

DE LA MÉDECINE TRADITIONNELLE AFRICAINE À LA MÉDECINE CONVENTIONNELLE

UNE ANTHROPOLOGIE DE RUPTURE ET DE CONTINUITÉ ENTRE SYSTÈMES DE SOINS EN AFRIQUE

Introduction

Joël IPARA MOTEMA,
PhD, Anthropologue,
Conseiller Scientifique
à l'Institut des
Musées Nationaux du
Congo et Professeur
au Département
d'Anthropologie
de l'Université de
Kinshasa.
joelipara27@
gmail.com

Aujourd'hui, dans certains pays du monde, la médecine traditionnelle (MTRA) est perçue, soit comme un mode principal de prestation de soins de santé, soit encore comme un complément à cette dernière. Dans d'autres parties du monde, cette médecine traditionnelle qu'on appelle aussi médecine non conventionnelle ou médecine complémentaire (MC) connaît une vogue sans précédent ainsi qu'en témoigne la résolution WHA62.13 de l'Assemblée mondiale de la Santé, sur la médecine traditionnelle, adoptée en 2009 et qui enjoint le Directeur général de l'OMS d'actualiser les stratégies au service de la médecine traditionnelle pour 2002-2005 au regard des progrès accomplis par les différents pays qui y ont recours. C'est dans ce cadre normal des choses que sont réévaluées en 2014-2023, les stratégies arrêtées pour 2002-2005 pour constituer le point de départ de la définition de la ligne d'action pour la MTRA pour la prochaine décennie.

Cela fait qu'en ce jour, de nombreux pays reconnaissent la nécessité d'adopter une approche cohésive et intégrative des soins de santé, qui permette aux pouvoirs publics, aux professionnels et aux personnes qui recourent aux services de santé, d'avoir accès à une MTRA qui soit sûre, respectueuse et efficace. De l'intérêt d'une mise sur pied de la stratégie mondiale qui favorise une intégration, une réglementation et une supervision adéquates pour les pays qui ont à cœur d'instaurer une politique active par rapport à cette médecine dynamique et expansive dans la distribution des soins.

Depuis la colonisation, les capacités de la tradipratique africaine comme la pratique au quotidien ont anathématisées et ses acteurs traqués par les colons et leurs suppôts. Avec la décolonisation de l'Afrique, celle-ci recouvre sa dignité ternie au point d'adopter de nouveaux contours qui restent encore à définir aux termes de la stratégie 2014-2023 de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). S'il est un sujet en anthropologie de la biomédecine qui alimente des débats passionnés, voire passionnels, c'est bien celui de la médecine traditionnelle appelée diversement médecine non conventionnelle, médecine douce, médecine parallèle, médecine alternative, ... et cette liste d'appellations n'est pas exhaustive pour faire état de ces pratiques qui sont peu ou prou bien éloignées de la pratique médicale dite *scientifique, moderne ou occidentale*.

Or, réfléchir aux liens entre ces deux *disciplines* ou plus exactement sur leur possibilité de se tenir la *main dans la main* pour le bien de la population qu'elles sont appelées à servir, c'est en partie se questionner sur ses risques, ses contraintes et sur les conditions de sa réalisation. Dès le départ de cette collaboration tant souhaitée on relève énormément des écueils dont certains sont très visibles aujourd'hui. Ainsi, les difficultés d'ordre structurel tournent autour des questions de la posture qu'adopterait la médecine traditionnelle africaine, de sa conceptualisation et de sa manière de procéder à la définition des problématiques de la santé, de la maladie, de la guérison et du concept même de soin. Quant aux aspects conjoncturels, ils sont liés aux transformations de la société et à la nouvelle donne que représentent, notamment, le nouveau rôle endossé par les tradipraticiens, c'est-à-dire l'alignement de nouveaux *acteurs* qui sont partie prenante dans le champ de la médecine, de la thérapeutique et, par conséquent, la survenue de nouveaux processus de production des savoirs médicaux.

Dans un cas comme dans l'autre, la question est ici de savoir à quelles conditions la tradipratique africaine peut servir en tant que pratique de soin au même titre que la biomédecine dans l'amélioration de la santé des usagers de services de santé en Afrique. Étant donné qu'il existe de nouveaux axes de réflexion pour appréhender cette réalité, nous en proposons trois principaux. En premier lieu, nous dressons une rapide relecture de la médecine traditionnelle au regard de la stratégie de 2014-2023 de l'OMS. Ensuite, nous nous attardons sur les différents travers que ne cesse de générer la médecine traditionnelle dans sa cohabitation avec la médecine dite moderne. Enfin, nous nous interrogeons sur les enjeux anthropologiques de la collaboration de cette tradipratique africaine avec la médecine dite conventionnelle. Pour y parvenir, nous avons pensé à travers le tableau comparatif ci-après, saisir la différence entre les deux systèmes de soins à partir de leur *ontologie*.

De la médecine traditionnelle à la médecine conventionnelle

	Médecine traditionnelle	Médecine allopathique ou moderne
Origine	Depuis la nuit des temps, l'homme fait face à la maladie en créant un ensemble de procédures ancrées dans la culture et la société.	Elle se développe à partir du XIX ^e siècle et prend son envol au siècle suivant.
Fondement	Elle est basée sur un faisceau de connaissances populaires accumulées au cours de l'histoire	Elle est basée sur des preuves scientifiques
Méthodes de traitement	Très variées : herbes médicinales, manipulations, méthodes spirituelles...	Centrées surtout sur la technologie, le médicament et la chirurgie
Approche	Holistique : corps et âme, prévention et intégrée à la culture, à la famille et au groupe social	Fragmentaire : le corps, l'âme, l'homme social et culturel sont dissociés. Le corps est fragmenté en organes.
Rapport praticien malade	La relation est bonne, car le malade est considéré comme un être qui souffre et qui fait souffrir son corps social	Impersonnel, car le médecin s'intéresse surtout aux symptômes, aux signes, aux examens biologiques et radiologiques et non à la personne.
Soins	Souvent continus avec des rites qui suivent les étapes de la vie	Sporadiques, pendant la crise ou la maladie
Accès	Faciles, les tradipraticiens sont répartis sur tout le territoire national	Difficiles, les médecins sont concentrés dans les villes
Acceptation	Dans presque toutes les couches de la population	Il existe certaines réticences de la population à adopter certains soins (vaccination, médicaments.)
Couverture	Presque tout le pays	Limitée
Cout	En espèce ou nature, les couches des consultations et thérapeutiques sont souvent à la portée de tous	Souvent prohibitif pour les plus démunis
Distance culturelle	Insérée dans la culture des peuples	Quelques fois éloignée

Source¹

Les différences entre les deux médecines sont plutôt des atouts qui doivent les amener à une complémentarité, voire à développer une synergie au bénéfice des populations, sans pour autant ignorer les risques que peuvent faire courir certaines pratiques dangereuses ou la méconnaissance des produits employés.

1 C.C. WILLIAMS, N. BAUMSLAG, D.B. JELLIFFE, Mother and Child Health : Delivering the Services Publisher, USA, Oxford University Press, 1994.

De la stratégie 2014-2023 de l'OMS pour la MTRA

Les investigations anthropologiques portant sur l'appropriation matérielle, symbolique et numineuse de la médecine traditionnelle africaine à travers son système de gestion de la santé et des maladies ont favorisé des études sur les relations entre santé, société et environnement. La médecine traditionnelle africaine a constitué de ce fait, progressivement, un domaine de recherche privilégié et plus particulièrement dans sa représentation de la maladie et dans la portée de ses conceptions étiologiques. Selon Desclaux, la culture « donne leur forme à l'expression des troubles et souvent aux symptômes et régit la communication entre patient et soignant ; détermine le sens donné à l'épisode pathologique et son traitement ; régit les conséquences pour le patient et son entourage ; s'inscrit dans l'intimité des corps et détermine l'efficacité de l'intervention médicale² ». Par exemple, la conception de la maladie en médecine traditionnelle africaine est différente de celle en vogue en médecine occidentale.

En effet, dans la socioculture africaine, la maladie est vécue comme un déséquilibre de la personne en tant qu'individu, mais surtout en tant qu'être social vivant au sein d'une communauté fonctionnant au rythme de la *coutume*.

De cette conception il en découle une médecine traditionnelle africaine qui « soigne » non seulement le corps, l'esprit mais aussi les conflits relationnels. Cette médecine fait partie intégrante de l'organisation sociale et politique de l'Afrique³. Or, les médecins exerçant en Afrique sont, pour une très large majorité, d'obédience scientifique occidentale et donc issus d'une culture très différente de la culture négro-africaine. Ils sont les premiers à être confrontés aux conséquences bénéfiques et/ou néfastes de la pratique de cette médecine des traditions africaines. De ce point de vue, l'idéal aurait été que la Stratégie de l'OMS pour 2014-2023⁴ participe d'une vision plus large qui favorise les arcades de la cosmovision africaine en vue de l'amélioration de la santé des patients. Bien plus, cette stratégie ne s'est contentée qu'à favoriser un usage sûr et efficace de la MTRA au moyen d'une réglementation des produits, sur les pratiques et sur les praticiens.

Des buts qui ne pourront être atteints que si les États membres réussissent les trois objectifs stratégiques ci-après :

- consolider la base de connaissances et formuler des politiques nationales ;

2 A. DESCLAUX, « À propos de "Pratique médicale et identité culturelle", un rapport de l'Ordre des Médecins », *Bulletin Amades*, 65 | 200, 2009. Disponible sur : <http://amades.revues.org/291> (Page consultée le 16 décembre 2013).

3 Didier FASSIN, *L'Espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Col. Sociologie d'aujourd'hui, PUF, 1996, p. 3.

4 OMS, *Stratégie pharmaceutique de l'OMS 2004-2007*. Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 2004 (WHO/EDM/2004.5).

- renforcer la sécurité, la qualité et l'efficacité via la réglementation,
- promouvoir une couverture sanitaire universelle qui intègre les services de MTRA ainsi que l'auto-prise en charge sanitaire dans le système de santé à l'échelle de la nation, même si la stratégie de l'OMS est avantageuse s'agissant de l'amélioration de la qualité des offres de soins dans le secteur de la médecine traditionnelle, et ce, en termes du programme d'intégration des médecines traditionnelles soutenu par l'Union Africaine (UA) depuis 2001, et par l'Organisation Mondiale de la Santé, (OMS) en 2013.

Ainsi qu'on s'en rend compte, cette façon de procéder participe au renforcement des capacités des acteurs de la médecine traditionnelle africaine dans la préparation, le conditionnement et la standardisation des remèdes traditionnels améliorés selon les normes pharmaceutiques avant leur mise à disposition au public. Or, il apparaît que cette *modernisation* ne concerne qu'une frange des médecines traditionnelles parce qu'il existe certaines pratiques telles que les rites, les bains qui ne sont pas *modernisables*.

Il se trouve dès lors, que la médecine traditionnelle en tant que système médical, reste à reconstituer, non seulement à partir des connaissances, des usages, des mesures et des pratiques explicables, mais aussi et surtout sur la base des pratiques socioculturelles ou religieuses qui s'appuient sur l'expérience quotidienne pour diagnostiquer, guérir ou pour prévenir les déséquilibres physique, social ou spirituel. Par ailleurs, la médecine conventionnelle, se trouve concernée au premier chef par les maux biophysiques, écartant de ses préoccupations tout mal-être global : on croit que le diagnostic posé est purement objectif et la maladie objectivée. Pourtant, le mal dont souffre l'Africain en tant que tel, pris dans sa totalité, déborde le simple cadre des affections localisables dans tel ou tel organe du corps qu'à une logique instrumentale ou fonctionnelle du corps. La médecine occidentale se veut scientifique. Sa conception de la maladie et des médicaments s'appuie sur les fondements rationnels, objectifs et expérimentaux. Pour celle-ci, la maladie est perçue comme étant la présence des microorganismes pathogènes dans le corps. Les médicaments sont des molécules extraites et isolées des espèces végétales, minérales et animales dont le conditionnement est tributaire du décorum pharmaceutique.

La coexistence de ces deux visions de la maladie et de la médecine propose deux scénarios que nous avons appelé rupture et continuité. Rupture lorsque la nature des éléments constitutifs de l'un et de l'autre laisse la place à une complémentarité pacifique. Continuité, lorsqu'on observe les résultats en processus de modernisation aboutissant actuellement aux médicaments traditionnels améliorés, etc. Pour faire droit à ces deux logiques, nous avons cherché à savoir si les efforts de l'intégration/modernisation de la

médecine traditionnelle africaine ne vont pas aboutir à sa réduction à la pharmacopée. L'hypothèse qui sous-tend cette interrogation part du constat d'après lequel les efforts de modernisation de la médecine traditionnelle africaine conduisent à sa *biomédicalisation*, c'est-à-dire à sa transformation en une copie de la biomédecine dans ses dimensions pharmaceutiques, hospitalières et cliniques. Pour vérifier cette hypothèse, nous avons recouru à la recherche de terrain⁵.

Lorsque le *tradipraticien* explique le comment d'une maladie en termes de causes naturelles, il se situe dans une perspective biomédicale. De ce fait, on ne peut comprendre la portée, la pertinence de son diagnostic que par rapport à ses connaissances et aux contraintes de la technologie endogène. La conséquence a été que les esprits acquis au raisonnement expérimental et à l'outil statistique ont admis qu'une recherche proprement scientifique en médecine tout court pourrait se reconnaître à la démonstration d'une implication nécessaire entre un fait ou un processus biomédical identifié dans un contexte donné, et des faits socioculturels spécifiques, contemporains ou passés, simples ou associés qui caractérisent ce contexte.

Focalisées sur une cible biologique, les études pluridisciplinaires deviennent anthropologiques dans la mesure où l'explication du fait biomédical du tradipraticien est postulée comme passant nécessairement par des déterminants socioculturels. Cette implication nécessaire du socioculturel et du biomédical est le trait qui permet de distinguer une incidence sans équivoque du système médical négro-africain sur la médecine dite moderne. De ce point de vue, l'approche anthropologique sur la maladie et la santé en Afrique est celle qui sera fondée parfois à l'insu de leurs inspirateurs, sur un ensemble de pratiques ou de représentations traditionnelles ou néo-traditionnelles du corps et de la maladie, et des savoirs populaires. La parasitologie⁶ constitue paradoxalement à cet égard un exemple d'une thématique justiciable d'approches distinctes, d'abord médicale (médecine moderne) par l'étude de réinfestation, par exemple, ensuite anthropologique (médecine traditionnelle) par l'étude en l'occurrence des conceptions locales de la propreté, de la souillure (existence dans certains villages de l'aire de défécation, c'est-à-dire solution locale apportée par les paysans aux problèmes d'assainissements du milieu) ou des pratiques alimentaires en tant que différentes de l'hygiénisme médical.

Des travers de la médecine traditionnelle dans ses rapports avec la médecine occidentale

Au cours des années 1970 et au tout début des années 1980, la majeure partie des États africains ont mis en place des politiques de promotion des

5 M.J. IPARA, « Les Contraintes à l'exercice de la médecine traditionnelle à Kinshasa », in *Médecine d'Afrique Noire*, n°2, T(51), 2004, p. 12.

6 L. VIDAL, « Le lien. De connaissances en pratiques, évaluer les risques du sida », in J.-P. DOZON & D. FASSIN (éds), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Balland, 2001, p. 55.

thérapeutiques traditionnelles sous l'impulsion de différentes organisations internationales telles que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'Union Africaine (UA), le Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur (CAMES)⁷. Ces politiques reposent toutes sur un postulat commun : l'efficacité biologique des traitements traditionnels, puis leur intégration dans les stratégies sanitaires nationales. De nombreuses recommandations officielles mettent de l'eau au moulin des tradipraticiens en vue de la transformation de certaines de leurs pratiques afin d'aboutir à une identification botanique rigoureuse, à un dosage précis, à une meilleure hygiène, à une mise au point de formes galéniques ainsi qu'à un conditionnement digne de leurs recettes.

Là n'est pas tout, car c'est surtout au niveau de la volonté d'attester la pertinence du postulat initial posé au niveau de ces produits sur leur quête de légitimation dans le registre de la science que se traduit, pour certains d'entre eux, ce souci pour une mise en œuvre d'évaluation des effets thérapeutiques par des protocoles expérimentaux⁸. C'est ainsi qu'au cours de la décennie 90, la popularité des médicaments traditionnels améliorés s'est accrue et leur offre s'est développée en marge des initiatives publiques de promotion des médecines traditionnelles.

Depuis lors, pas mal de travaux d'anthropologues n'ont cessé de noter leur présence en différents pays du continent, en particulier pour les traitements du SIDA⁹. L'histoire de ces traitements présente des similitudes avec celle des médicaments du marché informel qui émergent au cours des années 60 et dont la recrudescence explose véritablement au cours des années 1980 et 1990. Les MTA, comme les médicaments du marché informel, prospèrent en particulier à l'intérieur du secteur privé en plein essor au cours des décennies 70,80 et 90 au sein du système de santé en Afrique¹⁰. Aujourd'hui, les MTA circulent dans l'ensemble des *chaînes du médicament*, une approche qui est utilisée et promue par des sections, des divisions ou des services des médecines traditionnelles du Ministère de la Santé des États membres de l'OMS/AFRO, médicaments commercialisés en pharmacie, c'est-à-dire en *chaîne capitaliste régulée* et donc proposés dans certaines organisations non gouvernementales (ONG), en particulier, à l'intérieur du système confessionnel *chaîne humanitaire*, vendus au domicile du tradipraticien, dans des boutiques spécialisées, dans

7 J.-P. BADO, *Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique*, Paris, Karthala, 1996, 388 p.

8 J.-P. DOZON, « Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire », in *Cahiers ORSTOM, série Sciences Humaines*, vol. 28, n°1, Paris, ORSTOM, 1992, p. 24.

9 ALAIN EPELBOIN, « Médecine traditionnelle et coopération internationale », *Bulletin Amades* [En ligne], 50 | 2002, mis en ligne le 16 juillet 2009, Consulté le 10 décembre 2011. URL : <http://amades.revues.org/index900.html>.

10 ONUSIDA, Des remèdes ancestraux pour une maladie nouvelle : l'intégration des guérisseurs traditionnels à la lutte contre le SIDA accroît l'accès aux soins et à la prévention en Afrique de l'Est in *Collection Meilleures Pratiques de l'ONUSIDA*, février 2003.

les supermarchés, sur les marchés ou dans la rue *chaîne dérégulée*¹¹. Ces nouveaux traitements s'inspirent de la culture matérielle du médicament pharmaceutique qui ont trouvé un contexte favorable à leur développement grâce à la marchandisation des produits de santé.

La médecine tradi-moderne ou la modernisation d'une médecine africaine traditionnelle

La médecine tradi-moderne est comprise dans le contexte qui est nôtre dans cette réflexion comme cette médecine qui, souvent par complexe d'infériorité (irrationalité, opportunisme ou désir d'attirer la clientèle), se croit obligée de s'adapter à la nouvelle donne sociale en s'adonnant à une espèce de syncrétisme mélangeant des éléments hétéroclites. Ce qui caractérise cette nouvelle médecine est sa fascination pour le modèle occidental, son mimétisme vis-à-vis de la médecine hospitalière, son fort taux d'acculturation et sa nature syncrétique.

En s'alignant ainsi sur cette approche, quelle sera, dans l'avenir, le sort de la tradipratique africaine dans les contours de la biomédecine ? S'érigera-t-elle au rang de médecine complémentaire ou à celui de médecine subordonnée ou de seconde zone ? Pareille inquiétude se justifie, particulièrement en milieu urbain où, depuis la colonisation, une part trop belle est faite à la biomédecine qui, du haut de sa superbe scientificité, n'entend guère partager l'espace de soins avec des pratiques dont l'acquisition n'est pas assujettie à la fréquentation d'un cursus universitaire aux connaissances objectivement établies. Les Stratégies de l'OMS (2002-2005 et 2013-2023) soulèvent les mêmes inquiétudes et soulignent une tentative de réduction de la médecine africaine à la pharmacopée et, à ce titre, celle-ci constitue une machine de *biomédecinisation*. Il nous semble qu'une telle approche se situe à mille lieues aussi bien de la définition que de la politique de la MTR qui préconise l'utilisation *au mieux, de ce que la MTR recèle de valable en ressources, en pratiques et en recettes médicamenteuses...*»¹². C'est aussi le lieu d'évoquer la facilité déconcertante avec laquelle les tradipraticiens introduisent dans leur pharmacopée des plantes réputées d'origine étrangère telles qu'Eucalyptus, *Niaouli* ou *Neem*. Comment ne pas évoquer dans le contexte comme celui-ci, l'adaptation de pratiques relevant de croyances polythéistes aux concepts des religions révélées monothéistes ? Pour Lemaître, le risque le plus grave de cette approche se situe au niveau de la délocalisation de la médecine traditionnelle comme cela s'observe déjà avec l'existence d'un

11 C. BAXERRES, *Du médicament informel au médicament libéralisé. Les offres et les usages du médicament pharmaceutique industriel à Cotonou (Bénin)*, EHESS, Université d'Abomey-Calavi, Thèse de doctorat en anthropologie sociale, 2010, p. 36.

12 M.J. IPARA, *L'amélioration des recettes médicamenteuses dans la médecine traditionnelle. Une stratégie de légitimation du pouvoir médical à Kinshasa* In *sociétés en mutation dans l'Afrique contemporaine : dynamiques locales, dynamiques globales*, Paris, Karthala, 2014, p. 176.

bon paquet de brevets sur la biodiversité africaine, brevets appartenant à des multinationales et des personnes privées américaines, européennes et asiatiques, et qui constituent un véritable acte de dépossession des droits de jouissance des richesses de leur milieu de vie¹³. Mais, ce qui importe de savoir, c'est de déterminer si la médecine traditionnelle et la biomédecine peuvent collaborer et dans quelle proportion.

MTR et biomédecine, pour quelle intégration et dans quelle proportion ?

La politique nationale de la médecine traditionnelle de la RD Congo préconise une intégration et une collaboration de la MTRA au sein du système de santé officiel¹⁴. Mais toute intégration suppose une matrice d'absorption des éléments venus d'ailleurs, un moule uniformisateur de corps de valeurs à fondre ensemble pour constituer une totalité solidaire. Au bout du compte, l'intégration conduit, soit au gommage de la diversité, soit à l'érection d'un noyau régulateur ou d'un pivot centripète des particularités périphériques.

Quant à la collaboration, elle implique une action de travailler ensemble afin de résoudre les problèmes de santé. La collaboration suppose une relation symétrique. Mais, en réalité, la collaboration officielle souhaitée entre médecine conventionnelle et MTRA semble suivre le schéma d'une pyramide renversée dans laquelle la médecine officielle qui ne dessert que 20% d'usagers semble régenter celle qui est sollicitée jusqu'à 80% de la population.

Selon un principe fameux du marxisme, les valeurs dominantes étant les valeurs de la classe dominante, la médecine dominante est par voie de conséquence celle de la classe au pouvoir et en l'occurrence, la biomédecine. C'est là un véritable paradoxe pour la médecine traditionnelle africaine qui, avec ses 80% d'usagers, reste dominée aussi bien sur le plan du statut officiel que sur celui des infrastructures publiques et des moyens financiers.

Par ailleurs certains tradipraticiens entraînés par le courant de l'évolution semblent s'engager dans la voie de la modernité en recourant aux présentations modernes (comprimés). Mais ils ignorent totalement les conséquences quelquefois néfastes qui peuvent être générés par ces modifications. C'est ce qui justifie la nécessité d'un travail de concertation et de collaboration entre pharmaciens et tradipraticiens dans la reformulation des recettes médicamenteuses traditionnelles. En recourant aux formes de conception moderne dans la présentation de leurs recettes, les tradipraticiens cherchent à résoudre un problème : celui posé par la récolte des matières premières nécessaires à la préparation de ces recettes

13 Y. LEMAÎTRE, « Savoirs et pouvoirs dans la médecine traditionnelle à Tahiti », in *III^e Congrès international de médecine traditionnelle*, Mexico, 1995.

14 Voir à ce sujet, l'Arrêté Ministériel n°125/CABMIN/S/AJ/12/2002 du 06/11/2002 Portant Création et Organisation d'un Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle et des Plantes médicinales (PNPMT/PM).

mais aussi celui de la réponse à la demande d'une clientèle de plus en plus importante et plus exigeante. Toutefois, la solution à ces problèmes en engendre d'autres qui ne sont pas perceptibles par le tradipraticien. Certes, la forme moderne de préparation constitue une forme élégante avec un certain nombre d'avantages tels que :

- la facilité de manipulation,
- la bonne conservation,
- une administration aisée.

En effet, ces différentes formes de préparation peuvent s'avérer parfois peu efficaces et même inopérantes suite à une érosion importante d'une forme solide trop friable ou à l'opposé, à cause d'un manque de dislocation ou de fusibilité dans l'estomac ou dans l'ampoule rectale d'un bloc trop compact¹⁵. Voilà pourquoi, l'intérêt de nous poser la question de savoir si réellement ces formes pharmaceutiques nouvelles obtenues selon une technique propre au tradipraticien qui fait intervenir des ingrédients locaux à comportement imprévisible, dosés souvent à vue sans intervention technoscientifique, peuvent permettre l'obtention d'une réponse thérapeutique appropriée.

Cette tendance au recours à des formes solides de présentation moderne s'amplifiera certainement. Mais il appartient aux pharmaciens de s'y intéresser non pas pour faire comme le tradipraticien, mais plutôt pour mettre sa science au service de la médecine traditionnelle en vue d'un meilleur profit pour les populations et d'aider le tradipraticien à résoudre les problèmes liés à la préparation des médicaments traditionnels, notamment dans :

- le manque de reproductibilité dans le poids ;
- le manque de résistance et surtout au niveau de la stabilité chimique et/ou physique.

On peut donc mettre à profit l'énorme progrès réalisé dans le domaine de l'analyse des dérivés d'origine naturelle pour résoudre avec succès le problème de la standardisation des extraits ainsi que des formules pharmaceutiques contenant ces extraits. Le monde évolue et ne saurait reculer. Aussi le médicament traditionnel doit-il suivre cette évolution. Il doit sortir du cadre restreint du village pour devenir le médicament de la région, le médicament du pays, le médicament de l'Afrique et pourquoi pas le médicament du monde. Pour ce faire, il doit subir des transformations quant à sa présentation de façon à lui conférer des qualités physiques et chimiques assurant sa bonne conservation tout en préservant les propriétés pharmacologiques.

L'observation lucide de la médecine traditionnelle telle qu'elle est pratiquée et organisée de nos jours, révèle tout simplement qu'elle n'a

¹⁵ ReMeD, « Comment développer la production des médicaments traditionnels ? », in *Journée scientifique* organisée par la Faculté de Pharmacie, Université de Paris V, mardi 12 novembre 2002 avec l'Appui du Ministère des Affaires Étrangères.

jamais été, comme on a tendance à le croire, une médecine ésotérique figée dans le temps et dans l'espace mais qu'elle reste ouverte et dynamique. De nos jours, sous l'influence principale des facteurs démographiques qui ont contribué à alourdir le travail du tradipraticien (nombreuses consultations, besoins de plus en plus élevés en plantes), la fonction du tradipraticien a « éclaté » en diverses professions. Cette fonction, qui au début, regroupait à la fois celle de pharmacien (recherche des produits de base et élaboration des thérapies) et celles de médecin (consultation et prescription de médication) est en train de susciter de nouvelles spécialisations telles que celle d'herboriste qui prend de plus en plus de l'ampleur. Une telle évolution doit être prise en compte par les États, pour ne pas dire assistée, dans le cadre d'une cohabitation de la médecine traditionnelle avec la médecine moderne. La sécurisation optimale de sa pratique est à ce prix d'autant plus que les statistiques officielles font état d'un taux de 80% des populations ayant recours à la médecine traditionnelle. Il importe de signaler également que l'automédication en médecine traditionnelle constitue une menace redoutable quant aux effets de la médecine traditionnelle sur la santé de la population¹⁶. Par ailleurs, le concept d'intégration mérite d'être clarifié pour la simple raison qu'il constitue le slogan d'autorité du gouvernant concernant la promotion de la tradipratique depuis la conférence générale de l'OMS de l'ALMA ATA en 1978. Disons que toute médecine est généralement connue comme un système de soin propre à un peuple et à une culture, car les systèmes thérapeutiques sont construits en conformité avec les caractéristiques culturelles de ces groupes. Autrement dit, chaque peuple a une façon de comprendre la santé et la maladie, et dispose également des moyens spécifiques lui permettant de faire face à ses problèmes de santé. De la même façon, dans la société occidentale, la science et la technologie biomédicale sont le résultat de la recherche de solutions aux problèmes de santé se posant à l'intérieur de cette société. Si la médecine traditionnelle africaine a pour compétence de soigner les maladies reconnues et répertoriées dans le système médical de chaque société négro-africaine, il convient de rappeler qu'aucune médecine ne peut être jugée bonne ou mauvaise. Par ailleurs, la valeur d'une médecine, qu'elle soit traditionnelle ou conventionnelle, dépend de son efficacité à résoudre les problèmes de santé.

16 M.J. IPARA, *La médecine traditionnelle en RD Congo : Une étude anthropologique du système de santé à Kinshasa*, Mémoire de D.E.A en Anthropologie médicale, Département d'Anthropologie, Université de Yaoundé I, Cameroun, (167), 2008.

Conclusion

La présente réflexion a mis en exergue le potentiel résilient de la médecine traditionnelle dans ses contacts avec la biomédecine qualifiée de scientifique et de conventionnelle. En effet, nous avons indiqué la façon dont la médecine traditionnelle fait face à des contextes sociaux, économiques et psychologiques ardues et comment certains de ses aspects ontologiques semblent moins affectés que d'autres dans leur déploiement futur et ce, malgré l'imposition d'une médecine néolibérale dite occidentale, conventionnelle ou orthodoxe en terre africaine. En effet, la médecine traditionnelle africaine est un patrimoine thérapeutique transmis aux jeunes générations par les anciennes générations. En tant que telle, elle se présente être tout à la fois l'expression d'un ancrage culturel qu'elle puise dans le passé lointain de ses peuples et celle des sociétés contemporaines parce que toute tradition est dynamique en soi et dynamique par acculturation. La médecine traditionnelle africaine renvoie à un terroir spécifique sans exclure les emprunts extérieurs. La tradipratique négro-africaine intègre dans le plateau technique de nouveaux *materiae medicae* et elle est aussi dynamique dans sa posologie qui prend en charge les maladies tant anciennes que les pathologies nouvelles.

Parmi les maladies anciennes, il y a des pathologies simples, et complexes. Ainsi, elles connaissent la stérilité, le palu, les maux de tête, l'impuissance masculine, la folie, la carie dentaire, la dermatite, les entorses, etc. La tradipratique africaine s'occupe de plus en plus des maladies comme la goutte, l'hypertension artérielle, le diabète, la prostate, l'ulcère d'estomac, la chlamydia, le cancer, etc. dont l'appellation renvoie à une origine moderne. L'accès au savoir dans la médecine traditionnelle passe par l'initiation auprès d'un parent ou d'un maître, la révélation à travers les rêves ou autre technique de crypto-communication, l'échange des connaissances entre guérisseurs, l'apprentissage dans une structure formelle.

Il est souvent et à tort reproché à la médecine traditionnelle de ne pas avoir de spécialisation. Pourtant un regard avisé y distinguerait des généralistes ayant un large éventail de compétences, des spécialistes en maladies infantiles, les spécialistes en maladies de femmes. Selon le matériel utilisé, on pourrait également parler des herboristes, des fétichistes, des prêtres, des devins, etc. Les prestations de la médecine traditionnelle peuvent connaître plusieurs types de compensation allant des vivres frais, au poulet, d'une chèvre et d'autres biens de consommation, de l'argent, etc. Une question se pose avec récurrence ; c'est celle de déterminer si la médecine traditionnelle africaine est compatible à la science occidentale.

Du latin *scientia* signifiant *savoir*, c'est-à-dire un ensemble de connaissances générales, fondées en raison, ayant pour objet d'étude des faits et des relations vérifiables, selon les méthodes déterminées (observation, expérimentation, hypothèses et déduction, théories). Autrement-dit, la connaissance scientifique est tirée à partir d'un raisonnement logique, cohérent, capable d'établir une relation de cause à effet et respectant les principes d'identité, de non-contradiction, du tiers-exclus et raison suffisante. De ce point de vue, la médecine traditionnelle aura des difficultés à se faire accepter comme disposant des connaissances scientifiques. Les recettes à disposition ne sont pas le résultat d'une expérimentation en laboratoire au sens strict du terme et semblent peu concernées par l'analyse chimique détaillée de ses composantes. Elles utilisent l'écorce, la feuille, tandis que la science occidentale demande quelle est la molécule contenue dans l'écorce, dans la plante. Ce qui importe pour le malade africain, c'est moins la connaissance de la molécule que le recouvrement rapide de sa santé.

En tout cas, si les connaissances détenues par les tradipraticiens étaient dénuées de tout fondement rationnel, ils n'inspireraient pas les ethnobotanistes, les pharmacologues et autres qui s'appuient sur leur connaissance de la pharmacopée pour la fabrication des médicaments : Manadiar, Manamalaria, Vofil, Managale, Manarroide, autant de médicaments mis sur le marché de Kinshasa par des pharmaciens congolais à partir de la pharmacopée locale. Pour les partisans d'une science promettant qualité, assurance, efficacité et sécurité, il va sans dire que la mise à disposition pharmaceutique et donc publique des médicaments ci-dessus peut apparaître comme une évolution positive de la rencontre médecine occidentale/médecine traditionnelle africaine. Malgré cela, nous ne pouvons-nous empêcher de relever la dictature des recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et les conditions d'obtention et de défense d'un brevet qui introduisent une situation d'élitisation que nous désignons par le terme *biomédicalisation* pour souligner la tentative de réduction de la médecine africaine à la pharmacopée qui est, loin s'en faut, à mille lieues de la conception occidentale de la médecine au regard de la complexité, de la nature et de la diversité des aspects de la médecine traditionnelle africaine. Ainsi, qu'on le voit, un tel débat est loin d'être clos et certainement beaucoup d'eau coulera sous le pont dans ce cadre. Nous ne pouvons que recommander de la lucidité, beaucoup de lucidité aux uns comme aux autres selon le bord sur lequel on se situe. ■