Document generated on 07/18/2025 12:02 p.m.

International Review of Community Development
Revue internationale d'action communautaire

De nouveaux médecins pour l'Afrique : une application au cas du Zaïre
New Medical Practices in Africa: the Case of Zaire
Nuevos médicos para el Africa: el caso de Zaire

Gilles Bibeau and Ellen Corin

Number 1 (41), Spring 1979

La prise en charge communautaire de la santé

URI: https://id.erudit.org/iderudit/1034838ar
DOI: https://doi.org/10.7202/1034838ar

See table of contents

Publisher(s)

Lien social et Politiques

ISSN

0707-9699 (print)
2369-6400 (digital)

Explore this journal

Cite this article

Bibeau, G. & Corin, E. (1979). De nouveaux médecins pour l'Afrique : une application au cas du Zaïre. *International Review of Community Development / Revue internationale d'action communautaire*, (1), 147–159. https://doi.org/10.7202/1034838ar

Article abstract

Over the last five years, several African countries and particularly Zaire, are developing new medical practices. This process seeks to create an authentic African medicine which would be neither a simple extension of traditional medical practices nor a carbon copy of western medicine. One of the essential aspects of this new medicine is the integration of traditional healers into the public health system.

This orientation coincides with the recommendations of the World Health Organization to encourage traditional medical practices concurrently with the development of a front-line health infrastructure. The article describes various categories of healers and indicates some of the more thorny problems created by this new orientation towards health.

Tous droits réservés © Lien social et Politiques, 1979

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

De nouveaux médecins pour l'Afrique: une application au cas du Zaïre

par Gilles Bibeau
Ellen Corin

Les deux auteurs ont vécu plus de dix ans au Zaïre et ils ont de 1975 à 1978 été directeurs de recherches à l'Institut de recherches scientifiques du Zaïre. Leur mandat précis consistait à diriger la première phase du programme national d'évaluation de la médecine traditionnelle et ils sont les auteurs d'un volumineux rapport qui a été remis au gouvernement en décembre 1977 et qui porte plus précisément sur "la réorientation de la politique nationale de santé face aux guérisseurs". Les deux auteurs sont actuellement professeurs dans des Universités du Québec mais ils demeurent consultants sur la seconde phase du programme zaïrois qui va se dérouler à partir de 1980.

Dans tous les pays du monde, les services de santé connaissent actuellement un malaise plus ou moins grave qui est dû principalement à une double cause. Soit l'insuffisance quantitative des services offerts face au mouvement en faveur d'une médecine accessible à tous dans les pays du Tiers-Monde, insuffisance qui est devenue dans les pays industrialisés surconsommation au point que les budgets accordés à la santé en arrivent à dépasser 20 % du budget total (Cabanel, 1977) ; soit la discontinuité entre une demande pour une médecine plus humaine qui puisse prendre en considération les différents aspects de la maladie et l'orientation actuelle de la pratique des médecins qui continue à se structurer dans la plupart des cas sur une approche bio-médicale de la maladie.

Dans cet article, nous allons examiner ce qui se passe depuis environ cinq ans dans divers pays africains et plus spécialement au Zaïre : l'Afrique est en train de mettre en place dans la discrétion une nouvelle manière de faire la médecine et de nouvelles structures de distribution de soins. Ce processus qui vient de se déclencher devrait normalement aboutir à la création d'une authentique médecine africaine qui ne sera ni un simple prolongement de la médecine traditionnelle africaine ni non plus un simple décalque de la médecine occidentale importée mais quelque chose de nouveau dont on devine déjà la forme mais qui est encore loin d'être achevé. C'est de ce nouveau modèle médical dont nous allons parler.

Du modèle médical occidental à un nouveau modèle proprement africain

La médecine occidentale a survécu à toutes les indépendances africaines. Dans tous les états africains en effet, les ministères de la santé publique continuent jusqu'à ce jour à prendre comme

modèle une organisation des services de soins analogue à celle des pays occidentaux. Et pourtant les difficultés ne manquent pas dans l'actualisation de ce modèle. Difficultés d'ordre financier d'abord : en 1975, dans le cas du Zaïre, le budget ordinaire alloué à la santé était de 7,9 millions de zaïres sur un budget d'état global de 512 millions soit environ 1,6 % des dépenses totales du pays cette année-là ; à ce budget ordinaire il faut ajouter pour cette même année un budget extraordinaire de 18 000 zaïres sur 87 millions (0,2 %), budget qui évidemment n'a permis aucun achat d'équipement majeur ni aucune construction nouvelle. En même temps, en 1975, 67 millions (13 %) étaient accordés à la défense nationale soit près de dix fois plus qu'à la santé. (Rapport annuel de la Banque du Zaïre, 1975).

Difficulté en personnel également : en 1975, le Zaïre comptait environ 800 médecins, nationaux et étrangers, dont plus de 500 résidaient soit à Kinshasa, soit dans les autres grandes villes du pays. La moyenne nationale était d'environ 1 médecin pour 30 000 habitants mais avec de grands écarts allant de 1 : 1 000 à Kinshasa à 1 : 90 000 dans certaines collectivités rurales. En 1977, plus de 200 médecins zaïrois sont sortis de la Faculté de médecine de l'Université nationale du Zaïre (cette année-là, il y eut simultanément deux promotions : celle qui a fait sept ans d'études selon l'ancien curriculum et celle qui a été la première à suivre le nouveau cycle de formation en six ans) et les responsables universitaires prévoient pouvoir produire environ 100 nouveaux médecins par année au cours de la prochaine décade. Une fois munis de leur diplôme, les jeunes médecins doivent être affectés dans les diverses formations médicales à l'intérieur du pays et c'est alors que les problèmes se posent : problèmes liés au faible budget du ministère de la santé, problèmes liés à la mauvaise conjoncture économique du pays, problèmes également, pour ceux qui ont la chance d'arriver à leur poste d'affectation, dépendant du style de formation médicale reçue à l'Université.

Dans les milieux administratifs et universitaires, plusieurs continuent à penser au Zaïre qu'il est possible de solutionner les problèmes de maladies de la population par une augmentation du budget de la santé, par la formation d'un nombre accru de médecins et d'infirmiers ainsi que par leur répartition plus équilibrée sur le territoire national.

D'autres, moins nombreux il est vrai, pensent comme le docteur Nguete Kikhela qui était le ministre zaïrois de la santé en 1975 qu'il faut plutôt s'inspirer d'une perspective de santé publique dans la solution à apporter : son plan de 1975 proposait de former des animateurs sanitaires de première ligne ayant pour travail, dans chacune des localités rurales et urbaines (environ 5 000 habitants), de s'occuper des soins primaires, de surveiller l'hygiène publique, d'éduquer à la santé et de référer les cas plus difficiles aux formations médicales de zones, de sous-régions ou de région. L'importante réforme pharmaceutique tentée en 1975 au Zaïre et visant à établir une liste d'environ 120 spécialités pharmaceutiques comme médicaments de base à utiliser sur toute l'étendue du pays est à situer dans ce contexte d'une politique orientée en priorité vers une couverture sanitaire de base de la population. Cette même politique sanitaire, structurée sur les besoins primaires des communautés de base, est également inscrite au coeur du Manifeste de la santé et du Bien-être du peuple zaïrois, document d'importance majeure devant servir à orienter les décisions concrètes à prendre au Ministère de la santé, mais qui est malheureusement resté lettre morte en dépit des efforts soutenus d'une minorité de médecins conscientisés.

C'est à l'intérieur de cette nouvelle problématique dont le docteur Nguete Kikhela s'est fait le promoteur au Zaïre que l'idée de recourir aux praticiens de la médecine traditionnelle s'est développée et que l'Institut de recherche scientifique du Zaïre a lancé un programme national de recherche sur les coordonnées structurant la médecine des guérisseurs dans le but de fournir aux responsables de la politique sanitaire du pays des informations scientifiques leur permettant d'appuyer leurs décisions. La première phase de ce programme national s'est déroulée de 1975 à 1977 (3 ans) et elle devrait normalement être suivie d'une seconde phase visant à tester différents modèles de collaboration entre médecine occidentale et médecine traditionnelle. En août 1978, un séminaire national regroupant fonctionnaires de la santé publique, médecins, cher-

cheurs et guérisseurs s'est tenu à Kinshasa dans les locaux mêmes de l'Assemblée Nationale ; en conclusion de ces journées, le Président de la Cour Suprême, le docteur Bayona ba Meya, déclarait : "*L'option que je préconise fait appel à la fois à une politique de législation formelle, à une politique législative de collaboration séparée, autonome et à une politique de collaboration intégrée. Les activités des guérisseurs doivent bénéficier d'une reconnaissance formelle de la loi qui doit se limiter à proclamer la licéité de leur pratique médicale. Il est à peine besoin de souligner qu'une politique légale d'interdiction manquerait totalement de réalisme et serait vouée d'avance à l'échec sur le plan de l'application des sanctions. La politique législative de collaboration autonome devrait être, à mon sens, la politique de base parce qu'elle a le mérite de placer sur le même pied d'égalité la médecine traditionnelle et la médecine moderne ; en outre, grâce à cette politique, la médecine des guérisseurs va échapper au danger de dénaturation qui consiste à lui enlever son substrat socio-anthropologique*" (1978 : 17-8). Le président de la Cour Suprême a ensuite annoncé la création d'une Commission chargée de réviser la législation sur l'art de guérir et de proposer de nouveaux textes.

Cette nouvelle attitude face à la médecine traditionnelle est loin d'être partagée par tout le monde au Zaïre mais elle a ses ardents défenseurs dans tous les milieux. Ses meilleurs appuis viennent incontestablement du fait que l'Organisation mondiale de la santé, organisme qui jouit d'un très grand respect en Afrique et que nous ignorons dans nos pays, avait déjà voté lors de sa Vingt-huitième assemblée mondiale de la santé en 1975 une résolution demandant que les politiques nationales de santé des états-membres s'orientent vers le secteur des soins primaires en utilisant au maximum les ressources locales disponibles (Résolution WHO 28.08). Dans le prolongement de cette résolution, le Comité régional OMS de l'Afrique a pris pour thème de ses discussions techniques à Kampala en 1976 : "La médecine traditionnelle et son rôle dans le développement des services de santé en Afrique". Le docteur Nguete Kikhela du Zaïre présidait justement ces discussions qui ont permis de clairement démarquer les pays favorables à une utilisation plus organique des guérisseurs de ceux qui les refusent catégoriquement parce qu'ils seraient incompétents et causes d'obscurantisme. Malgré l'opposition de certains états-membres, l'OMS n'en a pas moins continué à travailler à la promotion de la médecine traditionnelle : en 1976, un groupe de travail chargé de coordonner les recherches et la promotion de cette médecine a été créé à Genève sous la direction d'un médecin ghanéen, le docteur R.H. Bannerman (Chronique OMS, 1977) et en 1977, la Trentième assemblée mondiale de la santé adoptait par acclamation une résolution sur la promotion et le développement de la formation et de la recherche en médecine traditionnelle.

Le modèle médical occidental dont l'OMS s'était faite durant plusieurs décennies le promoteur dans les Régions de l'Afrique, de l'Asie et du Pacifique occidental où se localisent principalement les pays en voie de développement est maintenant en train d'être réévalué à la lumière d'un nouveau modèle encore inachevé, à l'allure d'esquisse, mais qui a déjà une configuration suffisamment nette pour être générateur de plans de santé radicalement neufs. Ce nouveau modèle qui correspond davantage aux besoins des pays du Tiers-Monde s'organise autour de cinq articulations étroitement solidaires et fonctionnant dans un même mouvement :

1. Les services nationaux de santé doivent d'abord prendre conscience du fait que de nombreuses maladies ont pour origine la pauvreté, les infections, la malnutrition, l'absence d'eau potable, les dangers inhérents à l'environnement, etc. Or, les prestations médico-sanitaires classiques ne sont pas à même d'agir sur les milieux socio-économiques, culturels et psychologiques qui produisent et entretiennent des maladies dans de larges secteurs de la population et seuls des modes d'intervention intégrés qui unissent santé, développement économique et développement socio-culturel peuvent non seulement faire disparaître de manière passagère les symptômes des maladies mais s'attaquer à leurs racines.

Cette approche intégrée n'établit pas seulement une corrélation entre 'économie et santé' qui ferait

de l'état de santé un sous-produit du développement économique, réalité évidente que les planificateurs ont cependant tendance à oublier, mais cette nouvelle approche cherche aussi à établir des corrélations entre valeurs culturelles nationales et santé, entre promotion personnelle et santé, etc. Au niveau des politiques nationales de santé, cela signifie que la planification sanitaire ne peut pas être considérée comme un processus purement technique et qu'elle doit être située à l'intérieur du processus politique et socio-économique à l'oeuvre dans les plans nationaux de développement.

2. Les planificateurs de la santé doivent avoir le courage politique de réorganiser les priorités sanitaires de leur pays d'après l'incidence sociale qu'elles ont sur l'ensemble de la population nationale.

Deux principes doivent guider ces nouveaux programmes de planification : le premier concerne la répartition équitable des services ; le second principe est celui de "la pénétration sociale, en vertu duquel les ressources doivent être avant tout allouées aux couches sociales périphériques". (Mahler, 1976 : 33).

3. Les soins de santé primaires doivent constituer le centre de gravité des nouveaux plans de santé. En septembre 1978, la conférence internationale d'Alma-Ata, en Union soviétique, organisée sous les auspices de l'OMS et de l'UNICEF a réaffirmé que les pays du Tiers-Monde sont capables de mettre au point des systèmes de santé pouvant offrir les soins essentiels sur une grande échelle et à des coûts abordables. Cette option en faveur des soins de santé primaires devrait aboutir, si elle se matérialisait, à une réorientation des stratégies nationales de développement sanitaire dans la plupart des pays en voie de développement.

Qu'est-ce qu'il faut entendre par les soins de santé primaires ? Je laisse répondre le docteur H. Mahler qui est le Directeur général de l'OMS et qui s'est fait un des grands promoteurs de cette nouvelle politique de l'OMS : "La forme que le système basé sur les soins primaires prendra variera en fonction des conditions politiques, économiques, sociales et culturelles du pays. Mais il devra comprendre au moins la promotion d'une bonne nutrition, la création d'un habitat adéquat, l'approvisionnement en eau saine et des mesures essentielles d'assainissement, des soins de santé maternelle et infantile, y compris la planification familiale, la vaccination contre les principales maladies infectieuses, la lutte contre les maladies endémiques dans la région, des activités éducatives concernant les problèmes courants de santé et les moyens de les résoudre, enfin le traitement des maladies et accidents courants." (Mahler 1978 : 3).

La Déclaration finale de la Conférence internationale sur les soins primaires d'Alma-Ata apporte encore d'utiles précisions dans son paragraphe six : "Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et une technologie pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles aux individus et aux familles dans la communauté par leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à chaque stade de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante à la fois du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le point focal, et du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau auquel les individus entrent en contact avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et constituent le premier élément d'un processus continu de protection sanitaire" (Déclaration finale d'Alma-Ata reproduite dans *Contact*, 38 (1978, 13).

4. Les nouveaux plans de santé doivent faire participer les collectivités à la recherche des solutions aux problèmes de santé qui sont les leurs et ils doivent aider dans la mesure du possible les collectivités à prendre en charge leurs propres services de santé. Les collectivités sont considérées comme responsables de la planification, de l'exécution et de la surveillance des soins de santé primaires ; il est également souhaité dans cette nouvelle approche que chaque collectivité choisisse un de ses membres qui, après une brève formation, sera capable de parer aux principaux besoins de la collectivité en matière de santé. C'est à ce niveau principalement que l'OMS pense que *les thérapeutes traditionnels pourraient s'insérer dans la structure officielle de*

distribution des soins moyennant, dans certains cas, une courte formation qui en ferait des agents communautaires de santé. Plusieurs autres personnes en dehors des sages-femmes et des guérisseurs traditionnels pourraient être choisis par la collectivité mais on pense généralement que les thérapeutes traditionnels seraient tout indiqués pour ce travail médical de première ligne.

Il s'agit donc de tirer le plus large parti possible des ressources locales pour organiser les soins de santé au niveau des collectivités mais l'Etat ne doit pas négliger d'établir simultanément des services plus spécialisés au niveau des petits centres, des villes et de la capitale en sorte que chaque palier d'organisation sanitaire puisse avoir un référent lorsque le problème le dépasse.

5. La double polarisation sur les soins de santé primaires et sur la participation des collectivités au maintien de la santé pose le problème des ressources médico-sanitaires en termes tout à fait nouveaux. Le principe fondamental concernant l'organisation du palier le plus bas est qu'il faut désormais utiliser les ressources locales, humaines, matérielles et financières, qui sont fournies par la collectivité. Il faut donc repenser de fond en comble le domaine de la formation du personnel de santé ainsi que celui de la technologie médicale.

En ce qui concerne le nouveau profil du personnel médical, "on s'efforce de promouvoir la formation et l'emploi d'assistants médicaux et d'agents des soins de santé primaires rattachés à un système intégré dont l'ensemble sera en mesure d'assurer la protection sanitaire de toute la population. On étudie en particulier la possibilité pour certains pays de recourir à des agents sanitaires de première ligne, qui seraient choisis par la collectivité elle-même et recevraient un minimum de formation leur permettant de dispenser des soins à temps partiels tout en s'acquittant d'autres tâches au sein de leur communauté" (Rapport annuel 1975 du Directeur général, Actes officiels de l'O.M.S., no. 229, 1976 : IX). Dans le but d'aider les pays à actualiser cette nouvelle orientation, l'O.M.S. vient de publier un Guide d'action, de formation et d'adaptation pour les agents de santé communautaire, guide qui est déjà traduit dans plusieurs langues.

En ce qui concerne la technologie médicale, les plans de santé doivent s'inspirer du courant de la technologie appropriée dont *Small is Beautiful* (Schumacher, 1973) est devenu le leitmotiv ; il y aurait beaucoup à dire sur l'application à la santé du concept de technologie intermédiaire mais nous nous limitons ici à signaler le travail extraordinaire qui est accompli depuis deux ans par le Groupe d'action pour la mise en oeuvre de ressources et de techniques sanitaires appropriées (AHRTAG) dont le siège est à Londres [1]. Nous signalons de plus pour les personnes intéressées par ce sujet que le Centre de recherche pour le développement international du Canada vient de publier une bibliographie annotée sur la technologie intermédiaire en médecine (1977).

Un modèle alternatif, capable de concurrencer le modèle médical occidental classique, semble donc être en train de se mettre en place dans les pays africains : priorité est donnée dans ce nouveau modèle aux soins de santé primaires, les collectivités sont stimulées à prendre en charge une partie au moins de leurs propres services de santé à travers des agents sanitaires d'un nouveau type et notamment à travers les guérisseurs traditionnels. Nous avons déjà dit que les planificateurs de la santé et les milieux médicaux en général n'acceptent pas facilement cette réorientation de la médecine occidentale ; plusieurs d'entre eux acceptent encore plus difficilement de devoir composer avec la médecine traditionnelle dans la distribution des soins de santé. Même lorsqu'ils sont gagnés à l'idée d'utiliser éventuellement la médecine traditionnelle, les planificateurs de la santé dans les Etats africains se trouvent placés devant un difficile problème : a-t-on le droit de conférer un statut officiel à la médecine traditionnelle aussi longtemps qu'elle n'a pas été évaluée du point de vue des sciences modernes. C'est justement pour répondre à ces préoccupations que la majorité des Etats africains ont mis sur pied un centre national de recherches sur les problèmes liés à la médecine traditionnelle. Quant au centre zaïrois de recherche, il a déposé son rapport de conclusion auprès du gouvernement en décembre 1977 et c'est vers le contenu de ce rapport que nous allons maintenant nous tourner.

La médecine des guérisseurs est une médecine globale

Tout pays qui désire restructurer ses services de santé en recourant entre autres à la médecine traditionnelle, et le Zaïre est de ce nombre, doit commencer par mener des recherches fondamentales dans le but d'obtenir les données de base indispensables pour élaborer une politique réaliste de santé. Les planificateurs ne pourront en effet utiliser la médecine traditionnelle que s'ils disposent d'information précises à son sujet, tant sur sa structure que sur son fonctionnement.

Nous nous sommes rendus compte au Zaïre que les guérisseurs se répartissent en fait en plusieurs catégories :

- les "herboristes", qui pratiquent une médecine à base d'herbes et de plantes qui sont administrées sous forme de médicaments à des personnes individuelles et qui agissent principalement sur le corps ;
- les "ritualistes" qui traitent leurs malades par des cérémonies au cours desquelles ils prononcent des paroles et font des actions et des gestes qui vont aider à guérir la maladie, en l'atteignant dans sa dimension la plus profonde. Ainsi par exemple, ils purifient le malade, chassent les sorciers ou les esprits qui sont à la source de son mal. Parmi ces guérisseurs, certains centrent leurs traitements sur l'individu malade et d'autres s'occupent de l'ensemble du groupe familial ;
- enfin, les guérisseurs des "grands rites", chez lesquels le traitement débouche sur toute une initiation de la personne malade et sur son introduction dans un groupe ; ici, la maladie est comprise comme un signe de ce que la personne a été choisie par des esprits pour devenir leur support (leur "siège" ou leur "cheval"). Ici, le traitement a une composante sociale importante, puisqu'il introduit le sujet dans une nouvelle communauté. On trouve ici des groupes qui s'enracinent dans une longue tradition, comme le Zebola, et d'autres qui sont organisés autour d'éléments importés comme les Eglises de la Guérison, fortement influencées par le christianisme, ou le groupe des Mizuka qui a intégré certaines croyances de l'islam.

L'existence de ces différentes catégories de guérisseurs nous indique que leur médecine elle-même a plusieurs aspects, qui se retrouvent d'ailleurs le plus souvent en association chez un guérisseur particulier car rares sont les guérisseurs qui utilisent uniquement des plantes ou uniquement des gestes dans leurs traitements.

Il n'en reste pas moins vrai que certains guérisseurs sont davantage orientés vers un traitement par médicaments et d'autres, vers une action par gestes et par paroles, et c'est généralement le type de maladie qu'il a qui oriente le malade vers tel ou tel type de guérisseur :

- quand la maladie est relativement simple ou banale, on a tendance à se rendre chez un guérisseur qui va soigner les symptômes par l'administration de médicaments ;
- quand la maladie est plus compliquée : elle ne guérit pas, elle est spécialement grave, elle intervient après une suite d'autres malheurs dans la famille ou sa forme est étrange, on se rend alors plutôt chez un guérisseur "ritualiste" ;
- enfin, c'est le plus souvent quand l'un et l'autre de ces traitements ont échoué que l'on accepte de faire appel au guérisseur d'un "grand rite", car le traitement y est très long, coûteux, et il aura des conséquences sur toute la vie future du malade qui sera dès lors membre du groupe.

En plus de cela, il faut ajouter une distinction entre les guérisseurs qui font la divination pour essayer de comprendre la cause profonde du mal et ceux qui ne la font pas.

On peut dire que si, dans les cas un peu compliqués, les malades recourent aux guérisseurs ritualistes ou à ceux qui font la divination, c'est parce qu'ils ont l'impression que leur maladie physique est la manifestation d'un malaise plus profond qu'il faut comprendre et sur lequel il faut essayer d'agir. Et ce que leur apportent ces guérisseurs, c'est justement qu'ils acceptent de considérer l'ensemble de leur problème et qu'ils essayent de le comprendre et de le traiter en même temps que la maladie physique.

Lorsqu'ils expliquent quelle est la cause profonde d'une maladie, les guérisseurs utilisent le plus souvent des idées qui sont totalement étran-

gères au système médical moderne : ils parlent de l'influence de sorciers et de l'intervention d'esprits dans la vie des hommes, ou encore de la colère des ancêtres vis-à-vis de leur descendant qui a négligé une règle de comportement importante pour la société traditionnelle.

C'est tout ce vocabulaire qui intervient à la fois dans les divinations et dans les traitements, qui a souvent posé un problème aux praticiens de la médecine moderne lorsque l'on parlait d'une collaboration avec les guérisseurs : cela leur semblait être des croyances superstitieuses ou magiques, qui n'avaient rien à faire avec la santé. D'un autre côté, c'est ce même contexte mystique qui entoure la pratique des guérisseurs qui suscitait la crainte chez des gens encore davantage enracinés dans la tradition africaine et qui auraient pu être des partenaires pour une collaboration, comme des infirmiers ou divers membres des services de santé moderne.

Ainsi, certains ont voulu mettre entre parenthèses tout l'aspect rituel ou mystérieux de la pratique des guérisseurs, pour n'en retenir que les médicaments et ils ont entrepris des recherches sur les médicaments traditionnels; ils espéraient le plus souvent profiter de la médecine traditionnelle en y puisant de nouveaux médicaments qui pourraient être intégrés à une pratique médicale moderne.

Or, nous pensons que la dimension rituelle de la médecine des guérisseurs est fondamentale et qu'on ne peut la supprimer sans détruire ce qui fait sa marque propre et sa richesse. Ainsi, au Zaïre, nous avons voulu chercher à voir si on ne peut pas comprendre le lien entre les croyances surnaturelles que l'on trouve dans la médecine des guérisseurs et le champ de la santé des individus; ceci fournirait une base pour une collaboration entre les deux médecines sans que l'on doive commencer par réduire la médecine des guérisseurs à son seul aspect médicamenteux.

Pour cela, nous nous sommes demandés, entre autres, quel est le sens de l'action des sorciers ou des esprits pour la personne malade et la façon dont le guérisseur explique comment ils sont intervenus dans sa maladie.

- nous avons ainsi remarqué que quand le guérisseur parle de sorciers, au Zaïre, il parle en fait de problèmes qui existent entre des personnes ou entre des groupes : "Si quelqu'un m'a rendu malade, c'est souvent parce que quelque chose ne va pas dans mes relations avec lui."
- de la même façon, quand le guérisseur parle d'esprits, il fait référence à une réalité surnaturelle qui est importante dans la vie de tous les Africains, mais quand il explique pourquoi ils sont intervenus dans la vie des hommes, il parle de nouveau de quelque chose qui concerne la situation de la personne malade ou de sa famille. Ainsi, par exemple, chez les Angbandi du Nord Zaïre :
  - chaque fois que ce sont les esprits des ancêtres qui sont la cause de la maladie, c'est parce que la personne a commis une infraction à la loi, à la coutume. Ainsi, pour guérir la personne, il faut effectuer des sacrifices devant leur autel; le malade, qui est à nouveau dans de bonnes relations avec les ancêtres, va se sentir plus en paix avec lui-même, et les autres vont l'accepter à nouveau.
  - chaque fois que ce sont les esprits de l'eau ou de la forêt qui sont en cause, c'est parce que des sorciers ou des personnes malfaisantes veulent nuire au malade et utilisent ces esprits qu'ils envoient en son corps. Le traitement consistera à chasser ces esprits mais aussi à résoudre le conflit à l'origine de la maladie.

Dans ces différents cas, on voit que ce que le guérisseur cherche à comprendre, lorsqu'il parle d'esprits ou de forces mauvaises, ce sont les problèmes que vivent les personnes et qui ont été à l'origine de la maladie. Ainsi, en cherchant la cause d'une maladie, le guérisseur se montre un bon psychologue, qui connaît les gens et leurs problèmes, et un bon sociologue, qui connaît très bien sa société.

Il est important de noter ici qu'en Occident, on tend de plus en plus à insister sur le fait que ce n'est pas seulement le corps d'une personne qui est malade, mais aussi, souvent, la personne tout entière, dans son être profond et dans ses relations aux autres, en sorte que de façon idéale, le traitement médical devrait s'adresser à tout l'homme

malade; mais c'est là un objectif que les médecins ne peuvent généralement pas atteindre dans leur pratique de tous les jours, car ils n'en ont pas le temps et n'ont pas la formation nécessaire pour cela.

Nous pensons que c'est au niveau de cette conception globale, médicamenteuse et rituelle, de la pratique médicale qu'il faut envisager la collaboration avec les guérisseurs, car ils parlent aux gens dans un langage qu'ils comprennent, qui est important pour eux, et ils sont en Afrique beaucoup mieux à même que les médecins de traiter le contexte général dans lequel la maladie a pris naissance.

Il faut quand même remarquer que tous les guérisseurs ne sont pas aussi honnêtes les uns que les autres et que certains d'entre eux profitent du mystère qui entoure leur pratique pour tromper les gens et profiter de leur confiance. Ceci est d'autant plus facile qu'aucun contrôle organisé ne s'exerce sur leur pratique et c'est en fait à la population elle-même que revient la tâche de faire preuve de sens critique et le rôle de dénoncer ces charlatans et de les empêcher de se multiplier et d'étendre leur action.

Les différentes voies de la collaboration inter-médecines

Tous les pays favorables à une utilisation des guérisseurs dans les services officiels de santé n'envisagent pas la participation de ceux-ci de la même manière. La Guinée, par exemple, a conçu un programme de "médecine populaire", populaire en ce sens qu'elle est véritablement tournée vers le peuple et qu'elle intègre, dès le niveau le plus bas, les praticiens traditionnels et les agents de la "brigade sanitaire"; dans cette optique, particiens de la médecine moderne et guérisseurs sont tous considérés comme des médecins populaires, en ce qu'ils exercent une fonction thérapeutique orientée fondamentalement vers cette population. Dans le système guinéen, la collaboration avec les guérisseurs intervient donc dans le cadre d'une réforme de toute l'orientation du système médical moderne; se tournant de façon essentielle vers le peuple, il est normal que le plan de santé ait été amené à prendre en considération les praticiens que le peuple s'est donnés.

Le plan guinéen est en fait une copie conforme du modèle médical chinois : la médecine des guérisseurs y est réduite à sa dimension de médicaments et tout l'aspect rituel est évacué parce que considéré comme aliénant et inutile. Le nouveau plan guinéen de distribution des soins intègre les guérisseurs traditionnels mais il refuse en même temps de tenir compte des conceptions traditionnelles africaines face à la santé et à la maladie. Pour le Parti démocratique de Guinée, seuls les guérisseurs herboristes existent et l'approche scientifique de la médecine exige que les militants luttent pour faire disparaître toute la métaphysique rituelle qui entoure la médecine traditionnelle. S'orientent dans la même direction l'Angola, le Mozambique, le Congo et quelques autres pays.

Le Mali a choisi un cadre socialiste de développement national mais cette politique nationale a jusqu'ici peu d'influence sur la structure des soins de santé. Dans ce pays, la réforme s'est d'abord faite par le sommet (en Afrique, cela est très important) : une direction nationale de la médecine traditionnelle a en effet été mise en place à l'intérieur du ministère de la Santé publique et des Affaires sociales (Koumar 1975). A la base, la rencontre entre les deux médecines au Mali devrait se faire au niveau des comités de santé mais la pratique reste encore, à ce state-ci, essentiellement orientée vers une recherche qui dessine les contours de la pratique des guérisseurs en indiquant les lieux précis où la rencontre peut se faire dans chacun des endroits. Le problème qui se pose au Mali est d'actualiser dans les faits la structure qui a été mise en place au sommet et pour cela, les Maliens n'hésitent pas à passer par le détour d'une recherche sérieuse sur les divers aspects de la médecine des guérisseurs. Le processus est enclenché et il tient compte, plus qu'en Guinée, de toutes les dimensions de la médecine traditionnelle.

Tous les pays africains ne sont pas comme la Guinée ou le Mali favorables à la médecine traditionnelle et à son utilisation officielle. La Côte d'Ivoire parmi les pays francophones et le Kenya parmi les pays anglophones sont incontestablement les pays qui manifestent la plus forte orientation capitaliste en Afrique et il n'est pas étonnant

que les ministères de la Santé de ces deux pays cherchent à reproduire le modèle médical français et britannique. Les planificateurs ivoiriens et kényans ont opté pour une médecine scientifique et il ne peut être question pour eux d'accorder un statut à l'obscurantisme des "witch-doctors" et des "féticheurs", comme ils le disent ouvertement (cf. leurs interventions à la réunion du Comité régional de l'Afrique tenue à Kampala en 1976 sur le thème de "la Médecine traditionnelle et son rôle dans le développement des services de santé en Afrique").

Dans d'autres pays, cette intégration des guérisseurs est plus balbutiante et se situe au niveau de secteurs particuliers de la médecine traditionnelle. Nous pensons par exemple au Sénégal qui mène depuis plus de dix ans des recherches sérieuses dans le domaine de la santé mentale et a mis sur pied plusieurs expériences de collaboration entre hôpitaux psychiatriques et guérisseurs spécialisés dans le traitement de la folie. Toujours dans le domaine psychiatrique, nous signalons que le Nigeria a expérimenté l'utilisation de guérisseurs entre autres à l'hôpital psychiatrique d'Abeokuta dans le pays Yoruba; cette initiative semble avoir eu son succès à ses débuts grâce à la personnalité charismatique du docteur Lambo et la collaboration avec les guérisseurs n'est plus aujourd'hui qu'une page d'histoire dans cette institution qui est revenue à la "bonne" pratique psychiatrique occidentale.

Nous avons déjà dit un peu plus haut en ce qui concerne le Zaïre que le plan de réforme des structures de santé impliquait une transformation dans l'organisation des services dispensés par la médecine occidentale ainsi que le recours explicite aux guérisseurs traditionnels. Nous ne revenons plus sur les modifications qui doivent être introduites dans la structure actuelle de distribution des soins, modifications qui doivent s'inspirer des cinq principes présentés en référence à l'OMS et nous nous limitons au seul domaine de l'utilisation de la médecine traditionnelle par un Etat qui se dit moderne et qui possède déjà un service de distribution de soins structuré sur la médecine occidentale. Nous nous rendrons compte que l'intégration des guérisseurs ne pourra devenir pleinement effective qu'au moment où de nouvelles structures sanitaires de base, impliquant la médecine moderne, auront été mises en place. De plus, il est important de ne pas oublier qu'il ne s'agit pas seulement du problème de l'intégration de guérisseurs dans le système moderne de soins mais plus fondamentalement encore du problème de l'assomption des conceptions africaines de la santé, de la maladie et de la thérapie par un système "scientifique" de santé publique.

Quand on parle de l'intégration entre les médecines occidentales et africaines, on ne se trouve pas en face de deux milieux qui seraient, d'une part, celui des praticiens de la médecine moderne avec sa structure administrative, corporatiste, universitaire qui en forme l'arrière-plan, et, d'autre part, celui des thérapeutes traditionnels dont l'organisation administrative et corporatiste se cherche actuellement à travers diverses associations. Un troisième milieu qu'il faut considérer, et de façon aussi importante que les deux premiers, est celui de la population générale car c'est là que se fait, au fond, le départage entre les deux médecines et c'est la population qui est l'enjeu des nouvelles politiques de santé. S'il est relativement facile de programmer les étapes à suivre dans les deux premiers milieux et de prévoir leur réactions au changement, il est beaucoup plus difficile d'anticiper la façon dont la population va réagir, par exemple, à une valorisation soudaine et officielle de la pratique des guérisseurs.

Il faut penser séparément l'action à entreprendre dans chacun des trois milieux et bien réfléchir au degré de publicité que doivent revêtir chacune de ces actions. Donner dès le départ une publicité outrancière à la valorisation des guérisseurs risque d'être intepréte par la population comme une dévalorisation simultanée de la médecine moderne et donc de fausser trop brutalement l'équilibre que la population a elle-même établi dans sa recherche de la santé. Mal ressentie au niveau des praticiens de la médecine moderme, cette publicité présenterait aussi le danger de susciter chez les guérisseurs une série d'attentes auxquelles l'Etat n'est pas capable de faire face : la désillusion qui s'ensuivrait pourrait provoquer chez les guérisseurs une réaction de retrait qui, si cet état devait se prolonger, les amenerait à retourner à la situation antérieure où ils se trouvaient chacun individuellement concernés par leur seule pratique,

sans que cette dernière ne s'intègre à un plan général de santé.

Des lignes originales d'intervention ont donc été mises au point pour chacun des trois milieux, lignes qui tiennent compte des dynamismes propres à chacun d'eux. Ce serait trop long de présenter les détails de cette action parallèle en cours dans les trois milieux et nous nous limitons à quelques indications. Dans le milieu de la médecine moderne, le but est d'arriver à compromettre les médecins et infirmiers dans le mouvement en cours et de les amener à mieux connaître la médecine des guérisseurs, à mieux comprendre son originalité de médecine globale et à s'impliquer dans la mesure du possible dans une collaboration avec eux. Ce serait trop simple et banal par exemple d'insister uniquement sur l'intégration dans les programmes de formation des médecins, des infirmiers et du personnel para-médical de cours et de travaux pratiques qui ouvrent les étudiants à la connaissance et à la compréhension de la médecine traditionnelle. Bien sûr, cela est important mais il faut beaucoup plus dans un effort de sensibilisation de tous les intervenants médicaux de formation occidentale car c'est eux qui sont directement impliqués dans une collaboration avec les guérisseurs.

Les actions en cours dans le milieu des guérisseurs sont conditionnées par la situation psychologique qui est la leur pour le moment. Globalement, on peut dire que les guérisseurs ont tendance à adopter une position passive par rapport à une reconnaissance officielle qui leur adviendrait du dehors, en quelque sorte, comme un présent, et qui leur apporterait un tas d'avantages. Un certain nombre disent ouvertement qu'ils désirent devenir des salariés d'un Etat qui ne réussit même pas à payer le personnel médical qu'il emploie actuellement. Il n'y a évidemment pas que ces attentes exagérées chez les guérisseurs qui restent prêts à collaborer à tout plan public de santé qui respectera leurs conceptions originales de la médecine. Cette "plus que bonne volonté" des guérisseurs doit servir de base à une double action : tout d'abord leur fournir un cadre leur permettant de réfléchir sur leur propre médecine, sur ses apports originaux dans un plan de santé mais aussi sur ses limites, ensuite les impliquer dans la compréhension de ce qu'est un plan national de santé, sur leur place à eux, sur la place de leurs homologues de formation occidentale et sur leur complémentarité. Cette double stratégie vise principalement à créer l'état d'esprit nécessaire à la collaboration entre les deux médecines à travers une meilleure connaissance mutuelle ; de plus, les guérisseurs qui ont l'habitude de travailler d'une manière individuelle et indépendante, étant souvent fort isolés les uns par rapport aux autres, saisissent mieux les aboutissants de leur "métier" lorsque leur contribution est évaluée à l'échelle du plan national de santé.

Il ne faut pas croire que ces actions entreprises dans le milieu des guérisseurs soient dirigistes et viennent uniquement du haut ; s'il en était ainsi, elles n'auraient aucune chance de succès. Le mouvement de solidarité des guérisseurs entre eux et celui d'un désir de s'inscrire officiellement dans la structure nationale de distribution des soins sont partis de la base et ils se sont cristallisés dans la création de nombreuses associations de guérisseurs, associations dont les statuts rejoignent d'assez près ce que nous avons dit jusqu'à maintenant. L'existence de ces associations rend le travail auprès des guérisseurs beaucoup plus facile et il n'est pas étonnant que les associations constituent la pièce maîtresse dans l'effort d'implication des guérisseurs dans les changements du plan de santé.

Les actions à mener dans le milieu de la population sont difficiles à planifier. Les mass-media fournissent depuis plusieurs années une série d'informations à la population mais le plus souvent dans une optique davantage publicitaire qu'éducative. Il faudrait accentuer dans la programmation de la radio nationale (et de la télévision pour les grandes villes) l'aspect éducation et amener le public à mieux comprendre ce qu'est la médecine traditionnelle, son originalité par rapport à la médecine occidentale, ses principaux domaines d'efficacité et ses limites dans la solution des problèmes de santé. Cette nouvelle orientation de la grille de programmation devrait aider la population à utiliser plus judicieusement les services des guérisseurs et la mettre en garde contre les abus des charlatans. Ces programmes devraient également être le lieu de discussion critique de certaines conceptions para-médicales qui sont directement impliquées dans tout processus de revalorisation de la médecine traditionnelle, les problèmes de sorcel-

lerie et d'esprits, le recours aux fétiches magiques, la place de la divination, etc., autant de réalités qui sont fondamentales dans la pensée traditionnelle africaine et dont il faut justement réexaminer l'impact dans l'Afrique moderne. Le débat en cours sur la médecine traditionnelle constitue le lieu privilégié permettant un examen approfondi de ces conceptions.

Avant de dire un mot sur les étapes à suivre, sur les plans juridique et administratif, dans la mise au point du plan de santé au Zaïre, nous allons présenter les principes qui guident la collaboration progressive entre les deux médecines. Ces principes sont au nombre de quatre :

1. Une collaboration réelle avec les guérisseurs ne peut s'envisager que dans le cadre d'une réforme profonde de toute la structure du système de santé moderne. Nous sommes donc pleinement d'accord avec la perspective de la Guinée et il serait absurde de parler d'une collaboration avec les guérisseurs tout en restant guidés par une conception bourgeoise de la médecine, qui comprend cette dernière plus en termes d'une technicisation de plus en plus poussée que dans le sens des actions préventives de santé publique. Bien que nous ayons précédemment parlé de ce point, il nous a semblé important d'y revenir.

2. L'insertion progressive des guérisseurs dans les structures de santé publique n'implique pas seulement un réaménagement du plan national de santé ; elle exige que ceux qui sont du côté de la structure médicale dominante (l'occidentale évidemment) approchent leurs nouveaux partenaires dans une attitude ouverte qui respecte l'identité de l'autre ; reconnaissant cette dernière, ils doivent se laisser interpeler et accepter de remettre en cause leur propre approche de la maladie. Par-delà les individus, il faut que les structures de support de la médecine officielle épousent ce mouvement de renouvellement et introduisent dans leur fonctionnement de nouvelles perspectives de base : dans l'administration du département de Santé, dans un nouveau style de formation à l'université et dans les autres institutions de formation médicale, etc. Dans ce domaine, il faut avouer qu'il y a encore beaucoup à faire au Zaïre comme ailleurs pour passer des convictions de quelques individus clairvoyants et progressistes à un mouvement d'ensemble des praticiens de la médecine occidentale.

3. La participation des guérisseurs à la distribution officielle des soins de santé doit se faire sans qu'ils aient besoin de sortir de leur milieu habituel de travail : ce serait par exemple une erreur grave de vouloir les transférer dans un hôpital ou de vouloir encore les transformer en mini-infirmiers en leur enseignant des techniques de soins modernes. Bien des erreurs de ce genre ont été commises et ce serait regrettable de récidiver encore une fois. C'est en effet par ce qu'il est et par la façon dont il travaille que le guérisseur peut aider la population, et il faut davantage essayer de l'aider à améliorer ses conditions de travail "chez lui" que de lui donner un local tout blanc à l'hôpital.

4. Dans la mise au point des plans de collaboration, il faut tenir compte des différentes catégories de guérisseurs dont nous avons déjà parlé au paragraphe précédent :

- les herboristes ont un rôle à jouer dans les services de santé de base. Ils sont en effet profondément enracinés dans la population auprès de laquelle ils vivent, jusque dans les villages les plus reculés et il faut pouvoir profiter de leur compétence dans le traitement des maladies avec lesquelles ils sont eux-mêmes depuis longtemps familiers, de par leur travail. Sous cet angle, les guérisseurs constituent des unités sanitaires dont le rôle est analogue ou semblable à celui des unités de soins en médecine moderne. En ce qui concerne la place exacte des guérisseurs dans le réseau de distribution de soins, nous sommes donc en désaccord avec toute position qui limiterait d'office l'utilisation des guérisseurs au seul domaine des soins primaires. Les guérisseurs comptent parmi eux d'authentiques spécialistes dans plusieurs domaines, et c'est au niveau de leur spécialité qu'il faut aussi pouvoir les utiliser. Dans les faits cependant, il reste que la plupart des guérisseurs seront utilisés comme "agents sanitaires de première ligne" comme le recommandait l'OMS.
- pour les guérisseurs qui portent une attention spéciale à l'ensemble des problèmes de l'individu malade, dans ses aspects psychologiques et sociaux, nous avons dit plus haut comment leur action était complémentaire à celle d'une

médecine moderne qui se base encore essentiellement sur des médicaments. C'est aussi dans cette ligne de complémentarité qu'il faut pouvoir collaborer avec les guérisseurs qui disent traiter des maladies difficiles à guérir par la médecine moderne. Par complémentarité, nous voulons dire que chacune des médecines apporte au malade quelque chose que l'autre ne peut lui donner. Il faut donc que des structures d'échange fonctionnent, pour qu'un malade donné puisse être traité par la forme de médecine qui correspond le mieux à son cas ou éventuellement par les deux médecines agissant de manière complémentaire.

Dans toute réforme des structures de santé, il faut programmer les étapes du changement de façon à ce que les trois milieux, la population et les praticiens des deux médecines, puissent s'engager dans ce processus. Nous distingons ici trois étapes successives qui doivent nécessairement se mettre en place si un pays veut aboutir à un nouveau système de distribution des soins, étapes que le Rapport de 1978 du Centre de médecine des guérisseurs du Zaïre a proposées, comme essentielles dans le cadre de la politique zaïroise de recours aux guérisseurs.

1. il faut tout d'abord modifier les dispositions légales en établissant clairement le statut officiel de la médecine traditionnelle. Nous savons déjà que la révision du chapitre du Code de Lois portant sur l'Art de Guérir est actuellement en cours au Zaïre et l'on devrait normalement aboutir d'ici un an à une nouvelle législation face à la médecine traditionnelle. Nous signalons que la plupart des pays africains considèrent, sur la base des législations coloniales qui ont été maintenues, la médecine traditionnelle comme une pratique superstitieuse et illégale tout en ne sanctionnant pas dans les faits cette pratique, l'ignorant en quelque sorte.

2. cette légitimation au niveau de la loi de la pratique de la médecine traditionnelle n'implique pas ipso facto la reconnaissance des guérisseurs individuels. Cette seconde étape qui consiste à identifier les guérisseurs, à évaluer leur pratique puis à leur décerner une licence individuelle constitue le point névralgique de la réforme en cours au Zaïre. Ce principe de la reconnaissance individuelle implique qu'une décision particulière doive être prise pour chacun des guérisseurs; il s'agit là d'un immense travail si l'on considère le nombre très élevé de guérisseurs qui pratiquent dans chacune des zones administratives du pays. Le Zaïre s'est donné en un premier temps une structure permettant de rejoindre les guérisseurs là où ils pratiquent à travers la mise sur pied d'un service d'évaluation des guérisseurs dans chacune des zones administratives mais cette installation ne pourra se faire que lentement étant donné la grandeur du pays et les difficiles problèmes conjoncturels du Zaïre. Dans ce travail de collecte d'informations sur les guérisseurs individuels, le comité d'évaluation utilise les documents préparés par le Centre de médecine des guérisseurs avec lequel il collabore d'ailleurs.

Une fois les dossiers constitués sur les guérisseurs individuels, il faudra procéder à la délivrance des licences personnelles de pratique sous la supervision du département de la Santé publique. Des critères précis permettant d'apprécier les divers dossiers ont été mis au point et ils devraient normalement constituer les seuls paramètres conduisant à la délivrance des licences individuelles. En un troisième temps, les guérisseurs reconnus par l'Etat devront être informés des objectifs du plan national de santé de façon à pouvoir prendre leur place dans la structure sanitaire du pays. Un plan d'encadrement à long terme des guérisseurs possédant une licence est actuellement en voie de conception. Ce processus de délivrance des licences individuelles va constituer à l'avenir un processus permanent qui implique des modifications dans la structure actuelle du département de la Santé publique.

3. parallèlement à la modification de la législation, il faut entreprendre des changements structurels à l'intérieur du département de la Santé, lequel n'existe actuellement qu'en fonction de la médecine occidentale. Le Zaïre est notamment en train de mettre en place une structure qui sera chargée de tout ce qui concerne la médecine des guérisseurs depuis la collecte des dossiers, leur évaluation, l'attribution des licences, la surveillance des normes éthiques par les guérisseurs licenciés, etc. Ce processus de modification structurelle sera long et difficile et il ne peut être planifié jusque dans les détails à l'avance; nous pensons que

l'orientation prise au cours de 1979 par la Santé publique du Zaïre est juste et qu'il faut continuer dans la même ligne.

La transformation structurelle doit être l'émanation de la transformation de l'approche des problèmes de santé, transformation dont nous avons décrit les grandes lignes précédemment. Bien que l'intégration véritable des guérisseurs ne pourra se faire pleinement qu'avec la réforme de la structure sanitaire générale du pays, il n'y a pas de doute que les expériences de collaboration peuvent être mises sur pied partout où fonctionnent des unités de médecine moderne ouvertes et dynamiques. La seconde phase du programme zaïrois de recherches en médecine traditionnelle qui devrait commencer au cours de 1980 vise justement à tester différents modèles de collaboration entre les deux médecines. Il est prévu entre autres dans ce programme que l'on expérimente au niveau d'une sous-région (il y en a 27 dans le pays en excluant Kinshasa) le nouveau plan de santé intégrant les guérisseurs; des modèles plus partiels structurés autour de formations médicales occidentales seront également expérimentés. Nous signalons enfin que ce programme va également se pencher sur les voies exploratoires permettant l'utilisation des guérisseurs ritualistes dans les services officiels de soins, utilisation qui pose des problèmes plus complexes que dans le cas des herboristes.

Conclusion

Depuis l'arrivée des médecins blancs en Afrique, il y a toujours eu une certaine intégration entre la médecine traditionnelle et la médecine occidentale au niveau de la population malade qui a eu recours à chacune d'elles, soit simultanément, soit successivement. Les pays africains désirent maintenant dépasser cette première intégration, souvent tâtonnante, pour l'inscrire dans un projet explicite qui permet de maximaliser l'apport des deux médecines.

Le nouveau système de médecine intégrée dont nous avons présenté les grandes lignes n'est pas fait d'un mélange entre des éléments épars empruntés à chacune des médecines. Il s'agit plutôt d'une harmonisation entre deux pratiques médicales qui continuent à fonctionner dans la ligne de ce qu'elles sont tout en étant renouvelées par leurs contacts avec leur partenaire. Ce n'est que sur cette base que pourra progressivement apparaître un nouveau type de médecine proprement africain qui sera pleinement adapté aux besoins locaux en matière de santé et qui contribuera à la création d'une médecine universelle à la fois plus humaine et plus sociale.

Notes

1 En voici l'adresse : Appropriate Health Resources and Technologies Action Group (AHRTAG), 85 Marylebone High Street, London W1M 3DE, England.

BIBLIOGRAPHIE

Bannerman, R.H. Le programme OMS de médecine traditionnelle, *Chronique OMS*, 31 (1977), 463-4.

Bibeau, G., E. Corin et H.B. Mulinda. *La médecine traditionnelle zaïroise. Fonctionnement actuel et contribution potentielle aux services de santé*. Kinshasa : Institut de Recherches Scientifiques 1977.

Bayona ba Meya. Le point de vue juridique sur la médecine traditionnelle, *Actes du séminaire national sur la médecine traditionnelle tenu à Kinshasa en août 1978*, Institut de Recherches Scientifiques.

Cabanel, G.P. *Médecine libérale ou nationalisée ? Sept politiques à travers le monde*. Paris, Dunod.

Delaney, F.M. (éd.) *Low-Cost Rural Health Care and Health Manpower Training*, Ottawa : CRDI/IDRC, Vol. 1 : 1976; Vol. 2 : 1976; Vol. 3 : 1977.

Koumare, M. *Etat actuel des recherches au Mali et perspectives d'avenir*. Texte ronéotypé d'une conférence faite à l'Ecole Normale Supérieure, Bamako, 1975.

Mahler, H. *Rapport de la vingt-sixième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique*, tenue à Kampala, Ouganda du 8 au 15 septembre 1976, Brazzaville (Annexe 2 : Discours prononcé par le docteur H. Mahler).

Mahler, H. La justice dans le monde, *Santé du Monde*, mai 1978, p. 3.

O.M.S. Compte-rendu des discussions techniques du Comité régional OMS de l'Afrique sur le thème : "La médecine traditionnelle et son rôle dans le développement des services de santé en Afrique", Brazzaville : *OMS – AFR/RC26 / TD / WP /1*, 1976.

O.M.S. *Activités de l'OMS en 1975*, Genève : Actes officiels de l'OMS, no 229, 1976.

Schumacher, E.F. *Small is beautiful*. Une société à la mesure de l'Homme, Paris, Seuil, 1978.

Sekou Toure. *Médecine populaire*. Revue du Parti démocratique de Guinée, no 80, sept. 1974, Conakry.

XXX. Déclaration d'Alma-Ata (Conférence internationale sur les soins de santé primaires) *in Contact. Commission médicale chrétienne*. No 38, nov. 1978, p. 11-3.

XXX. *Rapport annuel de la Banque du Zaïre*, République du Zaïre, 1975.