

Collaboration guérisseur médecin

a

Après avoir longtemps considéré l'Afrique comme une terre vierge où il fallait tout apporter, l'Occident découvre depuis quelques années les richesses que recèlent la cosmogonie et l'organisation sociale des ethnies africaines.

Dans le domaine particulier de la médecine, la première attitude a conduit à la mise en place d'un certain nombre de structures de type occidental qui, bien que n'ayant plus à démontrer leur efficacité dans la lutte contre les grandes endémies, rencontre le même écueil qu'en Occident : la réduction du malade à sa maladie, la perte de la relation médecin-malade, la négation de l'aspect psychologique, social, cosmogonique du malade et de la maladie.

Dans le champ de la psychiatrie, cette attitude a conduit à la mise en place de lieux de renfermement dans les grandes capitales africaines : Abidjan, Libreville, Yaoundé, Niamey... Ces lieux de renfermement, insalubres sont situés à l'écart de toute vie sociale, à la périphérie de l'hôpital, proches de ces autres rejets de la société que sont les lépreux, les contagieux, ou même derrière la morgue.

Ces hôpitaux psychiatriques bénéficient d'un ou deux psychiatres dans les meilleures conditions (à Libreville, il n'y a pas de psychiatre) et de quelques infirmiers non spécialisés, souvent affectés à ces postes par mesure disciplinaire.

La deuxième attitude, découverte des richesses africaines, conduit les scientifiques africains et européens à tenter de dévoiler ces richesses et de les utiliser rationnellement. Le domaine médical apparaît comme particulièrement riche. Le guérisseur traditionnel africain se révèle détenteur d'une connaissance médicale importante. Après l'avoir nié, le scientifique aujourd'hui l'interroge.

Des difficultés surgissent ; elles nous semblent liées :

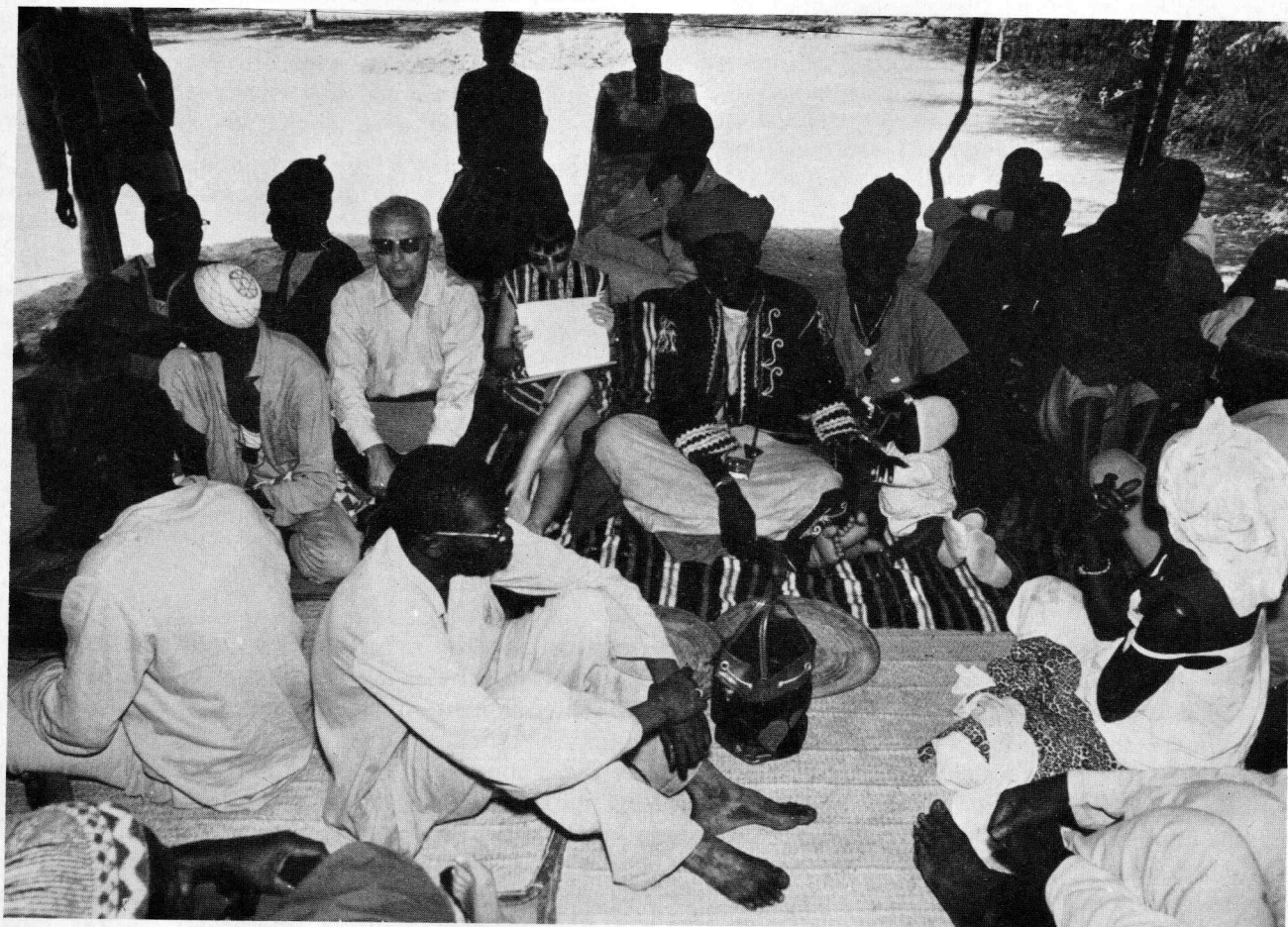
- à la situation historique,
- aux lois de la médecine traditionnelle,
- aux formes de la pensée scientifique occidentale.

la situation historique

Détenteur du pouvoir médical, reconnu socialement et officiellement comme thérapeute, le guérisseur s'est vu, avec la colonisation, relégué au niveau de l'exercice illégal de la médecine.

Cependant, son pouvoir, au sein du groupe, s'est maintenu : tous les malades consultent d'abord les guérisseurs avant de venir à l'hôpital. L'hôpital reste encore le dernier recours. Ce n'est que lorsque l'on a épuisé toutes les ressources de la médecine traditionnelle que l'on s'adresse à la médecine occidentale.

Malgré cette situation de fait, le guérisseur reste marginal par rapport au nouvel ordre établi. Il demande une reconnaissance. Cette reconnaissance lui assurerait la légalité et supprimerait la crainte, souvent exprimée, d'être poursuivi. Même s'il a conservé son pouvoir auprès du groupe, le guérisseur a dû s'incliner devant certaines théra-



Collaboration guérisseur-médecin.

peutiques occidentales plus rapides et plus efficaces. Il s'est opéré au niveau du guérisseur lui-même et des malades une scission entre les maladies pour le guérisseur et celles pour le médecin. Le guérisseur a renoncé partiellement à certaines pratiques. Ce partage devrait le rassurer puisqu'il garde sa supériorité dans certains cas. Cependant, les changements sociaux rapides auxquels est soumise l'Afrique, l'éclatement du groupe sur lequel s'appuie la thérapeutique traditionnelle laissent entrevoir au guérisseur le risque d'être détruit par le modernisme.

Ignoré légalement, menacé par une

société qui n'est plus celle qui l'a secrété, le thérapeute traditionnel ne peut que s'inquiéter devant les questions que lui pose le médecin. Vient-il prendre ses connaissances pour les utiliser ensuite ? Vient-il en ami l'éprouver pour lui accorder ce qu'il demande : la reconnaissance officielle et la légalité qui assureraient selon lui sa survie ?

les lois de la médecine traditionnelle

La fonction de guérisseur ne doit pas être réduite à celle du médecin.

Le guérisseur occupe une position déterminée dans l'univers, dans l'organisation du monde. La maladie est le résultat d'un conflit entre la personne du malade et les êtres vivants ou morts, garants de l'ordre ou de la loi du groupe. Le malade est porteur d'un message ou d'un signe qui concerne la famille et la collectivité. Il s'agit donc de comprendre une signification, un sens véhiculé par le malade. La cure traditionnelle s'adresse alors au fauteur de troubles et non au malade. Elle vise à une réconciliation des esprits et des hommes (esprits des ancêtres, esprit des religions importées), des hommes entre eux (sor-

cellerie, maraboutage). **Le guérisseur est alors le médiateur, celui qui est en contact avec les esprits et les hommes, qui déchiffre les messages, les transmet, permet la communication et rétablit l'ordre, protège contre le désordre.**

Le guérisseur fait appel, selon son appartenance religieuse (animisme ou Islam) à une pharmacopée abondante, à des incantations, à des versets du Coran.

L'accession à la fonction thérapeutique se joue sur trois plans : l'hérédité, l'apprentissage et la maladie initiatique.

- On peut hériter de la charge thérapeutique de ses ascendants. Mais l'apprentissage intervient toujours pour mettre en forme les pouvoirs éventuels que le guérisseur hérite de ses ancêtres.

- L'apprentissage est plus ou moins long selon la spécialité mais il est souvent fort important et peut se poursuivre pendant de nombreuses années chez des maîtres différents.

- La maladie initiatique est souvent présente mais non indispensable selon les spécialités.

Il apparaît que ne devient pas guérisseur qui le veut. Même dans le cas où intervient seulement l'apprentissage, celui à qui la connaissance sera donnée est choisi par le « maître » pour ses qualités particulières. Cette connaissance ne sera révélée à l'élève que progressivement lorsque celui-ci aura montré ses possibilités d'évolution et d'accession à une connaissance qu'il faut distinguer d'un savoir-apprentissage de techniques.

L'apprentissage ne se pose pas en terme de techniques à apprendre, directement communicables.

Pour H. Collomb, il faut distinguer trois niveaux d'intervention du guérisseur :

- **Un premier niveau psychologique :** « Il nous renvoie à ce que nous connaissons de la relation médecin/malade mais la différence est grande... La richesse des échanges verbaux, non verbaux, les actions

sur le corps, le rythme, la danse tissent une relation qu'il est difficile de transformer en une connaissance transmissible, susceptible d'être réduite à une technique, sans un appauvrissement considérable, voire une évacuation totale de son contenu. »

« Un autre niveau, difficilement séparable du premier pourrait être appelé mythique et rituel.

La cure est un rite qui réactualise le mythe véhiculé par les représentations des maladies mentales... » : partage des mêmes mythes par tous les membres de la famille ; mythe fondateur de la personne et du groupe social.

« Un troisième niveau est d'ordre transcendantal. Il est en rapport aussi avec la conception du monde, les forces qui animent l'univers sensible, les dieux, les ancêtres. Le guérisseur se distingue des autres par un pouvoir qui pourrait être surnaturel, c'est-à-dire non conforme à ce que nous connaissons des sciences biologiques ou humaines actuellement. C'est l'accès au champ de la magie, du minéral, de l'explicable ; champ généralement refusé parce que hors de la science » (In : Les niveaux d'intervention du guérisseur)

les formes de la pensée scientifique occidentale

Le médecin, même s'il est Africain, a été formé par de longues années d'études qui visent à lui faire acquérir un savoir logique basé sur l'observation et la démonstration cartésienne. Face au guérisseur, il va chercher une logique conforme à ce système qu'il a appris. La logique du thérapeute traditionnel n'est pas de cet ordre.

C'est ainsi que les recherches actuelles, visant la récupération des connaissances traditionnelles en matière médicale, portent essentiellement sur l'aspect phytothérapeutique (1). La phytothérapie n'est qu'un aspect de la pratique du gué-

risseur mais c'est le seul aspect accessible au chercheur puisque observable, quantifiable, le seul qui entre dans ses cadres de pensée.

Alors, dans le souci de ne pas laisser mourir, avec le guérisseur la connaissance africaine, que faire ? Quelle compréhension ou collaboration le médecin et le guérisseur peuvent-ils avoir l'un avec l'autre ?

Le guérisseur demande à être reconnu, il demande à être intégré dans la pratique médicale officielle, voire à exercer sa pratique au sein de l'hôpital. Est-ce une solution ?

Il y a un double écueil :

- le rejet par le personnel médical occidental qui se voit mis en question sur le lieu même de sa pratique, sans compter le rejet par les malades eux-mêmes ;

- l'influence de l'hôpital sur la pratique du guérisseur.

Deux exemples vont nous permettre d'illustrer ces difficultés.

le guérisseur à l'hôpital

Il s'agit de deux tentatives d'intégration de guérisseurs au Centre Hospitalier de Fann, Service de Psychiatrie (2).

MAMADOU

Mamadou F. a 30 ans ; il est Toucouleur, originaire de la région de Matam. Il est guérisseur ; il soigne les attaques de sorcier, de « seytané », de « djinné », les femmes stériles, la lèpre. Il utilise les plantes et les versets traditionnels.

(1) II^e Colloque C.A.M.E.S. « Médecine traditionnelle et pharmacopée africaine », Niamey, 7-10 juin 1976.

(2) Ces observations sont extraites d'un article à paraître : L'intégration du guérisseur dans l'hôpital (deux expériences) - G. Zeldine, R. Auguin, A. Ahyi, A. Saibou et G. Tourame.

Mamadou a hérité de la connaissance familiale. Son arrière-grand-père, son grand-père, son père étaient guérisseurs. Son père est toujours actif et soigne dans son village. Sa famille est une famille de guérisseurs très connue dans l'arrondissement de Matam. Mamadou a passé son enfance auprès de son père. Il a vécu dans la concession familiale où séjournaient les malades. Avec son père, il a été initié à la connaissance et a commencé à soigner sous la tutelle de celui-ci.

En août 1973, Mamadou se présente à l'hôpital. Un parent médecin lui a conseillé de venir se présenter aux psychiatres de Fann qui tentent une collaboration avec les thérapeutes traditionnels. Il demande un emploi. Mais il n'est pas prévu de poste budgétaire pour les guérisseurs. Mamadou demande alors à rester dans un service pour être mis à l'épreuve.

Il s'installe donc à l'hôpital. Il n'est pas rémunéré et, très vite, il partage son temps entre le service et une consultation personnelle en ville. Cependant, il est très régulier et chaque malade est vu à son entrée, à la fois par le médecin et par le guérisseur. Il est alors décidé en commun du type de soins que recevra le malade (traditionnel ou occidental).

On se heurte à une première difficulté : en 9 mois, seuls 5 malades accepteront officiellement de ne recevoir que des soins traditionnels. Les autres les refuseront, préférant les soins occidentaux ; mais ils s'adresseront clandestinement à Mamadou pour qu'il les traite parallèlement. La reconnaissance officielle était refusée au guérisseur, cependant ses soins étaient requis, même à l'hôpital, mais de façon clandestine. Comme si, pour le malade, la médecine traditionnelle devait rester dans l'ombre (1). Pendant les 9 mois de son séjour dans le service, Mamadou va soigner 5 malades officiellement et pratiquement tout le service officiellement.

Durant cette période, il sera toujours présent, participant à toutes les activités du groupe, s'intégrant parfaitement à l'équipe. Chacun le prend en amitié. Cependant, le personnel infirmier souhaite le voir quitter l'hôpital. Ce n'est pas la place d'un guérisseur d'une part, il a des difficultés matérielles d'autre part.

Cette attitude des infirmiers nous semble renvoyer à une triple motivation :

- d'une part la médecine traditionnelle doit rester la « médecine de la nuit » ; le guérisseur ne peut exercer au grand jour (tous les infirmiers consultent aussi le guérisseur avant le médecin) ;
- d'autre part, il y a une remise en question personnelle dans le choix de la technique occidentale ;
- enfin, la peur de se voir supplantés dans leur travail par celui dont on connaît la puissance.

Pendant cette expérience, nous n'avons pas cherché à nous approprier la connaissance de Mamadou :

- nous n'avons pas fait analyser ses plantes ;
- nous ne lui avons pas demandé de nous livrer la teneur de ses incantations.

Nous avons simplement voulu lui permettre de soigner au sein de l'hôpital. Nous avons tenté une collaboration orientée sur une confrontation de deux conceptions de la maladie, deux systèmes culturels différents, et non sur deux techniques.

Avant son départ, Mamadou nous a fait part de certaines de ses réflexions. Le contact avec l'hôpital et la médecine occidentale lui avait appris que peut-être la seule puissance de la médecine traditionnelle résidait dans les plantes. Il se demandait si les incantations qu'il prononçait étaient bien utiles et se proposait d'utiliser les plantes seules.

Il se demandait si le système familial d'hospitalisation (malades hébergés dans la concession familiale, au village) était valable et souhaitait, comme le médecin, instituer un lieu spécial de soins.

Cette attitude signifie que Mamadou a opéré la rupture entre l'esprit et le corps ; la rupture entre la maladie et le malade, c'est-à-dire la rupture entre le malade et le groupe, entre le malade et le cosmos.

En 9 mois de contact avec la médecine occidentale (qui symbolise pour lui la réussite économique et sociale d'aujourd'hui), Mamadou a rejeté la connaissance africaine qui veut que la maladie ne soit pas maladie du corps mais maladie d'un être, maladie d'un groupe, maladie d'une société, maladie d'une cosmogonie. Il a oublié que la maladie est rupture et que la thérapeutique ne peut être que réintégration ; réintégration dans l'être propre ; réintégration dans le groupe ; réintégration dans la société ; réintégration dans la cosmogonie.

Mamadou n'est pas resté dans son village. Après quelques mois de séjour dans sa région, il est revenu à Dakar. Son père s'est opposé à toute modification des soins car, disait-il : « C'est ainsi que cela doit être. » Il a alors décidé de venir « travailler » à Dakar (« Faire son métier », dit-il). Pour lui, la fonction de guérisseur, la fonction de médiateur, est devenue un métier rentable (ou à rentabiliser). La rentabilité c'est la ville, c'est l'Occident et ses prouesses techniques, c'est l'Africain occidentalisé, c'est aussi le médecin fonctionnaire et salarié.

Devant tout cela, la connaissance qui liait Mamadou aux autres et au cosmos s'est estompée devant un savoir. Son père soignait et guérissait parce que « cela doit être ainsi ». Lui veut analyser, disséquer son pouvoir.

Est-il encore guérisseur, au sens de guérir et non pas simplement soigner ? N'est-il pas devenu comme le médecin (selon la perception des malades et des guérisseurs) celui qui soigne, calme rapidement mais ne guérit pas, et dont l'action doit être complétée par celle du guérisseur ?

Le cas de Mamadou pose deux problèmes :

- Si les malades demandent l'association des deux thérapeutiques, ils ne souhaitent pas la mise à jour

(1) Les guérisseurs ont coutume de désigner leur médecine par le terme « médecine de la nuit » par opposition à la « médecine du jour » occidentale.

de la thérapeutique traditionnelle. Quelle serait alors, au niveau des malades, la conséquence de la reconnaissance officielle et d'une intégration budgétaire des guérisseurs dans l'hôpital ?

- Si le guérisseur, par son contact avec la médecine occidentale, se trouve absorbé et réduit à l'état de phytothérapeute, l'intégration du guérisseur dans un organisme officiel semble être le plus sûr moyen pour assurer la perte de ces richesses que l'Afrique d'aujourd'hui cherche à conserver.

Nous n'avons présenté ici qu'un seul cas. Il n'est donc pas question de tirer des conclusions ; il ne peut s'agir que de réfléchir à partir d'une expérience et de poser quelques questions.

On peut se demander si Mamadou n'était pas particulièrement vulnérable ; si son désir d'être intégré ne l'a pas conduit à accepter trop vite l'exemple de l'Occident.

Un autre cas nous semble intéressant à évoquer ici parce qu'il montre les réactions d'un service hospitalier à l'attitude d'un guérisseur qui, lui, n'a pas voulu se soumettre, et s'est affirmé en tant que thérapeute traditionnel.

IBRAHIMA

Ibrahima B. a 54 ans. Il est Peul, de la région de Podor. Il est guérisseur, il soigne la sorcellerie, les attaques de « djinné », de « seytané », le « maraboutage ». Il utilise les plantes et les versets traditionnels. Ibrahima parle très bien le français.

Il a hérité de la connaissance familiale. C'est par sa grand-mère que la connaissance s'est introduite dans la famille, à la suite d'une maladie initiatique. Il a été initié dans sa famille, mais il est allé parfaire sa connaissance au Mali, auprès d'un féticheur bambara. Ibrahima n'a pas exercé tout de suite, il était trop jeune. Il n'a commencé à exercer qu'en 1945, après avoir fait la guerre en France.

Ibrahima circule dans tout le Sénégal, mais vient régulièrement dans le service depuis de nombreuses années. Il rend visite, soigne quelques malades, et entretient des contacts réguliers avec le personnel du service.

Il ne se déplace pas sans ses « talibé » (élèves) ; il est très souvent en tenue d'apparat. Ses « talibé » portent sa sacoche. Enfin, Ibrahima ne se sépare jamais de son registre où il inscrit tous les malades qu'il a soignés.

Durant l'année 1973, Ibrahima fréquente régulièrement l'hôpital, en particulier le service des femmes. Il vient pratiquement tous les jours et a entrepris de traiter les malades sans accord préalable (le médecin, conscient de cet état de chose, laisse faire). Il est connu de tous et semble accepté par tous.

Deux incidents se produisent alors :

● Premier incident : janvier 1973 :

Au cours d'un « pinth » (réunion à l'image des palabres traditionnels), Ibrahima décide de traiter sur le champ une malade très anxieuse. Il n'a demandé l'accord de personne : ni de la famille, ni du médecin, ni de l'assistance.

La famille s'oppose, suivie par le groupe qui se prononce contre cette pratique en public sans l'accord des intéressés.

● Deuxième incident : mars 1973 :

C'est le jour du « pinth » dans le service (le pinth a lieu une fois par semaine). Le groupe se centre sur une nouvelle malade, très opposante. Ibrahima examine les mains de la malade. Le diagnostic tombe dans le silence : la malade est attaquée par les sorciers. Il y a des sorciers partout, même ici. On peut les reconnaître à ce que la longueur de leur petit doigt atteint la ligne de la première phalange de l'annulaire.

Chacun regarde ses mains. Soudain, K., malade hospitalisée pour une psychose puerpérale, se met à hurler, à trembler et cherche à se sauver. Elle a vu une sorcière et désigne une autre malade.

Le pinth se termine dans un désarroi total. Chacun s'isole. Les conversations sont rares et peu animées. Chacun se méfie de chacun. Ibrahima a dévoilé ce qui ne doit pas l'être.

Devant le malaise du service, le médecin décide d'intervenir : le problème de la présence d'Ibrahima dans le service est abordé au cours du pinth suivant. Le guérisseur est littéralement vomi par les malades, les accompagnants, les soignants. Il lui est reproché de ne pas avoir respecté le secret dont il est détenteur. L'accent est mis sur la séparation de deux savoirs qui ne doivent pas se retrouver dans un même lieu.

Les infirmières évoquent le caractère intolérable de l'étalage fait par le guérisseur de sa puissance dans un lieu qui est le leur, celui de leur choix (partiel) pour la médecine officielle.

Cette observation fait apparaître un guérisseur plus âgé, peut-être mieux armé contre l'influence de l'Occident. Son empressément à soigner publiquement souligne, cependant, son désir de démontrer, la nécessité d'être reconnu.

Son affirmation provoque le rejet :

- de la part des malades qui ne le reconnaissent plus en ce qu'il dévoile publiquement ce qui doit rester secret ;

- de la part des soignants qui ne supportent pas l'image dévoilée de sa puissance.

Bien qu'adoptant une attitude radicalement opposée à celle de Mamadou, pas plus que lui Ibrahima n'a réussi son intégration dans le service.

Ces deux guérisseurs se sont heurtés au même interdit : l'obscurité. La « médecine de la nuit » n'a pu être dévoilée. Dans le premier cas, elle n'a pu l'être qu'amputée de l'essentiel, dans le deuxième cas, sa révélation a provoqué l'exclusion.

conclusion

La récupération du savoir du guérisseur apparaît comme vouée à l'échec.

- Le guérisseur, placé dans une position d'infériorité, se défend pour sa survie.

- La médecine traditionnelle ne supporte pas d'être dévoilée et ne se confond pas avec un savoir transmissible à l'image de la science occidentale.

- Le médecin scientifique ne peut entendre le discours du guérisseur qu'il veut aborder méthodiquement et faire entrer dans ses cadres de pensée. Armé de sa méthode, il passe à côté de l'essentiel et ne transmet que ce qu'il a cherché, c'est-à-dire sa propre pensée.

Deux orientations apparaissent cependant comme possibles :

- La reconnaissance des guérisseurs dans leurs villages. Au Sénégal, sont formés actuellement des infirmiers hygiénistes capables de donner les premiers soins, et de contacter le centre de soins le plus proche. Ces infirmiers ne pourraient-ils être choisis parmi les guérisseurs ? Ceux-ci se trouveraient alors reconnus et maintenus dans leur village d'origine et dans leur pratique. Une collaboration pourrait s'instaurer dans un partage des responsabilités.

Il ne s'agirait pas alors pour le médecin scientifique de s'approprier

une connaissance, mais de permettre à une action de s'exercer dans les meilleures conditions, lui permettre de trouver elle-même son adaptation dans une société nouvelle.

- A un niveau plus pratique et moins profond, le médecin peut, en reconnaissant le désir des malades et l'efficacité des guérisseurs clandestins, permettre le développement au sein de ses propres institu-

tions des techniques inspirées de la thérapeutique traditionnelle.

C'est ce qui a été fait à Dakar où l'observation des guérisseurs dans leur praxis, l'impulsion des malades ont permis l'apparition de nouvelles structures : le pinth, les accompagnants, les visites dans les familles, enfin la mise en place de villages thérapeutiques.

R. AUGUIN

bibliographie

BLOCHET-AUGUIN R. – **Le temps et la thérapeutique (essai sur quelques guérisseurs au Sénégal)**. Thèse de 3^e cycle en Psychologie, Paris, 1975, 289 p.

BOUSSAT M. – **La récupération du savoir du guérisseur**. II^e Colloque C.A.M.E.S. « Médecine traditionnelle et pharmacopée africaine », Niamey, 7-10 juin 1976.

COLLOMB H. – **Rencontre de deux synthèses de soins – A propos des thérapeutiques des maladies mentales en Afrique**. Social Science and Medicine, 1973, 7, p. 623-633.

COLLOMB H. – **Les villages psychiatriques dans les pays en voie de développement**. 6^e Congresso Venezolano de Psiquiatria, Merida (Venezuela), 18-23 nov. 1975.

COLLOMB H. – **Les niveaux d'intervention du guérisseur**. II^e Colloque C.A.M.E.S. « Médecine traditionnelle et pharmacopée africaine », Niamey, 7-10 juin 1976.

DIA A. – **Une communauté thérapeutique : le pinth de Fann**. Mémoire pour le Certificat d'Études Spéciales de Psychiatrie, Dakar, 1973, 127 p.

DIOP B. et DORES M. – **L'admission d'un accompagnant du malade à l'hôpital psychiatrique**. III^e Congrès Pan-Africain de Psychiatrie, Khartoum 20-25 nov. 1972.

TOURAME G. – **Une communauté thérapeutique : la vie d'un service de femmes**. Mémoire pour le Certificat d'Études Spéciales de Psychiatrie, Dakar, 1973, 80 p.

ZEMPLINI A. – **L'interprétation et la thérapie traditionnelle du désordre mental chez les Wolof et les Lébou (Sénégal)**. Thèse de 3^e cycle en Psychologie, Paris, 1968, 543 p.

