisation sociale et leurs structures politiques, différemment traversées par les mouvements de l'histoire, les sociétés africaines précoloniales offrent tout aussi naturellement une gamme étendue de compétences et d'institutions thérapeutiques (2). Par ailleurs, la présence séculaire de l'islam (dont on sait qu'il revendique des compétences thérapeutiques) et surtout la colonisation ont singulièrement compliqué le tableau.

Pour ne considérer que cette dernière, on retiendra deux choses : d'une part que la bio-médecine introduite par les Européens s'est davantage ajoutée aux divers recours thérapeutiques traditionnels qu'elle ne leur a fait véritablement concurrence ; d'autre part que les religions chrétiennes importées ont généré en maintes régions d'Afrique des mouvements syncrétiques et néo-traditionnels ayant notamment pour spécificité d'assortir leur travail religieux de fonctions thérapeutiques, ce qui eut et a de plus en plus pour effet d'augmenter la gamme des recours possibles. Au regard de cette diversité, des vicissitudes de l'histoire, de l'impact des religions, la notion de médecine traditionnelle paraît bien peu opératoire. Que valoriser dans ce dédale de recours thérapeutiques ? On nous répondra sans aucun doute ce qu'il y a de plus traditionnel, correspondant à des savoirs transmis de génération en génération. C'est précisément sur ce point qu'il convient cette fois-ci de souligner moins les imprécisions que les ambiguïtés de la notion de médecine traditionnelle.

En dépit de sa diversité, quelque chose comme une « médecine traditionnelle » est bien à l'œuvre en Afrique noire ; cependant, contrairement à ce que croient viser les tenants de sa valorisation, le paradigme en question ne repose pas uniquement sur un ensemble de connaissances empiriques (plantes médicinales, pharmacopées) et de savoir-faire (techniques corporelles, épidémiologiques) ; sans leur dénier quoi que ce soit en ce domaine, le dénominateur commun des médecines traditionnelles africaines réside bien davantage, et paradoxalement, dans le fait qu'elles ne forment pas à proprement parler un univers médical, c'est-à-dire un domaine autonome formant un corps de règles, de savoirs, de pratiques et de spécialistes.

(2) Cf. sur ce point l'article de E. M'Bokolo, « Histoire des maladies ; his- toire et maladie : l'Afrique », in *Le Sens du mal*, op. cit.

En l'occurrence cette médecine évolue dans une étroite imbrication avec les autres secteurs de la vie sociale ; par leur truchement, elle mobilise une conception de la maladie qui, ressortissant à la catégorie du malheur, n'implique un trouble individuel que pour autant qu'il fait signe en direction de l'ordre cognitif, symbolique, institutionnel propre à telle société. Si, comme partout, la maladie demande à être expliquée, les schèmes de causalité, les étologies sont l'expression directe des normes et représentations qui sous-tendent les édifices socio-culturels (transgression d'interdits, manifestations des esprits, génies ou ancêtres, agression en sorcellerie, etc.). C'est pourquoi les institutions qui prennent en charge la maladie sont tout à la fois religieuses, politiques et thérapeutiques ; elles recouvrent un champ de compétences et de fonctions (devin, clairvoyant, antisorcier, féticheur, prêtre de culte) qui subordonnent l'efficacité thérapeutique à une efficacité plus large, mettant en jeu des puissances tutélaires, des structures normatives et symboliques, des rapports de force et de pouvoir. Efficacité nécessairement ambivalente, puisque ceux-là mêmes qui en détiennent les arcanes — et participent, suivant leurs compétences, aux processus thérapeutiques — ont quelque rapport ou connivence avec ces instances qui régissent les relations sociales. De sorte qu'interpréter et guérir la maladie peut vouloir dire son contraire, en l'occurrence être susceptible de dispenser des troubles, et implique suffisamment de force pour ne pas être soi-même victime des instances surnaturelles ou des agents maléfiques. Certes, il existe des personnages qui revendiquent uniquement des compétences de guérisseurs, c'est-à-dire un savoir relatif aux plantes, à la pharmacopée ; mais, outre qu'ils ne représentent généralement qu'un moment des processus thérapeutiques, ces guérisseurs ne sont pas coupés des puissances tutélaires, des rapports de force évoqués plus haut ; s'ils détiennent un savoir acquis par héritage ou par apprentissage, celui-ci dépend, pour être efficace, d'un pouvoir ou de marques symboliques liées à ces puissances et au langage de la force.

Ces quelques indications n'auraient, somme toute, qu'un intérêt académique si elles ne mettaient en relief les paradoxes que soulève l'idée de valoriser la médecine traditionnelle. Car ce qui est fondamentalement conçu à travers cette idée, c'est bien de ne retenir de cette médecine qu'un certain apparemment avec la biomédecine, des savoirs, des pratiques dont on suppose qu'améliorés et contrôlés, ils pourraient jouer un rôle dans des systèmes de santé plus proches des besoins et des attentes des populations africaines. Valorisation donc qui implique une mise entre parenthèses, voire un rejet des configurations « magico-religieuses », des systèmes symboliques auxquels ces savoirs et ces pratiques sont étroitement liés, comme s'il fallait pour les besoins de la cause, séparer le bon grain de l'ivraie, le noyau positif de sa gangue « irrationnelle ». Il

s'agit là très littéralement d'une opération de réduction, voire même de dévalorisation puisque des valeurs, des statuts, des pouvoirs sont sinon ignorés, du moins pas pris en compte. Le terme de tradipraticien est à cet égard tout à fait significatif : il représente à lui seul une véritable épure qui ne réfère à aucune compétence particulière, mais suggère une figure positive dépouillée de tout élément « magico-religieux ».

## **Revalorisation au Bénin**

Pour illustrer ce propos, j'évoquerai rapidement l'exemple du Bénin, et particulièrement de la province du Borgou (située au nord du pays). Cet État, d'obédience marxiste-léniniste mène une expérience de soins de santé primaires et tente de valoriser sa médecine traditionnelle. Dans le cadre stricto sensu des SSP où, en cette région du Borgou, divers opérateurs étrangers interviennent (hollandais, allemands, suisses, etc.), la valorisation de la médecine traditionnelle n'est guère de mise. Le choix et l'installation des agents villageois de santé occupent suffisamment les intervenants pour ne pas s'embarasser de tradipraticiens qui visiblement ne se précipitent pas pour apporter leur concours à cette stratégie de première ligne. Seules, en certains endroits, des matrones semblent intégrées aux unités villageoises de santé. A leur propos, il convient de faire une brève remarque : compte tenu de l'expérience acquise en matière de SSP, on s'accorde pour dire que l'insertion des matrones constitue pour l'heure l'un des rares exemples d'association possible de la médecine traditionnelle avec la médecine moderne. Mais l'on conviendra aisément qu'il s'agit davantage de contrôler un état de fait (on ne voit pas, à moins de multiplier les maternités en milieu rural, qui d'autres que les matrones pourraient faire accoucher) pour améliorer les conditions d'hygiène des pratiques d'accouchement (et diminuer ainsi la mortalité), que de valoriser en tant que telle la médecine traditionnelle.

En fait, cette valorisation se situe plus directement pour l'État béninois à travers son réseau de médecins et de formations hospitalières. Ainsi, en 1984, une expérience fut tentée à l'hôpital central de la province du Borgou où une dizaine de guérisseurs (volontaires, mais choisis par les médecins béninois) étaient censés faire valoir leurs compétences dans un local réservé à leur usage ; durant quelques mois, ils y reçurent leurs patients et leur dispensèrent soins et remèdes sous le contrôle de médecins de l'hôpital. L'expérience s'est assez vite soldée par un échec, puisqu'un seul guérisseur sur les dix poursuivait en 1986 ses consultations à l'hôpital, dans l'espoir sans doute d'être l'heureux élu des autorités médicales. Ailleurs,

dans d'autres provinces, des expériences similaires eurent le même résultat. Les raisons de l'échec sont facilement identifiables ; la relation guérisseur-médecin est d'entrée de jeu unilatérale : tout se passe à l'hôpital où les guérisseurs sont tenus de se rendre quotidiennement. Ils soignent, mais ne reçoivent en échange ni rémunération, ni statut ; et constatent bien plutôt que la médecine est juge de leurs activités et compromet à terme leur identité, puisqu'aux yeux de leur clientèle ils ne sont plus maîtres du jeu.

On nous objectera peut-être que l'exemple est trop bien choisi et que gloser sur un échec n'invalide pas une option qui, pour réussir, a besoin d'expérimentations soutenues, de constance dans la mise en œuvre et dans la réflexion. Il nous paraît, cependant, révélateur de cette réduction par laquelle la médecine traditionnelle n'est valorisée que sur fond de méconnaissance ou d'a priori qui en rejette l'essentiel. L'unilatéralité du rapport médecin-guérisseur illustre bien la façon dont les tradipraticiens sont perçus, à savoir exclusivement comme des thérapeutes disposant de techniques et de remèdes susceptibles de recevoir un label d'efficacité. Certes, on peut supposer que la dizaine de guérisseurs devaient s'accommoder d'une telle perception, puisqu'ils étaient au départ volontaires ; mais sous la très probable condition que ce qu'ils perdaient sur le terrain de leur identité, ils le gagnaient sur celui d'une reconnaissance effective, d'une gratification au moins symbolique qui introduirait un peu de réciprocité dans la relation initiale. Leur rapide désintérêt pour l'expérience provient d'une réduction qui ne cesse en quelque sorte de s'amplifier au contact de la pratique. Car c'est sous-estimer les guérisseurs que de croire qu'ils n'ont, dans ce genre d'expérience, aucune carte à jouer, aucune stratégie, obéissant simplement aux mots d'ordre des pouvoirs publics. Pour nombre d'entre eux, acquérir sinon un statut, du moins des marques de reconnaissance, ce n'est pas vouloir devenir tradipraticien au sens étroit et épuré des concepteurs des politiques sanitaires, c'est au contraire les faire jouer dans cet univers plus complexe de la médecine traditionnelle pour tenter d'y gagner une meilleure place ou une plus grande audience.

En ce domaine tout à fait intéressant de la stratégie des guérisseurs, le thème de la valorisation de la médecine traditionnelle n'est effectivement pas un vain mot. Mais nous sommes loin des perspectives d'association de cette médecine avec la médecine moderne. Ainsi, dans des pays comme le Congo ou le Zaïre, l'État légalise des associations de guérisseurs, mais un tel volontarisme dépasse largement le cadre d'une stratégie sanitaire. Outre les motivations idéologiques évoquées précédemment (revitalisation des valeurs africaines), des raisons plus directement politiques en donnent la véritable mesure. Car, compte tenu de ce que sont les institutions thérapeutiques traditionnelles et surtout néo-traditionnelles (en l'occur-



rence les mouvements syncrétiques qui opèrent à des échelles régionales, voire nationales), à savoir des pôles de pouvoir et des lieux de traitement tout autant individuels que sociaux, l'on saisit l'intérêt de certains États à les organiser et à leur conférer une existence légale ; ils peuvent ainsi les contrôler, voire les utiliser comme autant de filières ou d'appareils idéologiques pour y délivrer leur message, faire entendre auprès du peuple et de la nation le bien-fondé de leur politique. Jeu subtil où les guérisseurs sont tout autant stratèges et recherchent cette existence légale pour se distinguer en faisant valoir leurs aspects modernistes (emprunts divers à la bio-médecine) ou leur capacité à répondre aux attentes des populations urbaines (les vocations thérapeutiques sont particulièrement nombreuses dans les grandes villes africaines).

### **Vitalité des médecines traditionnelles**

Ces dernières remarques m'amènent à aborder un ultime paradoxe de la valorisation de la médecine traditionnelle. Curieusement, un tel thème prétend se diffuser dans des pays où les médecines traditionnelles et surtout néo-traditionnelles n'ont d'une certaine manière nul besoin d'être valorisées. En effet, ce qui constitue l'un des phénomènes sociologiques majeurs, observables dans la plupart des pays africains (qu'ils valorisent ou non leurs médecines traditionnelles), c'est bien plutôt la vitalité de ces médecines. Loin des perspectives d'association, voire de synthèse avec la bio-médecine, leur valorisation ne serait-elle au fond qu'une reconnaissance de fait, qu'une manière d'entériner leur indubitable nécessité ? Questions cruciales qui nous obligent à quelques commentaires sur la place effective des médecines traditionnelles dans l'histoire africaine contemporaine. La vitalité en question n'implique tout d'abord aucune exclusive à l'égard de la bio-médecine. Les itinéraires thérapeutiques des patients témoignent au contraire de l'usage pragmatique des diverses alternatives « médicales », indiquant s'il était besoin, qu'elles ont toutes pour dénominateur commun de proposer des remèdes et d'offrir des perspectives de guérison (ou de prévention). Quelque chose donc comme un pluralisme médical s'est développé en Afrique noire depuis l'époque coloniale ; mais pluralisme qui dénote tout à la fois une assez bonne acceptation du modèle médical occidental et son relatif échec à occuper tout le terrain sanitaire. Il y aurait beaucoup à dire sur cette apparente contradiction, puisqu'à travers elle, c'est bien tout le problème des politiques de santé qui est posé et leur faible capacité à modifier notablement la morbidité et la mortalité générale. Problème qui en soulève bien d'autres, renvoyant de proche en proche à celui plus général du

sous-développement et que rencontre précisément toute action sanitaire de masse (un programme de vaccination, par exemple), dès lors qu'elle prétend lutter contre l'incidence des grandes endémies (mauvais état des routes, absence ou non-fiabilité des registres d'état civil, etc.). Vu sous cet angle, la vitalité des médecines traditionnelles renverrait comme à son envers aux difficultés d'une biomédecine qui ne parvient pas à atteindre ses objectifs. D'où sans doute l'idée de faire nécessité vertu, d'associer ces médecines aux projets d'une politique sanitaire rénovée, leur implantation et leur crédit étant peut-être le gage d'un meilleur accès aux populations. Une telle explication nous paraît valide aussi longtemps qu'on se satisfait de cette intersection commune où les médecines, quel que soit leur degré supposé d'efficacité, offrent aux patients des possibilités ou des promesses de guérison. Elle l'est déjà beaucoup moins dès lors qu'on situe cette vitalité des médecines traditionnelles dans le prolongement du paradigme évoqué plus haut. En effet, les traits généraux qui caractérisent l'univers thérapeutique traditionnel et permettent de montrer en quoi l'entreprise de valorisation recouvre largement une opération de réduction, sont tout aussi utiles pour comprendre l'évolution et la dynamique actuelles des médecines traditionnelles.

Ainsi, le fait que cet univers soit coextensif au champ social, que les institutions thérapeutiques traitent la maladie, et le malheur en général, dans la mesure même où elles traitent de la société — de ce qui est son ordre (normes, représentations), comme de ce qui vient régulièrement le troubler (tensions, conflits, malheurs collectifs) —, constitue la référence majeure pour appréhender, au-delà des vicissitudes de la bio-médecine, ce qu'on pourrait appeler les processus d'autovalorisation des médecines traditionnelles africaines.

On présente en général, et à juste titre, l'Afrique noire, depuis l'époque coloniale, comme le théâtre d'importantes transformations, lesquelles ont affecté les milieux ruraux traditionnels, mais ont surtout généré de nouveaux modes de différenciation et de structuration sociale : par le développement, en maintes régions, d'économies marchandes fortement individualisées, par l'école, les migrations, l'urbanisation, le salariat, etc. Autant de figures de la modernité qui ne sont imposées qu'en passant des compromis avec les ordres anciens ; mais aussi qu'en étant elles-mêmes traversées par des tensions, des contradictions, des échecs, des malheurs (les inégalités, le chômage, le manque de démocratie) dont la signification sociale précisément ne fait pas rupture, mais cristallise davantage la nécessité des compromis avec les cadres de référence et d'appartenance traditionnels. Cette dialectique subtile entre tradition et modernité que G. Balandier a exprimé sous la formule d'« Afrique ambiguë » est, en l'occurrence, ce qui anime les médecines traditionnelles et préside à leur évolution. Loin d'incarner l'immobilisme des traditions,

elles se nourrissent plutôt de cette modernité éminemment problématique et, mieux, s'en approprient les multiples maux et avatars pour leur donner valeur de signes : signes dont l'axe principal d'interprétation consiste à faire entendre que la modernité n'est pas tout à fait advenue, qu'elle ne cesse en fait de charrier, voire d'amplifier les registres traditionnels. Si le traitement des maladies passe globalement par cet axe, soumettant l'efficacité thérapeutique à des procédures de symbolisation et d'interprétation (où la confrontation du traditionnel et du moderne s'explicité en enjeux sociaux et surtout familiaux), d'autres formes d'intervention ou d'activité leur donnent une plus grande amplitude. Outre le traitement des diverses manifestations de l'infortune (échecs scolaires, déboires professionnels, conjugaux, etc.), les médecines traditionnelles opèrent aussi, assez souvent, sur le terrain de la prévention et de la protection, fournissant à leur clientèle les moyens de se prémunir contre les diverses sources du malheur (agression et rancune d'autrui) ; et dans cette perspective travaillent tout aussi bien à la réussite et au bonheur, s'installant au cœur de cette modernité qui par ses aspirations et ses stratégies individuelles tente de rompre avec les logiques anciennes. C'est pourquoi les médecines traditionnelles n'attirent pas seulement des patients issus de milieux ruraux réputés archaïques ou peu touchés par les processus de transformation, mais vivent largement des troubles et des attentes des couches sociales diversifiées des milieux urbains, à la recherche de traitement, de protection ou de réussite et, globalement, d'un sens qui rend le réel praticable et pensable. C'est pourquoi également la vitalité des médecines traditionnelles est particulièrement manifeste en milieu urbain où se multiplient les vocations thérapeutiques, assorties parfois de ces stratégies de reconnaissance évoquées précédemment.

Cependant, ces médecines traditionnelles n'ont pas été à l'abri des changements qui sont survenus par ailleurs ; elles se sont plus largement diversifiées et différenciées, comme si cette appropriation de la modernité évoquée précédemment requérait des métamorphoses adaptées à leurs nouvelles tâches. Outre divers emprunts à la bio-médecine (hôpitaux de brousse par exemple), le développement, voire la prolifération, en de nombreux pays africains, des prophétismes et autres mouvements ou sectes religieuses constitue le vecteur central de ces métamorphoses. Bien qu'ils prétendent se démarquer des recours thérapeutiques traditionnels (dénonçant au nom de Dieu les aspects sinon maléfiques du moins ambivalents des remèdes traditionnels, nombre d'entre eux soignent par la prière, l'eau bénite ou la confession publique), ces « syncrétismes » en reconnaissent nombre d'aspects ; et souvent même en amplifient certains éléments comme les croyances en la sorcellerie qui deviennent, par leur truchement, la seule manière de rendre compte des malheurs individuels comme des maux plus généraux de la société. De sorte

qu'entre les médecines traditionnelles et ces syncrétismes (eux-mêmes très diversifiés), il n'y a pas de véritable solution de continuité ; au moins vivent-ils tout aussi bien de leurs antagonismes que de leur nécessaire coexistence, contribuant ensemble à diversifier les recours thérapeutiques et à faire valoir leur efficacité au cœur des modernités africaines.

Il est donc assez légitime de parler de processus d'autovalorisation des médecines traditionnelles (et néo-traditionnelles), à condition de désigner par cette expression davantage un processus sociologique qu'un phénomène strictement médical. C'est pourquoi, autant il nous paraît compréhensible que des États (compte tenu de leurs orientations politiques et idéologiques) valorisent leurs médecines traditionnelles dans la mesure où elles représentent des dynamismes et des pôles de pouvoir utilisables par eux, autant l'idée d'une association, voire d'une synthèse avec la bio-médecine nous semble globalement peu soutenable. Médecines traditionnelles et bio-médecine n'évoluent pas sur les mêmes registres. Tandis que les premières soumettent l'efficacité thérapeutique à un résultat plus large, d'ordre symbolique et social, tendant dans les contextes africains contemporains à emprunter et à amalgamer des éléments issus de la bio-médecine ou des religions importées, la seconde obéit à un modèle d'objectivation scientifique où les symptômes, les étiologies, les traitements s'organisent en un univers autonome, séparé, n'évoluant que sur la base de ses propres avancées et découvertes. Si des confrontations ou des expériences peuvent être envisagées dans le domaine des maladies mentales (pour cette raison au moins la psychiatrie et surtout la psychanalyse tentent déjà elles-mêmes de rapprocher efficacité symbolique et objectivation scientifique), elles ne sauraient suffire à définir une politique sanitaire fondée sur l'espérance d'une association effective entre des univers thérapeutiques aussi différenciés.

**Jean-Pierre DOZON**  
ORSTOM