

Résumé

Cette étude en anthropologie médicale traite du domaine de la santé dans le contexte mossi de la zone de Ouahigouya, Province du Yatenga, dans le nord du Burkina Faso.

Dans cette région comme dans bon nombre de pays africains, se côtoient plusieurs traditions thérapeutiques, dont les deux principales sont dites « traditionnelle » et « moderne » – notions que je déconstruis dans le cadre théorique, leur préférant les termes de *thérapeutiques locales* et de *biomédecine*. Toute réflexion sur le thème de la santé s'inscrit alors dans un contexte de pluralisme médical dans lequel interagissent de nombreux acteurs : les malades et leurs proches, les soignants, les organismes privés, et les institutions étatiques. C'est la manière dont ces divers acteurs mobilisent et se représentent les thérapeutiques locales et la biomédecine qui font l'objet de ce mémoire.

Dans les premiers chapitres principalement théoriques, je présente le contexte et les motivations qui sous-tendent cette recherche et formule la problématique, avant de proposer une réflexion sur les concepts employés : *pluralisme médical*, *médecine moderne*, *médecine traditionnelle*, *médecine*, *maladie* et *santé*. Une attention particulière est accordée aux thérapeutiques locales. Une fois le cadre théorique posé, je décris les méthodes utilisées et les biais et difficultés rencontrés lors de leur application sur le terrain. Vient ensuite un bref historique du système de soins au Burkina Faso mettant l'accent sur le rapport qu'ont entretenu jusqu'à ce jour les deux traditions thérapeutiques considérées, et sur l'évolution des politiques visant à réglementer ce lien. Le Ministère de la Santé burkinabé a ratifié un certain nombre de conventions internationales et régionales concernant la « médecine traditionnelle », et élabore depuis plusieurs décennies une réglementation et des mesures ayant pour objectif la *reconnaissance* de la « médecine traditionnelle » et sa *collaboration* avec le système biomédical. Finalement, je décris brièvement les différentes ressources actuellement disponibles dans l'aire sanitaire de Ouahigouya.

Les chapitres suivants traitent de manière spécifique des pratiques et représentations. Dans un premier temps sont abordées celles des utilisateurs du « système de santé pluriel », ou en d'autres mots, des malades et de leurs proches. Après certaines considérations d'ordre général, l'étude des itinéraires thérapeutiques permet de dégager les différentes stratégies

adoptées par les malades dans leur quête de guérison. Celles-ci impliquent des soins en automédication et des recours à des soignants spécialisés. Dans les deux cas, leur choix peut s'orienter vers les thérapeutiques locales et/ou vers la biomédecine. Les facteurs influençant les processus de décision en cas d'épisode morbide sont nombreux. Les motifs majeurs renvoient à des variables sociologiques et certaines caractéristiques du malade et de son entourage, ainsi qu'à la perception que ceux-ci ont de la maladie et de sa gravité d'une part, des différents traitements disponibles et de leur efficacité d'autre part. Dans un deuxième temps, la parole est donnée aux soignants locaux et biomédicaux. Je considère leurs représentations mutuelles, par l'analyse et la confrontation d'une part des discours des uns et des autres, et d'autre part, de leurs discours et de leurs pratiques. Il est ensuite question de leur appréciation des démarches étatiques en vue du travail commun impliquant les thérapeutes locaux et les soignants et institutions biomédicales. L'exemple de l'instauration d'un système de référence réciproque permet d'illustrer les enjeux et les différentes prises de position des thérapeutes locaux et du personnel biomédical.

Enfin, je reprends en conclusion les points centraux de la recherche et propose certaines pistes de réflexion concernant les points forts et les faiblesses des mesures de reconnaissance et de collaboration.

Remerciements

Je tiens à remercier tous ceux qui, à Ouahigouya, m'ont guidée et ouvert des portes que je n'aurais pu ouvrir seule, et, en Suisse, en France ou au Burkina, famille et amis qui m'ont soutenue du début à la fin. « *Mi neba sōme mi tenga* ». Comme cet adage mossi le dit si bien, « connaître des gens vaut mieux que connaître une ville ».

Merci infiniment...

A Noraogo à Gurga et Mahamoudou à Ouahigouya pour l'accueil que vous m'avez réservé et votre enseignement si personnel

A Karim pour tes idées

A Tiiga, Omar, Fati, Cissé, Dakarou et toutes les personnes qui ont accepté de me donner un peu de leur temps et de leur vie pour que je puisse écrire ce mémoire

A Sayouba pour ton aide constante et pour être redevenu celui que je connaissais

A Alimata et Razak pour votre présence quotidienne et toute l'énergie reçue

A Amadou pour ta collaboration et ta prose

A Pierrick pour nos journées partagées ici et ailleurs et tes commentaires au prix de notre amitié !

A Jean-Pierre Jacob et Rachel Medah, à Bertrand Graz et Jacques Falquet, à Iris et à Steph pour vos précieux conseils

A Philippe Geslin pour votre enthousiasme

A Joan Muela pour ta disponibilité

A Barbara pour supporter mes hauts et mes bas

A mes parents toujours présents au-delà des distances et à ma sœur qui m'a tant manqué

A toi, Augustin, pour tout. *Maam pa tōe gomye. Fo ra kō maam panga ne vuiima daar faa. Barka wusgo. Maam nonga fo.*

A Zourata pour ton rire, à Saoudata, Tinga, Rachid et ceux à venir, à Assane Sana, à Mandi, à Alfred, à Maryvonne, Valério et Eric, à Adama, à Jeanne, et à tous les autres

Merci à vous tous. Je ne pourrai jamais vous le dire assez.

Table des matières

Résumé	1
Remerciements	3
Liste des abréviations	7
PREMIÈRE PARTIE :	9
PRÉSENTATION DE LA RECHERCHE, CADRE THÉORIQUE ET CONTEXTE	9
1. Introduction et choix de l'objet d'étude	9
2. Problématique.....	13
3. Ouahigouya	15
4. Cadre théorique	18
4.1 Pluralisme médical	18
4.2 « Médecine moderne » ou « biomédecine »	21
4.3 « Médecine traditionnelle »	22
4.3.1 La notion de <i>tiim</i>	26
4.3.2 La notion de « tradipraticien de santé »	29
4.4 Médecine	32
4.5 Maladie.....	33
4.6 Santé	38
5. Méthodologie	39
5.1 Recherche documentaire	39
5.2 Enquête de terrain.....	39
5.2.1 Méthodes utilisées	40
5.2.2 Difficultés rencontrées	46
6. Situation sanitaire et système de soins au Burkina Faso.....	51
6.1 Historique du pluralisme médical et des politiques liées à la « médecine traditionnelle »	51
6.1.1 Époque précoloniale	51
6.1.2 Époque coloniale	52
6.1.3 Après l'indépendance.....	55
6.1.4 De la Conférence d'Alma Ata de 1978 à nos jours	57
6.1.5 Conclusion	62
6.2 Les ressources de l'aire sanitaire de Ouahigouya	64
6.2.1 Offre biomédicale.....	64
6.2.2 Offre thérapeutique locale	68
6.2.3 Conclusion	70
DEUXIÈME PARTIE :	72
DISCOURS ET PRATIQUES DES DIFFÉRENTS ACTEURS.....	72
7. Les utilisateurs du « système de santé pluriel »	72
7.1 Introduction.....	72
7.2 Les personnes interrogées	73

7.3	Les maladies prédominantes.....	74
7.4	Itinéraires thérapeutiques.....	76
7.4.1	La notion d' « itinéraire thérapeutique » : aspects théoriques.....	76
7.4.2	Analyse des itinéraires.....	78
7.4.3	Conclusion.....	95
7.5	Motivations et facteurs de choix.....	96
7.5.1	Variables sociologiques, caractéristiques du malade et de son entourage.....	96
7.5.2	Perception de la maladie par le malade et son entourage.....	98
7.5.3	Perception des deux médecines par le malade et son entourage.....	108
7.6	Conclusion.....	121
8.	<i>Thérapeutes locaux et personnel biomédical : leur perception mutuelle.....</i>	<i>124</i>
8.1	Perception de la biomédecine et de leur propre pratique par les thérapeutes mossi.....	124
8.2	Perception de la « médecine traditionnelle » par l'ensemble des acteurs.....	131
8.2.1	L'authenticité des thérapeutes locaux : un enjeu unanimement souligné.....	131
8.3	Perception de la « médecine traditionnelle » par le personnel biomédical.....	139
8.3.1	La pharmacopée confrontée à la « Science ».....	139
8.3.2	Les pratiques « mystiques » face à la « science » : entre rejet et reconnaissance.....	148
8.4	Conclusion.....	157
9.	<i>Perception de la revalorisation de la « médecine traditionnelle » et de la collaboration entre les deux médecines.....</i>	<i>159</i>
9.1	Le point de vue des médias.....	159
9.2	Le point de vue des différents acteurs.....	160
9.2.1	Thérapeutes locaux et <i>tradipraticiens de santé</i>	162
9.2.2	Le personnel biomédical.....	169
9.3	Conclusion.....	177
10.	<i>Conclusion.....</i>	<i>179</i>
	<i>Bibliographie.....</i>	<i>187</i>
	<i>Annexes.....</i>	<i>195</i>
	Annexe 1 : Glossaire.....	195
	Annexe 2 : Cartes.....	197
	Annexe 3 : Photos.....	199
	Annexe 5 : Décret.....	205
	Annexe 6 : Fiche de renseignement sur le tradipraticien de santé.....	208

Liste des abréviations

AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
AMMIE	Association Appui Moral Matériel et Intellectuel à l'Enfant
ARV	Antirétroviral
BEPC	Brevet d'études du premier cycle du second degré
CAMEG	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques
CHR	Centre Hospitalier Régional
CSPS	Centre de Santé et de Promotion Sociale
DGPML	Direction Générale de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires
DMPT	Direction de la promotion de la Médecine et de la Pharmacopée Traditionnelles
DRD	Dépôt Répartiteur de District
DRS	Direction Régionale de la Santé
ENSP	Ecole Nationale de Santé Publique
GERES	Groupe Energies Renouvelables, Environnement et Solidarités
IRA	Infection Respiratoire Aiguë
IST	Infection Sexuellement Transmissible
MTA	Médicaments Traditionnels Améliorés
OHG	Ouahigouya
OMS / WHO	Organisation Mondiale de la Santé / World Health Organization
ONG	Organisation Non Gouvernementale
TPS	Tradipraticien de Santé
VIH/ SIDA	Virus de l'Immunodéficience Humaine/ Syndrome de l'Immunodéficience Humaine

PREMIÈRE PARTIE :

PRÉSENTATION DE LA RECHERCHE, CADRE THÉORIQUE ET CONTEXTE

1. Introduction et choix de l'objet d'étude

Une première idée au sujet de ce mémoire fut de poursuivre une réflexion entretenue tout au long de mes études autour du thème du « développement », des ONG et autres associations locales ou internationales, de tout ce monde de la coopération et du développement, ou de la coopération *au* développement, et de tout ce que celle-ci implique, quel que soit le terme employé. Dans cette idée, j'ai décidé de me rendre à Ouahigouya, dans le nord du Burkina Faso, pour y faire une enquête de terrain touchant à ce thème. Le Burkina Faso¹ est un pays d'Afrique de l'Ouest, partageant ses frontières à l'Ouest et au Nord avec le Mali, au Nord-Est avec le Niger, et au Sud avec la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Togo et le Bénin. C'est un pays enclavé ne disposant pas d'accès à la mer². La Province du Yatenga ayant pour chef-lieu Ouahigouya fait partie de la Région Nord qui regroupe quatre provinces³.

Je m'y étais déjà rendue à deux occasions et avais pu constater que les associations y « poussent comme des champignons ». Une fois sur place, les discussions et rencontres au hasard des journées m'ont révélé à quel point le thème de la santé est central. Il l'est partout, bien sûr, mais d'autant plus dans ce pays et cette région où les affections sont nombreuses et où le système de santé officiel manque cruellement de moyens – entre autres – et ne peut remédier de manière satisfaisante aux problèmes de santé des populations. La situation sanitaire dans la Commune de Ouahigouya comme dans le contexte plus large du Burkina Faso et des pays sahéliens, est inquiétante. Les taux de morbidité et de mortalité sont élevés,

¹ Burkina Faso signifie « Pays des Hommes Intègres », nom donné par Thomas Sankara lors de sa présence à la tête du pays de 1983 à 1987, en remplacement de l'appellation de Haute-Volta datant de l'époque coloniale. C'est un des pays ouest-africains les plus densément peuplés : 13,6 millions d'habitants en 2007 pour une superficie de 274'000 km² (<http://www.ontb.bf/burkina/demographie.htm>, [consulté juin 2009]).

² Voir carte 1 annexe 1. Le commerce extérieur se fait donc avec les pays voisins, et par l'intermédiaire de la Côte d'Ivoire pour le commerce vers l'Europe.

³ Voir carte 2 annexe 1.

en grande partie à cause des maladies infectieuses et parasitaires. En 2004, le taux brut de mortalité générale est de 14,8 pour mille, et l'espérance de vie à la naissance est de 52 ans⁴. « Insuffisance quantitative et qualitative de la couverture sanitaire ; persistance des épidémies endémiques aggravées par l'apparition du SIDA (...) ; persistance de la sous-alimentation, de la malnutrition protéino-énergétique et des autres carences nutritionnelles (...) ; insuffisant développement des activités de prévention en faveur des populations ; insalubrité de l'environnement, insuffisance des mesures d'assainissement de base et de fourniture d'eau potable ; faiblesse des ressources financières : les dépenses de santé représentent 6 à 7% du budget national ; faiblesse des facteurs socio-éducatifs » (Traoré & Sondo, 1997, cités par Yoda, 2005, pp.54-55), contribuent à entretenir cette situation. A cela s'ajoutent des conditions climatiques difficiles et l'insécurité alimentaire. À l'arrivée sur le terrain, on constate rapidement que les populations, tant villageoises que citadines, et en particulier les enfants, sont sujettes à toutes sortes d'affections et sont régulièrement confrontées à la maladie. Cette situation critique perdure « malgré l'effort consenti auprès des populations pour la construction de nouvelles infrastructures sanitaires⁵ ». Même si « la couverture générale du pays en infrastructures sanitaires a connu une amélioration ces dernières années », « il persiste toujours des disparités régionales » et « l'utilisation des formations sanitaires n'est pas encore optimale »⁶. Les obstacles rencontrés par les structures biomédicales officielles sont nombreux, et pas uniquement d'ordre matériel⁷. L'offre biomédicale en services de santé est souvent inaccessible, en raison du manque de moyens financiers et de la distance géographique, mais aussi pour des raisons sociales, culturelles et en grande partie politiques. On observe une sous-fréquentation des établissements de santé publique. « Alors que le réseau sanitaire se densifie, le nombre de patients dans les établissements publics diminue » (Meunier, 2000, p.16). Il semble que les malades n'aient recours à l'hôpital qu'en dernier lieu, d'où l'état d'avancement critique de la maladie lorsqu'ils s'y rendent. Certains membres du personnel de santé s'interrogent sur les raisons de ces comportements. Ils attribuent souvent les taux élevés de morbidité et de mortalité aux conditions socio-économiques et aux « mentalités » des populations, comme au fait que les malades aient

⁴ Document cadre de politique nationale en matière de médecine et pharmacopée traditionnelle, 2004, p.8. Pour comparaison, en Suisse, le taux brut de mortalité est en 2008 de 8.54‰ (13.59‰ pour le Burkina) (<http://www.populationdata.net/index2.php?option=monde> [consulté mai 2009]), et l'espérance de vie en 2006 de 82 ans (47 pour le Burkina) (OMS). Un autre indicateur utile, l'espérance de vie saine, est de 36 ans pour le Burkina Faso et de 73 pour la Suisse (OMS, <http://apps.who.int/whosis/data/Search.jsp> [consulté mai 2009]).

⁵ Monographie de la Province du Yatenga, 1997.

⁶ Document cadre de politique nationale en matière de médecine et pharmacopée traditionnelle, 2004, p.10.

⁷ Voir à ce sujet les deux études du *Laboratoire Citoyennetés* réalisées par Rachel Medah sur les villes de Reo et Boromo, au Burkina Faso.

prioritairement recours aux consultations du « guérisseur » ou du marabout et non aux consultations médicales des formations sanitaires. Effectivement, nous verrons que les malades s'orientent souvent vers l'automédication (qu'elle soit locale ou biomédicale) et la « médecine traditionnelle ».

Dans ce contexte sanitaire délicat, la question de la santé est au cœur des préoccupations quotidiennes de tout un chacun. Il ne se passe pas un jour sans que des questions liées à la santé soient évoquées, entre amis ou connaissances, décrivant les problèmes rencontrés, et parfois les solutions conseillées ou appliquées. La récurrence des récits impliquant des soins phytothérapeutiques ou d'autres pratiques locales a attiré mon attention, démontrant à quel point ces thérapeutiques sont partie intégrante du quotidien de ces personnes. Les discussions quotidiennes m'ont donc incitée à réorienter ma recherche sur ce domaine plus spécifique. Mais, bien que constituant un intérêt central, les pratiques et représentations « traditionnelles » n'étaient pas le noyau unique sur lequel je souhaitais articuler ma réflexion. Je voulais comprendre en quoi cette « médecine » parmi d'autres possibilités de soins, contribue à apporter des solutions en matière de santé pour ces gens que je côtoyais et l'ensemble de la population. C'est alors qu'il m'a semblé pertinent de travailler sur les liens qu'entretiennent les différentes « médecines », directement ou indirectement, volontairement ou non, dans le quotidien des patients et des soignants, tous concernés de près comme de loin par la santé et la maladie. Les deux principales traditions thérapeutiques en présence sont la biomédecine et les thérapeutiques locales dites « traditionnelles ».

C'est donc afin de mieux comprendre la complexité de cette situation de pluralisme médical que j'ai décidé de me pencher sur le lien existant entre la biomédecine et les pratiques thérapeutiques locales. Le contexte semblait s'y prêter on ne peut mieux. En effet, des efforts sont faits par le gouvernement burkinabé en vue de la « revalorisation » et de la « reconnaissance » de la « Médecine Traditionnelle », ainsi que d'une « collaboration » entre cette dernière et la biomédecine officielle. Dans un tel contexte, il est d'autant plus intéressant de se pencher sur la question, une telle étude pouvant intéresser certains acteurs impliqués dans le domaine de la santé au Burkina Faso et mener à des possibilités d'application.

D'autant plus qu'à ma connaissance et comme l'a souligné lors d'une entrevue personnelle Rachel Medah, chercheuse à l'IRD (Institut de Recherche pour le Développement) à Ouagadougou, il semble que peu d'études (OUEDRAOGO T.L. *et alii*, 2003) se soient penchées sur la question du lien entre biomédecine et thérapeutique locale en milieu mossi, en

particulier dans la Région Nord et le District sanitaire de Ouahigouya. Les études sur les pratiques thérapeutiques locales semblent s'être concentrées dans le Sud-Ouest du pays, zone climatiquement plus favorable à la flore et où poussent un grand nombre d'espèces médicinales. De même, c'est dans cette même région que se concentrent la plupart des démarches visant l'application des politiques de « collaboration », et où le lien entre les différentes traditions thérapeutiques semble le plus développé et le mieux connu. Une étude sur le phénomène dans le Nord du pays peut donc constituer une base utile en vue d'investigations futures ouvrant des perspectives comparatistes sur la question sanitaire dans les diverses régions du Burkina Faso.

Enfin, une certaine connaissance du terrain⁸ et un intérêt personnel pour la question des médecines qualifiées de « complémentaires », « alternatives », « naturelles », ou enfin « traditionnelles », et sur les dynamiques qu'elles entretiennent avec le système biomédical officiel, viennent s'ajouter aux motivations à entreprendre une telle recherche.

⁸ Les deux séjours antérieurs de plusieurs mois m'avaient donné une certaine connaissance du lieu, de la langue, et du quotidien ouahigouyalais, ainsi que de nombreux contacts sur place.

2. *Problématique*

Ce mémoire traite des pratiques et représentations en matière de santé dans le contexte de pluralisme médical de la ville de Ouahigouya, province du Yatenga, région Nord, Burkina Faso. Je mets en évidence la nature du rapport entre « médecine traditionnelle » et « médecine moderne », ou, en d'autres termes, entre les thérapeutiques locales et la biomédecine, par l'intermédiaire de l'analyse des pratiques et représentations des malades et de leur entourage d'une part et, d'autre part, des spécialistes que sont les thérapeutes locaux et les agents de la biomédecine. Dans le cadre de mon terrain, la « médecine traditionnelle » considérée est celle du groupe Mossi majoritaire au Yatenga, que je nommerai thérapeutique moaga⁹.

Au Burkina Faso comme dans la plupart des pays du monde – pour ne pas dire tous – nous sommes en présence d'un « système médical pluriel¹⁰ », constitué principalement de deux « systèmes sanitaires », à savoir les thérapeutiques locales et la biomédecine. Aujourd'hui cette seconde « médecine », dite « occidentale » ou « moderne », est dominante au niveau officiel, mais les thérapeutiques « traditionnelles » ou « locales » restent extrêmement présentes, voire majoritaires, dans les recours thérapeutiques des populations, même urbaines. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) avance que la majorité de la population (80% environ) a recours à la « médecine traditionnelle ». Ce constat pousse l'OMS et d'autres organismes internationaux, et à leur suite certains gouvernements, à mettre en place un certain nombre de mesures politiques en matière de « médecine traditionnelle ». C'est le cas du Ministère de la Santé burkinabé, qui a élaboré des stratégies en vue de la « revalorisation » des connaissances thérapeutiques locales, ainsi que d'une collaboration avec le système de santé biomédical officiel. Or, le contenu de ces politiques mérite que l'on s'y arrête. De même, leur mise en oeuvre implique la mobilisation de nombreux acteurs dont les pratiques, les conceptions et les intérêts sont parfois fort divergents, et constituent des enjeux variés.

Afin de mieux comprendre les rapports qu'entretiennent les différentes traditions médicales en présence, et la manière dont les différents acteurs – malades, thérapeutes locaux et

⁹ *Moaga* : adjectif féminin singulier faisant référence à l' « ethnie » *mossi* ou *moose* (les deux transcriptions sont utilisées).

¹⁰ Voir à propos de cette notion le concept de pluralisme médical développé dans le cadre théorique.

personnel biomédical – perçoivent ces articulations et les utilisent, j'étudie dans un premier temps les comportements et les représentations que les malades et leurs proches ont en matière de maladie et de traitement. Je souhaite comprendre d'une part, les stratégies que les malades et leurs proches élaborent face à la maladie et aux conditions sanitaires difficiles dans lesquelles ils vivent, les discours qu'ils tiennent vis-à-vis des deux types de thérapeutique, et la manière dont les choix se font. L'étude des itinéraires thérapeutiques donne accès aux différents recours et à divers éléments intervenant dans le processus de décision. Dans un deuxième temps, j'aborde les représentations mutuelles des soignants locaux et biomédicaux, qui permettent de saisir la nature de leur propre pratique comme des relations qu'ils entretiennent. Les tensions s'exacerbent, et sont donc plus directement appréhendables, dans le contexte d'implantation du *Programme pour la Médecine Traditionnelle* du Ministère de la santé. L'analyse du discours des thérapeutes locaux et du personnel biomédical sur ces démarches politiques et organisationnelles en vue d'un travail en commun, apporte, dans un troisième temps, un éclairage sur les liens et ruptures entre les deux « médecines » et leurs représentants, ainsi que sur les enjeux existants.

J'espère donner, au vu de ces divers éléments de recherche, un aperçu de la complexité d'une telle situation de « pluralisme médical », et de la manière dont les acteurs mobilisent les différentes possibilités qui leur sont offertes.

3. Ouahigouya

Ouahigouya, la capitale du Yatenga, « cumule les fonctions de chef lieu de la province du Yatenga, de chef lieu de la région Nord et de commune urbaine » (Rabo Sama, 2005¹¹). Composée de quinze secteurs administratifs et de trente-sept villages¹², Ouahigouya compte 70'957 habitants (Rabo Sama, 2005). C'est la quatrième ville du pays après la capitale politique Ouagadougou, la capitale économique Bobo Dioulasso, et la ville de Koudougou¹³. Malgré son statut de commune urbaine, Ouahigouya abrite une majorité d'agriculteurs et/ou éleveurs. Mais les terres étant très peu fertiles, « l'agriculture dans la province du Yatenga est une agriculture de subsistance. La zone de Ouahigouya est caractérisée par un climat de type soudano-sahélien, l'année y étant divisée entre une longue saison sèche – d'octobre à mai – et une courte saison pluvieuse – de juin à septembre –, avec des pluies irrégulières et des périodes de sécheresse de durée variable¹⁴. C'est lors de la saison des pluies ou « hivernage » que sont cultivées les céréales constituant la base de l'alimentation, à savoir le gros mil ou sorgho et le petit mil, ainsi que les arachides¹⁵. En dehors de cette saison, dans la période également dite « de soudure », les cultures maraîchères¹⁶ se développent de plus en plus, permettant de fournir les aliments utiles à la population ainsi qu'un revenu pour les cultivateurs, qui compense en partie le déficit céréalier. L'élevage¹⁷, qui constitue, après l'agriculture, l'activité économique la plus pratiquée dans la région, permet également « de constituer une épargne dont on se sert pendant les périodes de soudure » (Ville de OHG, 2009). L'année 2008 a été très critique en ce qui concerne l'insécurité alimentaire et l'augmentation régulière des prix, la « vie chère » soulevant même certaines manifestations et émeutes dans plusieurs villes du pays et à plusieurs reprises. Malgré ces difficultés, la zone de Ouahigouya est grande productrice de « condiments » qu'elle exporte jusque dans les pays voisins. En effet, outre les activités agricoles et pastorales, l'artisanat et le commerce

¹¹ RABO SAMA Evelyne, 2008, *Les conséquences de la télévision sur les enfants d'âge scolaire : Cas de la ville de Ouahigouya*, mémoire pour l'obtention du diplôme de Conseiller d'Intendance Scolaire et Universitaire, Département Gestion des services socio-économiques, ENAM (Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature), Ouagadougou, 56p.

¹² Site officiel de la ville de Ouahigouya, <http://www.villedouahigouya.org/> [consulté mai 2009].

¹³ Une certaine rivalité existe entre les habitants de Ouahigouya et de Koudougou au sujet de la position de quatrième ville du pays.

¹⁴ Des difficultés supplémentaires – invasion des cantharides, criquets pèlerins et chenilles en saison pluvieuse – s'ajoutent à l'insuffisance de la pluviométrie et à l'infertilité des sols.

¹⁵ Voir photos 1 à 3, annexe 3.

¹⁶ Voir photo 4 et 5, annexe 3.

¹⁷ Le bétail et la volaille sont élevés même en ville et dans les cours, principalement dans les vieux quartiers.

constituent des activités importantes pour les habitants de Ouahigouya. L'artisanat¹⁸ est « le second pourvoyeur d'emplois après l'agriculture et l'élevage », constituant « une activité complémentaire pour le monde rural » et « un potentiel touristique et économique important » (Ville de OHG, 2009). En revanche, la production industrielle est très faible, se limitant à « quelques unités de laiterie, de transformation d'aliment pour bétail, de moulins à grain, de savonnerie, et de fabricants locaux de pain » (*Ibid*, 2009). Les activités commerciales sont passablement développées, la ville de Ouahigouya se trouvant sur la route bitumée qui relie Ouagadougou au Mali et constituant pour cela un pôle commercial relativement important. La Commune de Ouahigouya compte trois marchés construits : le marché central et deux marchés secondaires. Le Grand marché et le marché du *Naab Raaga* qui le côtoie constituent le centre de la ville où se concentrent la plupart des activités quotidiennes. La principale production destinée à la vente et à l'exportation est celle des cultures maraîchères, principalement des oignons et de la pomme de terre, mais également des tomates, les autres cultures (poivrons, aubergines, salades, concombre, etc.) étant principalement destinées à la consommation locale.

En dehors de la voie principale qui traverse Ouahigouya en direction de Ouagadougou, les routes ne sont pas bitumées¹⁹. Elles sont souvent coupées en saison des pluies, les transports devenant peu sûrs et parfois impossibles. Les infrastructures routières et autres sont très peu développées. Des sociétés privées proposent des autocars à destination des principales villes du pays. En dehors de ces lignes et au sein de la ville de Ouahigouya, les déplacements ne se font qu'à titre privé. Ainsi, les malades devant se rendre à l'hôpital le font par eux-mêmes, la plupart du temps à pied, en charrette à âne, en mobylette ou en vélo²⁰. De manière générale et plus encore en saison des pluies, les déplacements sont difficiles et souvent coûteux²¹. Il faut également préciser que l'hivernage suit la fin de la période sèche durant les derniers mois de laquelle la sécheresse se fait régulièrement sentir. Les récoltes de l'année précédente touchent à leur fin, et les ressources en eau s'épuisent. Les populations puisent donc dans leurs

¹⁸ Il s'agit principalement des métiers du secteur informel « de la forge et assimilés (forgeron, soudeur), du bois (menuisier, sculpteur), du cuir et des peaux (cordonnier, maroquinier), de l'artisanat d'art (batik, dessinateur), des services de réparation et de la maintenance (garagistes, mécanicien), des textiles et de l'habillement (tailleur, tisserand, teinturier), des métaux précieux (bijoutier, orfèvre), ainsi que de l'alimentation et de l'hygiène (boucher, cuisinier, doloterie » (Site officiel de la ville de Ouahigouya, *Ibid*). Le *dolo* est la bière de mil « traditionnelle ».

¹⁹ A l'exception de quelques courts tronçons en ville. Voir sur Ouahigouya les photos 6, 7 et 8, sur les voies extérieures photo 9, annexe 3.

²⁰ Les voitures sont encore rares, bien que leur nombre ait augmenté de manière significative ces dernières années.

²¹ Le carburant et les autres dépenses liées à un déplacement ne sont pas négligeables pour des populations dont les revenus sont fort limités.

réerves, parfois même dans les semences prévues pour la nouvelle saison, et les finances sont au plus bas. Or c'est justement en cette saison que la plupart des accidents, fractures, blessures ou maladies ont lieu, la grande majorité de la population travaillant au champ de manière assidue, sous une grande chaleur et parfois sans alimentation conséquente. De plus, l'hivernage est particulièrement propice aux moustiques anophèles vecteurs du paludisme, les crises étant alors extrêmement nombreuses. A cela s'ajoute le fait qu'en ville, les pluies forment des mares d'eau stagnante et insalubre. Ces quelques éléments le montrent, la question de la santé est étroitement liée aux infrastructures sanitaires et à leur accessibilité certes, mais également à d'autres infrastructures n'y étant pas a priori liées, telles que les transports, l'assainissement, l'accès à l'eau potable et à l'ensemble des conditions de vie. De ce qui précède, il semble que ce soit alors que les besoins en soins de santé se font le plus pressants que l'accessibilité des soins est la plus délicate.

4. Cadre théorique

Après cette brève introduction, il s'agit à présent de réfléchir sur les concepts utilisés dans le cadre de cette recherche. Commenant par la notion de *pluralisme médical* dont le champ est extrêmement vaste, je déconstruis ensuite les concepts de *médecine moderne* et *médecine traditionnelle* et opte pour ceux de *biomédecine* et *thérapeutique locale*. Enfin, j'aborde le concept de *maladie*, central en anthropologie médicale, et apporte quelques considérations sur la notion de *santé*.

4.1 Pluralisme médical

Les différents acteurs dont il est question dans cette étude interagissent dans un contexte de pluralisme médical. En effet, au Burkina Faso comme dans la plupart des pays du monde, l'offre médicale est multiple. J'ai choisi de considérer précisément les liens et interrelations existants entre les différentes pratiques thérapeutiques qui se côtoient et s'influencent inévitablement, de manière directe ou indirecte, volontaire ou non, dans un contexte de pluralisme médical. L'étude du « pluralisme médical » comprend plusieurs dimensions, parmi lesquelles l'analyse des pratiques respectives de chaque médecine – pour autant qu'il soit possible de les délimiter de manière satisfaisante, analyse ethnomédicale²² qui n'en constitue cependant qu'un aspect.

On parle de « pluralisme médical » lorsque coexistent, dans un même espace géographique, des représentations de la santé et de la maladie, ainsi que des manières de comprendre et de pratiquer les arts thérapeutiques, différentes (Muela, 2007, p.8). La principale critique adressée aux auteurs utilisant la notion de pluralisme est qu'ils accentuent la diversité médicale, alors que la coexistence de médecines distinctes tendrait justement à estomper ces différences et donc le pluralisme²³. C'est le cas par exemple de Tylor (1976) qui constate la dissolution progressive des traits spécifiques des médecines traditionnelles dans le processus

²² L'*ethnomédecine*, telle que définie par Joan Muela, tend à traiter les médecines (principalement les médecines dites « traditionnelles ») dans leur contexte culturel et social certes, mais pour elles-mêmes et de manière isolée, comme si leurs histoires, développements et qualités étaient indépendants des relations qu'elles entretiennent avec les autres recours thérapeutiques existant eux aussi dans le même lieu (2007).

²³ L'essentiel de la réflexion concernant ce concept est tiré de la thèse de Joan Muela, 2007.

synchrétique. En revanche, Benoist (1996), parmi d'autres, voit dans la capacité de synthèse et d'adaptation des « médecines traditionnelles » la garantie de leur pérennité. Celles-ci auraient effectivement une grande capacité à se re-crée et à se re-positionner de manière dynamique au sein de la structure des « systèmes médicaux pluriels ». Les changements que les « médecines traditionnelles » subissent, ou qu'elles choisissent, ne nuisent ainsi pas à leur « essence », et elles continuent à être considérées comme telles, tant par les spécialistes que par les patients. En revanche, il est plus judicieux de parler de syncrétisme ou de fusion au sujet des représentations populaires des médecines et de l'usage qui en est fait. Selon Joan Muela (2007), qui souligne ces différents éléments, ces deux critiques attirent l'attention sur des aspects importants qu'il convient de garder à l'esprit. Les résultats de son terrain en Tanzanie montrent qu'il existe bel et bien une pluralité des institutions et pratiques médicales, parallèlement à une tendance à l'élaboration d'une synthèse syncrétique dans les représentations des personnes, qui intègrent les différentes options en un même système. Le terrain réalisé au Burkina Faso dans le cadre de cette étude confirme également ces conclusions.

Joan Muela conceptualise le pluralisme médical en détachant deux dimensions qui le composent, à savoir la dimension politique et la dimension ethnographique. La dimension politique « comprend les opinions élaborées en termes idéologiques et/ou pragmatiques sur la manière dont les différentes médecines devraient coexister » (Muela, 2007, p.10, traduction personnelle), et définit quelles médecines doivent être présentes ou non dans un espace déterminé. Le Programme pour la Médecine Traditionnelle (PMT) de l'OMS est selon l'auteur « la proposition la plus influente et la mieux élaborée traitant de la coexistence et de l'intégration de différentes médecines » (Muela, 2007, p.10, traduction personnelle). La dimension ethnographique, quant à elle, « englobe le « système médical pluriel²⁴ », les représentations de la maladie en tant que conglomérat d'éléments de diverses provenances (*procedencia*), et l'usage des différentes médecines par la population. Il s'agit de rechercher comment des représentations, pratiques et institutions diverses coexistent *réellement* dans une aire géographique déterminée » (Muela, 2007, p.11, traduction personnelle). Les trois éléments constitutifs de la dimension ethnographique sont liés entre eux, de même qu'avec la dimension politique. Le pluralisme médical doit être compris de manière relationnelle et dynamique (Menéndez, 2005, cité dans Muela, 2007, p.11). Le premier de ces trois éléments, le « système médical pluriel » d'une société déterminée est constitué par la totalité des

²⁴ La terminologie est de Leslie (1976). Kleinman (1986) parle de « Health Care System ». Les théories de ces deux auteurs connaissent certaines nuances sur lesquelles je ne m'attarde pas ici.

« systèmes médicaux »²⁵ existants dans cette société. Il inclut les « idées, pratiques, institutions et spécialistes divers de chaque tradition médicale », mais aussi certains religieux exerçant des fonctions thérapeutiques, les vendeurs informels de médicaments divers, les devins qui déterminent le mal et ses causes, ainsi que les personnes qui conseillent ou traitent leurs proches en cas de maladie²⁶. Sa structure interne varie de société en société en fonction des « médecines »²⁷ qui le constituent, ainsi que des différences en matière « d'organisation, de capacité institutionnelle à gérer les conflits, de popularité, légitimité, statut légal, prestige social, familiarité, coûts, identités culturelles », etc (Muela, 2007, p.17, traduction personnelle). Dans le contexte africain, les médecines constituant le « système médical pluriel » sont la biomédecine, la médecine islamique²⁸, et les médecines traditionnelles²⁹ (Muela, 2007, p.8), lesquelles sont généralement désignées par leur origine ethnique, comme dans le cas de cette étude, la thérapeutique moaga³⁰. Quoi qu'il en soit, les différentes médecines composant un « health care system » entretiennent entre elles de multiples relations – dans lesquelles les relations de pouvoir jouent un grand rôle – et s'influencent mutuellement. Pour conclure sur ce premier aspect relevant de la dimension ethnographique, on peut dire qu'il s'agit de l'analyse de l'offre médicale dans une société donnée.

Le deuxième élément concerne en revanche la *demande* en soins de santé. Il s'agit d'étudier la manière dont les différentes possibilités existantes sont utilisées par les populations. On parle alors de pluralisme lorsque, dans une société, « la majorité de la population utilise potentiellement différentes formes de soins, non seulement pour divers problèmes, mais pour un même problème de santé » (Menéndez, 2005, p.35). Nous verrons que c'est bel et bien le cas au Yatenga dans le cadre de mon terrain. L'analyse de l'usage qui est fait par les populations du « système médical pluriel » comprend l'étude des conduites face à la maladie, qu'il s'agisse de prévention ou de traitement, par la mobilisation de connaissances personnelles ou par le recours à des instances spécialisées, ainsi que les facteurs influençant

²⁵ Voir le point 4.2 sur cette notion et celle de « médecine ».

²⁶ Il est en effet fondamental d'y inclure les personnes non professionnelles qui constituent l'entourage proche du malade, étant donné que, comme le confirme le terrain effectué au Yatenga, « entre 70 et 90% des épisodes morbides sont gérés par le secteur populaire » (Kleinman, 1980, cité et soutenu par Muela, 2007, p.19).

²⁷ Les diverses médecines sont généralement regroupées par les auteurs en catégories génériques (médecine traditionnelle africaine, médecine *moaga*, biomédecine, homéopathie, médecine chinoise, etc) et considérées comme des sous-ensembles du « système médical pluriel ».

²⁸ Dans cette étude, je laisse de côté le cas de la *médecine islamique*, et centre mon attention sur les rapports qu'entretiennent les deux autres composantes principales du système de soin, la *médecine traditionnelle* et la *biomédecine*. Il faut cependant garder à l'esprit que certains thérapeutes rencontrés pratiquent simultanément des soins mossi et des soins musulmans.

²⁹ Je précise qu'à cette liste regroupant les principales alternatives en matière de soins, on pourrait ajouter la médecine chinoise qui commence à prendre une certaine ampleur, et distinguer entre les « traditions » de différentes provenances au sein de la *médecine traditionnelle*.

³⁰ Voir le point 4.3 sur le concept de *médecine traditionnelle* et le cas mossi.

ces conduites, et le contexte dans lequel elles ont lieu. Cette dimension constitue l'objet de la première partie de l'analyse que je présente dans ce travail.

Le troisième élément énoncé par Muela concerne les représentations de la maladie, qui constituent un élément clef pour comprendre l'usage qui est fait par la population des différents recours thérapeutiques disponibles. Les représentations comprennent « les modèles de causalité, de transmission ou contagion, de risque, de vulnérabilité face à la maladie, de protection, de gravité, les ensembles de symptômes (*esquemas de síntomas*), etc. Elles sont en relation avec les représentations du corps, les modèles thérapeutiques, ainsi que les idées de normalité et anormalité, les valeurs morales et l'ensemble de la conception du monde» (Muela, 2007, p.11). Ces représentations sont dynamiques. Elles se constituent en fonction des divers éléments issus des différentes médecines, mais également de la sphère politique, économique, morale, et religieuse.

L'étude du pluralisme médical étant très vaste, j'ai choisi de me limiter à certains aspects, à savoir l'utilisation par les patients des possibilités qu'offre une situation de pluralisme médical et les représentations qui y sont liées d'une part, et d'autre part aux représentations que les différents acteurs ont de ce pluralisme et des « médecines » qui le composent. En d'autres mots, je traite des différentes attitudes des divers acteurs concernés (patients, thérapeutes mossi et personnel biomédical) envers les deux principales « médecines » constitutives du « système de santé pluriel » burkinabé, ainsi qu'envers les mesures politiques en vue d'une collaboration entre ces deux « médecines ».

Je me propose à présent de déconstruire les concepts de « médecine traditionnelle » et « médecine moderne » employés ci-dessus, et de prendre des précautions quant à leur utilisation.

4.2 « Médecine moderne » ou « biomédecine »

Dans le cadre de cette recherche, j'évite de parler de médecine « moderne »³¹ et utilise préférentiellement le terme de « biomédecine ». Ce terme traduit l'emphase que cette médecine met sur le « biologisme », qui en est, selon Menéndez, un trait structurel dominant, du moins au niveau idéologique et technique (2005, p.47, cité dans Muela, 2007, p.25). En

³¹ Voir plus bas la réflexion sur les qualificatifs « traditionnel » et « moderne ».

effet, « la médecine « occidentale », s'est développée à partir d'une représentation scientifique de la maladie. Il s'agit d'une approche biologique et scientifique, soutenue par une technologie de plus en plus sophistiquée » (Yoda, 2005, p. 51). C'est cette approche biomédicale qui constitue au Burkina Faso le système de soins étatique dominant. Bien qu'il s'agisse de la même médecine, importée par le colonisateur, celle-ci présente certaines spécificités liées au contexte africain et plus particulièrement burkinabé. En effet, la pratique biomédicale varie d'un pays à l'autre, en fonction de son organisation, sa couverture, ses coûts et protocoles (Muela, 2007). M. Yaogo souligne même des disparités régionales, par exemple entre la « terminologie biomédicale de référence », ou en d'autres termes, entre les « significations données à un niveau de qualification supérieure (proche de la médecine telle que pratiquée dans les pays occidentaux) différent de la médecine de base pratiquée dans les formations sanitaires des zones rurales », et la « terminologie médicale locale », plus proche des entités nosologiques populaires, et qui « apparaît comme la résultante d'une adaptation du personnel et des techniques utilisées au contexte des soins de santé de base » (Yaogo, in Jaffré & Olivier de Sardan, 1999, p.228). Malgré les quelques retenues exposées ci-dessus, j'utilise dans cette étude le terme de *biomédecine* pour désigner le système de soins officiel, les établissements sanitaires étatiques et privés, les soins disponibles dans le cadre de ces structures de santé, ainsi que le personnel y travaillant et ayant suivi une formation officiellement reconnue menant à l'obtention d'un diplôme étatique, et véhiculant des pratiques et représentations qui lui sont propres.

4.3 « Médecine traditionnelle »

Les traditions thérapeutiques autres que la biomédecine abordée ci-dessus sont généralement désignées par l'expression de « médecine traditionnelle ». Or, cette dichotomie entre médecines « traditionnelle » et « moderne » relève d'une construction. D'une part, elle associe la première à un ensemble d'éléments – pratiques ou représentations – de caractère immuable, figé, et faisant référence à un passé plus ou moins éloigné, et d'autre part, rapproche la seconde d'une supposée « modernité », synonyme de « progrès » et de « développement », termes ambigus à manipuler avec prudence. Nous avons vu en abordant le pluralisme médical que certaines pratiques qualifiées de « traditionnelles » persistent aujourd'hui en tant que telles justement parce qu'elles ont su s'adapter aux changements survenus dans leur contexte, sans quoi elles auraient rapidement disparu. De plus, des

« traitements de premier recours et de prévention sont dits « traditionnels » » même lorsqu'ils sont « faits de recettes récentes (...) » (Olivier de Sardan, in Jaffré & Olivier de Sardan, 1999, p.75). « L'opposition de sens commun entre médecines traditionnelles et médecine moderne (...) tombe sous le coup de la critique d'ethnocentrisme formulée de manière définitive par Jack Goody (1979) »³² (Fassin, 2000, p.86).

Mais la notion est utilisée par les politiques et autres acteurs locaux, ainsi que de nombreux auteurs, qui en retiennent la définition proposée par l'OMS, qui désigne comme « médecine traditionnelle » « la somme totale des connaissances, compétences et pratiques qui reposent sur les théories, croyances et expériences propres à une culture et qui sont utilisées pour maintenir les êtres humains en bonne santé ainsi que pour prévenir, diagnostiquer, traiter et guérir des maladies physiques et mentales » (OMS³³). Au Burkina Faso, la définition officielle reprend les éléments soulignés par l'OMS, en en modifiant quelque peu la formulation :

« La Médecine Traditionnelle³⁴ est l'ensemble de toutes les connaissances et pratiques, matérielles ou immatérielles, explicables ou non, utilisées pour diagnostiquer, prévenir ou éliminer un déséquilibre physique, mental, psychique et social, en s'appuyant exclusivement sur des connaissances transmises de génération en génération, oralement ou par écrit et sur des expériences vécues »³⁵.

Cette définition est très vaste. Un grand nombre de pratiques et de croyances très variées s'y inscrivent. Elle englobe par exemple des pratiques allant de la pharmacopée aux pratiques magico-religieuses³⁶ ou occultes. Les « médecines traditionnelles » africaines englobent de

³² Dans bien des cas en effet, la « médecine traditionnelle » est attribuée à des régions pensées comme « exotiques », « archaïques », et la « médecine moderne » perçue comme l'emblème des sociétés occidentales considérées comme « développées », « civilisées ». Or cette dichotomie « entre une tradition qui serait africaine, indienne ou mélanésienne – « eux »- et une modernité qui aurait eu son origine et connaîtrait son épanouissement dans le monde occidental – « nous » » (Fassin, 2000, p.77) n'est aucunement recevable.

³³ http://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/fr/index.html, consulté janvier 2009.

³⁴ Noter les majuscules dans les textes officiels. Lorsque j'utilise ce concept dans cette étude, je le dote systématiquement de guillemets ou de l'italique pour rappeler son caractère construit.

³⁵ *Décret n° 2004-568/PRES/PM/MS/ MCPEA/MECV/MESSRS portant conditions d'exercice de la Médecine Traditionnelle au Burkina Faso*, 2004, p.1.

³⁶ Je désigne lorsque j'utilise l'un de ces termes, les pratiques impliquant des incantations ou autres formules, des offrandes à l'arbre ou à des tierces personnes, des sacrifices, etc. Ces mêmes termes sont utilisés pour désigner la sorcellerie, en bref l'attribution à la maladie de causalités à caractère mystique, etc, maladies qui requièrent dans la plupart des cas des traitements également qualifiés de tels.

nombreuses pratiques thérapeutiques qui, selon Sylvie Fainzang (1986) parmi d'autres auteurs, relèvent de plusieurs instances ayant des finalités distinctes :

- Le devin, qui a pour fonction de donner un sens à la maladie. Le devin, chez les Mossi, « représente un trait d'union entre le monde visible et le monde invisible », position privilégiée lui permettant de « connaître la cause première de l'infortune, en particulier l'étiologie causale en cas de maladie » (Yoda, 2005, p.56). Dans la mesure où la maladie est « envisagée comme la sanction d'une faute commise par le malade ou par son entourage, le devin a pour mission d'identifier cette faute et de proposer sa réparation, en tant que partie intégrante du processus thérapeutique » (Yoda, 2005, p.56). De même, selon Sylvie Fainzang, la quête de la santé constitue une recherche de sens et participe de l'ordre social. Doris Bonnet écrit quant à elle que « guérir, c'est donner un sens à la maladie » (1988, p.108) ;
- Le guérisseur³⁷, quant à lui, « soigne le corps malade », « s'attaque aux symptômes ou aux causes immédiates de la maladie » (Yoda, 2005, p.57). Il agit sur les symptômes de la maladie à partir de l'examen du corps malade » (Yoda, 2005, p.57), oriente son action dans le but de guérir la « maladie physique » (Fainzang, 1986). Sylvie Fainzang (1986) rapproche le guérisseur de la biomédecine, qui elle aussi travaille en vue de la guérison physique du malade.

Outre ces deux catégories, Sylvie Fainzang (1986) et Lalbila Aristide Yoda (2005) soulignent l'existence de devins-guérisseurs remplissant les deux fonctions. Certains guérisseurs possèdent des dons se rapprochant de ceux du devin, et dont l'action ne se limite alors pas au soulagement de symptômes purement physiques ou à la définition des causes directes, mais concerne également la définition des causes premières de la maladie, souvent sociales (transgression d'une norme ou d'un interdit, comportements déviants, sorts, etc) et leur résolution.

Cette délimitation binaire courante en anthropologie médicale et les termes qu'elle utilise doivent être mis en perspective avec les définitions mossi. Les personnes interrogées dans le

³⁷ J'attire l'attention sur le fait que « le terme de guérisseur s'avère souvent une approximation abusive sous la plume des ethnologues » (Fassin, 2000, p.75).

cadre de ce mémoire utilisent principalement le terme de *tipa* – plur. multiples : *tip-namba*, *tip-tiim-remba*³⁸. Une thérapeute définit ainsi son travail en tant que telle :

« Nous notre travail c'est les *tip-tiim*³⁹ (*Tondo la tiptima la tumde*). Si on dit *tipa*, c'est quelqu'un qui enlève⁴⁰ les racines... et fait que ça devienne un produit pour soigner une personne (*adem biiga*) » (G. A, TPS, représentante des femmes au bureau régional, OHG, traduit du moore).

Le *tipa* est un individu qui officie uniquement pour soulager les gens de leurs maux. Plus de précisions sont apportées par Z. Patrick Aimé Ouedraogo (1998), selon qui il existe deux catégories de *tipa* :

- En premier lieu – et ce sont eux qui nous intéressent dans le cadre de ce travail – les « thérapeutes et guérisseurs traditionnels ». « Ce sont des personnes qui, par initiations, connaissent les plantes et leurs propriétés curatives, et qui arrivent à soigner les maladies dites naturelles ou normales. Ils ont généralement un diagnostic fondé sur la description symptomatique de la maladie à traiter » (Ouedraogo, 1998, p.51). Chaque *tipa* a sa spécialité, pouvant soigner plusieurs maladies mais étant reconnu plus particulièrement pour le traitement de celle qui constitue sa spécialité.
- Une seconde catégorie de *tipa* est en outre initiée en pratiques « magiques ». Les membres de ce groupe sont capables de lever les sorts et en connaissent les antidotes.

On pourrait rapprocher la première définition des *guérisseurs*, et la seconde des *devins*. Or, la terminologie moore ne distingue pas parmi les *tip-namba*, ceux qui utilisent la pharmacopée de ceux qui y mêlent des connaissances magico-religieuses. Ces deux catégories ne sont pour les mossi pas exclusives. Un même *tipa* peut pratiquer aussi bien les soins par les plantes que résoudre des sorts⁴¹. C'est effectivement le cas de plusieurs de mes principaux informateurs. En outre, dans la fabrication de nombreux remèdes élaborés pour soigner des maux « physiques » participe la dimension symbolique et magico-religieuse. Le remède est en effet constitué de « sa composante pharmacologique (essentiellement à base d'éléments

³⁸ Littéralement *ceux qui soignent* ou *les gens du médicament*.

³⁹ Voir p.28 à propos de cette notion.

⁴⁰ *Enlever* signifie prendre, en français burkinabé, ou ici cueillir.

⁴¹ Voir page précédente à propos des « devins-guérisseurs ».

phytothérapeutiques), et sa composante symbolique, (...) le rituel auquel le remède est soumis (précautions oratoires, gestuelle, etc.) » (Fainzang, 1986, p.108). Ainsi, qu'ils utilisent uniquement des plantes ou également des pratiques dites « magiques », les *tip-namba* (sg : *tipa*) interviennent dans un but thérapeutique, soignant à l'aide de remèdes (*tite*⁴²) et de pratiques dont ils ont connaissance. Le terme moore *tipa* inclut donc les différents types de soignants mentionnés plus haut, à savoir les *devins*, *guérisseurs* et *devins-guérisseurs*. Il s'agit de thérapeutes locaux, qui s'opposent à d'autres praticiens « traditionnels » agissant à des fins autres que thérapeutiques. Il est important de souligner ici le fait que, pour les Mossi, une personne pouvant faire le bien, en l'occurrence soigner un mal, est aussi en mesure d'envoyer ce même mal. Comme le dit un proverbe local : « C'est la même gueule du chien qui s'amuse et qui mord » (Ouedraogo, 1998, p.53). Un même *tiim* peut avoir des effets bienfaiteurs et d'autres nuisibles. Mais les *tip-namba*, bien qu'ils connaissent la science des « sorciers », ont choisi d'utiliser leurs connaissances et savoir-faire uniquement dans un but noble, à des fins salvatrices, thérapeutiques, contrairement à ceux que l'on appelle les « mauvais sorciers »⁴³ (Ouedraogo, 1998, p.52).

Afin de préciser les pratiques thérapeutiques que je considère dans cette étude, je développe ci-dessous la notion de « *tiim* », traduite indistinctement en français par les termes de « produit » ou de « médicament », parfois d' « eau », *koom* en moore - l'eau ayant bouilli ou macéré avec les plantes. J'utilise également le terme de remède.

4.3.1 La notion de *tiim*

Pour les Mossi, le *tiim* a été à l'origine donné aux êtres humains par *Wende*⁴⁴, en même temps que l'eau et la nourriture (Ouedraogo, 1998, p.41), afin qu'ils puissent assurer leur bonne

⁴² Je reviens ci-dessous sur la notion centrale de « *tiim* ». On verra qu'il en existe différentes catégories.

⁴³ Les *tip-tiim-remba* décrits ci-dessus se distinguent ainsi des *tiim-soba* (sg : *tit-ramba*) qui, quant à eux, maîtrisent les sciences occultes, et peuvent agir pour faire le bien comme le mal. Ces derniers sont généralement désignés en français par le terme « sorcier », possédant souvent une connotation négative, bien que leur caractère soit ambigü (Brelet, 2002, p.16). Il existe en effet des « bons sorciers » et des « mauvais sorciers ». Je ne développe pas ici leur rôle, qui dépasse les limites de l'enquête, mais il est important de préciser qu'un *tit-ramba* est toujours doublé d'un *tipa*. Cependant, l'inverse n'est pas le cas (Z. Patrick Aimé Ouedraogo, 1998, p.52), un *tipa* n'utilisant ses connaissances qu'à des fins bienfaitrices. Sur le terrain, les limites ne sont pourtant pas toujours si nettes, certains thérapeutes parmi mes informateurs disposant de connaissances et de plantes dont l'utilisation concerne l'envoi de sorts parfois mauvais.

⁴⁴ *Wende*, ou *Wennam*, en moore, signifie Dieu. *Wennam* est très présent dans les pratiques actuelles des soignants mossi, de même que dans le quotidien de tout un chacun, comme le montrent de nombreuses expressions courantes impliquant la protection ou la volonté de Dieu. Parmi elles, la plus pertinente ici, la formule habituelle pour souhaiter à quelqu'un un bon rétablissement : « Que Dieu te donne la santé (*Wenna kō fo*

santé. Tout ce qui existe sur terre a été créé et donné aux êtres humains par *Wennam*. C'est le cas de la maladie, des arbres et des plantes utilisés pour la confection des remèdes, ainsi que de la connaissance de ces plantes et des techniques de soins elles-mêmes (Ouedraogo, 1998, p.41).

Le terme de *tiim* désigne un grand nombre de produits ou parfois même de pratiques. Paul Téoiga Ouedraogo en propose une définition : « Le *tiim* dans la société moaga est la connaissance des éléments et des composants médicamenteux qui permettent de traiter un mal social, physique, mental, moral ou métaphysique. Il est un ensemble de données, de traitements, de produits, et même de conceptions élaboré par la société moaga, en vue d'assurer « la santé totale » à l'individu » (cité par Ouedraogo, 1998, p.44).

Cette définition est très vaste. Elle prend en compte l'ensemble des remèdes et des pratiques existantes. Dans le cadre de ce travail, je ne considère que ceux qui sont utilisés par les *tip-namba*, à des fins donc thérapeutiques. Les auteurs s'accordent en effet pour reconnaître plusieurs fonctions au *tiim*. Z. Patrick Aimé Ouedraogo parle de trois dimensions : « sa dimension thérapeutique ou médicinale », « sa dimension magique, superstitieuse ou psychologique », et « sa dimension sociale » (1998, p.9). Selon Doris Bonnet (1989), le *tiim* peut être utilisé dans un but thérapeutique, agir comme moyen de protection ou comme moyen de nuire à autrui.

Différentes sortes de tiim

En accord avec ces différentes dimensions, Z. Patrick Aimé Ouedraogo (1998) relève trois catégories de *tiim* distinguées par les Moose : « le *tip-tiim*, qui renvoie aux remèdes thérapeutiques, le *malgr-tiim*, traitement social qui officie dans le sens du bien, et dont les objectifs sont de faire connaître à l'homme un essor social, humain et matériel appréciable, et enfin le *sâamg-tiim* qui s'oriente exclusivement vers la destruction et contribue à faire connaître à l'homme la déchéance tant humaine, sociale que matérielle » (1998, p.45). C'est la première catégorie, développée dans ce qui suit, qui m'intéresse dans le cadre de ce travail.

lafi) ». Ainsi, un guérisseur affirme : « Je soigne, et si tu as la chance, le mal part. C'est Dieu qui fait les choses » (Vieux *tipa*, village de G, traduit du moore), citation qui n'est pas sans rappeler la phrase bien connue d'Ambroise Paré, chirurgien et anatomiste français du XVI^e siècle, et donc représentant de la médecine occidentale, qui affirmait : « *Je le pansay, Dieu le guarist* ». *Je le pansai et Dieu le guérit*.

Le *tip-tiim*

Le *tip-tiim* a « pour fonction principale le traitement symptomatique de maux physiques et biologiques » (Ouedraogo, 1998, p.57). Son processus d'élaboration est le suivant : les éléments divers entrant dans la composition du *tiim* (feuilles, racines, écorces, noix, roches, résidus d'animaux) sont transformés en produits solidifiés (poudres, granulés, etc), liquéfiés (décoctions, macérations, infusions, pour bains et breuvages), en vapeur ou en fumée (inhalations). Les premiers sont obtenus par des opérations de broyage et de calcination. Lorsqu'il s'agit de végétaux, on retient la sève et la résine en plus des produits solidifiés (Ouedraogo, 1998). En outre, son efficacité – de même que celle des autres sortes de *tiim* – « se fonde généralement sur l'action de forces impersonnelles chargées de puissance, dont ils ne sont bien souvent que leurs symboles représentatifs » (Ouedraogo, 1998, p.45). Les entretiens effectués avec les thérapeutes mossi confirment effectivement que des aspects symboliques et magico-religieux entrent dans la composition du *tip-tiim*. Ainsi, le *tip-tiim*⁴⁵ est composé, d'une association de substances végétales, et parfois animales et/ou minérales, qui « constituent le moyen matériel pour atteindre la guérison », et de « quelque chose d'extra-ordinaire » (Z. Patrick Aimé Ouedraogo, 1998, p.44).

On peut ainsi parler de « pluralisme médical » au sein même de ce qui est désigné comme « médecine traditionnelle ». C'est à l'utilisation de *tip-tite* par des *tip-namba* – qu'ils soient « guérisseurs », « devins » ou « devins-guérisseurs » – et sur leurs pratiques thérapeutiques empiriques s'attachant aux symptômes et à leurs causes directes, que j'ai choisi de limiter cette recherche⁴⁶, tout en gardant à l'esprit que certains thérapeutes⁴⁷ sont initiés en pratiques

⁴⁵ Dans le discours commun, le terme de *tiim* est parfois utilisé sans précision dans des cas où il s'agit de remèdes thérapeutiques et où l'on devrait parler de *tip-tiim*. Certains précisent la nature du produit en parlant de *mo-tiim* (médicament mossi), par opposition au *nasara-tiim* (le médicament du blanc). Le contexte dans lequel le terme est utilisé semble suffire à préciser sa nature. Ainsi, pour reprendre le terme utilisé par les informateurs eux-mêmes, j'utiliserai dans ce qui suit de manière indifférenciée les termes de *tiim* et de *tip-tiim*, étant donné que l'objet d'étude a été défini et qu'il est clair que je considère le *tiim* dans sa dimension thérapeutique et médicale, en tant donc que *tip-tiim*.

⁴⁶ Je précise que je laisse de côté le cas des marabouts (en moore : *moyembu*), parfois considérés par les informateurs comme des guérisseurs, soignant principalement par l'intermédiaire des versets du Coran, et des détenteurs de coutume, constituant un groupe à part, bien qu'ils remplissent eux aussi un rôle thérapeutique au sein de leur parentèle.

⁴⁷ Il s'agit de thérapeutes à proprement parler, les personnes méritant ces divers statuts maîtrisant un savoir que l'on peut qualifier de spécialisé. Ces « spécialistes » exercent cependant l'activité thérapeutique de manière secondaire, se consacrant la plupart du temps à une activité participant de manière plus significative à leur revenu (Fassin, 2000, p.108), généralement l'agriculture ou l'élevage. Rares sont ceux qui disent exercer l'activité thérapeutique à plein temps et vivre de ces seuls revenus. Les *tip-namba* n'ont la plupart du temps pas suivi de formation officielle dans le domaine de la santé (ni scolarisés, mais ayant parfois suivi l'école coranique ou une alphabétisation en langue moore). La majorité des thérapeutes interrogés sont des hommes, âgés de plus

magico-religieuses d'une part, et d'autre part, que la thérapeutique de nombre d'entre eux mêle à des pratiques d'ordre pragmatique certaines pratiques magico-religieuses.

4.3.2 La notion de « tradipraticien de santé »

Parmi les thérapeutes locaux considérés, certains sont reconnus par les autorités sanitaires dans le cadre des politiques et programmes concernant la « Médecine Traditionnelle ». « La personne qui exerce la médecine traditionnelle est appelée tradipraticien de santé »⁴⁸. Cette notion, utilisée initialement par l'OMS en 1978 (Fassin, 2000, p.89), est reprise par le Ministère de la Santé burkinabé qui en adopte la définition suivante :

« Est *tradipraticien de santé* toute personne reconnue par la communauté dans laquelle elle vit, comme compétente pour diagnostiquer des maladies et invalidités y prévalant, dispenser des soins de santé et utilisant des méthodes et des produits traditionnels d'origine végétale, animale ou minérale. Les catégories de tradipraticiens de santé sont déterminées par arrêté du Ministre chargé de la Santé »⁴⁹.

Cette définition englobe la totalité des praticiens « traditionnels » oeuvrant dans un but thérapeutique⁵⁰ par l'intermédiaire, entre autres, de la pharmacopée. Si l'on met en perspective cette catégorie officielle des « tradipraticiens de santé » (TPS), avec la terminologie moaga, on constate une certaine correspondance. Le terme *tipa* et l'expression « tradipraticien de santé » se rejoignent, la définition citée précédemment ne laissant pas apparaître de différence significative entre elles. Or, contrairement à ce que laisse penser cette définition, n'est pas « tradipraticien de santé » toute personne pratiquant la « médecine traditionnelle ». Ceux qui méritent cette appellation sont les thérapeutes recensés et reconnus par le Ministère de la Santé. L'attribution du terme officiel de « tradipraticien de santé » ne

de 30 ans et jusqu'à plus de 90 ans. Les femmes thérapeutes pratiquent le plus souvent par l'intermédiaire de génies, et on les désigne alors par le terme de « charlatan » (dans le sens originel du mot qui ne présente pas la dimension péjorative qu'il a pris par la suite. En moore : *baagre*). Les thérapeutes interrogés exercent en ville de Ouahigouya et dans les villages alentour. Ce sont généralement des personnes bénéficiant d'un grand respect et d'une grande confiance au sein de leur communauté.

⁴⁸ Article 2 du Décret n° 2004-568/PRES/PM/MS/ MCPEA/MECV/MESSRS portant conditions d'exercice de la Médecine Traditionnelle au Burkina Faso, 2004

⁴⁹ Article 3 du Décret n° 2004-568/PRES/PM/MS/ MCPEA/MECV/MESSRS portant conditions d'exercice de la Médecine Traditionnelle au Burkina Faso, 2004

⁵⁰ La définition du Ministère de la Santé considère les « tradipraticiens de santé », c'est à dire les « tradipraticiens » agissant dans un but thérapeutique, excluant ainsi les personnes dont les pratiques « traditionnelles » visent d'autres objectifs, bénéfiques ou nocifs.

constitue pas une simple traduction sans conséquences. Elle ne revient pas à substituer simplement un terme synonyme, mais à créer une nouvelle catégorie de soignants. Parmi les innombrables thérapeutes « traditionnels », ceux qui « méritent » l'appellation de « tradipraticiens de santé » sont ceux – ou sont censés être ceux – qui répondent aux critères fixés par le Ministère de la Santé, et qui choisissent de participer aux démarches encouragées par celui-ci. Ce n'est pas le cas de tous les thérapeutes rencontrés. Didier Fassin (2000) aborde ce problème dans un chapitre qu'il nomme « l'invention des tradipraticiens »⁵¹. Le titre insiste avec raison sur le caractère construit d'une telle catégorie. Les personnes désignées par le terme de « tradipraticien de santé » ne sont pas réellement des « thérapeutes traditionnels ». Selon lui, les démarches visant l'intégration de la *Médecine Traditionnelle* aux soins de santé primaires, et donc au système de santé biomédical dominant, provoquent l'« émergence de thérapeutes d'un troisième type dont la connaissance médicale et la reconnaissance sociale ne sont plus ni traditionnels ni modernes, pour autant que ces qualificatifs aient un sens » (Fassin, 2000, p.92). C'est en termes de légitimité que Didier Fassin (2000) analyse la question. Selon lui, deux types de légitimité, à savoir rationnelle-légale et traditionnelle⁵², sont en jeu dans le processus de reconnaissance des « tradipraticiens de santé ». La première correspond au système de santé « moderne » et à la « santé publique », qui « ne connaît vraiment que l'autorité à caractère « rationnel-légal », fondée sur le droit » (Jaffré, 1999, p.364). La seconde correspond à la « médecine traditionnelle ». Mais il ne s'agit pas d'une confrontation directe, l'une ne supplantant pas l'autre. La légitimité rationnelle-légale est certes dominante, mais la légitimité traditionnelle « ne semble pas en jeu » (Fassin, 2000, p.94). En effet, il est extrêmement intéressant de constater que les « tradipraticiens de santé », c'est-à-dire les personnes adhérant aux démarches d'institutionnalisation⁵³ de la « Médecine Traditionnelle » sont dans bien des cas des « thérapeutes » jouissant de peu de crédit en termes de légitimité traditionnelle. Ces soignants peu reconnus traditionnellement voient donc s'ouvrir devant eux une possibilité de reconnaissance non négligeable par les autorités sanitaires en cas d'adhésion à une association de « tradipraticiens de santé » et aux démarches en vue de la « collaboration ». Il est dans ce sens révélateur de constater que certaines personnes, bien que possédant les recettes d'un certain nombre de *tite*, insistent ne pas être *tipa*, mais sont pourtant reconnus

⁵¹ Chapitre issu d'un article coécrit par Didier et Eric Fassin, publié en 1988 sous le titre : *De la quête de légitimation à la question de la légitimité : les thérapeutiques « traditionnelles » au Sénégal*. Voir bibliographie.

⁵² Concepts développés par Max Weber (1959).

⁵³ Institutionnalisation dans le sens d'une réglementation des pratiques « traditionnelles », éventuellement accompagnée dans un deuxième temps d'une rémunération.

administrativement en tant que « tradipraticiens de santé »⁵⁴. Didier Fassin qualifie les TPS de « guérisseurs plus ou moins autoproclamés qui puisent leur savoir dans la tradition (...) mais également dans la modernité⁵⁵ (...), et surtout dont la reconnaissance provient avant tout de l'agrément que leur accorde[nt] les pouvoirs publics » (2000, p.85). Ceux-ci utilisent bel et bien des connaissances anciennes, qualifiables de « traditionnelles », leurs pratiques sont identiques à celles des « guérisseurs », et ils « avancent leur appartenance au monde traditionnel de la guérison pour différencier leurs pratiques de celles des agents de santé moderne » (Pesse, 2006, p.61). Cependant, ils se trouvent dans une situation de contradiction puisque, parallèlement, ils s'écartent « des principes traditionnels afin d'obtenir une reconnaissance des instances gouvernementales » (Pesse, 2006, p.61), risquant par là même de perdre leur légitimité populaire. C'est probablement pour cette raison que les thérapeutes reconnus au sein de leur communauté, en revanche, se refusent souvent à une telle participation. Ils n'ont que peu à gagner, voire même pourraient risquer de perdre leur statut, par une adhésion à ces politiques et à la reconnaissance en tant que « tradipraticien de santé ». « Le nombre de leurs consultants, le respect dont on les entoure et souvent les richesses qu'ils déploient manifestent bien plus éloquemment que ces documents légaux la réalité de leur reconnaissance sociale, qui doit tout à la légitimité traditionnelle » (Fassin, 2000, p.91). On peut donc parler, à l'instar de Didier Fassin, pour désigner les démarches en vue de la « reconnaissance » de la « Médecine Traditionnelle », de « l'invention d'une tradition » (Fassin, 2000, p.85).

L'expression « tradipraticien de santé » est utilisée au Burkina Faso dans le milieu des politiques de la santé et du système médical officiel, mais peu par les personnes « profanes », bien que son emploi se répande dans les différents médias. Les informateurs comprennent le sens de ce mot mais ne l'utilisent que rarement eux-mêmes, à l'exception de certaines personnes cultivées ou membres du personnel biomédical. Cependant, dans le discours de ces informateurs, cette notion est utilisée comme synonyme de « thérapeute local », appellation que j'utilise de préférence dans cette étude. De plus, l'expression est souvent tronquée pour parler de « tradipraticien », faisant l'impasse sur la précision apportée par les textes officiels qui insistent sur l'importance de la dimension thérapeutique des pratiques reconnues. Au cours de cette étude, je n'utilise la notion de *tradipraticien de santé* (TPS) que pour désigner

⁵⁴ C'est principalement le cas de deux informateurs, l'un soignant dans sa cour sur la demande de patients, l'autre vendant des produits et matières premières au marché.

⁵⁵ J'attire l'attention sur l'utilisation par cet auteur de l'opposition artificielle, construite, entre *tradition* et *modernité*, opposition dénoncée plus haut et dont il convient de se méfier.

les thérapeutes locaux intégrés dans les mesures de collaboration, ou lorsque je retranscris le discours d'informateurs utilisant cette notion, me référant de préférence aux termes utilisés par les personnes concernées. Les francophones – ainsi que des personnes s'exprimant en moore et utilisant certains mots et expressions empruntés au français – parlent couramment de *guérisseurs* ou de *thérapeutes traditionnels*, termes considérés comme synonymes. Le terme d'*indigénat* est également utilisé pour qualifier les pratiques de soins locales. Une correspondance exacte n'existe pas toujours entre les différents termes utilisés en moore et en français. Par exemple, bien que de nombreux informateurs désignent les personnes appelées en moore *tipa* par la notion française de « guérisseur », nous ayons vu que cette dernière est plus spécifique que celle de *tipa*. Je renonce donc à l'utiliser, lui préférant le terme moore de *tipa* (plur. *tip-namba*) que je traduis en français par les expressions *thérapeute local* ou *thérapeute mossi*, pour désigner les personnes ayant acquis leurs savoirs et savoir-faire en matière de soins par apprentissage, don ou héritage, hors des structures sanitaires officielles. Pour désigner leurs pratiques et représentations, je parle de *thérapeutique moaga* ou *locale*. Le choix du terme *thérapeutique* pour désigner les pratiques locales en matière de santé, est lié au fait que le concept de « médecine » est problématique lorsqu'il leur est appliqué.

4.4 Médecine

En effet, le concept de « médecine », de même que la notion de « système médical » « est problématique dans bien des sociétés (...). C'est le chercheur qui élabore un corpus de connaissances cohérent et rassemble sous une dénomination unique des pratiques de significations sociales diverses » (Fassin, 2000, p.75). Bien que souvent appréhendées en tant que catégorie analytique sous le vocable de « médecine traditionnelle », les thérapeutiques locales ne constituent en réalité pas un groupe homogène. Le regroupement d'un tel ensemble de pratiques hétérogènes ne répondant le plus souvent pas à une même logique en un ensemble unique risque alors de leur conférer une cohérence qu'elles ne possèdent en fait pas dans la réalité. Sur le terrain, les pratiques sont variées et parfois contradictoires. « L'hétérogénéité et la discontinuité historiques de l'espace social de prise en charge de la maladie et du malheur » (Fassin, 2000, p.75) doivent être prises en compte par le chercheur. Ainsi, une « anthropologie médicale n'est possible qu'à la condition de reconnaître que les catégories qu'elle utilise – médecine, thérapeute, etc. – ne décrivent pas une réalité qui leur préexisterait, mais procèdent de constructions » (Fassin, 2000, p.75). Les « guérisseurs », que

Jean-Pierre Olivier de Sardan considère comme des « spécialistes populaires », font appel à des éléments explicatifs, qui constituent parfois des représentations communes et stables que cet auteur nomme « patchworks », « nébuleuses » ou « configurations », mais ne font pas « système » (in Jaffré & Olivier de Sardan, 1999, p.18). Il n'existe pas réellement de « système classificatoire » ni de « grandes constructions théoriques indigènes » ou de réelle théorie, de « corpus stabilisé et standardisé de savoirs organisés (du type médecine chinoise ou indienne) » (Olivier de Sardan, *Ibid*, 1999, p.19). Cet auteur met en garde contre ce qu'il nomme le problème de « cohérentisation » (*Ibid*, 1999, p.17).

Afin d'éviter les inconvénients liés à l'utilisation de ces concepts pour qualifier certaines pratiques thérapeutiques, je remplace le concept de « médecine traditionnelle » par celui de *thérapeutique locale* ou *moaga* ou de *soins et traitements locaux* ou *mossi*. Cependant, j'utiliserai malgré tout ce concept lorsque j'aborderai les représentations du personnel biomédical ou les mesures politiques en vue d'une collaboration, étant donné que c'est la désignation qu'eux-mêmes utilisent. Dans ces cas-là, l'utilisation des guillemets ou de l'italique rappellera les considérations abordées dans ce qui précède.

4.5 Maladie

Le concept de maladie est un concept central en anthropologie médicale. La maladie comme objet d'étude de l'anthropologie apparaît avec Rivers W.H.R (1924), Clements (1932) puis Ackerknecht E.H. (1946). Ce dernier insiste sur « l'aspect « rationnel » et empirique de la thérapeutique, en relation avec la causalité naturelle des maladies, par opposition à des anthropologues comme E. E. Evans-Pritchard qui auraient privilégié la dimension « surnaturelle » de la maladie et de ses traitements » (Bonnet, in Bonte & Izard, 2007, p.707). L'anthropologie médicale « met l'accent sur la dimension culturelle attachée aux objets santé et maladie » (Charmillot, 1997). Pour elle, la maladie est un événement social, en ce qu'elle menace « l'intégrité et la pérennité tant de la personne que du corps social » (Meyer, in Bonte & Izard, 2007, p.438). En effet, en plus du malade directement concerné, l'événement maladie concerne ses proches, son entourage plus large, les professionnels de la santé, les personnes dont le rôle est de soigner et d'expliquer la maladie, etc. « Le caractère délétère, inopiné et apparemment sélectif de la maladie » impose à l'individu et à l'ensemble des

acteurs de la société la recherche d'une explication et d'une réaction efficace (Meyer, in Bonte & Izard, 2007, p.437). Selon Augé, « les systèmes d'interprétation font de tout désordre biologique le signe d'un désordre social » (1984, p.35, cité dans Frieden, 2008, p.16). En contexte africain, ces auteurs – parmi d'autres dont notamment Sylvie Fainzang (1986) – relèvent que l'attribution d'un sens à la maladie, lié à sa cause (directe et indirecte) est un processus indispensable à la thérapeutique locale. Selon Z. Patrick Aimé Ouedraogo, « dans les sociétés africaines dites traditionnelles (...), [la maladie] recouvre une pluralité de sens que seules les instances spécialisées des sociétés d'où elle émerge sont habilitées à interpréter » (1998, p.54). C'est en donnant un sens à la maladie que l'être humain espère la comprendre et la maîtriser (Ouedraogo, 1998). L'attribution d'un sens à l'épisode morbide passe généralement par diverses explications causales, impliquant souvent des comportements ne respectant pas les normes sociales, tels que la transgression d'un interdit ou le non-respect de ses obligations et devoirs vis-à-vis de ses proches ou de la communauté. Tel est le rôle des « devins » dont il a été question ci-dessus.

Or, Yannick Jaffré attire l'attention sur le fait que « tout malade s'interroge sur les causes de son affection », mais qu'« il est aussi et surtout fort impatient de constater les effets d'un traitement » (in Jaffré & Olivier de Sardan, 1999, p.360). Ainsi, ce qui guide le malade est la volonté de guérir, l'objectif principal étant d'obtenir la disparition des symptômes et de la douleur, ou au minimum un soulagement. Ceci constitue, selon cet auteur, une « banalité trop souvent oubliée » (*Ibid*, 1999, p.360), « banalité » sur laquelle j'ai choisi de centrer mon attention dans le cadre de cette recherche. « Parler de maladie consiste alors à évoquer des sensations, souligner des modifications visibles du corps ou de ses humeurs, et en proposer des explications immédiates et simples. C'est donc effectuer des « constats pathologiques », dont les observations prennent naissance (...) dans le socle matériel du corps et de la souffrance » (*Ibid*, 1999, p.41). J'ai déjà précisé effectivement que je laisse de côté les pratiques divinatoires et la recherche des causes profondes pour me concentrer sur les techniques thérapeutiques pragmatiques qu'utilisent les thérapeutes mossi ou *tip-tiim-remba*. Les pratiques des thérapeutes que j'ai rencontrés se limitent essentiellement à des soins d'ordre phytothérapeutique et technique (principalement reboutage).

Il est vrai que certaines maladies nécessitent une investigation plus profonde des causes et leur résolution, afin de guérir la maladie et de prévenir sa réapparition. C'est le cas par exemple des maladies dites « provoquées », pour l'étiologie et le traitement desquelles les

aspects sociaux jouent un grand rôle⁵⁶. Ces maladies font entrer en jeu l'action de l'être humain et des puissances maléfiques, l'intervention de génies, d'esprits, du diable, ou d'un sorcier. En effet, une distinction émiqie bien connue est celle qui est faite entre maladies « simples » et maladies « provoquées » ou « persécutives » (en moore respectivement *bâ zaalem* et *bâ mand'm*). Bien qu'il ne s'agisse pas d'une catégorisation stricte et dichotomique, les thérapeutes interrogés dans le cadre de cette étude parlent bel et bien de ces deux types de maladies.

« [La maladie] est chez les mossi⁵⁷ (*A be tondo moose nuge*), ou ça peut être une maladie naturelle (*a be zaalem*). Elle peut passer par toutes les voies pour attraper quelqu'un » (Vieux *tipa*, village de G, traduit du moore).

La grande majorité des maladies rencontrées lors de mon terrain sont des maladies « simples », « naturelles », également appelées en moore *Wennam yiir bââse* (littéralement maladies provenant de la demeure de Dieu)⁵⁸. Cette appellation comprend « toutes les maladies qui proviendraient d'un agent nocif conçu comme naturel, ou de maladies qui résulteraient de causes naturelles connues et susceptibles d'être traitées par la pharmacopée traditionnelle naturelle dont ils disposent » (Ouedraogo, 1998, p.55). Fainzang écrit à leur propos qu'elles ne relèvent d'aucune cause clairement définie, la seule explication donnée étant alors qu'elles relèvent de Dieu, mais sans qu'une quelconque volonté divine entre en jeu⁵⁹. Ce sont des maladies « sans responsable », que l'on ne peut imputer à personne (Olivier de Sardan, in Jaffré & Olivier de Sardan, 1999, p.24). Ces maladies sont causées ou déclenchées par un agent quelconque, dont l'entrée en action – la « cause ultime » pour reprendre les termes de Fainzang – n'est pas nécessairement expliquée ou ne relève pas nécessairement d'une causalité autre. Ces maladies « prosaïques » sont des maladies ayant « peu ou pas de lien avec l'univers magico-religieux » (Jaffré & Olivier de Sardan, 1999, p.11), ne faisant pas l'objet d'investigations profondes. Leur traitement s'intéresse plus aux

⁵⁶ Cet aspect contraste fortement avec la biomédecine, qui, comme le rappelle très justement Z. Patrick Aimé Ouedraogo, réduit souvent la maladie aux états biophysiques, « résultant d'une ou de plusieurs altérations objectivement attestables de l'organisme » (Z. Patrick Aimé Ouedraogo, 1998, p.54). Il faut cependant se méfier de toute opposition binaire simpliste.

⁵⁷ Ce qui signifie qu'elle peut être provoquée par un sort ou l'action d'une puissance surnaturelle.

⁵⁸ Il n'est cependant pas toujours possible de les différencier de manière sûre – les maladies « provoquées » sont souvent identiques aux maladies simples mais ne se soignent que difficilement, leur diagnostic pouvant changer selon l'évolution de la maladie.

⁵⁹ Selon cet auteur, dans le contexte *bisa*, *Woso* (Dieu) n'a pas d'intentionnalité. Il est à la base de toute chose mais n'intervient pas de manière volontaire dans la vie des gens. Il est l'instance suprême, le destin, le « tout est écrit », mais on ne s'adresse pas directement à lui. Cela semble être le cas de *Wende* chez les Mossi du Yatenga.

effets et aux symptômes qu'aux causes – outre certaines causes directes – et est dans la plupart des cas dépourvu de dimension spirituelle ou sociale.

Cette répartition entre maladies « simples » et « provoquées » en fonction de leur cause a fréquemment été utilisée dans des études réalisées en contexte africain. Toutefois, plusieurs causes peuvent être attribuées simultanément à une même maladie, ou, selon les termes de Doris Bonnet, « les interprétations causales peuvent être multiples » (in Jaffré & Olivier de Sardan, 1999, p.316). De plus, le diagnostic n'est pas toujours définitif, et une affection déterminée peut subir des diagnostics successifs qui en modifient l'étiologie. L'étiologie magico-religieuse peut être diagnostiquée en première instance, par un thérapeute ayant la faculté de « voir », ou, dans certains cas, intervenir a posteriori : une maladie résistant à de nombreux soins prodigués peut se voir attribuée une cause magico-religieuse qu'on ne lui reconnaissait pas précédemment. Toutes les maladies peuvent ainsi être « jetées », « lancées » par un sort. Il est donc dangereux de catégoriser les maladies en deux groupes distincts en fonction de leur étiologie. « C'est en établissant une opposition radicale entre l'empirique et le magico-religieux qu'on « passe à côté de l'explication locale » (pour reprendre les termes de Jacob), puisque la distinction entre le matériel et le spirituel n'est pas pertinente (en tout cas, pas en ces termes) » (Bonnet, in Jaffré & Olivier de Sardan, 1999, p.314). En outre, l'attribution de l'une ou l'autre étiologie n'implique pas toujours une thérapeutique déterminée. Même dans le cas où une explication étiologique relativement précise attribue à une maladie une cause surnaturelle, le traitement de cette dernière n'y fait pas forcément recours, et peut se concentrer sur l'administration de remèdes phytothérapeutiques, laissant de côté la dimension magico-religieuse. Comme l'écrit Muriel Laterali à propos de l'ulcère de Buruli au Cameroun, affection à laquelle les malades attribuent parfois une cause d'ordre magico-religieux, « la cure concerne plutôt le registre symptomatique, met rarement en jeu le registre étiologique de la communauté. Par conséquent, il y a peu d'action rituelle dans son traitement, mais plutôt une action médicale » (2005, p.134). L'auteur cite Ackerknecht (cité dans Zempleni, 1985, p.22), selon qui « une affection à « causalité naturelle » peut être traitée pas une intervention magique » et « une maladie à « causalité surnaturelle » peut être soignée de manière empirique » (2005, p.134). Il s'en suit que, selon Yannick Jaffré, les choix des remèdes « ne peuvent s'expliquer par de complexes raisons dont seraient conscients leurs auteurs, et qui renverraient à un système culturel normatif » (in Jaffré & Olivier de Sardan, 1999, p.360). Dans bien des cas, les gestes et thérapeutiques sont « nés de l'habitude », ou parfois même, on tente l'une ou l'autre option thérapeutique « parce qu'on ne sait jamais » (Jaffré, *Ibid*, 1999, p.360). La maladie peut certes impliquer une dimension sociale et

symbolique, et le traitement posséder une logique propre, mais le chercheur doit rester attentif et prendre garde au piège de la « sur-interprétation » que soulignent divers auteurs (Jaffré, in Jaffré & Olivier de Sardan, 1999, p.360 ; Bonnet, *ibid*, p.309 ; etc).

La distinction émique évoquée ci-dessus ne doit donc pas être utilisée afin d'établir une catégorisation dichotomique. Elle attire cependant l'attention sur le fait que ce qui est considéré comme maladie par une société, un groupe ou un individu donné ne l'est pas forcément par une autre société, groupe ou individu. Les catégories nosologiques populaires ne correspondent que rarement aux catégories nosologiques biomédicales. « Le piège médical, c'est de vouloir sans cesse rabattre les pratiques et représentations populaires de la maladie sur des catégories biomédicales. Or les catégories populaires et les catégories biomédicales ne sont pas superposables. Le savoir populaire sur les maladies n'est ni constitué ni structuré de la même façon que le savoir médical » (Olivier de Sardan, in Jaffré & Olivier de Sardan, 1999, p.16). Cependant, l'auteur reconnaît qu'il est parfois possible qu'une correspondance, au moins partielle, puisse être établie entre certaines entités nosologiques populaires clairement définies et des entités nosologiques biomédicales (Olivier de Sardan, *ibid*, p.16). Une telle « connivence entre des dénominations populaires et biomédicales, qui n'est bien évidemment pas une parfaite correspondance, permet d'initier un dialogue plus facile entre soignant et soigné, du moins s'il est souhaité » (Jaffré, *ibid*, p.46). Une personne peut se considérer comme malade, et être reconnue comme telle par le « système médical » local, mais pas par la biomédecine, ou vice versa⁶⁰.

⁶⁰ L'anthropologie médicale distingue en effet « la réalité biophysique de la maladie » (Charmillot, 1997, p.22), ou *disease*, c'est-à-dire une « affection médicalement définie » (Fassin & Jaffré, 1990, p.39, cité ds Charmillot, 1997, p.22) ; sa réalité psychologique ou *illness* : une même maladie peut être ressentie différemment par la personne atteinte, qui ressent divers symptômes avec différentes intensités ; la réalité sociale de la maladie ou *sickness*, c'est-à-dire le comportement que la société juge approprié une fois qu'un individu a été défini comme malade et souffrant de telle maladie. Celui-ci devra se déclarer comme tel et effectuer un traitement correspondant à son mal. Les trois aspects cités interagissent entre eux, mais ne sont pas indissociables. « Je puis aussi bien être biomédicalement "malade" – diseased (impaludé, parasité) - sans avoir la conscience de l'être – ill – ou sans avoir droit à l'étiquette socioculturelle de malade - sick – qu'avoir la conviction et l'expérience intimes de l'être sans pouvoir obtenir la légitimation, biomédicale ou culturelle, de ma "maladie" » (Zempléni, 1985, p.15, in Charmillot, 1997, p.22). « C'est l'interaction de ces trois réalités qui constitue l'objet d'étude de l'anthropologie de la maladie » (Charmillot, 1997, p.22).

4.6 Santé

Lorsqu'on parle de maladie, on sous-entend l'idée de santé, qui est souvent considérée comme son contraire. Or, selon l'OMS, « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »⁶¹. Cette définition n'a pas été modifiée depuis 1946. Elle est difficilement utilisable, ne se basant pas sur des éléments mesurables. Elle a cependant le mérite de souligner l'importance de la dimension subjective et d'élargir la définition aux aspects non seulement *physiques*, mais également *mentaux* et *sociaux*, permettant d'y inclure l'action de thérapeutiques autres que biomédicales.

⁶¹ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

5. Méthodologie

Cette étude a été réalisée sur la base d'une recherche documentaire et d'une enquête de terrain.

5.1 Recherche documentaire

Des informations visant à la compréhension du sujet d'étude ont été obtenues par des lectures scientifiques, qu'elles soient anthropologiques, médicales ou autres (publications, mémoires, périodiques, rapports), comme par des documents informatifs (journaux, émissions radiophoniques ou télévisées) ou administratifs (décrets, statistiques, rapports, arrêtés du Ministère de la Santé). Ces divers documents ont permis une revue des informations existantes et de l'état de la recherche concernant le lien entre les deux approches thérapeutiques considérées ici.

5.2 Enquête de terrain

Lors de l'enquête de terrain, les informations ont été obtenues principalement par des entretiens, réalisés avec les différents acteurs concernés. Des discussions informelles et des observations ont complété les données ainsi obtenues. Je détaille ci-dessous la manière dont ont été réalisés les entretiens, principale méthode utilisée, et les modalités de l'observation, ainsi que les difficultés rencontrées lors de leur réalisation. L'enquête de terrain à proprement parler a duré six mois (avril à octobre 2008). Au préalable, il a fallu déterminer le sujet d'étude et la méthode qui allait être utilisée. Ce temps a également permis de me réhabituer et me re-familiariser au contexte de l'étude, plusieurs années après mes précédents séjours en 2002 et 2003.

5.2.1 Méthodes utilisées

5.2.1.1 Entretiens

Une grande partie des informations a été obtenue par des entretiens semi-directifs, menés d'une part avec des praticiens de santé – thérapeutes mossi, infirmiers et pharmaciens – et d'autre part avec des utilisateurs de leurs services. Ces entretiens ont eu lieu à Ouahigouya même et dans certains villages alentour. Le choix des personnes interviewées s'est fait selon l'activité exercée (infirmier, pharmacien, médecin, étudiant à l'ENSP ; thérapeute local, rebouteux, « tradipraticien de santé ») ; selon l'ancienneté ; selon le statut ; et selon le lieu d'exercice (pour les agents de santé et thérapeutes mossi) ou de vie (pour les utilisateurs) (anciens ou nouveaux quartiers de Ouahigouya ; village).

Au total, j'ai mené une cinquantaine d'entretiens approfondis, respectivement douze avec des membres du personnel biomédical, vingt-huit avec des thérapeutes mossi, dix avec des patients. A cela s'ajoutent nombre de discussions informelles sur le sujet.

Les entretiens ont été réalisés en français ou en moore selon les cas. Avec les agents de santé, ils ont été faits en français⁶² ; avec les thérapeutes locaux en moore⁶³ ; avec les utilisateurs en moore ou en français selon les cas. Je reviens plus bas sur les différentes implications de la réalisation d'entretiens dans une langue non maîtrisée par le chercheur.

Il s'agit le plus souvent d'entretiens individuels, mais un certain nombre de « causeries », en particulier au village, rassemblent un grand nombre de personnes. De telles discussions en groupe permettent de faire participer le plus grand nombre de personnes possible, et de réunir différents points de vue sur le sujet. Des entretiens individuels avec chacun auraient en effet demandé trop de temps, d'autant plus dans le cas d'entretiens en moore exigeant un long travail de traduction. De plus, lorsqu'un étranger (une étrangère dans mon cas) arrive au village (ou dans un quartier ou une cour en ville), nombreux sont les habitants qui s'approchent pour satisfaire leur curiosité et souhaiter la bienvenue. Au lieu de s'entretenir avec une seule personne, sous le regard de dizaines d'yeux, il semble parfois judicieux de

⁶² Les infirmiers ont été scolarisés jusqu'au BEPC, et la formation d'infirmier, nationale, se fait en français. Ils ont donc un très bon niveau de français, qui permet sans problème de réaliser des entretiens et autres échanges.

⁶³ Les tradipraticiens quant à eux ont très rarement été scolarisés. S'ils l'ont été, ce n'est que pendant quelques courtes années, ou à l'école coranique. Ils ne parlent donc pas, ou très peu, le français. Le recours à un interprète a donc été indispensable pour ces entretiens.

faire participer tout le monde et de considérer tous les points de vue dans une discussion plus dynamique qui peut parfois révéler des aspects inattendus. Par contre, il faut avoir conscience des inconvénients liés à de telles « causeries ». Les participants n'ont pas tous le même âge, le même sexe, le même statut (dans une large mesure lié à l'âge et au sexe parmi d'autres facteurs), la même place au sein du village, et ces différents aspects jouent un rôle important sur ce qui peut être dit et par qui. Les personnes présentes ne s'expriment pas toujours librement, de même qu'elles ne s'expriment pas toutes. Pour limiter les biais liés au genre, des groupes de discussion séparés ont été organisés avec les femmes respectivement les hommes, en particulier dans le but de permettre aux femmes de s'exprimer plus librement qu'elles ne le feraient en présence de leur mari, père, frère, ou même fils. Cette séparation est possible de par le caractère objectif et visible de la distinction entre femmes et hommes. Organiser des groupes de discussion en fonction des autres critères se révèle plus difficile, voire impossible, les limites étant floues entre les âges, statuts, etc. En plus de ces « causeries » en groupes distincts, quelques entretiens individuels ou en groupes restreints avec ces mêmes personnes peuvent permettre d'obtenir des informations complémentaires qui n'auraient pas été révélées précédemment.

Lorsque la personne interrogée l'accepte, les entretiens sont enregistrés. Dans le cas contraire et si elle est acceptée, on se contente de la prise de note, plus incomplète. Ce cas de figure ne s'est présenté qu'une seule fois dans le cadre de mon terrain. Lorsqu'il est accepté, l'enregistrement permet de reprendre a posteriori l'entier de l'entretien, de n'en manquer aucun détail et de saisir la subtilité des formulations et du ton employés par les interlocuteurs. Cette démarche est particulièrement utile dans le cas des entretiens en moore. En effet, la traduction, en particulier lorsqu'elle est simultanée, implique la perte de certaines subtilités dans le discours. De plus, elle « est synonyme d'une perte de la qualité du discours de l'interlocuteur, car elle introduit un niveau de subjectivité supplémentaire dans l'entretien : celle de l'interprète » (Leu, 2009, p.27). Pour des raisons financières, il ne m'a pas été possible de réaliser la totalité des entretiens avec le même interprète, ne pouvant rémunérer une personne fixe pour faire ce travail. Pour cette raison, ce travail d'interprétariat a été fait par plusieurs personnes, connaissances personnelles ou personnes travaillant dans le domaine. Cette situation a eu des conséquences positives et négatives quant à la réalisation des entretiens.

D'une part, dans certains cas, il a été difficile de faire comprendre à l'« interprète » le véritable but de l'enquête et l'importance d'une traduction rigoureuse, aussi bien des

questions posées que des réponses données par l'informateur. Des traductions inexactes peuvent créer des malentendus, et parfois donner des informations biaisées ou fausses. Je décris ici un cas particulièrement significatif de ces difficultés. Une connaissance personnelle a un jour accepté de me servir de guide et d'interprète pour rencontrer, dans un village à quelques kilomètres de Ouahigouya, une femme thérapeute de grande renommée en ce qui concerne les soins des enfants. Elle connaissait la thérapeute en question pour l'avoir consultée à plusieurs reprises avec sa petite nièce âgée de quelques mois. D'une part, la présence de mon accompagnante s'est révélée indispensable pour la réalisation même de l'entretien. La praticienne allait en effet refuser notre demande, et n'a accepté l'entretien que grâce à l'intermédiaire de mon amie, appartenant à une famille avec laquelle elle se trouve avoir de nombreux liens. L'informatrice nous a demandé de revenir quelques jours plus tard à un moment de moindre affluence des patients. C'est lorsque nous sommes revenues et que nous avons pu réaliser l'entretien que mon accompagnante s'est révélée plus maladroite. Les traductions qu'elle faisait de mes questions n'étaient pas très fidèles⁶⁴. De plus, les réponses données par la *vieille*⁶⁵ se transformaient ou disparaissaient dans les mots de mon amie⁶⁶. Mais le moment le plus délicat fut lorsqu'à un moment quelque peu avancé de l'entretien, mon interprète me comprit mal et demanda à notre informatrice de parler un peu comme elle le fait devant l'arbre afin que j'enregistre ses mots. En a résulté un « non » catégorique, accompagné d'un rire méprisant, ou plutôt indigné, de l'informatrice, réaction tout à fait compréhensible face à une telle demande⁶⁷. Heureusement, cet incident ayant eu lieu à un moment avancé de mon séjour, mes connaissances en langue moore m'ont permis de comprendre et la question posée, et la réponse, et ainsi de rectifier immédiatement le tir. Le petit lien de confiance qui s'était établi a ainsi pu être maintenu. Cet incident n'a donc pas eu de plus amples conséquences, mais il attire l'attention sur les dangers du recours à un interprète. En effet, il n'est pas exclu que des situations semblables aient eu lieu à mon insu à d'autres moments ou lors d'autres entretiens. Cependant, l'attitude des personnes en dit long dans ce genre de situation, et une observation attentive de la personne interrogée peut permettre de ressentir une éventuelle gêne, un refus de répondre, une vexation, ou quelque

⁶⁴ Mes quelques notions de moore m'ont permis de noter les écarts de traduction, mais sans pouvoir les déterminer précisément ou les rectifier de manière pointue.

⁶⁵ Ce terme français (vieux, vieille) n'est pas du tout péjoratif dans la bouche des Mossi. Au contraire, il constitue même une marque de respect envers les aînés.

⁶⁶ Je reviens au paragraphe suivant sur cette difficulté et une manière d'y remédier ou de réduire les lacunes.

⁶⁷ Les paroles prononcées lors de la cueillette sont secrètes, et je n'aurais en aucun cas imaginé une telle demande qui constitue à mes yeux un manque de respect vis-à-vis de ce secret de praticien.

autre réaction et de déceler ce genre de malentendu afin de rétablir une certaine clarté dans l'entretien et dans la relation.

En ce qui concerne la mauvaise ou l'inexacte traduction des questions et des réponses lors de l'entretien, par exemple dans le cas mentionné ci-dessus, l'enregistrement se révèle d'une grande aide. La traduction simultanée pendant l'entretien ne permet pas d'obtenir toutes les informations ou peut parfois donner des informations erronées, mais il est possible de rectifier les erreurs ou de compléter les lacunes lors de la reprise ultérieure de l'enregistrement. Une plus grande précision est alors possible. Ces traductions en différé ont été faites parfois avec l'interprète avec qui l'entretien a été réalisé, parfois avec l'aide d'une autre personne de langue moore. Ainsi, pour certains entretiens réalisés en moore, l'analyse de l'échange avec un certain recul, ainsi que dans certains cas une seconde opinion, a constitué dans bien des cas un apport supplémentaire permettant une compréhension plus approfondie.

De manière générale, le travail avec plusieurs traducteurs et interprètes a été un atout. Il a pu rappeler la subjectivité de toute traduction, de même que le rôle fondamental du contact humain lors des entretiens. La qualité du contact humain et celle de la traduction ne vont pas toujours de pair. Certaines personnes se sont révélées d'excellents interprètes, mais se comportaient parfois d'une manière inhibant les réponses de l'informateur. D'autres au contraire ne traduisaient pas de manière fidèle, mais incitaient par leur chaleur ou leur charisme, l'informateur à se confier de manière plus libre et plus franche. Dans ces cas-là surtout, une traduction a posteriori s'est avérée riche en découvertes. La pluralité des interprètes a ainsi évité de limiter la recherche à une subjectivité particulière (à part bien sûr la mienne...), et permis une variété de points de vue et d'approches enrichissante.

Lors des entretiens sans interprète, la discussion est évidemment plus directe. Le rapport engage deux personnes dans un dialogue sans intermédiaire. Des problèmes de compréhension peuvent se poser, dûs aux différences entre la langue française parlée au Burkina Faso et celle parlée en Suisse. Mais ces incompréhensions restent minimales, surtout après quelques mois de séjour. Le fait de parler la même langue facilite grandement l'échange. Il permet une compréhension plus directe du contenu mais aussi de l'attitude de la personne, en particulier du ton employé, qui peut changer totalement la signification d'un énoncé. Ces entretiens se sont dans certains cas poursuivis en discussions plus spontanées, révélant certains aspects ne touchant pas directement au thème lui-même, mais en facilitant la compréhension.

En dehors des entretiens, j'ai déjà mentionné le fait que de nombreuses causeries informelles ont fourni de précieuses informations, en particulier en ce qui concerne les utilisateurs et infirmiers.

5.2.1.2 Observation

Outre les entretiens, l'observation est une méthode anthropologique centrale. Le principe de l'« observation participante » est de « s'imprégner du milieu d'étude et de faire comme les autres pour faire oublier le plus possible sa différence » (Laterali, 2005, p.26). L'observation participante permet de récolter des données supplémentaires, comme de se familiariser avec les discours et pratiques des personnes, et de mieux comprendre ce qui se passe dans un contexte donné et pourquoi. L'observation se révèle particulièrement utile pour comprendre certaines « pratiques pas ou peu réflexives » (Leu, 2009, correspondance personnelle), c'est-à-dire tellement ancrées dans le quotidien qu'elles n'engendrent pas de discours particulier. L'observation, contrairement aux entretiens, permet de mettre en évidence ces pratiques. Elle permet également de confronter l'éventuel écart entre ces discours et pratiques, et de mettre en évidence certaines dynamiques, intérêts ou préoccupations que ne révèlent pas les entretiens dont le caractère formel instaure parfois une certaine distance, voire même méfiance. Le caractère informel des contacts quotidiens, qui deviennent avec le temps de plus en plus personnels, constitue donc un atout au niveau méthodologique, en ce qu'il permet un contact plus profond et donne ainsi accès à d'autres discours et d'autres interactions. Cependant, il peut également constituer une difficulté, le chercheur devant maintenir un certain recul indispensable à son enquête.

Dans le cadre de cette étude, il a à plusieurs reprises été possible d'assister aux consultations de certains thérapeutes locaux, principalement lors de la réalisation d'entretiens avec certains d'entre eux. C'est le cas en particulier des rebouteux ou de thérapeutes de grande renommée, qui prennent en charge les patients dans leur cour, aux yeux de tous. En outre, j'ai eu l'occasion de faire personnellement recours à des traitements locaux à divers moments de mon séjour.

Des observations systématiques n'ont cependant pas été faites, pour des raisons éthiques en rapport avec le thème de recherche. Parfois, le caractère privé des consultations médicales

dans les centres de santé comme chez certains thérapeutes locaux, n'a pas permis des observations systématiques. D'autres fois, il aurait été possible d'insister, mais j'ai dans ces situations été confrontée à mes propres limites. En effet, dans certains cas de maladie auxquels j'ai assisté, j'ai préféré éviter des questions qui n'auraient servi qu'à retourner le couteau dans des plaies déjà assez douloureusement ouvertes. Par exemple, le fils d'un couple d'amis, âgé de trois ans, a passé quelques jours sous perfusion de quinine dans une clinique privée (sa première perfusion⁶⁸) pour traiter une crise de paludisme. Son état ne s'améliorant pas, les parents m'ont fait part de leur inquiétude et ont hésité à se rendre chez une soignante moaga qu'ils sont habitués à consulter pour leur enfant. J'ai souhaité les accompagner pour assister aux démarches, mais face à leur détresse, cela m'a semblé totalement déplacé. J'aurais eu l'impression de me transformer en voyeur dissimulé sous le masque de la recherche. Impression personnelle que d'autres chercheurs ont probablement pu surmonter. Je n'ai pas pu, le respect de la souffrance des gens passant pour moi avant les besoins de la recherche et la curiosité personnelle... C'est pourquoi mes observations sont restées limitées à des situations réellement participantes.

En revanche, il est plus aisé de faire des observations autour du lieu de vie. Vivre dans une cour partagée avec d'autres personnes permet de se rendre compte de ce que représente la maladie ou la santé au quotidien. Il en va de même des interactions avec les voisins. La vie à Ouahigouya se déroule en grande partie à l'extérieur, soit dans les cours qui sont souvent ouvertes, soit dans la rue, offrant la possibilité de nombreux échanges avec des personnes de différents âges et de différentes conditions sociales⁶⁹.

Cependant, la langue utilisée au quotidien est le moore. Ne parlant pas cette langue, beaucoup de situations révélatrices et riches en enseignements m'ont échappé. Ces « interventions discursives locales », d'après le terme qu'utilise Olivier de Sardan (1995, p.78, in Laterali, 2005, p.34) pour désigner les dialogues spontanés et quotidiens entre les individus, constituent en effet un aspect non négligeable de l'observation participante. Avec le temps, au

⁶⁸ En général, les enfants souffrant d'une crise de paludisme, lorsqu'ils sont soignés par la médecine moderne, prennent des médicaments sous forme de sirops. Dans ce cas-là, cela n'a pas suffi et il a fallu avoir recours à l'hôpital où on a prescrit une perfusion de quinine, à laquelle on ajoute antibiotique et paracétamol.

⁶⁹ Il faut préciser que le quartier où je vivais est un quartier de construction relativement récente, composé principalement d'habitations en location dans des cours communes. Ces logements sont occupés en majorité par des familles nucléaires dont l'un des adultes est dans bien des cas fonctionnaire, c'est-à-dire disposant d'un revenu fixe et ayant suivi une éducation relativement longue. Il s'agit donc d'une certaine part de la population qui n'en est pas représentative. Les voisins les plus proches (personnellement et non géographiquement) étaient cependant des personnes de conditions plus variées et souvent modestes.

fur et à mesure que j'acquerrais des connaissances de la langue moore et à défaut d'en comprendre les détails, j'ai pu repérer les moments où le thème de la santé ou de la maladie intervenait dans une discussion, et dans les cas où cela était possible, demander une traduction ou faire passer la discussion au français.

Ainsi, l'observation participante et directe a permis de révéler certains aspects sur la manière dont les traitements sont réalisés, sur l'interaction entre soignant et patient, et parfois entre thérapeutes locaux et personnel biomédical, ainsi que sur les stratégies du malade et de ses proches (famille, amis et voisins) en cas de maladie.

5.2.2 Difficultés rencontrées

J'ai déjà parlé ci-dessus des difficultés liées aux méthodes employées. Il a été question de la réalisation des entretiens, de la traduction et de la médiation, ainsi que de l'observation participante. J'aborde à présent les difficultés liées au statut spécifique du chercheur, à son rôle et à sa position sur le terrain d'étude.

De nombreux auteurs en sciences sociales ont mis le doigt sur les difficultés liées à la position du chercheur sur son terrain d'étude. Sa présence ne passe évidemment pas inaperçue. Un effort de réflexivité de la part du chercheur sur le terrain permet de considérer l'influence de sa présence sur les comportements des interlocuteurs. Comme le soutient J-P Olivier de Sardan, l'informateur intervient activement dans l'entretien, celui-ci représentant une situation d'échange dans laquelle les deux parties sont actives et défendent leurs intérêts respectifs. « L'enquêté n'a pas les mêmes « intérêts » que l'enquêteur ni les mêmes représentations de ce qu'est l'entretien. Chacun, en un certain sens, essaye de « manipuler » l'autre. L'informateur est loin d'être un pion déplacé par le chercheur ou une victime prise au piège de son incoercible curiosité. Il ne se prive pas d'utiliser des stratégies actives visant à tirer profit de l'entretien (gain en prestige, reconnaissance sociale, rétribution financière, espoir d'appui ultérieur, légitimation de son point de vue particulier ...) ou stratégies défensives visant à minimiser les risques de la parole (donner peu d'information ou des informations erronées, se débarrasser au plus vite d'un gêneur, faire plaisir en répondant ce qu'on croit que l'enquêteur attend...) » (Olivier de Sardan, 2003, p.39). Les entretiens s'assimilent ainsi à « une négociation invisible » dans laquelle chacun aurait quelque chose à gagner » (Laterali, 2005, p.28). Ainsi, dans certains cas, l'informateur peut manipuler

consciemment l'enquêteur, en lui fournissant des réponses qu'il sait erronées ou en dissimulant certaines informations. Ce peut être par indifférence, par intérêt, par désapprobation de la démarche ou de la position du chercheur, ou dans l'intention de donner à ce dernier ce qu'on lui estime utile afin de l'aider dans son travail. Quoi qu'il en soit, l'informateur attribue au chercheur des intentions et des attentes qui ne correspondent pas toujours à celles que celui-ci se fait de son côté. Lors d'un terrain ayant lieu comme celui-ci dans un pays subsaharien, l'origine de la personne joue un rôle fondamental, d'autant plus lorsqu'elle est clairement visible par la couleur de peau. Le fait d'être *nasara* (blanc ou blanche), constitue un aspect non négligeable et omniprésent avec lequel tout occidental est confronté par sa présence en Afrique de l'Ouest. Le chercheur doit compter avec l'image que lui attribuent les personnes qu'il côtoie lors de son terrain.

Dans le cadre de mon travail, le thème énoncé de la recherche, le rapport entre « médecine traditionnelle » et « médecine moderne », génère différentes interprétations. On peut dire, pour résumer, que principalement deux cas de figure se présentent. La première interprétation possible face au chercheur que je suis et en contexte mossi, est liée à la longue attitude de méfiance et même d'opposition que les blancs ont eue vis-à-vis de la médecine locale et autres pratiques. Les idées reçues considèrent que les blancs n'y croient pas. Les interlocuteurs semblent en effet souvent penser que je ne crois pas à la « médecine traditionnelle » et surtout pas à ses aspects mystiques. Ils mettent alors sur le compte de ma couleur de peau et de mon statut, un lien supposé avec les politiques de collaboration et/ou la « médecine des blancs », la biomédecine. Suite à cette interprétation, ces informateurs peuvent, soit provoquer mes réactions en mettant l'accent sur les aspects inexplicables de leurs croyances et pratiques, soit au contraire dissimuler ces aspects, tentant de rationaliser leur discours, voire même parfois de nier l'efficacité des thérapeutiques locales, en particulier des pratiques « magiques » que l'on nomme même parfois « archaïques », afin de ne pas passer pour ringards ou « arriérés », selon leur propres mots. La deuxième interprétation à laquelle j'ai été confrontée se base sur l'intérêt récent de certains chercheurs ou agents de santé occidentaux, ainsi que du discours politique, envers la « médecine traditionnelle » et ses pratiques. Dans ce cas de figure, les informateurs considèrent d'office que je m'inscris dans cette logique et que la médecine traditionnelle m'intéresse. Ils peuvent alors choisir d'orienter leurs réponses vers une vision positive de la médecine traditionnelle, mettant l'accent dans leur discours sur sa valeur et son efficacité, en particulier en ce qui concerne les plantes. De plus, comme il apparaîtrait ici, ils se focalisent dans certains cas sur les plantes, et il devient

difficile d'orienter la conversation vers, par exemple, leur considération de l'autre médecine et des rapports entre les deux. Dans les deux cas, les discours sont biaisés, et il conviendrait d'observer les pratiques de ces personnes au quotidien.

Malgré ces deux tendances, il est clair qu'au fil des discussions et dans le cas de rencontres successives, de tels *a priori* se dissipent. Vis-à-vis de ces difficultés, il est fondamental d'adapter au mieux les questions posées, afin qu'elles ne laissent pas transparaître les intentions et opinions de l'enquêteur, laissant l'informateur libre de répondre comme il le souhaite en l'influençant au minimum. La précision des questions ne s'obtient que par un processus de réajustement constant, en fonction des expériences faites et des manques ou biais constatés. Le contenu des questions, la manière de les poser de même que l'attitude générale à avoir dépendent bien sûr de la personne interrogée et du contexte de la rencontre. Les entretiens en petit comité, et dans la mesure où ils peuvent être réalisés dans un endroit permettant une relative intimité⁷⁰, permettent dans une plus large mesure d'obtenir des informations fiables.

Je donne dans ce qui suit deux exemples illustrant ces difficultés. Lors de la première rencontre avec un thérapeute des vieux quartiers de Ouahigouya, celui-ci semblait quelque peu sur la défensive. Ses réponses étaient très brèves, se limitant au minimum qu'exigent la politesse et le nécessaire accueil de l'étranger, coutume de la plus haute importance chez les Mossi. Du moment qu'elle accepte l'entretien – et il est souvent difficile de le refuser –, même à contre cœur, la personne se voit logiquement obligée de répondre au moins un minimum aux questions posées et à la discussion qui s'en suit. L'entretien a donc été laborieux. Peu d'informations ont été obtenues. Je n'ai suite à ce premier entretien pas souhaité insister auprès de ce thérapeute, ne voulant pas m'imposer, la sensation qu'il m'avait laissée étant que je le dérangeais. Pas de problème. Plusieurs semaines ou même plusieurs mois plus tard, l'ami qui m'avait conduit chez lui et s'était chargé de la traduction, m'annonce l'avoir croisé en ville, et avoir discuté avec lui au sujet de l'échange que nous avions eu. T. a alors avoué sa gêne, et expliqué avoir cru que je venais pour utiliser son savoir dans un quelconque but lucratif duquel je l'excluais bien naturellement. Mon ami ayant pu lui expliquer que ce n'était pas le cas, que je ne cherchais même pas à connaître ses recettes, T. a alors souhaité une nouvelle rencontre. Après s'être manqués plus d'une fois, il a finalement

⁷⁰ Il est souvent difficile d'obtenir cette intimité dans le contexte africain, en particulier au village et dans les vieux quartiers.

été possible de réaliser un second, et même un troisième entretien. Des contacts sporadiques et au fil du hasard ont même finalement instauré une certaine relation de familiarité entre nous. Lors de ces rencontres successives, T. a été incomparablement plus ouvert que la première fois (ce qui semble tout à fait légitime), et a même contredit plusieurs informations qu'il avait données auparavant.

Cette expérience illustre bien les difficultés liées aux entretiens et aux relations interpersonnelles, de même que les biais qui peuvent alors surgir dans la compréhension des discours. D'où l'importance de pouvoir établir une relation de confiance entre enquêteur et informateur. Il est en effet fondamental de tenter d'établir des contacts sur la durée. De plus, une entente personnelle au-delà du simple intérêt « professionnel » est très importante, bien qu'elle comporte aussi des risques, par exemple celui de ne plus parvenir à garder le recul nécessaire face aux informations et aux discours.

Un second exemple révélateur des difficultés supplémentaires liées aux différents statuts des personnes présentes concerne l'importance de l'intermédiaire ou interprète choisi.

Ayant appris l'existence d'une association régionale de *tradipraticiens de santé* basée à Ouahigouya, je souhaitais contacter cette structure afin de me renseigner sur son fonctionnement et pouvoir entrer en contact avec un grand nombre de « tradipraticiens ». Avant d'obtenir un contact, je me suis rendue au District Sanitaire de Ouahigouya pour obtenir des informations sur la structure du système de santé, et pour rencontrer la pharmacienne responsable des programmes concernant la « médecine traditionnelle » et impliquant les « tradipraticiens de santé ». Lors de cet entretien, elle me proposa de prévenir les responsables de l'association de mon arrivée et de m'introduire auprès d'eux. J'ai naïvement accepté, prévoyant de m'y rendre, une fois présentée, avec un traducteur de mon choix. Mais la proposition des membres du District incluait un intermédiaire pour la traduction, en la personne du préparateur en pharmacie du District. J'ai accepté pour un premier contact, estimant qu'il pouvait être intéressant d'y aller avec une personne concernée et les connaissant, et de rencontrer par la même occasion une personne ayant un point de vue différent. Je n'ai pas pensé aux biais que cet intermédiaire risquait d'impliquer. La rencontre était prévue au siège de l'association, mais les choses se sont passées autrement : Quelques jours plus tard, j'ai rencontré un certain nombre de membres de l'association des tradipraticiens dans la cour même du District Sanitaire. Dès lors, ma présence fut liée au District sanitaire, et par là même au système médical officiel. Cette situation a introduit un biais certain dans les entretiens que j'ai réalisés par la suite avec les membres du bureau de

l'association. J'ai alors souhaité m'en distancer en effectuant des entretiens supplémentaires avec un traducteur de mon choix, et sans la présence du préparateur en pharmacie du District. Mais celui-ci m'a alors fait comprendre qu'il ne serait pas judicieux de « mettre de côté les personnes mêmes qui sont responsables de votre succès ». Sans commentaire. J'ai alors choisi de contacter d'autres thérapeutes par d'autres biais – principalement par réseaux personnels –, supposant que nombre d'entre eux appartiendraient à l'association, ce qui fut effectivement souvent le cas. J'ai ainsi pu toucher aussi bien des thérapeutes locaux appartenant à l'association que d'autres ne connaissant pas même son existence.

Pour ce qui est des entretiens réalisés avec le préparateur en pharmacie, ils se sont finalement révélés fort intéressants. Outre les informations obtenues, ils ont permis d'observer l'interaction entre les deux personnages, l'un représentant la « médecine traditionnelle » et ses intérêts, l'autre représentant le système biomédical et ses intérêts. De plus, il a été révélateur de pouvoir confronter, sur la base des enregistrements, la traduction simultanée de mon interprète officiel avec le discours de l'informateur. En effet, il a été fondamental dans ce cas précis de pouvoir enregistrer les entretiens. En reprenant l'enregistrement après coup et avec une autre personne de langue moore, il a été possible de mettre en évidence les écarts entre le discours du « tradipraticien de santé » et la traduction qui en avait été faite par le membre du District.

6. Situation sanitaire et système de soins au Burkina Faso.

6.1 Historique du pluralisme médical et des politiques liées à la « médecine traditionnelle »

Comme le souligne très justement Joan Muela, la « constitution d'un système médical pluriel est un processus historique et socio-politique, déterminé par les alliances et conflits entre médecines, les politiques de santé, et les stratégies de la biomédecine et de la médecine traditionnelle pour attirer des clients. Dans ce processus se configurent la position sociale des médecines (principalement en termes de prestige), leurs caractéristiques respectives, leur statut légal et les espaces thérapeutiques respectifs (c'est-à-dire les maladies pour les soins desquelles chaque médecine se considère comme efficace) » (2007, p.10, traduction personnelle). Il est donc fondamental de dresser un aperçu historique de leur émergence et de leurs contacts, ainsi que des politiques de santé qui se sont succédées. J'y mets l'accent sur ce que les politiques successives peuvent avoir comme conséquences, encore aujourd'hui, sur les interrelations entre les différentes « médecines » composant le « système médical pluriel » au Burkina Faso.

6.1.1 Époque précoloniale

En processus d'adaptation constant au contexte local et global, les thérapeutiques locales sont mobilisées pour répondre aux besoins sanitaires des communautés avant la période coloniale. La dimension politique de la santé n'est pas une caractéristique propre au système de santé « moderne » et aux démarches de « santé publique ». Des Etats précoloniaux comme les royaumes africains ont comme préoccupation politique la résolution des problèmes de santé de leurs populations. Dans ce but, « des formes organisées, et même institutionnalisées, de lutte collective contre les maladies » (Fassin, 2000, p.129) sont élaborées. Il s'agit principalement de mesures prises en cas d'épidémies, et de grands travaux d'aménagement territorial (Fassin, 2000, p.129).

6.1.2 Époque coloniale

Avec la colonisation vient s'ajouter au « système médical traditionnel » – moaga dans notre cas – un autre système, celui de la médecine « moderne », qui évoluera pour arriver à ce que l'on connaît aujourd'hui. Par l'intermédiaire du système médical colonial, des idées et des modes de fonctionnement élaborés par les sociétés occidentales sont imposés au monde colonisé. Depuis le XVIII^e siècle, en effet, les valeurs dominantes et les procédures de leur application s'inscrivent dans les cadres de la pensée occidentale. Cela est vrai de manière générale, et en particulier en ce qui concerne le domaine de la santé. La médecine coloniale est considérée comme porteuse de « progrès » pour les populations conquises et soumises des pays du Sud. Dans un premier temps, c'est l'hygiénisme, premièrement appliqué en Occident, qui s'impose comme une valeur et une solution universelles, et qui, élevé au rang d'idéal, a pour conséquence que « le personnel médical ne se limit[e] pas au traitement des malades et aux mesures de prévention. La médecine [est] perçue comme le vecteur d'une nouvelle civilisation, capable de transformer les mentalités et les traditions en important de nouveaux modes de vie » (Anne Marcovich (1988) citée dans Fassin, 2000, p.132). La médecine constitue ainsi un outil de l'« œuvre civilisatrice française », qui passe en effet par la médecine curative, des opérations d'assainissement, et des programmes de vaccination. Dans un tel contexte, la médecine traditionnelle est totalement négligée, voire même diabolisée et interdite par les missionnaires et l'administration coloniale, au profit de la médecine « occidentale », dite « moderne ».

« Au temps des colons, on avait voulu supprimer les tradipraticiens. Parce que les docteurs, les docteurs blancs, ne voulaient pas cette pratique, parce que pour eux, c'est, ça fait des concurrents, premièrement, et puis, ils n'ont pas confiance, que ces gens-là ne sont pas des faux truands pour dépouiller les populations de leurs biens sans pouvoir tôt ou tard les soigner. Voilà, alors dans le doute, ils préfèrent carrément l'interdire. En tout cas je sais que les docteurs de la colonisation n'étaient pas d'accord avec les tradipraticiens » (Naaba⁷¹ L, OHG, secteur 13).

⁷¹ Le terme moore *naaba* désigne les chefs traditionnels mossi. Il s'agit généralement de personnes sages et souvent très cultivées, grandement respectées par les communautés.

Or, sur le terrain d'application que sont alors les pays colonisés, le programme sanitaire occidental est confronté à des mondes bien différents de celui où il a été élaboré. Il y rencontre évidemment des difficultés quant à son objet et à son application, et ne donne pas de résultats conformes aux attentes de l'administration et de la médecine coloniales. En Afrique, « les populations autochtones continuent à consulter leurs marabouts et leurs guérisseurs, elles ne respectent pas les mesures d'hygiène publique qui leur sont imposées, et refusent d'être immunisées contre la variole pour laquelle elles disposent déjà de techniques empiriquement éprouvées⁷² » (Fassin, 2000, p.132-133).

Confrontés aux réalités difficiles de la mise en pratique de leur idéal, les médecins et administrateurs décident que la médecine doit certes « apporter ses lumières et ses bienfaits aux populations » colonisées, mais que « les moyens, les savoirs, les institutions doivent leur être spécifiques. Le programme universaliste cède ainsi progressivement le pas à des solutions particulières, prenant mieux en compte les projets politiques et les présupposés culturalistes du colonisateur » (Fassin, 2000, p.130). La priorité passe alors des soins à la prévention, on diminue le nombre de médecins pour augmenter celui des « officiers de santé », et les procédures cliniques approfondies se voient accorder moins d'importance, alors que des techniques de diagnostic simplifiées sont adoptées. Mais malgré ces nouvelles tentatives, la « résistance » face à la santé publique persiste, dans bien des cas comme une position politique et comme un refus vis-à-vis de la gestion mise en place, qui s'effectue par des contrôles sanitaires (Fassin, 2000). La population a toujours recours aux soignants « traditionnels ».

Les avancées médicales vont cependant apporter de nouveaux outils à la médecine coloniale pour faire face aux pathologies tropicales, qui sont pour la plupart des maladies parasitaires, différentes des maladies connues en Europe. On peut citer principalement les découvertes pastoriennes, dès 1891, et le développement de la microbiologie. Avec l'isolement du germe comme explication de la maladie, les étiologies sociales sont reléguées au second plan (Yoda, 2005, p.51). Alors, « la conception de la maladie en tant que conséquence de l'action spécifique d'un germe va donner un caractère scientifique à l'approche hygiéniste de la santé et de la maladie » (Yoda, 2005, p. 52). La notion de microbe vient ainsi révolutionner la médecine en général. La médecine coloniale devient « médecine tropicale ». On considère

⁷² Il existait des « vaccins traditionnels » consistant à « inoculer au bras, par des incisions superficielles, du pus desséché provenant de malade convalescent. L'éruption chez l'homme se limitait alors en général au bras et le visage était préservé » (Brelet, 2002, p.52).

alors que les affections connues dans les pays colonisés sont différentes et ont des modes de transmission particuliers, ce qui vient confirmer l'idée qu'elles visent des populations « pour lesquelles des pratiques spécifiques sont nécessaires » (Fassin, 2000, p.134). Les *pratiques spécifiques* alors élaborées ne tiennent évidemment pas compte de la perception que les malades ont de ces mesures, et ne sont préoccupées que par leur efficacité collective.

C'est cette rhétorique de la différence (que l'on parle de race, d'ethnie ou de culture⁷³), qui justifie les interventions sanitaires de masse de même que l'ensemble de la politique coloniale. La « culture », ou en d'autres mots ce que l'on considère comme étant les caractéristiques des collectivités, est désignée comme responsable de l'incidence différentielle des maladies sur le continent. L'Afrique est vue comme un monde « primitif » et « fragile, mal préparé à lutter contre les maladies, soumis aux pulsions les plus violentes, que seule la civilisation et, pour les missionnaires qui recourent fréquemment à cette argumentation, l'évangélisation peuvent soustraire aux influences maléfiques naturelles et morales » (Fassin, 2000, p.135). Les savoirs et savoir-faire locaux sont considérés comme des obstacles à la médecine moderne, et par là même à l'amélioration des conditions sanitaires, qui ne peuvent passer que par elle. Pour certains au contraire, la colonisation, l'industrialisation et la modernisation sont responsables d'un « affaiblissement, qui prendra chez certains le nom de dégénérescence, des sociétés africaines ; corrompues par le monde européen, déstructurées et déculturées, celles-ci n'auraient d'autre issue, évidemment impossible, que le retour à leurs traditions » (Fassin, 2000, p.135). Ces deux points de vue se retrouvent dans le débat plus spécifique relatif à la médecine traditionnelle. Bien qu'opposés en apparence, ils ont recours à la même rhétorique, mettant en forme des préjugés, et désignant la culture comme point central pour appréhender l'Autre, effaçant ainsi la dimension politique. Ce culturalisme est très prononcé dans les politiques coloniales et le reste encore pendant longtemps. On constate des tensions constantes entre tendances à l'universalisme et au culturalisme au cours de l'histoire des pays anciennement colonisés, aucune n'ayant réussi à s'imposer comme solution capable de résoudre les problèmes de politiques sanitaires. Hésitations, incertitudes et conflits « entre la recherche de réponses universelles et l'affirmation de spécificités culturelles » (Fassin, 2000, p.131) se font constamment sentir.

Quoi qu'il en soit, la période coloniale n'est pas favorable – c'est le moins qu'on puisse dire – aux thérapeutiques locales, qui cependant continuent à être utilisées par les populations.

⁷³ Même des considérations culturalistes sont parfois sous-tendues par des argumentations raciales, voire racistes.

Cependant, après la deuxième guerre mondiale, des institutions internationales sont mises en place, ayant pour fonction de « définir les grandes lignes de politiques sanitaires » (principalement l’OMS). S’en suit un retour vers des « modèles et mots d’ordre à vocation universelle »⁷⁴ (Fassin, 2000, p.130).

6.1.3 Après l’indépendance

Des changements considérables surviennent à partir de l’indépendance en 1960. Les relations entre les deux médecines et la structure du « système médical pluriel » va petit à petit se modifier. « C’est après [de] multiples constats d’échec que l’on fait remarquer que les pays en développement disposent d’une importante médecine traditionnelle » (Zoure, 1996, p.12). Au Burkina Faso comme dans bien des pays africains, l’exercice de la « médecine traditionnelle » est « toléré » après les indépendances. Puis, dès les années 70, la « médecine traditionnelle » est progressivement reconsidérée, autorisée, et enfin reconnue. En 1970 au Burkina Faso, l’attitude de l’Etat envers la « médecine traditionnelle » se modifie, et une ordonnance portant Code de Santé Publique la tolère. Mais ce n’est qu’en 1978, avec la Déclaration d’Alma Ata⁷⁵ qui promulgue le programme des soins de santé primaires, que se manifeste un changement réel. Les mots introductifs de la Déclaration d’Alma-Ata (1978) soulignent la « nécessité d’une action urgente de tous les gouvernements, de tous les personnels des secteurs de la santé et du développement ainsi que de la communauté internationale, pour protéger et promouvoir la santé de tous les peuples du monde »⁷⁶. Ce programme ambitieux des soins de

⁷⁴ Ce retour à l’universalisme s’explique également par le fait que les solutions aux problèmes sanitaires sont perçues comme étant « d’ordre technique et médical », et donc ne sont que « peu susceptibles d’être liées à des spécificités locales » (Fassin, 2000, p.130). De plus, dans le contexte délicat de la décolonisation, puis des indépendances, comme de nos jours, on évite d’avancer des solutions pouvant être perçues comme spécifiques aux pays décolonisés ou du « tiers monde ».

⁷⁵ La politique des soins de santé primaire est proclamée par l’OMS et par le Fonds des Nations unies pour l’Enfance (UNICEF), avant d’être ratifiée officiellement par l’Assemblée mondiale de la santé qui réunit les ministres de la Santé des pays membres (in Fassin, 2000, p.140).

⁷⁶ Déclaration d’Alma-Ata, http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_1?language=french, consulté janvier 2009, (mise à jour 1^{er} avril 2006). Ce nouveau paradigme est né face à l’inadéquation et aux échecs des autres politiques de santé dans les pays dits du « Tiers-Monde » dont j’ai parlé ci-dessus. Contrairement aux politiques précédentes qui visaient à appliquer des programmes conçus au Nord dans les pays du Sud, la politique des soins de santé primaires est conçue en vue d’ « embrasser une réalité socio-sanitaire planétaire » (Fassin, 2000, p.140). La notion d’égalité est centrale dans le texte fondateur, et permet de considérer sans distinction pays riches et pays pauvres afin de proposer des réponses universelles (Fassin, 2000, p.140), au-delà de contextes sanitaires, épidémiologiques, et socio-économiques largement différents, et dans le but de dépasser les oppositions courantes entre Nord et Sud tout en gardant conscience de l’histoire qui les lie. Didier Fassin

santé primaires repose sur quatre éléments principaux : « une approche multisectorielle associant notamment agriculture, élevage, éducation, logement et travaux publics, à la santé ; une intégration dans les mêmes structures des activités de soins, de prévention et de promotion de la santé ; une participation des populations, entendue comme une implication dans les processus de décision du système de santé ; enfin, la mobilisation de tous les acteurs de la santé au service de la collectivité, y compris des thérapeutes traditionnels » (Fassin, 2000, p.141). Ces différentes mesures constituent une prise de distance avec les politiques coloniales. Elles contribuent à « réformer l'organisation sanitaire » et constituent une « rupture idéologique par rapport aux conceptions et aux pratiques » dominantes de la médecine coloniale (Fassin, 2000, p.141). La Déclaration d'Alma Ata marque le début de l'intérêt des politiques et des organisations internationales pour la « médecine traditionnelle » des différents pays. Il devient alors possible de « dégager des mécanismes susceptibles d'aider les pays à harmoniser la médecine traditionnelle et la médecine moderne dans un système cohérent de prestations sanitaires »⁷⁷.

Ainsi, un grand nombre de pays africains appliquent les directives de l'OMS relatives à l'incorporation de la « médecine traditionnelle » dans les services publics de santé. Elles sont intégrées et mises en pratique de différentes manières. Des stratégies apparemment distinctes visant l'intégration des deux systèmes médicaux sont promues par l'OMS. La première possibilité est l'*intégration* proprement dite, qui suppose la formation d'un nouveau système de santé, synthèse syncrétique entre les médecines déjà existantes. Le deuxième modèle est celui de l'*incorporation* des thérapeutes « traditionnels » au système de santé dirigé par les professionnels biomédicaux. Joan Muela souligne très justement que ces deux solutions correspondent à une même stratégie, consistant à sélectionner « des personnes, concepts, techniques et remèdes, afin de constituer un système de santé approprié depuis la perspective des professionnels de la santé » (2007, p.31). Selon Offiong, cette solution impliquant la fonte de deux systèmes disparates en une unité cohérente n'est pas la plus souhaitable, ni la plus simple à réaliser. Il lui semble que la solution présentant une plus grande faisabilité consiste à identifier des espaces (*areas*) dans lesquels les différentes traditions médicales se complètent au mieux, et à établir des liens (*working contact*) dans ces espaces – tel que c'est le cas au

remet en cause cette rhétorique qui entoure les soins de santé primaires, annoncés comme universels, alors qu'ils ne s'adressent en réalité qu'aux pays du « Tiers-Monde », à quelques exceptions près.

⁷⁷ OMS, *Médecine traditionnelle dans le développement des services de santé*, 1979, cité par Brelet, 2002, p.15.

Ghana⁷⁸ (Offiong, 1999, p.128, traduction personnelle). Cette suggestion est très proche de la troisième stratégie proposée par l’OMS. En effet, outre l’*intégration* ou l’*incorporation*, une autre option possible est la mise en place d’une *collaboration* ou *coopération*, reconnaissant l’autonomie de chacun des deux systèmes, mais établissant des liens institutionnalisés entre eux. Selon Joan Muela (2007), cette dernière stratégie implique que les médecines existantes restent autonomes, mais se réfèrent mutuellement des patients dans les cas où elles considèrent que l’autre médecine est plus apte à traiter l’affection en question. Cette solution, contrairement aux deux autres sus-mentionnées, « ne s’intéresse pas aux caractéristiques de la médecine traditionnelle », mais aux *health-seeking processes*⁷⁹ « pour des problèmes de santé spécifiques, en vue d’établir un système de référence » (Muela, 2007, p.414). D’après Offiong qui étudie le cas du Nigeria, la coopération pourrait impliquer plusieurs aspects : que le gouvernement emploie des soignants traditionnels ; la professionnalisation des « tradipraticiens » ; le contrôle du gouvernement sur leurs activités et la création de règlements (*regulations*) ; la coopération de deux secteurs indépendants (Offiong, 1999, p.128).

Quoi qu’il en soit, les mesures revendiquées lors de la Conférence d’Alma-Ata et développées par la suite peinent à être appliquées. Des difficultés structurelles, outre le manque parfois de volonté politique et de moyens économiques, entre autres, constituent des obstacles à leur application.

6.1.4 De la Conférence d’Alma Ata de 1978 à nos jours

Le Ministère de la santé du Burkina Faso reconnaît aujourd’hui, avec l’OMS, l’importance de la contribution de la « médecine traditionnelle » en matière de santé des populations. Les politiques de santé burkinabées suivent en effet les directives édictées par la Déclaration d’Alma Ata et celles qui ont suivi. Ainsi, l’exercice de la « médecine traditionnelle » est non seulement autorisé au Burkina – sous certaines conditions – mais on peut même parler de

⁷⁸ Le Ghana est souvent cité par les auteurs comme le pays africain ayant su gérer au mieux la question de la relation entre les deux médecines et de son intégration et institutionnalisation (Muela, 2007 ; Offiong, 1999 ; Romero-Daza, 2002).

⁷⁹ Pour paraphraser Comelles et Martínez (1993, p.87) cités par Joan Muela (2007, p.31), cette notion développée par l’anthroposociologie nord-américaine désigne le processus suivi par un individu pour préserver ou recouvrer la santé. Celui-ci comprend les différentes étapes se succédant dans un système de gestion de la santé et inclut des pratiques allant de l’automédication à la consultation de professionnels ou spécialistes médicaux.

« Politique Nationale en matière de Médecine et Pharmacopée⁸⁰ Traditionnelles ». Cette politique vise « l'intégration des pratiques médicales traditionnelles et des médicaments issus de la Pharmacopée Traditionnelle dans le système national de soins de santé »⁸¹. Selon le ministre de la Santé actuel, Alain Bédouma Yoda, « les médecines traditionnelle et moderne ont besoin l'une de l'autre. Cela ne fait plus l'objet d'aucun doute aujourd'hui et c'est conscients de cette réalité que les acteurs de ces deux types de médecine multiplient, depuis quelque temps, les rencontres de concertation en vue d'une meilleure collaboration » (Bama, 2008). Rencontres multiples, politiques, programmes, projets divers, sont mis en œuvre dans ce but. J'en aborde dans ce qui suit les principaux éléments, tels qu'ils sont présentés par les documents officiels⁸².

Sur le plan international, le gouvernement souscrit à diverses déclarations, résolutions et initiatives relatives à la question. Sont citées dans le *Document cadre de politique nationale en matière de médecine et pharmacopée traditionnelle* : la Déclaration d'Alma Ata déjà citée plus haut, qui définit la stratégie des soins de santé primaires et « reconnaît la Médecine Traditionnelle et les tradipraticiens de santé comme étant des partenaires importants pour atteindre l'objectif de la Santé pour Tous »⁸³ ; l'Initiative de Bamako en 1987 ; la Résolution adoptée en 2000 portant « promotion du rôle de la Médecine Traditionnelle dans les systèmes de santé, stratégie pour la Région Africaine de l'OMS » ; la Déclaration des Chefs d'Etat de l'Union Africaine, à Lusaka, faisant de la période 2001-2010 la « Décennie de la Médecine Traditionnelle en Afrique » ; l'Initiative de Libreville adoptée en 2002 portant sur la protection et la valorisation des inventions africaines en matière de médicaments⁸⁴.

Ces programmes internationaux auxquels souscrit le Burkina Faso doivent ensuite être intégrés aux politiques et appliqués au niveau national.

⁸⁰ « La pharmacopée traditionnelle africaine désigne l'ensemble des savoirs, des connaissances, des pratiques, des techniques de préparation et d'utilisation des substances végétales, animales et/ou minérales, qui servent à diagnostiquer, prévenir et/ou éliminer un déséquilibre physique, mental ou social. C'est le patrimoine thérapeutique de l'Afrique » (Article 1 du *Décret n° 2004-569/PRES/PM/MS/ MCPEA/MECV/MESSRS portant autorisation de mise sur le marché des médicaments issus de la Pharmacopée Traditionnelle au Burkina Faso*, 2004). Je précise que la « pharmacopée traditionnelle africaine », outre son usage thérapeutique par les *tipa*, considéré ici, peut également servir aux *tiim-soba*, cités plus haut, qui peuvent s'en servir dans le but de faire le bien de manière plus générale, ou à des fins maléfiques.

⁸¹ *Document cadre de politique nationale en matière de médecine et pharmacopée traditionnelle*, 2004.

⁸² *Document cadre de politique nationale en matière de médecine et pharmacopée traditionnelle* (2004), décrets publiés dans le Journal Officiel du Faso (2004), etc.

⁸³ *Document cadre de politique nationale en matière de médecine et pharmacopée traditionnelle*, 2004.

⁸⁴ *Ibid.*

Entre 1984 et 1989 sont mises en place des Cellules de Pharmacopée Traditionnelle dans les structures sanitaires décentralisées du système de soins, et des associations de *tradipraticiens de santé* sont constituées, depuis 1984, placées sous la coordination des pharmaciens⁸⁵. Cette démarche est renforcée par la « réflexion sur les axes de politiques en matière de médecine traditionnelle en cours au niveau de la Direction des Services Pharmaceutiques » (Ouedraogo et al, 2003, p.150). Cependant, ce n'est qu'en 1994 que la Médecine et la Pharmacopée Traditionnelles se voient accorder une reconnaissance légale en tant que l' « une des composantes du système national de santé », par la loi portant Code de Santé Publique au Burkina Faso⁸⁶. Code de Santé Publique⁸⁷ qui définit les « modalités d'organisation, de promotion et d'exercice » de la médecine traditionnelle (Ouedraogo et al, 2003, p.150).

En 2002 est créée, au sein de la Direction Générale de la Pharmacie, la Direction de la Promotion de la Médecine et de la Pharmacopée Traditionnelles (DMPT). Cette Direction a pour missions « la coordination et le suivi des activités de la promotion de la Médecine et de la Pharmacopée traditionnelles, l'organisation de l'exercice de la Médecine Traditionnelle, et la valorisation des médicaments issus de la Pharmacopée Traditionnelle »⁸⁸. Pour ce faire, elle comporte trois services, à savoir le service de contrôle et réglementation de l'exercice de la médecine traditionnelle, le service d'enquête et statistique, le service d'appui à la valorisation des médicaments traditionnels, et s'occupe « entre autres des essais thérapeutiques des produits, de l'homologation, de la formation des tradipraticiens sur les bonnes pratiques de production et de l'appui sur les questions de propriété intellectuelle » (Guenda Segueda, 2008).

C'est seulement en 2004, dix ans après l'acceptation de la loi de 1994 portant Code de Santé Publique, que deux décrets sont adoptés, l'un *portant conditions d'exercice de la Médecine Traditionnelle au Burkina Faso*, et l'autre *portant autorisation de mise sur le marché des médicaments issus de la Pharmacopée Traditionnelle au Burkina Faso*, définissant ainsi la politique nationale en matière de médecine et de pharmacopée traditionnelles. Selon l'article quatre du premier décret, « l'exercice de la médecine traditionnelle s'inscrit dans le cadre du système national de soins de santé, de la protection et de la promotion de la santé des

⁸⁵ Ces mesures ont lieu sous le gouvernement de Thomas Sankara (1983-1987). Voir à ce propos le documentaire de Robin Shuffield intitulé *Thomas Sankara, l'Homme Intègre* (2006, ZORN Production International). Blaise Compaoré lui a succédé et est aujourd'hui encore à la tête de l'Etat burkinabé.

⁸⁶ *Document cadre de politique nationale en matière de médecine et pharmacopée traditionnelle*, 2004.

⁸⁷ La spécificité du Burkina à ce niveau est qu'il n'existe pas de corpus de textes constituant, à proprement parler, un Code de Santé Publique. C'est la loi mentionnée ci-dessus qui en fait office (Dembele, 2005).

⁸⁸ *Document cadre de politique nationale en matière de médecine et pharmacopée traditionnelle*, 2004.

populations, de l'amélioration de la couverture sanitaire du pays⁸⁹ ». Les principales mesures décrites sont le regroupement des compétences, le recensement des tradipraticiens de santé, la distinction entre *vrais* et *faux* tradipraticiens de santé par le contrôle de leurs compétences et de leur notoriété, le regroupement des tradipraticiens en associations, la dispensation de formations organisées par l'Etat à l'égard des tradipraticiens de santé et des agents de santé, l'instauration d'une « collaboration » et d'un « système de référence » entre médecines moderne et traditionnelle, le renforcement de la recherche scientifique et de la production locale de médicaments.

Ainsi, « la réglementation de la médecine traditionnelle prend en compte aussi bien la matière que la profession » (Dembélé, 2005, p.6). La réglementation burkinabée prévoit une collaboration avec les médecins (sous-entendu biomédecins). Ainsi, « le tradipraticien de santé peut, dans le cadre d'un contrat, collaborer avec un autre tradipraticien de santé, un agent de santé, une structure de recherche ou une formation sanitaire publique ou privée »⁹⁰. La recherche est soutenue en vue de la valorisation et de la « validation scientifique » de la Médecine et de la Pharmacopée traditionnelles⁹¹. Pour ce faire figurent parmi les objectifs cités la volonté de « renforcer la recherche scientifique en matière de Médecine et Pharmacopée Traditionnelles », ainsi que d'« améliorer le système de production et de distribution des médicaments issus de la Pharmacopée Traditionnelle »⁹². Le médicament issu de la Pharmacopée Traditionnelle est défini dans ce même document comme étant « tout médicament mis au point et développé par un tradipraticien de santé ou un chercheur à partir des connaissances ou informations issues de la Pharmacopée Traditionnelle »⁹³. Une première catégorie correspond aux médicaments produits par les thérapeutes locaux et que ceux-ci désignent par le terme de *tiim*⁹⁴. Le décret désigne trois autres catégories de « médicaments issus de la Pharmacopée Traditionnelle », produits de manière plus contrôlée, et appelés Médicaments Traditionnels Améliorés (MTA). Il s'agit de médicaments élaborés sur la base de recettes « traditionnelles » « améliorées », produits localement mais de manière plus ou moins industrielle, validés par des procédures scientifiques et des « essais cliniques », et

⁸⁹ Décret n° 2004-568/PRES/PM/MS/ MCPEA/MECV/MESSRS portant conditions d'exercice de la Médecine Traditionnelle au Burkina Faso, 2004.

⁹⁰ Article 13, Décret n° 2004-568/PRES/PM/MS/ MCPEA/MECV/MESSRS portant conditions d'exercice de la Médecine Traditionnelle au Burkina Faso, 2004.

⁹¹ Document cadre de politique nationale en matière de médecine et pharmacopée traditionnelle, 2004, p.12.

⁹² Objectifs spécifiques 6 et 7, Document cadre de politique nationale en matière de médecine et pharmacopée traditionnelle, 2004, p.14.

⁹³ Article 2, Décret n° 2004-569/PRES/PM/MS/ MCPEA/MECV/MESSRS portant autorisation de mise sur le marché des médicaments issus de la Pharmacopée Traditionnelle au Burkina Faso, 2004.

⁹⁴ Voir à propos de cette notion le point 4.3.1.

destinés à être intégrés au système de distribution pharmaceutique officiel⁹⁵. Cet intérêt n'est certainement pas étranger au fait que les médicaments « traditionnels » à base de plantes pour la plupart, constituent un domaine très lucratif. « Selon une étude de la banque mondiale réalisée en 2000, la vente de plantes médicinales rapporte dix milliards de francs CFA chaque année au pays » (Guenda Segueda, 2008, p.2)⁹⁶.

Ainsi, les structures sanitaires concernées mettent en place, dans un cadre institutionnel et en conformité avec les politiques nationales en matière de santé, ces diverses activités destinées à tisser des liens entre les deux médecines, ou entre différents acteurs des deux médecines, afin que ceux-ci travaillent ensemble « en vue de la bonne santé des populations ».

Dans ce contexte, on assiste également, parallèlement aux initiatives politiques et institutionnelles, à un certain nombre de démarches personnelles ou privées, comme par exemple dans le cas de l'association des tradipraticiens de O⁹⁷. En outre, un certain nombre – certes restreint – d'individus travaillant dans le domaine biomédical, choisissent de travailler non seulement avec la médecine pour laquelle ils sont formés, mais également en utilisant des éléments de l'autre médecine. C'est le cas principalement de certains pharmaciens, qui choisissent d'intégrer à leur travail d'officine pharmaceutique classique, un certain nombre de produits à base de plantes élaborés selon les recettes « traditionnelles » connues des thérapeutes locaux. J'ai rencontré plusieurs cas de ce type, d'envergures différentes⁹⁸. Ces démarches synthétiques sont intéressantes, mais comme le souligne un chef de village,

« ce n'est pas ça la collaboration, là. Ça c'est autre chose. Ça c'est la spécialisation. Ça ce sont des docteurs du moderne qui se spécialisent dans les tradipraticiens et qui profitent de

⁹⁵ Pour plus de précisions voir en annexe le *Décret n° 2004-569/PRES/PM/MS/ MCPEA/MECV/MESSRS portant autorisation de mise sur le marché des médicaments issus de la Pharmacopée Traditionnelle au Burkina Faso*, 2004.

⁹⁶ La question de la production contrôlée de MTA constitue pour les thérapeutes mossi interrogés un danger, de même que pour les patients. Les premiers craignent de se voir retirée une source non négligeable de leurs revenus, et les seconds de devoir payer plus cher en pharmacie pour des produits identiques à ceux qu'ils achètent aux thérapeutes locaux et vendeurs de produits.

⁹⁷ Il s'agit d'une association de tradipraticiens, semblable à la plupart de celles qu'on compte dans le pays, mais qui a été établie autour de l'initiative personnelle d'un agent de santé affecté dans ce village. L'association est financée par des bailleurs européens, et semble avoir mené à une réelle collaboration entre soignants locaux et biomédicaux.

⁹⁸ L'inverse est plus rare, mais il arrive que certains thérapeutes traditionnels associent à leurs traitements l'administration de comprimés biomédicaux. Il s'agit le plus souvent de rebouteux, qui donnent par exemple des anti-douleurs ou anti-inflammatoires en parallèle à leur traitement mécanique et phyto-thérapeutique. La démarche est différente car elle n'a aucune visée lucrative et ne fait pas partie intégrante de l'activité du guérisseur, qui se contente d'administrer ces produits lorsqu'il les a reçus.

leurs techniques modernes pour... améliorer le système » (Naaba L, OHG, secteur 13).

Outre ces approches personnelles et malgré l'ancienneté de la démarche qui dure, on l'a vu, depuis quelques décennies, le processus est toujours en cours. Nous verrons que, malgré le succès de certaines démarches, de nombreuses difficultés sont rencontrées dans la mise en application de ces politiques, qui donnent lieu à des critiques de plusieurs ordres. La dimension conceptuelle est centrale dans les politiques de santé. L'ethnocentrisme des concepts élaborés par les institutions internationales telles que l'OMS et par les décideurs des pays concernés, en l'occurrence le Burkina Faso, a des conséquences sur leur application. Cependant, l'analyse des conceptions dominantes ne doit pas occulter les aspects politiques et économiques, qui jouent un rôle essentiel. L'étude des ambiguïtés et difficultés rencontrées dans ce processus d'application des politiques sanitaires relatives à la Médecine Traditionnelle est riche en enseignements, en ce qu'elle permet de mettre en évidence et de saisir les dynamiques qui les sous-tendent, les divers enjeux, motivations, rivalités, tensions, inégalités, intérêts et conflits liés aux politiques de reconnaissance et de collaboration. Ce n'est cependant pas ici mon propos, et je ne dispose pas de suffisamment d'informations pour développer ce problème, mais les difficultés sont nombreuses concernant par exemple le recensement des tradipraticiens de santé, leur organisation en associations, la dispensation des formations, sans parler du système de référence, etc. Je reviendrai sur ce dernier élément en abordant la perception que les différents acteurs ont des politiques et mesures mises en place.

6.1.5 Conclusion

Imposée par les colonisateurs, la médecine dite « moderne » s'est développée sans tenir compte des pratiques thérapeutiques locales. Celles-ci ont perduré et évolué malgré l'interdiction qui les frappait, et font depuis plusieurs décennies l'objet de politiques internationales et nationales au Burkina Faso. Des efforts de *reconnaissance* et de *collaboration* sont faits afin de rapprocher ces deux « systèmes médicaux ». Aujourd'hui, la biomédecine reste officiellement dominante, institutionnalisée au niveau étatique, ou, pour reprendre les termes de Joan Muela, elle occupe la position dominante dans la « configuration multisystémique » (2007, p. 154). La « dominance » d'un système médical par rapport aux autres – en situation de pluralisme médical – dérive de sa position légale, de la légitimité sociale et officielle et du prestige que lui reconnaissent les différents groupes sociaux et

institutions (Muela, 2007, p.154). Nous allons voir dans ce qui suit que si le système biomédical est dominant au niveau étatique et officiel, il ne l'est pas forcément pour les patients et l'ensemble de la population. En effet, « une médecine peut être *dominante* pour un segment social déterminé, et *variante*⁹⁹ pour un autre » (Muela, 2007, p.154, traduction personnelle).

Il est fondamental de considérer les enjeux politiques qui sous-tendent les choix de santé publique, lesquels sont souvent incapables de reconnaître, sur le plan de l'action, « l'existence, et *a fortiori* la pertinence, des solutions localement élaborées. Du point de vue de l'administration coloniale autant que dans l'optique des agences de coopération, les savoirs et les savoir-faire locaux, les stratégies et les tactiques des agents de santé ou des populations, apparaissent comme des obstacles à la résolution des problèmes sanitaires, et non comme des tentatives de réponse » (Fassin, 2000, p.132). Elles devraient aujourd'hui être prises en compte. Avant de m'intéresser à ces stratégies des acteurs locaux en matière de soins, je dresse dans ce qui suit un aperçu de l'aire sanitaire de Ouahigouya où a été réalisée cette enquête de terrain. Elle comprend aujourd'hui des infrastructures biomédicales « modernes », et une grande diversité de thérapeutiques locales.

⁹⁹ Les italiques sont d'origine.

6.2 Les ressources de l'aire sanitaire de Ouahigouya

6.2.1 Offre biomédicale

6.2.1.1 Le système de soins public

Au Burkina Faso, les services de santé publique sont dispensés par des structures organisées selon une hiérarchie bien définie, constituant un dispositif pyramidal à quatre échelons et réparties comme suit :

Tableau 1 : Hiérarchie et répartition des structures sanitaires

Type de structure	Total national	Total pour le District sanitaire de Ouahigouya
Centres Hospitaliers Nationaux (CHN)	3	0
Centres Hospitaliers Régionaux (CHR)	9	1
Centres Médicaux (CM) et Centres Médicaux avec Antenne chirurgicale (CMA)	28 36	0 0
Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS)	1051	33

Source : Site du Ministère de la Santé burkinabé

Le district sanitaire comprend deux échelons (CSPS et CMA) et constitue le « premier niveau d'offre des soins »¹⁰⁰ et le plus proche des populations. Le District sanitaire de Ouahigouya coordonne les activités des 33 CSPS de son ressort territorial. Un CSPS est formé par un dispensaire, un dépôt pharmaceutique et un service de Consultation Maternelle et Infantile (CMI). En théorie, les malades doivent suivre les différents échelons, s'adressant en premier lieu aux CSPS, et sont au besoin référés par les agents de santé au niveau supérieur, jusqu'aux CHU de Ouagadougou ou de Bobo Dioulasso. Cette hiérarchie doit être respectée par les

¹⁰⁰ *Plan National de Développement Sanitaire ; tranche 2006-2010, mars 2007, Ministère de la Santé, p. 33.*

infirmiers et les malades. Cependant, ces derniers s'adressent dans bien des cas directement aux structures hiérarchiquement supérieures. Dans le cas de Ouahigouya, il n'existe pas de CMA ni de CM. En revanche, le CHR y est implanté¹⁰¹. Celui-ci est formé par « tous les services médico-techniques et cliniques prévus pour un établissement hospitalier de son niveau », à savoir les services médico-techniques que sont la pharmacie, l'imagerie médicale et le laboratoire, ainsi que 177 lits répartis dans les services cliniques suivants : médecine, chirurgie, pédiatrie, gynécologie-obstétrique, ophtalmologie, odonto-stomatologie, oto-rhino-laryngologie (O.R.L), psychiatrie et cardiologie (Bédât, 2008). On y compte : 10 médecins, 139 infirmiers et personnel soignant, 15 membres du personnel administratif, 17 membres du personnel de soutien, c'est-à-dire un total de 181 personnes y travaillant (Bédât, 2008). La population de Ouahigouya et des environs a donc à sa disposition trente-trois CSPS et le CHR.

En outre, on recense dans la ville de Ouahigouya quatre dépôts pharmaceutiques publics. L'un à la Direction Régionale de la Santé, le Dépôt Répartitaire du District sanitaire (DRD), et deux dans l'enceinte du CHR (un général et un en pédiatrie). En outre, chaque CSPS dispose d'un dépôt pharmaceutique proposant les produits de base, disponibles sous forme générique conformément à la politique nationale en la matière. Nous verrons ci-dessous que cette offre pharmaceutique est complétée par des officines privées.

L'organisation sanitaire au Burkina est faite en fonction des entités administratives qui divisent le pays. On compte aujourd'hui 13 régions sanitaires et 55 districts de santé¹⁰². Chaque région sanitaire possède un organe de gestion, la Direction Régionale de la Santé (DRS), et est divisée en plusieurs provinces, dont le chef-lieu abrite la Direction Provinciale de la Santé (DPS). Chacune de ces différentes structures est une « structure administrative déconcentrée du Ministère de la Santé »¹⁰³. « La direction provinciale de la santé couvre un ou plusieurs districts sanitaires. Les districts sanitaires constituent les entités opérationnelles des services de santé chargées de planifier et de mettre en œuvre les programmes de santé définis par le Ministère de la Santé »¹⁰⁴. Dans le cas qui nous intéresse, Ouahigouya, chef-lieu

¹⁰¹ Voir photo 10, annexe 3.

¹⁰² Voir carte 3, annexe 2.

¹⁰³ *Arrêté N°2003 109/MS/CAB Portant organisation, attributions et fonctionnement des structures déconcentrées du Ministère de la Santé*, Article 19.

¹⁰⁴ *Ibid.*

de la région Nord et appartenant à la province du Yatenga, abrite la DRS et le siège du district sanitaire de Ouahigouya.

Tableau 2 : Organisation sanitaire de Ouahigouya

Région	Chef-lieu	Provinces	District sanitaire
Nord	Ouahigouya	Lorum Passoré Yatenga Zonoma	Titao Yako Séguénéga Ouahigouya

Source : Site du Ministère de la Santé burkinabé.

Le personnel de santé dont la tâche est de faire fonctionner ces différentes structures est en nombre réduit.

Tableau 3 : Effectifs du personnel de santé au Burkina Faso pour l'année 2007, pour une population totale de 14'330'584 habitants

Personnel de santé	Effectifs en 2007 ¹⁰⁵
AIS	1490
Infirmiers Brevetés	1924
Infirmiers d'Etat	2338
Médecins	441
Chirurgiens Dentistes	38
Sage femme / maïeuticien d'Etat	604
Pharmaciens	58

Selon ces chiffres, on trouve au Burkina un médecin pour 32'496¹⁰⁶ habitants. Les infirmiers étant les représentants biomédicaux les plus nombreux (un pour 3362 habitants), et étant donné le faible nombre de médecins, ce sont eux qui, dans la plupart des cas, s'y substituent. Ils se trouvent donc contraints de poser des diagnostics et de décider de traitements dépassant dans bien des cas ce que demande et permet leur formation. Ils pallient alors au plus grave avec les connaissances qu'ils possèdent, et les moyens mis à leur disposition, qui eux aussi

¹⁰⁵ « Tableau 01.01 : Synthèse des indicateurs au niveau national », in *Annuaire statistique, santé, 2007*, juin 2008, p.9.

¹⁰⁶ La norme de l'OMS est de 1 médecin pour 1000 habitants.

font bien souvent défaut. Dans les CSPS, non seulement le matériel de soins mais également le matériel de diagnostic manquent. Par exemple, il n'est pas possible, en dehors des CHR et CHU, ou des pharmacies privées en ville, d'effectuer des examens de base, tel l'examen de la « goutte épaisse » qui permet de diagnostiquer la présence ou l'absence de *plasmodium falciparum* dans le sang, parasite du paludisme. Dans de telles situations, le diagnostic se fait sur la base de la description par le malade de son état, ainsi que l'observation de symptômes identifiables par l'infirmier.

6.2.1.2 Offre biomédicale privée

A cette offre publique vient s'ajouter une offre privée, en augmentation depuis les années 1990. Dans cette catégorie se trouvent des établissements à but lucratif comme des établissements à but non lucratif (Meunier, 1999, p.242). Dans le District sanitaire de Ouahigouya, on recense, en plus des structures publiques, un certain nombre de centres médicalisés¹⁰⁷ : le centre PERSIS, pédiatrie gérée par le Dr Zalla ; la clinique ELZO ; l'association BIBIR qui gère un centre nutritionnel ; l'association AMMIE qui dispose d'un centre de dépistage du VIH et propose des consultations médicales et des produits pharmaceutiques spécialisés ; un dispensaire islamique ; quatre « cabinets médicaux » ; etc. Les pharmacies privées sont au nombre de trois (Nayolsba, du Nord, Wend Raabo). Elles sont toutes trois doublées d'un laboratoire d'analyses, et possèdent parfois des dépôts secondaires dans certains secteurs de la ville. En comptant également les pharmacies publiques, on compte donc sept pharmacies dans la ville de Ouahigouya, auxquelles s'ajoutent un certain nombre de dépôts pharmaceutiques associatifs, tels que celui de l'association ECLA. Leur nombre exact n'a pas été recensé.

6.2.1.3 Offre biomédicale informelle¹⁰⁸

En dehors des structures officielles, publiques ou privées, il existe une offre « informelle » en matière de santé, constituée principalement par les *pharmacies par terre* et vendeurs

¹⁰⁷ District sanitaire de Ouahigouya, statistiques 2007.

¹⁰⁸ Comme le relève Didier Fassin, la distinction entre une offre officielle, étatique, et une offre informelle est relative. Cet auteur démontre par une étude de cas au Sénégal l'implication des instances officielles dans les commerces illégaux de médicaments¹⁰⁸.

ambulants. Ceux-ci proposent dans les marchés et dans les rues, aussi bien en ville que dans les villages, des comprimés à l'unité et peu chers, mais dont l'efficacité et la qualité laissent passablement à désirer. Selon un documentaire diffusé sur la télévision nationale, ces médicaments ne contiennent parfois pas de principe actif ou contiennent autre chose que ce qui est annoncé, sont mal conservés, exposés au soleil, et peuvent devenir toxiques et nocifs¹⁰⁹. Ils sont généralement vendus sans emballage ou décrits en chinois, n'ont pas de date de péremption ou sont déjà périmés. Ils peuvent remplacer les prescriptions d'une ordonnance ou être achetés en automédication. Selon ce même documentaire, la consommation de ces produits de mauvaise qualité n'est pas due à l'ignorance mais en grande partie à un manque de moyens financiers. Les acheteurs disent connaître les risques liés à cette consommation, mais se voir contraints d'y avoir recours, faute de moyens. Ceci est probablement le cas pour les citadins, globalement mieux informés sur le sujet que les villageois, qui eux y auraient parfois recours sans avoir conscience des risques inhérents¹¹⁰. L'offre de médicaments génériques constitue une alternative à ces médicaments non contrôlés, mais l'information à l'égard des patients manque à ce sujet.

6.2.2 Offre thérapeutique locale

Une alternative à l'offre biomédicale en soins de santé est le recours à ladite « médecine traditionnelle ». Comme le souligne la définition mentionnée en début de travail, les pratiques thérapeutiques locales au Burkina Faso, de même que dans la majorité des pays africains, sont multiples, les services proposés comprenant des soins principalement mécaniques et médicamenteux (phytothérapeutiques en majorité) et des techniques de soins magico-religieuses. Au sein de ce pluralisme, c'est sur les thérapeutiques des *tip-namba*¹¹¹ basées sur des techniques considérées comme empiriques, tel l'usage des plantes qu'est centrée cette recherche.

¹⁰⁹ Documentaire intitulé « Pour le bon usage des médicaments » diffusé sur la RTB (Radio Télévision Burkinabée) le 20 avril 2008. La RTB est l'unique chaîne disponible sans abonnement au Yatenga. Rares sont ceux qui ont accès à d'autres chaînes.

¹¹⁰ *Ibid.*

¹¹¹ Voir à ce propos les pages 22-30.

Outre les *tip-namba* considérés comme des thérapeutes à part entière, pouvant diagnostiquer et traiter les maux des patients, il existe également des *vendeurs de produits* ou « herboristes ». Ces derniers ne sont pas thérapeutes, mais se contentent de fournir les produits nécessaires. Ils sont parfois ambulants, parfois installés au marché par exemple, et on s'adresse à eux pour acheter certaines plantes ou poudres, animaux séchés, etc, en quelque sorte la « matière première » pour confectionner les remèdes. Ils donnent souvent des conseils aux patients, mais ne peuvent se dire *tipa*, appellation correspondant, comme on l'a vu, à un statut et des compétences particuliers. Toutes les personnes travaillant avec des plantes médicinales ne sont donc pas des thérapeutes à part entière, comme le disent certains informateurs eux-mêmes :

« Moi par exemple si je dis que je suis tradipraticien¹¹², j'ai menti. Mais quand même il y a des maladies que moi je peux soigner. Parce que j'ai eu les recettes » (O, OHG, secteur 8).

Le nombre de thérapeutes locaux, bien qu'il diffère selon les sources, est passablement élevé, bien plus que le nombre de médecins. le nombre de « tradipraticiens¹¹³ » dans l'ensemble du pays est estimé à plus de 30'000, ce qui revient à estimer la disponibilité de l'offre en santé qu'ils représentent à un « tradipraticien » pour 500 habitants (Sakande, 2004). D'autres sources mentionnent la présence d'un « tradipraticien » pour 200 habitants (OMS, in Zoungrana, 2004). En revanche, on a vu que les statistiques officielles pour 2007 comptent un médecin pour 32'496 habitants. En ce qui concerne le District sanitaire de Ouahigouya, le recensement des *tradipraticiens de santé* est en cours¹¹⁴. Les forts écarts constatés entre les différentes sources peuvent s'expliquer par le caractère informel de l'offre thérapeutique locale. En effet, les « tradipraticiens » sont répartis sur l'ensemble du territoire et parfois dans des villages très retirés, éloignés des axes les plus accessibles et les plus peuplés. De plus, certains ne se disent pas volontiers *tipa*, même lorsqu'ils soignent de nombreuses maladies. Une troisième explication possible est le flou qui entoure la définition des thérapeutes « traditionnels ». Ainsi, selon les sources et la définition qu'elles ont du terme de tradipraticien, et selon qu'elles considèrent les tradipraticiens *de santé* ou les tradipraticiens

¹¹² Le terme de tradipraticien tel qu'utilisé ici est à considérer comme synonyme de *tipa*. L'informateur se réfère au fait d'être ou non thérapeute, et non au fait d'être reconnu ou non par les autorités sanitaires.

¹¹³ Les articles mentionnant les chiffres ne précisent malheureusement pas s'ils parlent de « tradipraticiens de santé » impliqués dans les mesures de collaboration, ou simplement de thérapeutes « traditionnels ».

¹¹⁴ Les *fiches de renseignement sur le tradipraticien de santé*¹¹⁴ ont été ventilées mi-mai 2008. Les premiers résultats devaient être disponibles au mois d'août, mais il n'a pas été possible d'en obtenir jusqu'à la fin de mon séjour en octobre 2008. Des chiffres précis ne sont donc pas disponibles localement.

tout court, l'évaluation de leur nombre peut varier considérablement. Enfin, le problème de l'existence de « faux » thérapeutes locaux a été souligné par la quasi totalité des personnes interrogées. Certaines « brebis galeuses s'infiltrent dans la profession en semant le doute et la méfiance à l'égard des tradipraticiens en abusant des patients » (Zoungrana, 2004), d'où la nécessité de reconnaître les « vrais » des « faux » tradipraticiens¹¹⁵. Le secteur est en effet lucratif, et nombreux sont ceux qui tentent d'en tirer profit. De la personne qui tente de gagner quelque chose en revendant des produits qu'elle sait efficaces et qu'elle a parfois elle-même testés, à d'autres vendant des faux produits, inefficaces voire toxiques, en toute connaissance de cause, entre ces deux extrêmes, les possibilités sont nombreuses¹¹⁶.

Quel que soit le nombre exact de soignants locaux, leurs soins représentent une ressource non négligeable dans la quête de santé des populations. Dans bien des cas de maladie, la « médecine traditionnelle » constitue même la première alternative. De multiples sources reprennent l'affirmation de l'OMS¹¹⁷ selon laquelle « 80 % des Burkinabè ont pour première intention de s'orienter vers cette médecine » (Zoungrana, 2004).

6.2.3 Conclusion

Les malades et leurs proches ont à leur disposition différentes instances susceptibles de contribuer à leur guérison en cas de maladie physique ou « prosaïque ». Entre biomédecine et thérapeutiques locales, les ressources sanitaires qui leur sont offertes constituent une situation de pluralisme médical. L'analyse des itinéraires thérapeutiques qui va suivre permettra de comprendre de quelle manière les patients s'orientent parmi ces différentes possibilités de soins.

Je me penche à présent sur le corps de l'enquête de terrain. Dans un premier temps, j'expose la situation sanitaire des patients et les stratégies qu'ils mettent en place afin de faire face à la maladie. Je me penche également sur les facteurs qui les poussent à choisir l'un ou l'autre

¹¹⁵ Distinction qui fait l'objet des mesures en vue du recensement par les autorités sanitaires et sur laquelle je reviens au chapitre 7.2.

¹¹⁶ Ce problème sera traité plus en profondeur en fin de travail, au point 7.2.1.

¹¹⁷ Selon l'OMS, « dans certains pays d'Asie et d'Afrique, 80% de la population dépend de la médecine traditionnelle pour les soins de santé primaires » (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs134/fr/>).

système de soins, parmi lesquels nous verrons l'influence de variables sociologiques et caractéristiques des personnes, de la perception de la maladie, ainsi que de leur appréciation des deux traditions thérapeutiques disponibles. Dans un second temps, j'aborde les représentations que les thérapeutes des deux « médecines » ont de leur propre pratique et de celle de l'autre tradition thérapeutique. Enfin, pour conclure, je donne un rapide aperçu de leur perception des politiques de collaboration élaborées par le Ministère de la Santé et les organisations internationales telles que l'OMS et dont il a été question en début de travail.

DEUXIÈME PARTIE :

DISCOURS ET PRATIQUES DES DIFFÉRENTS ACTEURS

7. Les utilisateurs du « système de santé pluriel »

7.1 Introduction

Le contexte sanitaire de la province du Yatenga a été brièvement décrit en première partie de ce travail. Les conditions climatiques difficiles, ainsi que le manque de moyens et d'informations dont disposent les populations, contribuent malheureusement à constituer un terrain propice au développement de nombreuses pathologies¹¹⁸. La maladie, de même que les décès qui y sont liés et les accidents, est dans le contexte du Yatenga, un événement très et trop courant de la vie quotidienne. La maladie constitue un phénomène récurrent et inévitable¹¹⁹. Elle « n'est pas un phénomène accidentel ; elle fait partie du déroulement habituel du temps » (Blanc-Pamard, 1992, p.9).

Face à ces nombreux épisodes morbides affectant les individus et leurs proches, ceux-ci ont recours à des stratégies variées, en vue de préserver leur santé, et de diagnostiquer et traiter la maladie lorsque celle-ci s'est déclarée. Il est question dans ce qui suit des principales affections recensées localement, ainsi que des diverses stratégies élaborées face à la maladie. J'ai donné ci-dessus un aperçu de la réalité de l'offre médicale plurielle, principalement biomédicale et locale. C'est parmi ces diverses possibilités que les malades et leurs proches puisent des éléments de solutions en fonction de leur situation personnelle.

¹¹⁸ Voir ci-dessous p.74.

¹¹⁹ Bien que de nombreuses pratiques préventives existent, comportementales ou magico-religieuses.

Quelles stratégies sont développées face à la maladie ? Quand a-t-on recours à l'automédication et laquelle ? Quand décide-t-on de consulter et qui ? Quand et comment décide-t-on d'avoir recours à des remèdes et traitements locaux et/ou biomédicaux ? Quand obtient-on satisfaction ou non ?

Les itinéraires thérapeutiques aident à répondre à ces questions. Sur leur base, je m'attache, dans un premier temps, à décrire les divers recours thérapeutiques des malades et les choix opérés en cas de maladie entre l'offre de santé officielle et/ou informelle, biomédicale et/ou locale. Dans un deuxième temps, j'aborde les facteurs déterminant ces choix. Des considérations personnelles, structurelles, pratiques, économiques, sociales, culturelles, géographiques, et politiques, interviennent dans les processus de choix des malades et de leur entourage. Ces comportements variés sont révélateurs du rapport existant entre les différents soins et remèdes disponibles, locaux et biomédicaux.

7.2 Les personnes interrogées

Les informateurs appartiennent à diverses couches sociales, et sont de sexe, âge, profession, statut social différents. Ces caractéristiques sociologiques distinguant les individus interrogés influencent bien entendu leurs pratiques et leurs conceptions, comme nous le verrons plus bas¹²⁰. Certains s'expriment en moore, d'autres en français.

Dans les différents villages où des entretiens ont été réalisés, c'est principalement le point de vue des femmes qui a été investigué. Ce choix a été motivé par le fait qu'en général, ce sont elles qui sont confrontées à la maladie et aux soins, davantage que les hommes. En effet, ce sont les femmes qui s'occupent des enfants en bas âge, lesquels sont sujets à toutes sortes de maladies et d'affections. Outre les maladies infantiles, les femmes doivent également gérer leurs propres maladies, dont celles liées à la maternité. Morbidité et mortalité infantiles et maternelles¹²¹ sont élevées (taux de mortalité infantile : 81‰ ; taux de mortalité maternelle :

¹²⁰ Voir p.96.

¹²¹ Les écarts relatifs aux taux de mortalité maternelle entre pays du Nord et du Sud sont encore plus importants qu'en ce qui concerne la mortalité infantile. Voir à ce sujet *La production de la santé reproductive*, in Fassin, 2000, pp. 161-174.

484 pour 100'000 naissances vivantes¹²²). De plus, lorsque les hommes sont malades ou blessés, qu'il s'agisse d'un mari, père, frère, fils, ou de membres de la grande famille, ce sont encore les femmes qui se chargent des soins à prodiguer à domicile, de même qu'en cas d'hospitalisation. La parole leur a donc été accordée en priorité, bien que les hommes n'aient pas été négligés pour autant¹²³.

7.3 Les maladies prédominantes

Les affections les plus courantes auxquelles sont sujettes les populations de la région de Ouahigouya sont innombrables. D'après une monographie de la Province du Yatenga, les principales causes de morbidité sont, dans l'ordre décroissant, le paludisme, les affections respiratoires, les maladies diarrhéiques (typhoïde, dysenterie, diarrhée), les parasitoses intestinales, les affections de la peau, les affections de la cavité buccale, les affections de l'appareil digestif, les affections de l'œil et de ses annexes, les otites, les affections de l'appareil uro-génital¹²⁴. En fonction des sources, leur occurrence peut changer, mais on retrouve toujours les mêmes maladies parmi les plus fréquentes. D'après le District, qui recense les cas de consultations dans les différents centres de santé de l'aire sanitaire de Ouahigouya, les maladies pour lesquelles le diagnostic a été le plus souvent établi¹²⁵, sont, dans l'ordre décroissant de fréquence, le paludisme, les IRA (Infections Respiratoires Aiguës), les plaies et affections de la peau, les diverses pathologies digestives, les problèmes de malnutrition et d'anémie, les conjonctivites et les IST (Infections Sexuellement Transmissibles)¹²⁶.

¹²² *Annuaire statistique, santé, 2007*, p.12. Selon l'OMS, les taux sont respectivement 122‰ (2006) et 700 pour 100'000 naissances vivantes (2005). En Suisse pour les mêmes années, l'OMS donne 4‰ et 5 pour 100'000 (OMS, <http://apps.who.int/whosis/data/Search.jsp>, consulté mai 2009). Le taux de mortalité infantile de l'OMS (*infant mortality*) considère les enfants de moins de 1 an. D'autres sources peuvent vont jusqu'à 5 ans.

¹²³ En revanche, la plupart des thérapeutes locaux et du personnel biomédical sont des hommes.

¹²⁴ Données pour l'année 1997 (*Monographie de la Province du Yatenga, 1997*). Malgré la relative ancienneté de cette source, les maladies citées correspondent à la situation actuelle telle que j'ai pu l'observer.

¹²⁵ La fréquence de ces diverses maladies et leur prédominance sont relativement stables entre le District sanitaire de Ouahigouya et les structures sanitaires urbaines de Ouahigouya. Il existe malgré tout quelques écarts entre ville et agglomération sur lesquels il serait intéressant de se pencher à une autre occasion.

¹²⁶ Cette énumération est faite d'après les statistiques du District Sanitaire de Ouahigouya pour l'année 2007. Il s'agit des affections les plus couramment diagnostiquées et recensées lors des consultations dans les divers centres de santé du District. Ces données tiennent donc uniquement compte des cas où les malades se sont adressés aux structures biomédicales dans leur quête de soins. Les cas pris en charge localement (en

Tableau 4 : Tableau nosologique des consultations dans le district sanitaire de Ouahigouya pour l'année 2007

Affection ou symptôme dominant	Total des consultations
Paludisme simple	73'513
IRA ¹²⁷	41'813
Affections digestives ¹²⁸	23'342
Affections de la peau et plaies	15'068
Paludisme grave	6'961
Malnutrition protéino-énergétique	3'457
Conjonctivites	3'357
IST	3'214
Anémies	1'564

Source : District sanitaire de Ouahigouya, statistiques 2007

Les personnes interrogées en tant que patients ont quant à elles cité, par ordre décroissant de fréquence, les maux de ventre (ici toutes affections confondues, parmi lesquelles des entités nosologiques populaires telles que *kooko*¹²⁹, *kotige*¹³⁰), le paludisme et les symptômes associés¹³¹ ou entités nosologiques populaires qui s'en approchent¹³², les maux de tête, les fractures, les maux de jambes et d'articulations, les troubles hépatiques, les affections de l'appareil génital (principalement féminin), les maux des yeux, « pas de sang », etc.

Si l'on compare les données du district et les maux cités par les personnes interrogées, les principales affections se retrouvent. La réalité statistique recoupe en grande partie le discours des usagers.

automédication ou par un *tipa*), ne sont pas comptabilisés ici. De plus, elles ne tiennent compte que des entités nosologiques biomédicales. Cependant, cette liste semble représentative des principales affections connues dans la région. C'est consciente des biais inhérents à ces données que j'y ajoute les maladies citées par les patients.

¹²⁷ Sont regroupées sous la désignation IRA les Infections Respiratoires Aiguës suivantes : IRA hautes : otites, rhinopharyngites, angines ; IRA basses : pneumonies, broncho-pneumonies ; autres affections respiratoires.

¹²⁸ Comprenant les diarrhées non sanglantes et sanglantes, parasitoses intestinales, schistosomiasis intestinales, gastrites et autres affections de l'appareil digestif.

¹²⁹ *Kooko* est traduit en français par *hémorroïdes*, mais désigne en réalité une affection plus complexe et plus vaste. Voir C. Alfieri (in Jaffré & Olivier de Sardan, 1999) à propos de cette entité nosologique populaire.

¹³⁰ Le principal symptôme du *kotige* sont les fissures annales et/ou buccales des enfants, accompagnées de maux de ventre et de diarrhée.

¹³¹ « Corps chaud », « mal au corps », etc.

¹³² Parmi lesquelles *koom*, *tisuudo*, *zao* et *sabga* (les deux derniers pouvant être rapprocher également des troubles hépatiques).

Outre ces affections courantes, il existe bien évidemment d'innombrables pathologies autres que je ne nommerai qu'au cas par cas lorsque cela s'avèrera pertinent au cours de l'analyse¹³³. La distinction entre maladies courantes et maladies plus rares est importante. Nous verrons en effet que, parmi les nombreux facteurs influençant les choix effectués face à la maladie, le type de maladie et l'habitude plus ou moins grande qu'en ont les populations influencent les comportements en vue de la guérison. J'y reviendrai en temps voulu¹³⁴.

En fonction des différentes maladies et face à elles, chacun et chacune a sa propre réponse. Je détaille dans ce qui suit divers parcours thérapeutiques, qui représentent un échantillon des combinaisons possibles, échantillon qui n'est en aucun cas exhaustif. Au contraire, il est révélateur de la grande variété des comportements existants.

7.4 Itinéraires thérapeutiques

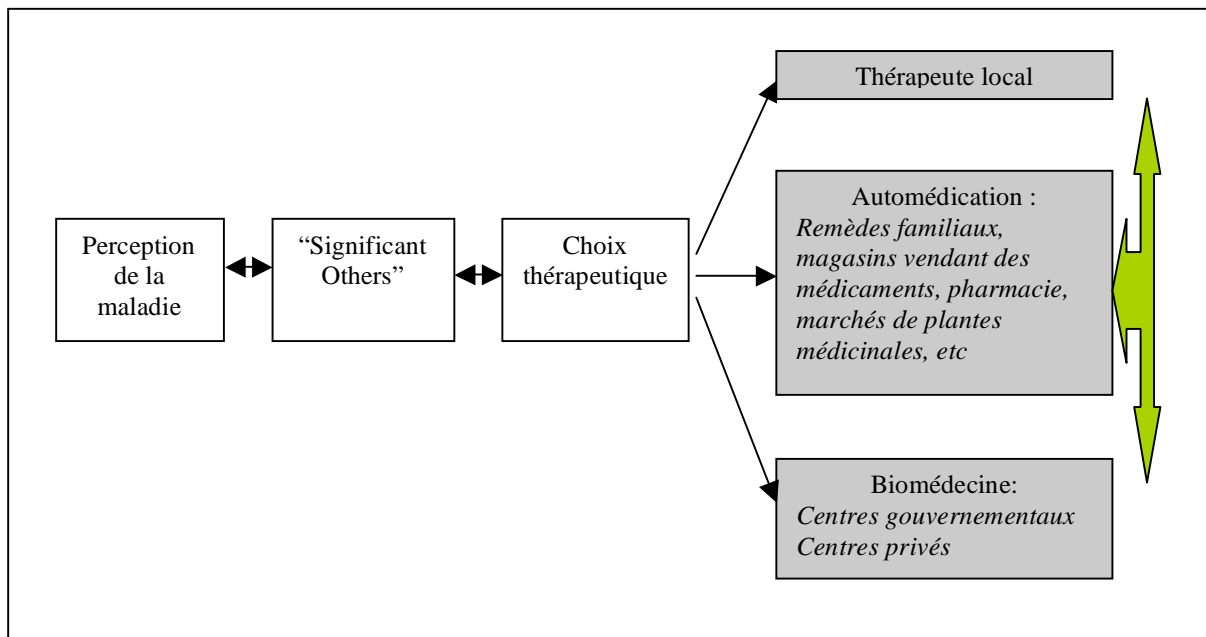
7.4.1 La notion d' « itinéraire thérapeutique » : aspects théoriques

Avant de passer à la description des itinéraires, je donne quelques précisions théoriques quant à ce qu'ils représentent. Les itinéraires thérapeutiques étudient les parcours suivis par les malades pour soigner une affection dont ils souffrent, et leurs différentes étapes. Des modèles ont été développés afin de mettre en évidence des logiques d'action. Je reproduis ici celui de Good (1987).

¹³³ Je souligne ici un manque de la présente recherche. Il aurait été pertinent de cibler l'enquête sur un nombre limité de maladies, afin d'obtenir des informations plus précises concernant leur sémiologie (signes), étiologie (causes) et thérapeutique (moyens thérapeutiques) spécifiques (terminologie entre parenthèses reprise de Charmillot, 1997, p.146). N'ayant pas suffisamment approfondi l'étude d'une pathologie particulière pour pouvoir m'y limiter comme cas d'étude, je prends dans ce qui suit et au long de ce travail, des exemples sur diverses pathologies au cas par cas, en mettant toutefois l'accent sur les maux courants et bien connus des populations, en particulier le paludisme, les maux de ventre, de tête, et certaines catégories nosologiques locales.

¹³⁴ Voir le chapitre suivant sur les facteurs influençant les choix des différentes étapes des itinéraires thérapeutiques.

Modèle d'itinéraires thérapeutiques de Good



La flèche grise signifie que les gens se déplacent d'un secteur à l'autre. Les « significant others » désignent l'ensemble des personnes actives dans le processus de prise de décision et constituant un soutien en cas de maladie. Elles appartiennent principalement à la famille mais ne se limitent pas à ce noyau de relations. Good met ainsi l'accent sur le fait que le processus d'appréciation de la maladie et de choix du recours thérapeutique n'est pas l'apanage de l'individu malade mais fait intervenir dans une large mesure son entourage.

Aux divers éléments présents dans le modèle de Good, il convient d'apporter quelques précisions sur certains aspects jouant un rôle dans le processus de décisions, et que Kroeger (1983, cité dans Muela, 2007) prend en compte dans son modèle, que je ne reproduis pas ici. Il s'agit de certaines caractéristiques individuelles ou "facteurs prédisposants", des caractéristiques de la maladie et de sa perception, ainsi que des caractéristiques du service thérapeutique. Nous verrons dans l'analyse des itinéraires thérapeutiques présentée ci-dessous en quoi consistent ces différents facteurs et le rôle qu'ils peuvent jouer dans les choix thérapeutiques.

Je précise que les itinéraires thérapeutiques présentés dans ce travail ont pour la plupart été recueillis sur la base du discours des informateurs. Certains événements ont pu faire l'objet d'observations, mais les itinéraires considérés se basent principalement sur des récits relatant la succession des différentes étapes en vue de la guérison d'une maladie. Le récit a la

propriété de réorganiser les événements vécus de manière cohérente, en fonction du message que souhaite faire passer le narrateur, et du recul qu'il a pris par rapport à l'expérience qu'il décrit. De plus, tout récit est adapté en fonction de l'interlocuteur¹³⁵. Le récit d'un itinéraire procède d'une « logique théorique » et se distingue de l'itinéraire « réel » (Laterali, 2005, p.93). Entre le discours et l'expérience vécue peuvent s'immiscer des différences, de manière volontaire ou non. Ceci ne diminue pas pour autant la valeur des récits d'itinéraires en tant que source d'informations, d'ailleurs très riche. Il est simplement important de garder en mémoire que la rationalité du parcours est reconstruite par le malade et par l'anthropologue *a posteriori*, alors qu'en réalité, ce parcours était composé d'une suite d'événements plus ou moins aléatoires et dépendant du contexte. Mais au-delà des pratiques réelles qui mettent l'accent sur le circonstanciel, ce qui est fondamental est la logique qui guide les choix et les changements d'itinéraires. Il est important de considérer tant les circonstances spécifiques que les logiques générales.

7.4.2 Analyse des itinéraires

Je relève dans ce qui suit certaines tendances générales, mais il faut garder à l'esprit que chaque itinéraire thérapeutique constitue un cas unique. Pour reprendre les mots de Yannick Jaffré, il s'agit d'une tentative « de décrire le plus banal, le plus partagé et le plus pratiqué » (in Jaffré & Olivier de Sardan, 1999, p.361).

La majorité des personnes interrogées, au village comme en ville, ont décrit des parcours impliquant les deux « médecines », bien que les recours se fassent de diverses manières.

7.4.2.1 Automédication

Dans la plupart des cas, lors de l'apparition ou de la persistance des premiers symptômes, des traitements sont administrés en automédication. Celle-ci constitue bien souvent le premier recours. Les malades utilisent des connaissances personnelles ou les conseils de proches, concernant des traitements à base de plantes, des produits disponibles au quotidien, ou certains comprimés biomédicaux. En règle générale, on remarque une forte tendance à soigner

¹³⁵ Voir à ce propos les aspects méthodologiques traités p.39 et suivantes.

avec les plantes en première instance. Le traitement se déroule comme le décrit par exemple une villageoise à propos d'une maladie qui n'est pas précisément définie mais se présente comme une fatigue générale :

« Si c'est nous, quand on a mal au corps (*sin yinsa wa zabde*), [quand tout ton corps te fait mal (*Yinsa faa san wa zabdm bale*), ton corps est chaud (*fo yinsa san wingdm woto bale*) et ça fait mal. Les articulations (*Ruda*)], on part enlever le *wilenwiya*¹³⁶, on ajoute *siya*, et une herbe qui se trouve dans les bas-fonds. *Yunumyu*. Tu enlèves le *cacia*. Tu ajoutes à ça. Plus le *kōdre*. C'est ça nos produits des mossi (*Tondo moosa tiim ya woto*). *Kōdre* et on ajoute *kuinga*. Bien bouillir. Se laver. Maintenant tu bouilles et tu te laves bien. Et tu enlèves tu sirotes (*furse*). Ton corps devient éveillé » (Femme, village de L., traduit du moore).

Il est habituel, au village comme en ville, que les femmes¹³⁷ utilisent leurs propres connaissances des arbres et de leurs vertus thérapeutiques lors de l'apparition de ce qui est considéré comme les premiers symptômes. Un certain nombre de remèdes sont transmis sous forme de recettes, de génération en génération et d'un individu à l'autre, entre parents, voisins, amis. Les connaissances botaniques et médicinales des informateurs, et en particulier des adultes villageois, sont considérables. Au cours des entretiens, ils citent les noms de nombreux arbres et plantes médicinales, savent quelle partie de l'arbre convient dans quel cas de maladie, et connaissent la manière de préparer et d'administrer les remèdes. Ils sont également à même d'identifier la maladie ou les maux en question, afin de déterminer quelle plante ou quel produit est adéquat dans une situation donnée. Le diagnostic se fait en fonction des symptômes que présente le malade, et de son ressenti. Il est souvent difficile à établir, étant donné la similitude de certains symptômes entre diverses maladies (par exemple la fièvre, les maux de ventre et diarrhée, les douleurs articulaires, interviennent dans bon nombre de maladies). Quoi qu'il en soit, qu'il s'agisse d'un de leurs enfants malade ou de leurs propres maux, une fois que le mal est déterminé, les femmes partent en brousse chercher les plantes nécessaires à la confection du remède adéquat. Elles s'attellent elles-mêmes à cette tâche, ou envoient quelqu'un – souvent un enfant ou un jeune – prélever la partie de la plante dont elles ont besoin pour soigner le malade. Les éléments prélevés sont dans la plupart des cas les feuilles, et parfois l'écorce ou les racines. Les remèdes sont ensuite préparés dans la

¹³⁶ Pour les noms scientifiques des arbres cités tout au long du travail, voir le glossaire en annexe.

¹³⁷ Je parle dans ce qui suit principalement des femmes. Les hommes aussi ont des connaissances botaniques et techniques qu'ils mobilisent pour des traitements, mais ce sont généralement les femmes qui sont plus spécialisées, et surtout qui effectuent le travail de cueillette et de préparation.

cour. Les parties de l'arbre sont séchées ou bouillies, selon les cas. La plupart du temps, les remèdes consistent en des décoctions à base de feuilles, bouillies généralement pendant plusieurs heures. L'eau de cette cuisson est alors bue, et utilisée pour se laver le corps ou purger un enfant. À cela s'ajoute dans certains cas une inhalation. Une informatrice citadine décrit les plantes qu'elle utilise contre le paludisme et la manière de les préparer.

« [Je prends] les feuilles de *Tiiwogda*. J'ajoute les feuilles de *kenkedigo*. Ajouter *nim*. *Nim*, avec *bagna* (*Bagandre*). Et *wilenwiyo*, et *kukoka*. Ajouter *kumbrisaka*. C'est ça que nous on mélange. Cuire jusqu'à ce que ça bout. Enlever et se laver. Et tu bois, et tu inhales. » (D., femme, OHG ville).

Un autre informateur décrit en détail un second exemple de traitement du paludisme par les plantes en automédication.

« Moi personnellement si moi je suis malade, je sais que moi je peux me soigner. (...) je prends les feuilles de papaye, de numier. Les feuilles de *tikuyo* et les feuilles de la *filao*. (...) Si je veux, je peux mettre eucalyptus pour ajouter, si je veux je laisse. (...) et je fais bouillir. (...) si tu veux tu fais ça le soir, tu déposes ça sur le feu, vers les 14h, tu vas commencer à préparer ça. On cherche une grande marmite. On met les feuilles beaucoup, on met pas petit, on met les feuilles remplir la marmite, et puis on met l'eau jusqu'à l'eau là va remplir la marmite. Et puis on fait couvrir. (...) Tu laisses bouillir très bien, 14h à 16h. Et maintenant, tu enlèves cette eau. Si tu veux, on boit et puis on se douche. On enlève l'eau avec deux gobelets. Deux litres. On dépose. Et tu prends un boubou, une couverture. Tu poses la marmite devant toi. Et puis tu fais couvrir toi-même, et puis tu enlèves le couvercle de la marmite, et le gaz te rentre (...) C'est très chaud, en tout cas c'est très chaud. Mais ça fait guérir. Tu ouvres ta bouche, tu ouvres tes narines, tu ouvres tes yeux. (...) Ça fait mal en tout cas. Et puis tu respire [fort] (...) Et puis ça rentre, ça rentre dans ton ventre, et puis tu ressors, ça rentre et puis ça ressort. Tu fais comme ça jusqu'à tu vas transpirer beaucoup. (...) Voilà, tu enlèves la couverture et tu cherches un sceau, tu verses toute l'eau qui est dedans tu mets là-bas. (...) L'eau que tu as cuit avec les feuilles là (...). On mélange pas avec une autre eau. (...) Et puis tu [te] douches. Et puis tu es douché, fini de doucher, tu sors dehors, les deux litres que tu as réservé, tu vas boire ça. (...) Tu prends un litre, tu bois d'abord. (...) Tu arrêtes un peu de temps. (...) Des fois ton ventre est rempli, plus rien ne peut rentrer. Même si tu vas vomir et puis reboire encore, tu bois. Il faut que tu bois les deux litres. Si tu bois les

deux litres tu n'as même pas envie de manger. Et après quelques minutes tu vas uriner tout. (...) Et puis ça sort (...). Si tu urines seulement c'est couleur jaune. Quelque une heure de temps, tu as faim, tu vas manger bien. Si tu pouvais pas manger tu manges très bien. Et puis tu te rassasies. Dès le matin, si tu vois que ton corps c'est un peu... tu reprends la marmite, tu déposes sur le feu, tu mets l'eau encore. (...) Les mêmes feuilles. (...) On bouille ça jusqu'à trois fois et puis on laisse. (...) on bouille les mêmes feuilles aujourd'hui, on boit. (...) Et le soir encore tu fais ça, c'est fini. (...) il faut faire jusqu'à trois fois comme ça, ça chasse, ça chasse plus fort, ça chasse le palu directement. » (A, homme, OHG secteur 2).

Cette préparation vaut pour les enfants comme pour les adultes. Cependant, comme le souligne cet informateur, la plupart des remèdes obtenus en bouillant les plantes sont extrêmement amers, au point d'être parfois difficiles à avaler.

« Si tu bois, c'est amer, tu peux vomir, dé, c'est amer, dé ! Si tu n'es pas habitué à boire ça tu peux vomir. C'est très amer. Tu peux vomir » (A, homme, OHG secteur 2).

C'est pourquoi, si le malade est un petit enfant, il est difficile de lui faire boire l'eau dans laquelle les feuilles ont bouilli. La préparation reste alors la même, mais le mode d'administration change. Les jeunes enfants sont ainsi purgés et lavés avec cette eau. Avant, les mères purgeaient en soufflant le liquide avec leur bouche. Aujourd'hui, l'eau des plantes est introduite dans une « poire » en plastique qui sert à introduire l'eau dans l'anus des jeunes enfants. Cette pratique est très courante. Les mères purgent leurs nouveaux-nés plusieurs fois par jour jusqu'à l'âge de six mois ou plus. Les infirmiers mettent souvent en garde contre cette pratique qui peut selon eux provoquer des irritations au niveau de l'anus. Il semble que cette information soit intégrée par certaines personnes.

« Bon, généralement je n'aime pas faire ça chaque fois, parce que des fois il paraît que ça même, purger tout le temps, des fois ça provoque les plaies là. Donc, une fois par exemple tu peux faire, mais pas tout temps là. » (ML., femme, OHG, secteur 13).

Certains remèdes sont spécifiques à des maladies, identifiées selon les catégories nosologiques locales et auxquelles se mêlent des informations obtenues lors de consultations dans les centres de santé ou lors d'activités de sensibilisation. J'ai déjà mentionné le fait que les catégories nosologiques locales ne correspondent pas toujours à celles de la

biomédecine¹³⁸. Cette absence d'équivalence peut influencer la perception que les malades ont de l'efficacité d'un traitement ou de la compétence – ou incompétence – des soignants qu'ils consultent.

Les traitements décrits par les personnes interrogées révèlent qu'une même plante peut parfois soigner plusieurs maladies. Ses différentes parties (feuille, écorce, racine) peuvent soigner des affections variées. A l'inverse, une même maladie peut être soignée par différentes plantes ou mélanges de plantes. L'exemple des remèdes destinés à soigner le paludisme illustre cela. Il en existe de nombreuses variantes, dont certaines ont déjà été évoquées dans ce qui précède. Dans tous les traitements recensés contre cette maladie, ce sont des mélanges de feuilles qui sont utilisés. Mais les arbres sur lesquels elles sont prélevées varient. Certains se retrouvent dans presque tous les cas, comme par exemple le numier, le papayer, le *bagandre*, le *kumbrisaka*, etc. D'autres peuvent venir s'y ajouter mais ne semblent pas indispensables. C'est par exemple le cas de l'eucalyptus, du citronnier. La préparation et le mode d'administration sont par contre relativement constants, bien qu'une variante ait été mentionnée par un ou deux informateurs : au lieu de bouillir les feuilles, celles-ci sont parfois pilées et mises à macérer dans de l'eau pendant quelques minutes. Mais ces variantes semblent constituer des exceptions. La diversité de la composition des remèdes contre le paludisme peut s'expliquer par l'omniprésence de cette maladie, pour laquelle ont donc été développés un grand nombre de remèdes, que chacun adapte à volonté. Les malades ont une certaine marge de manœuvre relativement à des recettes circulant par ailleurs beaucoup, et pouvant ainsi subir certaines déformations. Nous verrons que le paludisme peut aussi être soigné par des remèdes achetés chez des revendeurs de produits ou des thérapeutes mossi. Dans ce cas-là, il s'agit la plupart du temps d'une poudre que le malade mélange à du jus de tamarin¹³⁹ avant de le boire.

Pour certaines affections, l'eau de laquelle on a retiré les feuilles n'est pas bue, mais uniquement utilisée pour se laver le corps. C'est le cas principalement d'affections externes, par exemple dermatologiques.

« On enlève ça [*acacia tii*] avec le *filao*. On le fait bouillir, et on te donne à doucher. Jusqu'à [ce que] ces trucs là éclatent un à un. On appelle ça *Yarkafeto*. Tout le corps ça fait des

¹³⁸ Voir p.37. Se référer également à Fainzang (1986), Charmillot (1997).

¹³⁹ Le jus de tamarin est une boisson obtenue à partir du fruit du tamarinier, consommée surtout pendant la saison sèche et chaude, de mars à mai. Le mélange de la poudre à ce jus a pour principal but le fait qu'étant acide et sucrée, il facilite l'absorption du produit, dont j'ai déjà dit qu'il est très amer.

boutons. C'est tout le corps qui fait des boutons. On fait bouillir [les feuilles] très bien, tu douches ça bien. (...) Ouais tu douches seulement. Ça on boit pas ça on douche seulement. Et puis (...) si tu as fini de te doucher, on mouille une serviette, avec même eau, là, l'eau qu'on a bouilli là et puis on fait comme ça [tamponne son corps doucement]. Voilà. Jusqu'à ça va rentrer. » (A, homme, OHG secteur 2).

En plus des remèdes spécifiques tels que ceux abordés ci-dessus, il existe un certain nombre d'arbres considérés comme plus puissants que les autres, et ayant le pouvoir de soigner toutes sortes de maladies. Ils sont utilisés dans deux cas de figure différents. Premièrement, dans le cas où un diagnostic n'est pas possible, les symptômes ne correspondant à aucune maladie reconnaissable. Deuxièmement, lorsque des traitements plus spécifiques correspondant à la maladie identifiée n'ont pas permis la guérison du malade. C'est le cas par exemple de l'arbre nommé en moore *wilenwiya*¹⁴⁰.

« Quand il y a certaines maladies qui ne guérissent pas, tu pars enlever le *wilenwiyo*, tu continues, tu continues, certaines maladies peuvent guérir » (Femmes, village de L., traduit du moore).

Z. Patrick Aimé Ouedraogo confirme l'existence d'une sous-catégorie de *tip-tiim*¹⁴¹ appelée *bâ yaar tiim* ou *bâ sù ka yuur tiim* (*tiim* traitant toutes les maladies naturelles inconnues), utilisée également par les thérapeutes mossi face à la persistance du mal après traitement (Z. Patrick Aimé Ouedraogo, 1998, p.57). Il s'agit de *tip-tito* (plur. de *tip-tiim*) polyvalents ayant pour fonction « de neutraliser le mal à l'intérieur du corps pour que le malade recouvre la santé », ou « d'identifier la maladie en la révélant plus clairement, afin qu'elle puisse être traitée adéquatement avec succès » (Z. Patrick Aimé Ouedraogo, 1998, p.57). Un autre arbre polyvalent est le *tipoεga*¹⁴², littéralement « arbre devin¹⁴³ », qui a la capacité de déterminer l'issue d'une maladie infantile indéterminée et chronique.

« Le *Tipoεga*, si tu as ton enfant malade, qui dure, l'enfant ne meurt pas, il ne guérit pas, tu viens enlever ça, bouillir, le laver, et tu purges. Si ça se trouve que la maladie de l'enfant va

¹⁴⁰ Nom scientifique : *Guiera senegalensis*.

¹⁴¹ La notion de *tip-tiim*, et celle de *tiim*, ont été développées dans le cadre théorique.

¹⁴² Nom scientifique : *Bauhinia rugescens*.

¹⁴³ Son nom semble dû principalement à une autre fonction de cet arbre, qui peut apporter des réponses sur l'avenir. Si l'on vient lui poser une question, « *tu attrapes deux branches, tu les déchires, si ça ne se casse pas* », la réponse est positive. Si elles se cassent, elle est négative (Vieux, village de L, traduit du moore).

guérir, ça guérit, si ça ne va pas guérir, l'enfant meurt » (Femme, accoucheuse traditionnelle, village de L, traduit du moore).

L'étude des itinéraires thérapeutiques montre que dans bien des cas, les malades et leurs proches ont recours aux plantes en automédication, qu'il s'agisse d'un de leurs enfants malades ou de leurs propres maux. Outre les plantes, certains produits de consommation courante peuvent être utilisés à des fins thérapeutiques. C'est principalement le cas de la potasse¹⁴⁴ et du beurre de karité.

« Moi même si moi j'ai la toux comme ça, je ne prends pas des comprimés. J'enlève la potasse, du beurre de karité, et je mélange seulement, je mets comme ça... [sur la gorge]. Voilà, je mets comme ça, je pommade tout comme ça, et après ça passe. Souvent je bois la potasse là même. Souvent si je mets ça dans l'eau, je bois. (...) ça soigne. Ça soigne. Par exemple si tu as... si tu tousses, tu fais ça, ça passe » (Z., femme, OHG secteur 13).

Certains aliments comme les arachides, les oignons et l'ail sont aussi utilisés dans la confection de remèdes. L'usage de ces produits intervient également dans des traitements conseillés par des détenteurs de connaissances spécialisées. Par exemple, le thérapeute mossi consulté par un homme souffrant de maux de tête violents lui a remis une poudre qu'il devait appliquer sur sa tête mélangée à du beurre de karité :

« Puisque, il faut du beurre de karité. C'est le beurre de karité on malaxe. Et puis tu appliques, bon, sur la tête et puis c'est comme ça. » (M, homme, OHG secteur 13).

En dehors des plantes, dont l'usage est prégnant, et des produits d'usage courant, il est possible de soigner son mal en automédication par des produits biomédicaux. Dans ce cas, de même que pour se traiter avec les plantes, les malades identifient eux-mêmes leur maladie ou un certain nombre de symptômes, contre lesquels ils se procurent ensuite des remèdes. Il existe plusieurs lieux d'approvisionnement en médicaments biomédicaux¹⁴⁵. Les malades se rendent souvent au marché pour payer des comprimés disponibles à l'unité dans les « pharmacies par terre ». Parfois même, ce sont les médicaments qui viennent à eux, amenés

¹⁴⁴ La potasse, constituée des cendres du bois de néré, de baobab ou de tiges de mil brûlées après la récolte, est utilisée dans certains plats, afin de leur donner une consistance et des éléments nutritifs, ou comme engrais.

¹⁴⁵ Voir le chapitre sur l'offre biomédicale en p.64 et suivantes.

et promus par des vendeurs ambulants vantant leur marchandise dans les quartiers et les cours. Ce phénomène des « médicaments de rue » est en expansion et a des conséquences non négligeables sur la santé des populations. Quelques fois aussi, les remèdes sont achetés en pharmacie, sans ordonnance. En effet, il est possible de se procurer sans ordonnance même des médicaments pour lesquels celle-ci serait nécessaire, un statut élevé ou le fait de connaître un employé de l'officine suffisant souvent à obtenir le médicament.

Ainsi, « s'agissant des maladies ordinaires, tous les adultes connaissent et utilisent des remèdes appris par des parents et des aînés. Parler de thérapeutiques traditionnelles est d'ailleurs réducteur, dans la mesure où l'on observe des formes de syncrétisme médical mêlant, à côté des plantes, qui constituent l'essentiel de la pharmacopée, des techniques anciennes à base de substances [minérales] ou animales, des produits modernes d'hygiène ou de pharmacie vendus sur les marchés et toutes sortes d'objets ou d'aliments dont la vocation première n'est pas thérapeutique » (Fassin, 2000, p.107).

Dans certains cas, le malade combine plusieurs traitements en automédication. Il peut commencer l'automédication par les plantes avant de se rabattre sur des comprimés biomédicaux.

« C'était mes maux de ventre. (...) J'ai payé des comprimés avaler. Mais j'ai fait les produits des mossi avant de payer les *tii-biise*¹⁴⁶. » (F, vieille, village de W, traduit du moore).

La démarche inverse est également possible, le malade commençant le traitement par des comprimés biomédicaux, et la poursuivant avec des plantes.

« (...) si le palu, là, m'attrape, y a... quoi, amodiaquine. (...) C'est ça que je paie. Si je prends ça, là, ça m'abat comme ça. Ça me donne des nausées, des vertiges, je n'arrive même pas à finir le traitement. Donc je coupe, et puis j'enlève les feuilles, là, préparer. Me doucher et boire. [Et inhaler]. Là maintenant ça va. (...) Ça passe. (...) Moi je commence avec amodiaquine. Puisque les plantes, là, moi je n'aime pas ça quoi. Mais si je prends amodiaquine et puis ça m'abat, j'arrête le traitement. Si j'arrête le traitement, là, je continue avec les feuilles. Et puis ça soigne bien. » (D, femme, OHG secteur 9).

¹⁴⁶ Le terme *tii-biise* désigne les comprimés biomédicaux. Littéralement, les petits ou enfants du *tiim*.

L'exemple cité précédemment illustre bien les différentes possibilités qui s'offrent au malade. En effet, après avoir soigné ses maux de ventre par les plantes qu'elle connaissait elle-même, cette informatrice a payé des comprimés en automédication. Puis :

« [J'ai] soigné avec ça en vain. Avant de partir à l'hôpital. » (F, vieille, village de W, traduit du moore).

Nous allons effectivement voir dans ce qui suit qu'en général, si les traitements en automédication ne donnent pas de résultat, c'est le recours à un praticien de santé, biomédical ou local, qui intervient.

7.4.2.2 Consultation

En dehors de l'automédication, une autre possibilité qui s'offre aux malades est d'avoir recours à un spécialiste de santé. Le plus souvent, le choix de consulter intervient dans le cas où un ou plusieurs traitements en automédication n'ont pas réussi, mais il peut aussi se faire en premier recours.

« Moi en tout cas, quand je ne me sens pas, moi personnellement, je m'en vais en consultation d'abord. Je pars prendre les produits. Quand je ne connais pas, je m'en vais en consultation » (ML, femme, OHG secteur 13).

Deux solutions se présentent alors : on peut consulter dans un centre de santé ou chez un thérapeute local. L'itinéraire le plus courant est illustré par cette villageoise :

« Si c'est moi-même, si j'ai le corps chaud, j'enlève les produits moi-même, je bouillis, je me lave. Si ça ne guérit pas je pars à l'hôpital » (C, vieille, village de W, traduit du moore).

Au cours de ce parcours, la maladie a été traitée d'abord en automédication (ici phytothérapeutique), avant un recours à un centre de santé suite à l'échec de ce premier traitement. Un autre cas de figure voit le malade se diriger vers un thérapeute local lorsqu'une

automédication par les plantes n'a pas suffi. C'est le cas par exemple d'une villageoise qui décrit ainsi le traitement qu'elle administre en cas de maux de ventre :

« Ce sont les racines de *kumbrisaka*. On enlève la peau fine, et puis on fait la poudre. On met dans la bouillie, on boit. On ajoute la farine, et on fait du tô de sorgho, pour manger. Ça aussi on fait comme ça. (...) si on a fait ça et ce n'est pas guéri, comme ça maintenant on part chez le *tipa* maintenant. » (F, vieille, village de W, traduit du moore).

Dans certains cas, les malades ne tentent pas de traitement par eux-mêmes, mais se dirigent directement vers un professionnel. C'est le cas par exemple de cette informatrice, qui s'oriente en premier recours vers l'hôpital :

« Moi, en tout cas, si mes enfants ou bien moi-même, si je me sens pas, d'abord je pars en consultation, à l'hôpital, pour voir ce qu'il y a. En tout cas, généralement c'est là-bas. » (ML, femme, OHG, secteur 13).

D'autres personnes s'orientent en premier recours vers un thérapeute mossi. Une vieille cite par exemple le cas des « maladies de jambes (*nao baase namba*) » :

« Si tu as [mal aux genoux, et ça vient vers les reins (*pore*)]. Ça si tu ne sais pas ce qu'il faut enlever, il faut partir voir le *tipa*. (...) Ça il faut partir chez eux. » (F, vieille, village de W, traduit du moore).

Pour les enfants, des soins locaux sont également dispensés de manière préventive, ou du moins sans la présence de réels symptômes.

« Quand l'enfant est bébé là, en tout cas chez nous ici, on n'attend pas d'abord que l'enfant soit malade avant d'aller prendre les tisanes [chez le thérapeute local] (ML, femme, OHG secteur 13).

Dans le cas où le malade n'obtient pas satisfaction par un premier recours spécialisé, qu'il soit local ou biomédical, il peut soit se tourner vers un autre représentant de la même médecine, soit consulter un spécialiste de l'autre médecine, vers laquelle il ne s'est pas encore tourné. D'une part donc, s'il choisit de continuer dans la même lancée, celui qui a consulté en vain un

thérapeute mossi – souvent à plusieurs reprises – peut tenter sa chance auprès d'un autre représentant de la médecine locale, de même qu'un malade n'ayant pas été guéri au niveau d'un centre de santé peut se tourner vers d'autres structures de santé biomédicales, de même échelon ou d'échelon supérieur. Ainsi, il arrive parfois qu'un malade n'ayant pas obtenu satisfaction dans un dispensaire ou un CSPS consulte par exemple au niveau du CHR de Ouahigouya. C'est le cas par exemple des villageoises de L. :

« On commence avec les petits [CSPS]. Si là-bas ils ne peuvent pas, on continue à Ouahigouya [CHR]. Sinon on ne part pas directement à Ouahigouya. » (Femmes, village de L, traduit du moore).

D'autre part, le malade n'ayant pas obtenu guérison suite à une consultation peut choisir de se diriger vers l'autre « médecine ». Celui qui n'a pas été guéri par un thérapeute local peut se diriger vers la biomédecine.

« Des fois, il [le *tipa*] peut avoir des produits à te donner. Des fois il dit que c'est la dentition. Et il te donne des produits. Des fois il te dit d'aller enlever des feuilles que tu peux bouillir, et te laver. Si tu bous, tu te laves et que ça ne guérit pas, tu cours et tu pars à l'hôpital » (C, Vieille, village, traduit du moore).

« Moi-même, la maladie que j'ai eu tout dernièrement, c'est comme le *zao*¹⁴⁷, comme vous appelez... C'est ça que j'ai eu. On part prendre les produits des... *moose* chez les tradipraticiens. On fait la bouillie, on met le produit, et tu bois... C'est comme si tu as passé une mauvaise nuit. (...) Si tu bois ça, et puis ça ne va tjrs pas, on te dit maintenant qu'il faut qu'on t'amène à l'hôpital. » (F, Vieille, village, traduit du moore).

À l'inverse, un échec au terme d'un traitement biomédical est synonyme de retour à la thérapeutique locale. C'est le cas d'un informateur souffrant de maux de tête violents et récurrents depuis une dizaine d'années :

¹⁴⁷ Le *zao* est une entité nosologique populaire pour laquelle une correspondance précise n'a pu être trouvée avec une entité nosologique biomédicale. Elle se rapproche d'un paludisme accompagné d'un syndrome de jaunisse (Charmillot, 1997).

« A l'hôpital. (...) je suis arrivé là-bas, automatiquement tu vois, on me dit de faire un examen. (...) Alors ils m'ont prescrit un certain nombre de médicaments, et là j'ai pris pendant un bout de temps, ça n'allait pas. (...) Je ne prends plus. Je ne prends plus, [un ami infirmier] m'a carrément dit de ne plus prendre ce produit-là. Et, maintenant... je me dirige maintenant vers des tradipraticiens » (M, homme, OHG, secteur 13).

Pour résumer ce qui précède, on peut dire qu'à chaque étape de la maladie, le malade a le choix entre de nombreuses possibilités, que l'on peut résumer ainsi : automédication phytothérapeutique ou biomédicale, consultation chez un thérapeute local, consultation biomédicale. De nombreux malades se soignent d'abord par l'automédication, qu'elle se fasse par comprimés biomédicaux, par des plantes ou des substances communes. Plusieurs tentatives sont parfois faites. Dans le cas où ils n'obtiennent pas la guérison par ce moyen, ils se tournent vers un ou des spécialistes. Dans certains cas, le recours à un spécialiste constitue la première étape du traitement. Quoi qu'il en soit, le malade peut se tourner vers les spécialistes de la « médecine » locale et les thérapeutes mossi, ou vers les structures sanitaires et le personnel de la biomédecine. Si le soignant consulté ne parvient pas à guérir le malade, celui-ci poursuit soit dans la même voie en consultant d'autres soignants pratiquant la même médecine, soit choisit de se tourner vers l'autre « médecine ».

Lorsque le malade n'a toujours pas obtenu la guérison au terme de ces diverses tentatives, les recours aux différentes « médecines » se multiplient, par des consultations répétées ou un retour à l'automédication. Le parcours peut alors s'allonger indéfiniment, et comporter de nombreux allers-retours entre les deux types de thérapeutiques. « La persistance de la souffrance ou du symptôme conduit les malades (...) à poursuivre une quête de soins qui les amène à consulter nombre de guérisseurs, devins ou médecins, avec une succession d'interprétations et de diagnostics correspondants » (Bonnet, in Jaffré & Olivier de Sardan, 1999, p.316). En règle générale, en dernier recours, dans les cas où aucune tentative n'a pu soigner le malade, il est fait à nouveau recours aux plantes et à divers thérapeutes locaux, comme l'affirme cette informatrice du village de W., d'une soixantaine d'années, qui souffre des jambes :

« Ce que j'ai à dire, c'est comme je suis assise et j'ai mal à la jambe. J'ai commencé avec quoi ? J'ai commencé à me masser avec de la potasse (*zem-koom*). Et ça n'a pas guéri. Et je suis partie enlever les plantes bouillir. Après ça je suis partie à Namsiguia [au dispensaire]. Et

actuellement encore, je cherche les produits des mossi (*mo-tito*) » (C, vieille, village de W., traduit du moore).

Les consultations peuvent se répéter indéfiniment jusqu'à obtention de la guérison ou d'un soulagement. Le même homme souffrant de maux de tête que j'ai cité plus haut, a déjà consulté des spécialistes biomédicaux et locaux à maintes reprises, obtenant au mieux un léger soulagement. Il énumère ces dernières recherches de soins locaux :

« Depuis, depuis trois ans, bon, moi je... c'est dans les villages voisins, je pars... par exemple à Wabdigré. On m'a conduit vers Tuge. C'est un village voisin de Wabdigre. Je suis allé là-bas. De Tuge encore, je suis allé à Namsiguia. De Namsiguia, je suis allé à... un village... après Bundukanba là. Et là-bas je suis allé à Samtenga. Un village. A, à chose, comment dire ? A Nenigui. Je suis allé à Nenigui. Je suis... allé... où ça encore ? Aorema. Aorema je suis allé. Je suis allé à Mugumbuli. C'est un village encore. Et de Mugumbuli je suis allé vers.. la Province de.. Loro, Titao. A quinze kilomètres de Titao, à Tifele. C'est un village. Ça c'est le département de Windigi. Et j'ai même accompagné des amis là-bas aussi. Mais.. avec toutes ces tentatives, rien ne va. Mais ! En tout cas, je suis quand même décidé à rechercher cet homme là. Ce vieux là. » (M, homme, OHG secteur 13).

Il faut garder en mémoire le fait que les parcours thérapeutiques tels que décrits ci-dessus découlent de généralisations faites à partir des entretiens réalisés avec des malades ou anciens malades. Ils constituent un modèle, représentant les parcours les plus fréquents et relativement simplifiés. Ces parcours existent dans la réalité des pratiques, mais ils sont bien souvent modifiés, compliqués, interrompus, au gré des difficultés rencontrées et des opinions personnelles des malades et de leur entourage, ainsi que des informations disponibles au fil des jours et des rencontres. C'est en effet beaucoup par bouche à oreille que les malades s'orientent dans leur recherche de soins. Jean Benoist (1996) explique cela par le fait que les conduites de soin s'incorporent dans le social. « Le pluralisme médical est largement le résultat de rapports sociaux qui transcendent les conduites individuelles. Ils exercent des pressions sur les choix ; ils orientent, favorisent ou pénalisent les décisions » (Benoist, 1996, p.7). Jaffré souligne par exemple « l'importance de déterminants sociaux de plus large envergure, comme la présence d'un État, d'un corps professionnel et de contre-pouvoirs » (1999, p.364).

Ainsi, et pour diverses raisons, un malade peut par exemple commencer un traitement chez un thérapeute de l'une ou l'autre tradition thérapeutique, et l'interrompre faute de moyens, avant de le poursuivre, ou au contraire s'orienter vers un nouveau choix avant la fin de la première tentative de traitement. En outre, les malades utilisent bien souvent simultanément les différentes possibilités de soins qui leur sont accessibles et connues. Souvent, traitement biomédical et mossi sont associés, par exemple dans le cas du paludisme.

« On mélange. On prend les comprimés et en même temps on soigne avec les plantes. Et ça passe. » (R, femme, OHG secteur 13).

Autre combinaison possible, automédication « traditionnelle » et consultation biomédicale sont souvent faits conjointement.

« Souvent, ma maman, même si elle part à l'hôpital, là, si elle fait pas ça, si elle bout pas ça pour boire et se doucher, là, elle se sent pas bien. Il faut qu'elle fait ça seulement. C'est l'habitude. Il faut qu'elle fait ça seulement. Mais si elle fait ça là, elle peut ne pas aller à l'hôpital. Ça ça suffit. » (Z, jeune femme, OHG secteur 13).

Ou encore, on peut utiliser simultanément les remèdes prescrits par un thérapeute mossi, et des plantes que l'on connaît et prépare soi-même :

« [Pour le *zao*¹⁴⁸] on part prendre là-bas [chez le *tipa*] et nous aussi on enlève les plantes ici, on bouillit et on se lave. » (F, vieille, village de W, traduit du moore).

Parfois, le choix se fait de manière aléatoire, par exemple entre automédication moaga et biomédicale :

« Quand j'ai mal à la tête, bon. Je prends paracétamol souvent. Je prends du paracétamol, et puis souvent, je prends la potasse, mettre dans l'eau, et mettre ici comme ça [en se frottant doucement le front avec les doigts]. Ça fait passer. » (Z, jeune femme, OHG secteur 13).

Toutes les alternatives sont possibles.

¹⁴⁸ Voir note précédente à propos de cette entité nosologique locale.

7.4.2.3 Remarques

J'ajoute ici des remarques concernant l'accessibilité des remèdes thérapeutiques locaux et biomédicaux, destinés à un traitement en automédication ou suite à une consultation, qu'ont révélé les itinéraires thérapeutiques analysés dans les pages précédentes.

On a vu ci-dessus que les traitements à base de plantes sont très divers et très courants. De manière générale, on peut dire qu'il est fait recours aux plantes pour l'ensemble des maladies citées. Les cas de guérison par les plantes et la thérapeutique locale sont innombrables. On peut se procurer les remèdes pour des soins « traditionnels » soi-même, chez des revendeurs de produits ou en consultant un thérapeute local. Mais certaines difficultés sont soulignées par les informateurs. De manière générale, les personnes interrogées, y compris les thérapeutes mossi, déplorent le recul des arbres ayant des vertus médicinales.

« Nous sommes nés trouver¹⁴⁹. C'était dans la brousse. Quand la forêt commence à finir, et la déforestation, les espèces commencent à disparaître. (...) Parce qu'il y a beaucoup d'arbres qui étaient là et qui n'existent plus » (Femmes, L., traduit du mooré).

En effet, de nombreuses espèces tendent à disparaître, ou du moins deviennent de plus en plus rares et moins accessibles. Ce recul est dû à la désertification, problème très préoccupant dans la région soudano-sahélienne où s'est déroulée l'enquête de terrain. En plus de la sécheresse, une femme évoque une autre cause de la disparition des arbres :

« Comme la brousse sèche et les *tip-namba* qui enlèvent les racines, c'est pour cela que ça n'existe plus ici. » (Femme, village de L, traduit du moore).

Ou une autre : « Ça n'est pas à côté. Quand on enlève les écorces ça les a tous tués. » (Femme, village de L, traduit du moore).

¹⁴⁹ L'expression « Je suis né trouver » est régulièrement utilisée pour désigner le caractère ancien d'une chose, d'une habitude, que celle-ci soit positive ou pose problème. Concrètement, cela signifie que ça a toujours été comme ça du vivant de l'énonciateur, et parfois bien au-delà. Le terme utilisé en moore pour désigner la coutume est *rogo'n mike* (*rogo*= naître ; *mike* = trouver).

Les femmes accusent les gens (*tip-namba* et autres) d'enlever les racines et l'écorce et par là-même de tuer les arbres restants. Les thérapeutes mossi quant à eux accusent les populations de prélever au hasard les parties des arbres dont ils ont besoin. Ils soutiennent qu'il y a une manière de prélever sans blesser l'arbre. Selon eux, les villageois ne connaissant pas ces techniques contribuent à faire mourir les arbres. Ce qu'il faut retenir ici est qu'il faut aller toujours plus loin pour trouver les arbres nécessaires, pour autant que ceux-ci existent toujours dans les alentours. Malgré cela, de nombreuses espèces médicinales sont encore disponibles. Dans certains des villages où j'ai effectué des entretiens, des reboisements ont été faits. Parfois par l'intermédiaire d'ONG, parfois sur initiative personnelle. De tels « jardins botaniques » ont pour avantage la proximité des espèces médicinales et leur regroupement en un même site, ainsi que la garantie d'y trouver les arbres médicinaux souhaités.

Dans les cas où le malade opte pour un traitement biomédical, nous avons vu que celui-ci peut être fait en automédication ou suite à une consultation. Dans les deux cas, les remèdes peuvent être obtenus dans des pharmacies officielles, où il existe des *spécialités* et des génériques¹⁵⁰. En dehors de cette offre officielle, on peut se procurer des médicaments chez les revendeurs de produits, et dans les « pharmacies par terre ».

Or, un problème se pose relativement à la consommation de produits biomédicaux, en particulier en ce qui concerne les médicaments disponibles en vente libre, mais également lorsqu'ils sont obtenus par le circuit officiel de distribution. Les malades ne sont en effet que rarement informés quant aux effets secondaires des produits tels que les antibiotiques, anti-paludiques et autres comprimés biomédicaux. Les comprimés sont perçus comme essentiellement bénéfiques. Ils peuvent même être consommés sans raison, sans mal.

« Même si il voit ibuprofene tout de suite qui est posé là, même s'il n'a rien, il va prendre. (...) Rien ! S'il voit les médicaments comme ça, si ma maman achète des comprimés comme ça, si il rentre il voit que c'est des médicaments, soit paracétamol soit, ibuprofène là, il prend seulement. » (Z, jeune femme, OHG secteur 13).

Cet exemple est certes extrême, mais la consommation à outrance de médicaments est préoccupante, sachant qu'elle développe des résistances, et peut nuire à l'organisme. D'une

¹⁵⁰ Les génériques font l'objet d'une politique gouvernementale qui les promeut pour rendre plus accessibles les traitements à l'ensemble de la population. De plus, certains Médicaments Traditionnels Améliorés (MTA) sont en vente dans les officines, sur lesquels je reviendrai brièvement en p.142.

manière générale, on peut dire que les conséquences à long terme et les effets nuisibles ne sont que peu connus, et même lorsque les gens connaissent les risques qui y sont liés, ceux-ci ne semblent pas pris en compte. Les infirmiers eux-mêmes ne semblent pas conscients, ou du moins pas soucieux, de ce risque et prescrivent à tout vent. Témoin cette informatrice qui s'est vue prescrire, pour des maux de tête, une kyrielle de comprimés :

« C'est mal à la tête seulement. Y a un major qui était venu. Je dis j'ai le rhume. Et puis j'ai mal à la tête. Il est parti. Ibuprofene, paracétamol, chloroquine, il m'a tout amené. Je dis ça là c'est pour faire quoi ? C'est pour te soigner. Je dis moi tout ça là, je ne peux pas avaler tout ça. Il dit non, faut avaler, ça va passer. Je dis He, he, moi je ne peux même pas. (...) Moi même je ne veux même pas. Je ne prends même pas beaucoup de médicaments, je ne peux même pas ! (...) Quand moi j'ai pris paracétamol deux, là, je n'ai plus pris. (...) En tout cas j'ai pris quatre comprimés ce jour-là. J'ai pris deux, dans trente minutes encore j'ai pris deux. C'est fini. Le reste, là, moi je sais pas, c'est fini. » (Z, jeune femme, OHG secteur 13).

Cette citation démontre bien la propension des infirmiers à prescrire sans fondement, de même que la grande consommation qui est faite des comprimés biomédicaux. Cette informatrice est réticente à une telle consommation à outrance, mais elle avale malgré cela quatre comprimés en un laps de temps très court et pour des symptômes relativement sans importance. Un facteur explicatif de cette tendance est la grande confiance accordée à la biomédecine, sur laquelle je reviens dans le chapitre suivant.

En revanche, l'utilisation des comprimés « sauvages » vendus hors du circuit pharmaceutique officiel, ne relève pas d'une méconnaissance des risques qui y sont liés. Comme je l'ai déjà souligné lorsque j'abordai l'offre biomédicale informelle¹⁵¹, le recours aux comprimés vendus dans les pharmacies par terre n'est pas dû à une méconnaissance de la mauvaise qualité de ces produits et des risques qui y sont liés, du moins lorsqu'il s'agit de citoyens ou de personnes scolarisées. Les propos de cette informatrice concernant les comprimés vendus au marché, confirment que l'information circule :

« Comme on entend à la radio, on entend à la télé, on parle, bon, de ne pas prendre les produits au hasard, il faut d'abord aller en consultation. Ils vont consulter voir, c'est quel mal

¹⁵¹ Voir p.67.

tu souffres d'abord avant de prendre les produits. C'est pas bon de prendre les produits comme ça, c'est pas conseillé. » (ML, femme, OHG secteur 13).

Le recours à ces médicaments de la rue est avant tout dû aux coûts trop élevés des médicaments en pharmacie, qui obligent ainsi les utilisateurs à se rabattre sur les comprimés peu chers des « pharmacies par terre ». Celles-ci proposent des médicaments à l'unité et pour des sommes modiques. Par contre, on constate souvent une méconnaissance de l'existence de médicaments génériques en pharmacie. Ceux-ci sont souvent associés aux médicaments de la rue, et leur qualité/efficacité considérée comme douteuse. Dans le cas où les infirmiers ne prescrivent pas les génériques mais les « spécialités », et où le malade ne peut pas les payer, il s'orientera vers les pharmacies par terre sans demander en pharmacie s'il existe un générique pour ce médicament.

7.4.3 Conclusion

De manière générale, les malades et leurs familles ont recours aux pratiques thérapeutiques locales *et* à la biomédecine. Que ce soit en automédication (recours à des plantes ou à des comprimés) ou suite à une consultation (chez un thérapeute local ou un agent biomédical), le plus souvent, les deux types de soins sont utilisés. Ils peuvent l'être de manières différentes. Une première possibilité est d'y avoir recours simultanément. Souvent en effet, des traitements de l'un et l'autre type sont suivis parallèlement. Une autre possibilité est de les utiliser successivement, pour une même maladie, par exemple lorsque l'un ou l'autre système ne permet pas au malade de recouvrer la santé. Enfin, ils peuvent être utilisés sélectivement, en fonction de la maladie.

La thérapeutique locale constitue bien souvent le premier recours, de même que le dernier, dans le cas de parcours prolongés ne parvenant pas à obtenir la guérison. Quoi qu'il en soit, pour la majorité des personnes rencontrées, les deux traditions médicales sont utiles et utilisées. Dans bien des cas, les limites de l'une poussent les malades à rechercher des réponses à leur mal dans la seconde. Les récits sont innombrables racontant la succession de tentatives multiples en quête de guérison, tentatives allant de l'une à l'autre médecine au cours d'allers-retours parfois réellement laborieux et bien souvent coûteux.

7.5 Motivations et facteurs de choix

Sur la base de ces divers itinéraires, qui révèlent l'importance des deux médecines dans les parcours thérapeutiques des malades, j'aborde à présent les facteurs et les motivations qui influencent les choix ou les modifient dans l'une et/ou l'autre direction thérapeutique.

7.5.1 Variables sociologiques, caractéristiques du malade et de son entourage

Les variables sociologiques jouent un rôle dans les décisions en matière de santé. De manière générale, il existe une différence entre les personnes interrogées en ville ou au village. Les citadins, en particulier ceux qui ont suivi une scolarisation relativement longue, par exemple jusqu'au BEPC ou au lycée, maîtrisant bien le français, ont plus facilement recours à l'hôpital. Ces différents paramètres se recoupent. Les personnes ayant suivi une scolarisation prolongée qui leur a permis de maîtriser le français vivent majoritairement en ville, et à l'inverse, les personnes vivant en ville manipulent plus souvent le français et vivent dans un environnement plus propice à l'éducation formelle. Le système éducatif officiel met en effet l'accent sur la rationalité de la biomédecine et de la science. « L'école rend l'élève plus réceptif à ce nouveau message médical en le déconnectant d'avec son milieu » (Zoure, 1996, p.11), ce qui peut expliquer que les personnes scolarisées sont de manière générale plus familières avec la biomédecine, et parfois plus sceptiques vis-à-vis des thérapeutiques locales, bien qu'elles y aient quand même recours à bien des occasions.

Les villageois et les citadins vivant dans les vieux quartiers, non ou peu scolarisés, parlant principalement moore, ont quant à eux prioritairement recours aux soins locaux. Ainsi, le lieu d'habitation, le niveau de scolarisation, la langue parlée, et aussi l'âge, influencent les comportements en matière de recours thérapeutiques. Dans son étude sur les deux entités nosologiques que sont *liulo*, la maladie de l'oiseau, et le *zao*, entité floue se rapprochant du paludisme accompagné d'un syndrome de jaunisse, Maryvonne Charmillot (1997) détaille l'influence de telles variables. Ses conclusions confirment mes observations. Mais cette catégorisation est bien sûr à nuancer fortement. En effet, « de nos jours, toutes les catégories socioprofessionnelles s'adonnent aux soins de la pharmacopée » (Zoungrana, 2004). On peut ajouter ici qu'il en va de même en ce qui concerne les soins biomédicaux. De plus, nous

verrons dans ce qui suit que les facteurs sont nombreux et que des cas de figure très divers se présentent.

Les caractéristiques citées ci-dessus concernent le malade et son entourage. En outre, la situation personnelle du malade constitue aussi un paramètre influençant les décisions prises par ses proches en cas de maladie. En effet, le rôle des parents (au sens large) dans les décisions concernant les différentes étapes de l'itinéraire thérapeutique est extrêmement important¹⁵². Les entretiens révèlent que les choix thérapeutiques se font en fonction de caractéristiques propres au malade. Le statut social de l'individu malade influence la décision d'avoir recours ou non à un thérapeute reconnu, et en particulier à un représentant de la biomédecine. Tous les membres de la société n'ont pas le même droit aux soins. Celui-ci se mesure en fonction de la valeur de l'individu au sein de la société. Le chef de famille mobilisera plus facilement les moyens financiers et autres pour soigner un de ces fils en âge de travailler, qu'il ne le fera pour une fille jeune ne travaillant pas encore, et destinée à se marier et fournir sa force de travail à un autre village et une autre famille. Dans le cas du village de L., la décision de consulter un centre de santé semble revenir à l'Accoucheuse Villageoise. Celle-ci est une femme native du village, ayant reçu une formation pour remplir ce rôle. Elle a donc les capacités principalement d'aider les femmes à accoucher, et de prodiguer les soins essentiels aux nouveaux-nés et aux enfants. Cette responsabilité semble s'être étendue à l'ensemble des situations de maladie. L'Accoucheuse Villageoise est désignée par les femmes comme la personne qui « donne la route » pour partir à l'hôpital avec un malade. De par le statut que lui confère son rôle au sein du village, elle détient ainsi une autorité non négligeable lors de la prise de décision concernant un malade. Les femmes peuvent passer par elle pour précipiter un recours aux structures de soins modernes, auquel s'opposent dans certains cas les hommes de la famille, faute de moyens pour couvrir les coûts qu'une telle décision implique¹⁵³.

Un facteur important est l'âge du malade. On peut dire que de manière générale, lorsqu'il s'agit d'un enfant, de plus grandes précautions sont prises. Certaines informatrices soulignent

¹⁵² Un infirmier interrogé souligne l'importance de la pression familiale dans les choix des traitements. Il explique le poids de cette contrainte par le fait que l'entretien du malade est garanti par ses proches. Celui-ci, dépendant de par son état, se trouve contraint de suivre les choix familiaux, bien qu'ils ne correspondent pas toujours à ses propres souhaits.

¹⁵³ Voir plus bas page 107 et suivantes.

le fait qu'il est plus rapidement fait recours à un thérapeute local ou biomédical pour un enfant que pour un adulte.

« Mais si c'est un enfant, si je ne connais pas ce que c'est, je l'amène chez le *tipa* » (C, vieille, village de W, traduit du moore).

« Pour Rachid, comme il est petit, on part consulter à l'hôpital » (S, femme, OHG secteur 13).

« Si ce sont les bébés, on part au dispensaire. Y a les choses, les amodiaquine, et puis camoquin. Pour les enfants, pour les bébés. Les sirops. » (R, femme, OHG secteur 13).

Ceci est vrai en campagne comme en ville. Ce recours précoce lors de maladies infantiles s'explique par plusieurs aspects, relatifs à la perception que les personnes concernées ont de la maladie. Ceci constitue le deuxième ensemble de facteurs que j'aborde ici.

7.5.2 Perception de la maladie par le malade et son entourage

7.5.2.1 La gravité de la maladie

Premièrement, étant donnée la similitude des symptômes des différentes affections dont sont victimes les jeunes enfants, il est souvent difficile de déterminer de quelle maladie ils souffrent et quel traitement est alors adéquat. De plus, les enfants ne peuvent pas toujours mettre des mots sur leurs maux, ce qui rend difficile l'évaluation de la gravité de la maladie. Pour cette raison parmi d'autres, les maladies infantiles font parfois peur, et les mères et proches préfèrent donc consulter un spécialiste avant qu'il ne soit trop tard. La peur liée à certaines affections constitue un facteur favorisant un recours prompt, en particulier à la biomédecine.

« On part souvent [au dispensaire]. Comme on est peureuses [Rires]. Surtout [pour] les enfants » (Femme, village de L, traduit du moore).

Les maladies entraînant un recours relativement rapide aux centres de santé sont par exemple la méningite, la rougeole (*bi*), ou les diarrhées accompagnées de vomissements (*saana wukre*). Ces maladies sont perçues comme fulgurantes, de par la rapidité de la détérioration de l'état de santé du malade et la violence des symptômes. Sylvie Fainzang (1986) écrit que pour les Bisa, la méningite constitue effectivement le symbole de la maladie mortelle. La peur que provoquent de telles affections, semble donc pousser à avoir plus rapidement, voire directement recours au dispensaire ou aux structures de soins biomédicales. Ceci peut s'expliquer également par le fait que les maladies citées ici ont fait et font l'objet d'une prévention lors des Consultations Maternelles et Infantiles dans les CSPS, et de différents programmes sanitaires de sensibilisation et d'information, parallèlement à des campagnes de vaccination. Les femmes sont donc sensibilisées à la gravité de ces maladies et à l'importance d'avoir rapidement recours à un traitement biomédical dans ces cas-là. Elles semblent avoir intégré ces informations aux stratégies thérapeutiques qu'elles mettent en œuvre pour la santé de leurs enfants. Outre les conséquences des divers programmes de sensibilisation et de prévention, cette préférence pour la biomédecine face à des maladies considérées comme fulgurantes est à mettre en lien avec le fait que la biomédecine est souvent perçue comme plus rapide et plus efficace. Je reviens là-dessus en tant voulu.

L'exemple cité ci-dessus révèle un aspect fondamental, à savoir l'importance de la perception que le malade et ses proches ont de la maladie et de son état d'avancement. Aude Meunier souligne effectivement dans son ouvrage sur le système de santé burkinabé, l'importance de la perception de la maladie et de l'état du malade, parmi d'autres facteurs, dans le choix du centre de santé visité (Meunier, 1999) ainsi que dans le choix de la thérapeutique. L'état du malade et la gravité de la maladie sont évalués par ses proches, qui participent aux décisions relatives au traitement. Outre sur certains symptômes visibles, c'est sur le ressenti du malade que se base l'appréciation de la gravité de la maladie, dans lequel douleur, fatigue physique, voire handicap, jouent un rôle central. Ces éléments ont des conséquences négatives sur la capacité de travail du malade. C'est en effet à partir du moment où elle l'empêche de vivre normalement que le mal (ou la maladie) d'une personne est considéré comme tel(le). Une douleur aiguë qui terrasse l'individu, de même qu'une douleur persistante qui l'empêche de mener à bien ses activités, participent de l'interprétation de la maladie comme grave. Il s'en suit que « dans la plupart des cas, la recherche d'un apaisement de la douleur est au centre des itinéraires de soins », les malades évaluant et choisissant « fort pragmatiquement les recours sanitaires en fonction de leur capacité à faire cesser la souffrance » (Jaffré, in Jaffré & Olivier

de Sardan, 1999, p.48). Une maladie considérée comme grave ou avancée incite à recourir à un spécialiste. De plus, cette interprétation peut favoriser un recours à la biomédecine, tandis qu'une maladie bénigne tend à favoriser un recours à l'indigénat, comme l'exprime cette informatrice :

« Puisque si c'est pas grave, si c'est palu simple, là, on soigne avec les plantes. » (R., femme, OHG secteur 13).

« Pour nous-mêmes, on utilise souvent les plantes, par exemple pour le palu et les maux de ventre. Si c'est un début de palu ça marche bien. Si on est couché, il faut partir à l'hôpital » (S, femme, OHG, secteur 13).

Cette constatation est également faite par Yannick Jaffré, qui écrit que « les populations utilisent préférentiellement la « médecine traditionnelle » pour des « dysfonctionnements chroniques non invalidants », socialement handicapants mais dont la douleur est supportable, alors que la médecine moderne est recherchée dans les domaines où elle est manifestement plus efficace aux yeux des villageois, c'est-à-dire dans la prise en charge des maladies aiguës : pour des « dysfonctionnements invalidants chroniques » (Gould, 1957) » (in Jaffré & Olivier de Sardan, 1999, p.49). Le contraire a également été exprimé par une informatrice villageoise, à savoir que la biomédecine peut venir à bout de maux simples (en l'occurrence des maux de tête), mais pas d'autres maux considérés plus graves. Elle prend l'exemple d'une maladie appelée *niebga* (plur. *niebse*) qui désigne des maux de tête violents, « se trouve dans le cerveau seulement, et ça te fait mal » (Vieille, village de W, traduit du moore). Selon elle, les infirmiers peuvent soigner les maux de tête et la fièvre, mais pas ce mal spécifique.

« Quand tu as mal à la tête et ton corps chaud, quand tu pars à l'hôpital, les produits contre les maux de tête, si tu prends ça, la fièvre descend. Et tu n'as plus mal à la tête. Mais les *niebse*, ils ne peuvent pas ça » (Vieille, village, traduit du moore).

Il ressort de ce qui précède que certaines maladies sont considérées comme devant être soignées par l'une ou l'autre médecine de manière préférentielle. Cette distinction est nommée la « distribution médicale du travail » (Obeyesekere, 1976). Il est ainsi souvent fait une différence entre les maladies soignées localement, et celles pour lesquelles un recours au système biomédical s'impose. Nous avons vu que des maladies telles que la méningite, la

rougeole et les diarrhées accompagnées de vomissements, perçues comme « fulgurantes » et ayant fait l'objet de campagnes de sensibilisation et d'information, sont prioritairement soignées par la biomédecine. Les céphalées et divers maux de tête sont eux aussi soignés dans de nombreux cas par la biomédecine, très souvent en automédication. Les comprimés de paracétamol sont consommés en abondance. Les maux de tête n'exigent pas un recours à un centre de santé, à moins qu'ils soient persistants au point de constituer un handicap réel dans la vie du malade. J'ai déjà dit que c'est à partir du moment où elle l'empêche de vivre normalement que le mal (ou la maladie) d'une personne est considéré comme tel(le).

En revanche, certaines maladies doivent être soignées par les thérapeutiques mossi, comme les *niebse* cités ci-dessus. Une *vieille* du village de W. affirme quant à elle :

« Les maladies qui se trouvent dans les os, et ça fait mal, les infirmiers ne peuvent pas [soigner] ça » (Vieille, village de W, traduit du moore).

Une autre informatrice du même village affirme que pour les maux de jambes déjà cités plus haut :

« Tu peux payer les comprimés (*tii-biise*), prendre en vain. Donc il faut partir chez eux [les *tip-namba*]. » (F, vieille, village de W, traduit du moore).

C'est également le cas de *kooko*, une entité nosologique populaire dont la traduction française est « hémorroïdes », correspondance hâtive dont il convient de se méfier, la catégorie locale étant dans ce cas bien plus vaste que la catégorie biomédicale¹⁵⁴. Ainsi, certaines maladies non seulement peuvent être soignées par des soins mossi, mais parfois doivent l'être, la biomédecine étant considérée comme incompétente pour certaines pathologies.

7.5.2.2 Maladie courante et maladie rare

De même que la perception de la gravité de la maladie et de son état d'avancement, ainsi que de la maladie elle-même, le caractère récurrent ou rare de la maladie influe sur les choix

¹⁵⁴ Voir à propos de cette entité nosologique populaire le glossaire en annexe. Se référer également à l'article de C. Alfieri (in Jaffré & Olivier de Sardan, 1999, pp. 207-225).

thérapeutiques. On peut en effet distinguer parmi les maladies citées par les informateurs, des maladies courantes, auxquelles tout individu est confronté dans sa vie, et certaines maladies plus rares, qui ne touchent qu'un nombre limité de personnes. Les comportements diffèrent entre ces deux types d'affections. On ne s'adresse pas à la même structure pour des maladies considérées comme banales et pour des maladies plus graves ou que l'on n'arrive pas à identifier. De manière générale, il est plus systématiquement fait recours à un thérapeute, qu'il soit local ou biomédical, en cas de maladie peu fréquente, les connaissances que le traitement de telles affections demande nécessitant des savoirs autres que les connaissances populaires.

Savoir « profane » et savoir spécialisé sont effectivement distingués. Parmi les remèdes à base de plantes, certains sont connus par tous, transmis de génération en génération et de bouche à oreille, principalement par les personnes âgées qui connaissent les plantes et les étapes de la préparation des remèdes. D'autres *tite* par contre font l'objet de connaissances plus spécialisées et demandent le recours à un soignant reconnu. Une informatrice villageoise fait effectivement de manière explicite une différence entre le *tiim*, préparé par les thérapeutes locaux, et le *yamde*, plantes que les patients préparent eux-mêmes. Selon cette villageoise, *tiim* et *yamde* sont tous deux élaborés à base de plantes, mais sont accompagnés de connaissances différentes.

« Ce sont les arbres que nous voyons seulement qu'on enlève (*Faa ya tiisa bale*). Mais quand ce sont les *tiptiima remba*, il y a des paroles qu'ils disent avant d'enlever (*tara nogoma*). Sinon, *yamde*, *yamde*, l'arbre c'est l'arbre. C'est la même chose. Tout ça c'est des arbres (*Faa ya tiise*). C'est la même chose, mais le *tipa* a des paroles qu'il prononce avant d'enlever. Il a d'autres choses aussi à faire pour enlever. C'est pas tout le monde qui peut enlever. (...) Mais pour le *yamde* on parle pas avant d'enlever. Le vrai *yamde*, on peut te dire de mettre quelque chose au pied de l'arbre. (...) Les anciens en tout cas respectaient le *yamde*. D'autres c'est le petit mil, ou le sésame [d'autres c'est le sel]. On met au pied de l'arbre et puis on enterre. (...) Tout arbre peut être *yamde* (*Tiia faa tõe yi yamde*), mais ça dépend [de quelle maladie]. (...) *yamde*, tu dois enlever et puis bouillir » (C, vieille, village de W, traduit du moore).

Cette distinction entre *tiim* et *yamde*, bien qu'elle ne soit faite de manière si précise que par cette informatrice, est intéressante en ce qu'elle démontre qu'une distinction précise est faite entre les produits élaborés par tout un chacun, et ceux préparés par les thérapeutes. Ces

derniers sont considérés avoir des connaissances plus spécifiques pour certaines maladies relativement à l'usage des plantes, mais aussi des compétences autres indispensables à l'efficacité du remède. Ils élaborent leurs produits de manière similaire, mais y ajoutent d'autres connaissances et pratiques, comme l'affirme également cet informateur :

« On va toujours chez lui [le tradipraticien]. (...) Parce que c'est pas seulement la plante. Tu sais que le tradipraticien, c'est le détenteur du Savoir. Mais toi, (...) qu'est-ce que tu en sais la plante ? Même si lui il te donne ça, tu sais que, y a des plantes pour arracher la feuille ou bien l'écorce, hein ? tu sais que y a de ces formules qu'il faut prononcer avant d'enlever. Sans quoi, ton produit n'a pas d'efficacité. C'est ça aussi. Et tu sais, voilà pourquoi le tradipraticien est toujours réticent. Parce que lui il peut pas donner tout son secret, c'est pas possible. Non, il le fera jamais. Tu sais que y a des plantes, avant de cueillir soit la feuille, ou bien les écorces.. tu sais qu'il faut dire quelque chose ? Et puis encore, ce n'est même pas la parole prononcée. Souvent c'est le cœur. Sinon, si tu ne le fais pas et tu arraches les feuilles, en tout cas, tu seras responsable du mal. (...) Raison pour laquelle c'est le tradipraticien chaque fois qui part enlever les feuilles pour le patient. (...) Ou bien c'est l'accompagnant du patient qui part enlever les feuilles. (...) Et alors ! Si il vous dit, partez, vous enlevez ça, vous enlevez ça, vous enlevez ça... et souvent vous partez, vous trouvez quelques plantes. Mais y a des plantes que le tradipraticien connaît. Et c'est lui qui doit vous donner ces plantes-là. Tu vois comment c'est difficile ? Parce que pour enlever ces plantes, il y a chaque fois quelque chose à faire. Et remarque, même si on te dit d'enlever six plantes, tu vas jamais trouver les six. Non. Tu vas faire recours au tradipraticien, tu vas lui dire : « Ah ! Pourtant, je n'ai pas trouvé cette plante-là ». Et c'est lui qui sait où trouver cette plante-là. Et c'est ça qui donne la force et la crédibilité aussi au produit, là. Tu vois ? Je me dis que... tradipraticien c'est un moyen vraiment incontournable.. la médecine. Je dis la médecine générale, quoi. Que ça soit traditionnel, que ça soit moderne. Le tradipraticien, il est incontournable. Voilà. » (M, homme, OHG secteur 13).

Comme l'illustre clairement cette citation, « on constate que [les] utilisateurs [d'un remède « traditionnel »] ne conçoivent pas que sa composante pharmacologique puisse avoir une quelconque efficacité s'il n'est pas associé à une composante symbolique. La consommation d'une herbe x ne peut être pensée comme ayant une efficacité thérapeutique si elle est séparée de son contexte rituel (...) » (Fainzang, 1986, p.109). Ceci est vrai pour les remèdes préparés par les thérapeutes mossi, dont je précise ci-dessous le point de vue, mais pas pour ceux qui

constituent le savoir « profane » de tout un chacun. Pour les *tip-namba*, les éléments principaux pour la confection des remèdes sont les plantes¹⁵⁵. Cependant,

« Tout peut soigner » (Vieux, *tipa*, village de G, traduit du moore).

Tout peut servir de *tiim*, à la seule condition que celui qui veut utiliser un objet aléatoire de son choix comme *tiim* détienne les connaissances pratiques nécessaires à sa transformation (Ouedraogo, 1998, p.47). Il s'agit d'une part de gestes techniques décrits par les informateurs quant à la manière de se procurer les parties utiles à la préparation des remèdes. Par exemple, les racines doivent être prélevées à plusieurs endroits, d'est en ouest, et selon le sens du vent. Outre des raisons d'ordre magico-religieux qui m'auraient ici échappé, ces pratiques sont d'ordre pragmatique, visant à ne pas endommager l'arbre et risquer de le faire mourir. D'autre part, il peut s'agir de certaines pratiques « magiques », qui, nous l'avons vu, peuvent entrer dans la composition du *tiim*.

« *Tiim* ce sont des trucs mystérieux. » (Vieux, *tipa*, village de G, traduit du moore).

« Tous les arbres que vous voyez là, y a pas cet arbre là qui ne traite pas. Mais maintenant, c'est le savoir. (...) puisque chacun a sa plante, et il sait, comment il faut enlever, comment ça soigne, tout tout tout. Moi mes produits là, eh... dire que y a quelque chose que j'ajoute pour- puisque chaque plante même en ville, chaque plante que Dieu a créé là, a déjà ses... vraiment ses trucs étranges. Donc c'est en fonction de tout ça, que je fais ces produits là » (TPS, village de O, président de l'association, traduit du moore).

Ainsi, lorsque le *tipa* part en brousse¹⁵⁶ chercher les parties des plantes nécessaires, il suit des prescriptions précises concernant les gestes et paroles indispensables.

« C'est une technique, il y a des paroles (*bangre beme, nongoma beme*) » (T, TPS, OHG, secteur 8, traduit du moore).

¹⁵⁵ « Le *tiim*, c'est l'arbre simplement (*Tiima ya tiia bale*). Le *tiim* c'est l'arbre. (...) Le nom de *tiim*, c'est l'arbre. L'arbre c'est le *tiim*. Parce que c'est l'arbre que tu prends pour pouvoir faire un *tiim*. C'est ça qu'on dit que c'est *tiim*. (...) C'est parce qu'on s'entraide avec les arbres (*tiise*) qu'on appelle *tiim* » (Vieux, *tipa*, village de G, traduit du moore). Nous avons vu que des substances d'origine minérale ou animale peuvent s'y ajouter.

¹⁵⁶ Voir photos 11 et 12, annexe 3.

La plupart des thérapeutes interrogés mentionnent le fait que des paroles doivent être prononcées au moment de la cueillette. Ils insistent particulièrement sur l'importance de demander à l'arbre avant d'en prélever les parties nécessaires à la confection du *tiim* (écorce, racines, feuilles, branches). Cette demande constitue une preuve du respect qui lui est dû.

« Si tu arrives, tu parles avec [l'arbre] et tu prends. Parce que les arbres, ce sont des gens comme nous (*ya neba wa tondo*). (...) Si tu forces quelqu'un pour faire quelque chose ou tu lui demandes pour faire, c'est pas la même chose (*Bade fo san modogo neda, na n mane bumbu, ne fo san bonse na mane, pa yembre*) (Vieux, *tipa*, village de G, traduit du moore).

En plus de la demande à l'arbre, le thérapeute doit parfois déposer à son pied du mil, du tabac, du sésame, du sel, des noix de cola ou des pièces de monnaie¹⁵⁷.

« Cet arbre [*nobga*] aussi, quand tu rêves et tu vois des choses. Tu vois des choses et puis tu as peur, tu cherches du tabac, tu mets de l'est et à l'ouest au pied de l'arbre. Très tôt le matin, tu enlèves. Quand tu reviens, tu bous bien (...) Ce que tu vois, part te laisser » (*Tipa*, village de L, traduit du moore).

« Tu viens, tu mets un peu de mil, d'est en ouest [en faisant un geste encerclant le pied de l'arbre]. Puis tu enlèves les racines [du *kumbrisaka*]. Là où tu veux. Mais quand tu as enlevé, tu dois remettre la terre pour protéger les racines restantes. Et en remettant la terre, il faut faire attention que le mil ou le sel ne tombe pas dans le trou, ne soit pas enterré. Il doit rester sur la terre. On enlève la terre des racines, et la petite peau. On fait sécher » (Vieux, *tipa*, village de G, traduit du moore)¹⁵⁸.

Outre les paroles à prononcer et les « cadeaux » déposés auprès de l'arbre, témoignant tous deux du respect envers celui-ci et les génies des lieux, ces citations énoncent un point

¹⁵⁷ Cette pratique est mentionnée également à propos du *yamde* par l'informatrice citée p.100.

¹⁵⁸ Ces offrandes se font parfois selon un rituel particulier, pouvant durer plusieurs jours. « Au niveau du *yilga* il y a des paroles à dire. Tu cherches quelque chose pour mettre dans un trou avant d'enlever. Si tu enlèves sans ça ce n'est pas bon. Cela a un temps, il faut attendre deux jours. Tu pars aujourd'hui, tu creuses un trou, tu mets quelque chose et tu pars. Le lendemain matin, tu reviens enlever les racines. Et maintenant tu demandes à *ceux* qui sont dans les lieux la permission » (T, TPS, OHG, secteur 8, traduit du moore). [Selon mon interprète, « ceux » désigne des « êtres invisibles », ou en d'autres termes, les génies des lieux ; *Yilga* est un arbre que l'on trouve dans les marigots, utilisé par ce guérisseur pour confectionner un remède liquide contre certains maux de ventre].

important dans la cueillette de certaines plantes ou parties d'arbres, à savoir que certaines heures sont favorables au prélèvement, et d'autres peu conseillées. Les informateurs citent généralement le matin de bonne heure, « sans que personne ne te voie » (sous-entendu dans l'obscurité), avant le lever du jour. Cette prescription est encore aujourd'hui considérée par le personnel biomédical comme une « superstition » des thérapeutes locaux. Cependant, l'étude scientifique de certaines plantes, dont l'usage des feuilles fait l'objet de cette prescription de la part des soignants « traditionnels », a démontré que la substance active censée avoir un effet sur le corps et sur certains symptômes ou maladies, descendait dans les racines sous l'action des rayons du soleil. Des pratiques dites « archaïques » ou considérées comme des « superstitions » par certains, pourraient ainsi trouver une explication et une justification « scientifique » par ceux-là même qui les dénigrent.

Toutes les pratiques liées à la cueillette et à la préparation du *tiim* par un *tipa* abordées dans ce qui précède, répondent donc à un ensemble de connaissances spécialisées, dont dépend l'efficacité du *tiim*. Chaque thérapeute suit les instructions qui lui ont été données lors de la transmission du *tiim*, quelle que soit la manière dont il l'a reçu. A chaque *tiim* correspondent un certain nombre de conduites à suivre et de paroles à prononcer¹⁵⁹. Il ressort de ces quelques exemples qu'il existe véritablement une spécialisation des connaissances et des savoir-faire des thérapeutes locaux, acquis par apprentissage ou révélation. Si le thérapeute ne respecte pas ces différentes prescriptions, le *tiim* élaboré à partir des éléments matériels qui le composent risque de n'avoir aucune efficacité et de ne pas pouvoir soigner le malade.

« Si je pars pour enlever les feuilles, et puis tu me vois, moi je pars, toi aussi tu pars enlever, tu pars pour faire, pour soigner ton enfant, ça va pas réussir. Parce que moi j'ai parlé, j'ai demandé pour enlever. Toi tu n'as pas demandé. Tu viens comme ça, tu arraches, pour aller préparer et puis soigner ton enfant, ça peut pas.. ça peut pas marcher (*pa sigdi*). » (TPS, femme, village de U, traduit du moore).

¹⁵⁹ Parfois, certains « interdits » s'y ajoutent, que doit respecter le thérapeute et parfois même le malade ou la personne à qui est administré le *tiim*. Il s'agit dans la plupart des cas, en ce qui concerne les remèdes thérapeutiques, de prescriptions alimentaires et comportementales. Elles ressemblent parfois à des conseils, parfois à de véritables prescriptions ou interdictions. Il faut cependant préciser que la demande à faire et les paroles à prononcer ne concernent pas tous les arbres. Certains peuvent être utilisés sans autre.

« Quand tu enlèves il y a des paroles, tu fais le *tiim* et ça soigne. Quand tu enlèves sans parler, c'est du *tiim* mais ça ne soigne pas (*fo san nyak woto, a ya tiim la pa tipdye*) » (T, TPS, OHG, secteur 8, traduit du moore).

Ainsi, les plantes utilisées par un profane ou par une personne à qui le *tiim* n'a pas été « confié » ne soignent pas. Nous verrons que cet aspect constitue a priori un obstacle pour la pensée rationnelle biomédicale¹⁶⁰.

7.5.2.3 Le caractère complexe des maladies actuelles

Une autre distinction faite par les patients interrogés relève du fait qu'ils perçoivent une différence entre leur situation actuelle et celle à laquelle ils étaient eux-mêmes, ou leurs parents, confrontés jadis. Ils insistent sur le fait que les maladies actuelles ne sont pas les mêmes qu'avant (*pinda*).

« Les maladies d'aujourd'hui n'ont pas de médicament. Quand ça attrape ta tête comme ça, ça rentre dans tes yeux, ça sort comme du *sabraogo*¹⁶¹. Tu ne sais pas comment soigner ça. Mais avant ce n'était pas comme ça » (Femme, village de L, traduit du moore).

Les traitements susceptibles de soigner ces maladies ayant évolué sont eux aussi modifiés.

« [On choisit le] médicament du docteur (*loctore tiima*) seulement. Si c'était avant, *moose tiite*. On faisait ça beaucoup. Mais actuellement, le comprimé (*nasara tii bilo*), on est retourné vers là. Les maladies d'avant et actuellement... » (Femme, village de L, traduit du moore).

« Avant, même si tu es malade, on ne te met pas la perfusion (*koom*), mais actuellement, on te met la perfusion. Les maladies d'aujourd'hui sont devenues comme ça. Si c'est pas le Blanc qui peut ça, nous les mossi on n'a pas ce pouvoir-là » (Femmes, village de L, traduit du moore).

¹⁶⁰ J'y reviens dans le chapitre sur la perception par le personnel biomédical des pratiques thérapeutiques locales.

¹⁶¹ Entité nosologique populaire. *Sabga* est un problème de peau que je n'ai pas tenté de déterminer ici.

Cette dernière citation est révélatrice de plusieurs aspects importants. Premièrement, elle note l'existence d'un changement dans le temps au niveau du traitement : les perfusions sont plus fréquentes aujourd'hui qu'*avant*. Cet *avant* s'inscrit dans le vécu de cette femme, c'est-à-dire il y a quelques années seulement. Deuxièmement, elle explique cette différence par le fait que *les maladies d'aujourd'hui sont devenues comme ça*, qu'elles nécessitent plus souvent une perfusion. Ce qui veut dire que les maladies sont aujourd'hui différentes, peut-être plus fortes, plus violentes, plus résistantes qu'au paravent. Troisièmement, elle introduit une différence de compétence entre la *médecine des blancs* et la *médecine des moose*, la première étant perçue comme plus puissante que la seconde. Par contre, il n'est pas ici fait de différence entre les médicaments et plantes auxquels elles ont accès par rapport à ceux qui existaient avant. Cette remarque a cependant été faite par un informateur :

« Maintenant aussi les arbres ne réussissent pas bien. Si c'est pas à l'hôpital. » (Femme, village de L, traduit du moose).

Cette citation révèle ainsi le parallèle qui est fait entre l'évolution des maladies et le recours plus fréquent et surtout plus nécessaire à la biomédecine, qui semble alors perçue comme étant plus efficace. Je développerai cet aspect dans ce qui suit.

7.5.3 Perception des deux médecines par le malade et son entourage

Une troisième série de facteurs déterminant le choix des recours thérapeutiques concerne la perception que le malade et son entourage ont de chaque médecine et des soins et services fournis par l'une et l'autre. Comme l'écrit Aude Meunier, les malades et leurs proches ont leur propre appréciation de la qualité des soins et des prestations médicales dispensés par chacune des structures de santé (Meunier, 1999) ou chaque thérapeute, dans laquelle jouent également un rôle les relations entre soignant et soigné. Cette perception influence les choix d'orientation vers le soignant ou la structure correspondant le mieux à l'appréciation que le malade a de sa situation particulière.

Comme on l'a vu précédemment, certaines maladies sont fréquemment soignées par la biomédecine, pour lesquelles celle-ci semble considérée comme plus efficace que les thérapeutiques mossi, alors que d'autres sont perçues comme mieux soignées par ces

dernières et prioritairement traitées en y ayant recours. Outre les variables sociologiques et des aspects relatifs à la perception de la maladie, évoqués ci-dessus, différents éléments sont relevés par les informateurs à propos des deux traditions thérapeutiques.

7.5.3.1 La perception des coûts des divers recours thérapeutiques

Un premier argument dont de nombreuses études ont relevé l'importance est celui des coûts de santé. Cet élément est évoqué par de nombreux auteurs et agents de santé, comme constituant un frein à la fréquentation des structures sanitaires étatiques et privées. Selon eux, les soins biomédicaux seraient plus coûteux que les soins locaux, ce qui les maintiendrait hors de portée de la majorité des malades. Ils expliquent donc ainsi l'importance des recours de la population à la « médecine traditionnelle », comme la sous-fréquentation des infrastructures sanitaires biomédicales, et les consultations tardives par des malades arrivant souvent dans un état critique¹⁶² à l'hôpital. Il est certain que la question des moyens financiers est importante dans le choix du recours à l'une ou l'autre médecine. Le discours de nombreux informateurs, autant citoyens que villageois, souligne que c'est souvent faute de moyens que les malades ont recours aux plantes et à la thérapeutique moaga.

« Quand on casse les plantes, c'est parce qu'on n'a pas. » (Femme, village, traduit du moore).

« Souvent si c'est cher... par exemple, souvent tu pars à l'hôpital, on te prescrit des médicaments. Tu pars, on te dit, que 8000, 5000... souvent c'est beaucoup. Donc si y a pas l'argent pour acheter, si on te dit, faut bouillir cette plante, là... tu peux essayer voir. » (Z, jeune femme, OHG secteur 13).

De même, c'est ce coût prohibitif qui pousse les patients à avoir recours aux structures sanitaires proches, souvent considérées moins compétentes que le CHR, mais plus accessibles financièrement.

« Ce qui est à côté que je pars. C'est ici qu'on se soigne d'abord. Quand on gagne des moyens on peut partir ailleurs. » (F, vieille, village de W, traduit du moore).

¹⁶² Les infirmiers sont nombreux à déplorer l'état grave dans lequel sont les malades qui viennent les consulter. Ceux-ci attendent que la maladie ait déjà atteint un stade avancé avant de se rendre dans les centres de santé, rendant bien souvent le traitement plus difficile, voire parfois impossible.

Un infirmier du CHR de Ouahigouya cite l'exemple d'un malade souffrant d'une fracture dont la gravité demandait son transfert vers Ouagadougou. Celui-ci ne disposant pas des moyens nécessaires au déplacement, aux frais d'hospitalisation et de séjour, à la consultation de spécialistes et aux traitements et médicaments, a dû refuser, et signer une décharge avant de quitter le CHR pour avoir très vraisemblablement recours aux services d'un rebouteux.

Cependant, ce constat doit être nuancé. En effet, on peut se demander si les coûts générés par les soins dispensés par un thérapeute mossi sont réellement moins élevés que par ceux obtenus dans les structures sanitaires biomédicales ? Les produits proposés par les locaux sont généralement peu chers, bien que dans certains cas ils puissent s'élever à plusieurs millions de francs CFA¹⁶³. Leurs poudres, décoctions et remèdes valent la plupart du temps entre 10 et 1000 francs CFA, parfois 2000, et peuvent même être « gratuits¹⁶⁴ ».

« Il y a un prix (*A tara waodo*). Mais c'est pas tout qu'on paie. D'autres (*pedba*) on donne, d'autres il faut payer » (Feu A, TPS, OHG, secteur 6, traduit du moore).

Ils sont donc certes incomparablement moins chers que les médicaments biomédicaux, pour lesquels les prix s'élèvent facilement à plusieurs milliers de francs, sans compter les frais générés par les consultations. Mais il ne faut pas oublier que les dépenses faites lorsqu'on consulte un thérapeute local ne se limitent pas non plus au prix du produit. D'autres dépenses s'y ajoutent, par exemple des cadeaux en guise de remerciement (noix de cola, pièces de monnaie, etc), et les « dépenses rituelles » (poulet dans la plupart des cas, parfois mouton ou autre animal, pour sacrifice, etc)¹⁶⁵, qui peuvent constituer au final une somme importante, voire prohibitive. Ainsi, la réelle différence en termes de coûts du traitement entre consultation biomédicale et locale, est que le paiement peut être différé¹⁶⁶, et qu'il peut (parfois même doit) se faire en nature (par exemple par du mil, du bois, un animal, etc).

¹⁶³ Les produits chers sont principalement ceux impliquant des pratiques mystiques, que je ne développe pas dans ce travail.

¹⁶⁴ Les thérapeutes l'affirment tandis que les patients l'infirmement : « Gratuit (*Zaalem*) ? [Rire]. Sauf que tu es parti plusieurs fois, et il va enlever te donner » (F, patiente, village de W, traduit du moore).

¹⁶⁵ Il a déjà été dit qu'outre les produits à base de plantes (qui ne coûtent généralement qu'une somme symbolique), certains sacrifices ou offrandes peuvent être prescrites par le thérapeute.

¹⁶⁶ Les *tip-namba* donnent souvent des produits au malade sans demander de rétribution immédiate en échange. Le malade peut rentrer chez lui se soigner, et c'est une fois le traitement terminé qu'il remercie et rémunère le *tipa* pour la guérison obtenue. Si le patient n'est pas reconnaissant et ne revient pas, il risque par exemple de rechuter. « Les services attribués par les guérisseurs doivent être rétribués en cas de guérison et (...) le patient ne peut se soustraire à cette dépense, sa négligence ou son refus de se conformer à cette règle étant susceptible (...)

« Ce qu'on paie avec un poulet, ça existe, avec moins d'un poulet aussi ça existe. (...) Si c'est moins d'un poulet, il peut te faire payer 100, 200, des fois 300 francs. (...) Si tu n'as pas cinq francs, ils te donnent simplement (*ba kō fo zalem*), tu veux repartir payer ? ça peut-être » (F, vieille, village de W, traduit du moore).

Cela n'est pas le cas de l'hôpital, où,

« si tu n'as pas d'argent, ils ne donnent pas. (...) Actuellement, si tu n'as pas cinq francs, même si ton enfant gémit et va réellement mourir, ils ne vont pas le soigner. » (Femme, village de L, traduit du moore).

Ainsi, le fait de pouvoir reporter le paiement peut constituer un réel avantage pour le malade, par exemple dans le cas où lui-même ou sa famille ne disposent pas de moyens financiers au moment où la maladie survient. Mais l'enchaînement de petites dépenses et le fait d'être redevable envers le thérapeute peuvent parfois dépasser les coûts d'un traitement biomédical, une fois la totalité des dépenses comptabilisées. Cependant, ce calcul n'est que rarement fait par les malades. Ce qui semble compter est le coût isolé d'un traitement à un moment donné, voire d'un élément du traitement, et l'avantage financier d'une prise en charge par le thérapeute mossi qui peut se régler a posteriori. Ainsi, le recours à un traitement cher ne se fait que contraint et forcé, dans le cas où la progression de la maladie et l'échec de traitements en automédication et autres ne soulagent pas le malade. Lors des recours à des spécialistes, les malades peuvent sélectionner eux-mêmes certains éléments du traitement, espérant qu'ils suffiront à obtenir sinon la guérison, du moins un soulagement. Pierre Cantrelle et Thérèse Locoh parlent d'ordonnances « à la carte » (1990, p.18). C'est ainsi que l'on voit souvent des patients ne pouvant se procurer la totalité des médicaments d'une ordonnance biomédicale, acheter l'un ou l'autre des produits prescrits, en fonction de leur connaissance de ce produit, et principalement du coût de celui-ci. Il est rare que les prescriptions soient respectées jusqu'au bout en cas d'amélioration de l'état du malade, comme dans ce cas de paludisme pour lequel la malade a consulté au CHR :

d'engendrer une rechute ou l'apparition d'une nouvelle maladie » (Fainzang, 1986, p.113). Cependant, une thérapeute mossi interrogée affirme que « tu prends l'argent avant de prendre le produit » (G.A, femme, TPS, OHG, traduit du moore).

« Elle est partie consulter. [On a fait goutte épaisse.] Et puis on lui a donné les médicaments... elle a pris.. c'est parti. On a dit qu'elle doit revenir, mais comme c'est parti, elle n'est pas repartie. » (Z, jeune femme, OHG secteur 13).

« Si moi je pars à l'hôpital et on me donne les médicaments là, je prends deux. Si ça va là, c'est fini. J'arrête. » (Z, jeune femme, OHG secteur 13).

Il en va de même de traitements chez le *tipa*, qui ne sont pas toujours suivis jusqu'au bout, bien que celui-ci souligne souvent l'importance de poursuivre un traitement jusqu'à terme, même en cas d'amélioration, comme nous le verrons plus tard. Une telle attitude n'est pas directement en lien avec la question des coûts, mais relève d'une manière particulière d'appréhender la maladie et la guérison¹⁶⁷.

En outre, la question des coûts ne se mesure pas uniquement en termes financiers. Ils sont également évalués en termes de force de travail. On peut distinguer les « coûts directs médicaux », les « coûts directs non-médicaux » et les « coûts indirects » (Peeters & al, 2008). Les premiers comprennent les coûts directement liés au traitement médical, à l'hospitalisation ainsi qu'aux dépenses médicales irrégulières et à celles liées à l'hygiène. Les coûts indirects non-médicaux englobent principalement les dépenses liées aux transports (patient, accompagnant, visiteurs), à l'alimentation et les autres coûts non-systématiques (téléphones, dettes, cadeaux, etc.). Enfin, les coûts indirects comprennent les conséquences d'une hospitalisation ou d'un traitement au long cours (perte de productivité, manque à l'école, handicap et autres coûts difficilement mesurables) (Peeters & al, 2008).

En effet, un malade ne peut se rendre seul au dispensaire, son entretien n'étant pas garanti par les structures sanitaires. L'alimentation, la toilette, le nettoyage et autres services, voire même certains soins, ne sont pas proposés par l'hôpital et incombent aux familles, qui sont constamment présentes aux côtés de leur malade pour palier à ses besoins. Tout malade qui se rend à l'hôpital doit ainsi être accompagné par une personne qui se rend de ce fait, elle aussi, indisponible pour les travaux quotidiens. Ainsi, en cas d'hospitalisation, en plus des dépenses que celle-ci implique, plusieurs personnes se trouvent (im)mobilisées au centre de santé. Cela semble être un facteur prohibitif à une consultation précoce. Au contraire, on attend bien souvent pour consulter que l'état du malade soit critique et ne laisse plus réellement le choix.

¹⁶⁷ Voir p.144.

Avant cela, on préfère tenter des soins populaires ou l'emmener consulter un thérapeute mossi, ce dernier étant souvent moins éloigné géographiquement que les centres de santé, et offrant l'avantage que le malade reste à domicile. Le fait de pouvoir soigner le malade à la maison et non à l'hôpital facilite en effet la tâche, permettant à son entourage de continuer à vaquer plus ou moins normalement aux travaux quotidiens parallèlement aux soins donnés au malade. Les coûts de déplacement (les centres de santé sont parfois difficilement accessibles géographiquement pour les populations villageoises) et de séjour (alimentation, logement, etc) peuvent également être prohibitifs. Ceci est d'autant plus vrai dans le cas où le malade n'a pas de famille ou de bonnes relations en ville ou proches du lieu d'hospitalisation. Ainsi, un malade peut préférer se contenter des soins disponibles localement plutôt que de se rendre en ville où il ne connaît personne et s'expose ainsi à toutes sortes de difficultés. Au contraire, il peut choisir de se rendre en ville malgré les coûts plus élevés que cela implique, espérant recevoir de l'aide de la part de la famille habitant en ville (Meunier, 1999). Ces exemples démontrent l'importance des facteurs sociaux.

7.5.3.2 La perception de l'efficacité des thérapeutiques locales et biomédicales

Outre la question des coûts, un facteur bien évidemment fondamental dans les choix des malades est leur perception de l'efficacité des différentes possibilités de soins. En effet, nombreux sont les informateurs disposant de certains moyens financiers, et choisissant d'avoir recours aux soins mossi. Les motivations entrant ici en ligne de compte sont souvent liées à la réputation d'un soignant, qui peut d'ailleurs demander des honoraires impressionnants, ou à une préférence affichée pour la thérapeutique moaga et le savoir local.

L'efficacité de la médecine locale est largement reconnue, qu'il s'agisse de pharmacopée ou même de pratiques magico-religieuses. L'un des critères participant de l'évaluation de l'efficacité d'un traitement est sa rapidité. Celle-ci constitue un atout majeur, par exemple dans le cas des maladies citées lorsque j'abordai certaines maladies fulgurantes traitées préférentiellement par la biomédecine (méningite, rougeole, diarrhées accompagnées de vomissements). Cette dernière est dans bien des cas décrite comme plus rapide que la thérapeutique moaga:

« Si ce sont les enfants là, surtout quand le corps se chauffe, tu pars à l'hôpital, je crois que c'est plus rapide. » (ML, femme, OHG secteur 13).

Les comprimés sont dits faciles à consommer, déjà « prêts à l'emploi ». Ils ne demandent effectivement pas la même préparation que les remèdes à base de plantes, pour lesquels il faut d'abord partir *en brousse* pour trouver l'arbre et prélever la partie nécessaire, la préparer (piler, bouillir, ou sécher) avant de pouvoir la consommer (boire, laver, purger, inhaler).

« La plante, bouillir d'abord, avant que ça rentre dans ton corps, par rapport au comprimé que tu vas prendre et puis avaler, y a d'autres qui disent¹⁶⁸, le temps que tu vas prendre pour bouillir, à ce moment, le comprimé commence à agir déjà. » (Femme, village, L., traduit du moore).

« Quand tu prends et ça guérit vite, tu prends ça tout de suite et puis ça guérit, et l'autre il faut prendre tout le temps, bouillir... » (Femme, village, L., traduit du moore).

En outre, d'après certains informateurs, la plante une fois consommée n'agit pas aussi vite que les comprimés, qui agissent plus rapidement et plus radicalement que les remèdes à base de plantes. Ainsi, les *nasara tite*¹⁶⁹ raccourcissent le délai entre le choix du traitement adéquat et la prise du médicament d'une part, ainsi qu'entre la prise du médicament et les premiers soulagements et amélioration de l'état de santé d'autre part. La rapidité et l'efficacité de l'effet anti-douleur est un avantage souligné à maintes reprises par les informateurs, par exemple en ce qui concerne les maux de tête. Cependant, certains informateurs ont une représentation contraire, à savoir que les soins locaux sont plus rapides à agir.

« Ce sont vraiment les plantes les plus efficaces, là. Ça c'est plus rapide que les comprimés. » (R., femme, OHG secteur 13).

¹⁶⁸ Maryvonne Charmillot (1997) pourrait souligner ici la forme du discours de cette informatrice, qui reprend les propos de quelqu'un d'autre ou d'un on-dit. Selon elle, cette forme d'énoncé indique que l'information n'a pas été intégrée par l'énonciateur du discours, qui se contente de rapporter ce qu'il a entendu dire, sans se positionner par rapport au contenu.

¹⁶⁹ Les médicaments biomédicaux, quels qu'ils soient, sont appelés *tii biise* ou *nasara tiite* (sg. *nasara tiim*) en moore, littéralement les « petits du *tiim* » ou les « médicaments du Blanc ».

Dans le cas où les plantes sont prises chez le *tipa*, en poudre par exemple, leur préparation peut être rapide. Elles sont par exemple simplement mélangées à de l'eau, du jus de tamarin ou de la bouillie, et ainsi consommées, le produit pouvant alors agir rapidement :

« Ça soigne beaucoup. Même si un enfant se lève que, il a mal au ventre, tu mets de l'eau simple, tu lui donnes à boire un peu, c'est fini. Sur place. C'est pas dit aller, et puis revenir. C'est pas dit de partir, puis revenir. Ça soigne directement. (...) C'est l'eau seulement qu'on met. Si tu as mal au ventre, et que le ventre [gargouille fort], le ventre fait mal. Et ça pique. (...) si tu bois seulement, tu vas voir que c'est en train de finir seulement. Si ça pique plus fort.. un peu un peu... ça va pas arriver quelques trente minutes, et puis c'est totalement fini. » (A, homme, OHG, secteur 2).

Ainsi, quoi qu'il en soit, la rapidité des effets d'un traitement est un critère central d'appréciation de son efficacité. D'une rapidité plus grande découle la perception d'une efficacité supérieure. Un soulagement rapide permet certes de réaliser les activités quotidiennes que les douleurs et la fatigue liée à la maladie, plus que la maladie elle-même, rendent difficiles, voire impossibles.

En outre, l'efficacité de l'une et l'autre thérapeutique semble évaluée en fonction de critères relatifs aux traitements eux-mêmes. Ainsi, bien qu'il soit rare de rencontrer des personnes mettant en doute les capacités de la biomédecine elle-même, sa capacité de diagnostic et de traitement est parfois questionnée en rapport avec les conditions précaires où elle s'exerce en Afrique. Les manques sont trop souvent innombrables : manque de matériel, de personnel, de moyens financiers, et, trop souvent, de compétences et de qualité, techniques et humaines, dans les soins fournis. De plus, certains aspects sociaux peuvent être déterminants, tels que l'accueil et l'écoute réservée aux malades dans les structures de santé. En effet, les relations entre patient et soignant laissent souvent à désirer, comme le démontrent les études menées par Rachel Medah dans d'autres contextes burkinabés (2008 ; 2007 in Jacob & al). La dimension sociale peut également être déterminante dans le cas où le malade connaît personnellement un agent de santé, cette relation pouvant constituer un facteur incitant à avoir recours à la biomédecine par l'intermédiaire de cette personne.

« Puisque, l'année passée, moi j'ai fait, une semaine ici, je peux même pas sortir dehors. On m'a amené, à l'hôpital-, à AMMIE. Le docteur de AMMIE. On l'a appelé. Mon grand-père, là,

le connaît. Donc il m'a amenée là-bas, soignée, tout tout tout. Donc depuis ça, c'est fini. » (Z, jeune femme, OHG secteur 13).

Concernant la qualité des soins, une critique adressée à plusieurs reprises à certains traitements est leur caractère aléatoire.

« (...) certaines maladies peuvent guérir. D'autres personnes peuvent casser¹⁷⁰ et ça marche avec eux (*zemse*). D'autres aussi qui soignent en vain » (Femmes, village de L, traduit du moore).

Cette remarque concerne les traitements à base de plantes. Les personnes pratiquant des soins à base de plantes en automédication reconnaissent « tâtonner », et opposent parfois à cela la maîtrise de la biomédecine.

« Nous on tâtonne, c'est pas un seul arbre qu'on enlève » (Femme, village de L, traduit du moore).

Toutefois, les spécialistes que sont les infirmiers et les thérapeutes locaux se voient parfois reprocher la même chose.

« Les infirmiers, c'est comme moi j'ai cité les *mo-tiim*. Si tu pars, eux aussi ils te donnent beaucoup de médicaments. Si tu prends, si ça va, c'est comme ça, si ça marche pas aussi... [c'est comme ça] » (Femme, village de W, traduit du moore).

En d'autres mots, eux aussi tâtonnent, prescrivant différents médicaments dans l'espoir que l'un d'eux aura un effet positif sur l'évolution de la maladie. Ces tentatives hasardeuses échouent souvent, et un deuxième traitement biomédical peut être administré sans grands effets, de même que chez le *tipa* ou par les malades eux-mêmes en automédication. Mais il faut préciser ici que cette critique est plus souvent faite aux traitements locaux à base de plantes, et semble jouer en faveur de la biomédecine. Cette informatrice affiche sa confiance dans la biomédecine :

¹⁷⁰ *Casser* désigne ici le fait de casser les branches de la plante, c'est-à-dire de prélever une partie de la plante.

« (...) Quand tu pars à l'hôpital, quand l'infirmier t'examine, il sait exactement de quoi tu souffres (*a banga baa bilu*) et quel produit va avec ce mal » (Femme, L, village, traduit du moore).

« En tout cas si on part en consultant, si on gagne, on vous explique comment il faut faire ces choses. Je me dis que... ce que le médecin décide c'est sûr. [Il connaît] donc y a pas de problème » (M.L, patiente, OHG, secteur 13).

Les connaissances biomédicales semblent ainsi perçues comme plus précises, plus exactes, plus complètes.

« Le blanc connaît chaque maladie et ses remèdes. » (Femme, L, village, traduit du moore).

Cette citation met en évidence un point important, à savoir le fait que la biomédecine est bien souvent considérée comme la « médecine des blancs ». Cette attribution de la biomédecine à l'« Homme blanc » procède d'une logique historique certaine. Celle-ci a bel et bien été introduite par des Européens, donc des blancs, lors de la colonisation. Mais il semble que cette appellation recèle une dimension autre que cette simple considération historique. Elle relève d'une attitude généralement positive, voire admirative à l'égard de l'« Homme blanc » et en particulier de « sa » science. Le blanc représente celui qui a les moyens et celui qui sait. Il ne « tâtonne » pas, il décide en connaissance de cause. Il est certes évident que la « médecine des blancs » a à sa disposition de plus amples moyens techniques destinés à diagnostiquer et à traiter les maladies, moyens qui sont d'ailleurs reconnus par les thérapeutes locaux eux-mêmes. Cette base technique, voire technologique, et l'institutionnalisation du savoir biomédical, contribue de manière significative à son appréciation positive et à sa crédibilité. J'y reviens lorsque j'aborde les représentations mutuelles des soignants.

Les citations relevées montrent que certains informateurs placent la biomédecine qualitativement en dessus du *tâtonnement* des pratiques locales. Rares sont ceux qui nient son efficacité et son utilité, et la préférence lui est souvent accordée, avec parfois une confiance presque aveugle. En revanche, l'attitude des informateurs envers la thérapeutique moaga est parfois plus nuancée. Certains, principalement des citadins ayant suivi une scolarisation prolongée, mettant l'accent sur des idées et valeurs rationnelles et scientifiques, ont ainsi développé un certain scepticisme envers les pratiques locales et un éternel besoin de

« preuves ». L'éducation scolaire et à plus forte raison la formation d'agent de santé apportent d'autres manières de fonctionner et de concevoir le corps, la maladie, voire même le monde. Le scepticisme vis-à-vis des pratiques thérapeutiques locales concerne principalement les pratiques magico-religieuses associées à certains traitements à base de plantes, et le secret dont les entourent certains thérapeutes. Les soins à base de plantes ne sont quant à eux généralement pas objet de la critique dont font les frais certaines pratiques magiques qui les accompagnent. Je développerai ces aspects en abordant le discours du personnel biomédical et les politiques du gouvernement en matière de médecine traditionnelle, que les mêmes attitudes caractérisent. On y retrouve ce même type d'ambiguïté entre rationalité des pratiques « modernes » et inexplicable des pratiques « traditionnelles ».

Malgré cela, dans bien des cas, une grande légitimité est donnée à la « médecine traditionnelle ». Les traitements à base de plantes sont jugés très efficaces.

« Ça marche ! Les plantes c'est pas petite affaire, les plantes c'est pas petite affaire. Pour soigner avec les plantes, là... ça c'est pas petite affaire, ça soigne bien ! Ça, ça soigne bien. » (A, homme, OHG secteur 2).

Lors des entretiens, je demandais aux personnes présentes de se représenter une situation de maladie dans laquelle ils se verraient offrir le choix entre un produit moaga et un produit biomédical pour soigner leur mal. Posée de manière récurrente, cette question s'est avérée très révélatrice. Comme nous l'avons vu plus haut, la question du temps de préparation des produits est un aspect jouant en défaveur des soins locaux. Pour qu'une telle dimension pratique ne vienne pas fausser les réponses, il a donc fallu préciser la question, qui proposait alors, dans l'hypothèse d'une quelconque situation de maladie, un médicament biomédical (*tii biise* ou *nasara tiim*) et un produit moaga (*mo-tiim* ou plante) prêt à être consommé. Il leur était demandé de choisir à quel produit ils donnaient la préférence. Dans la majorité des cas, les informateurs disent préférer les *tii-biise* ou *nasara tiite* :

« On prend d'abord le comprimé (*tii-bila*). » (Femme, L, village, traduit du moore).

« L'hôpital d'abord, les plantes après. (...) Actuellement il faut que l'hôpital soit devant. Si l'hôpital n'est pas devant, on va enterrer fatiguer. » (Femme, L, village, traduit du moore).

Dans d'autres, ils ont choisi le produit local (*mo-tiim*) ou populaire :

« Les plants aussi sont bien. » (Femme, L, village, traduit du moore).

« Au même coût ? Alors si c'est le même résultat, moi je préfère les plantes » (Naaba L, OHG, secteur 13).

« C'est moi-même qui n'aime pas prendre des comprimés (rit). On m'a jamais vu prendre des comprimés comme ça. Si c'est pas que je suis vraiment malade... Même mal à la tête, là, je préfère prendre potasse là, mettre dans l'eau, faire comme ça [masser le front]. C'est ce que je préfère seulement. » (Z, jeune femme, OHG secteur13).

Parfois enfin, ils ont choisi les deux ou ne pouvaient pas faire un choix.

« Si c'est moi je veux tout ! [Rires] Je veux tout ! » (F, village de W, traduit du moore).

Lorsque les raisons de ce choix leur étaient demandées, les informateurs ont souvent eu de la peine à répondre. Lorsque parfois une explication est donnée, elle peut mentionner l'habitude :

« Je prends le *mo-tiim*. Je fais. Je regarde. (...) *Mo-tiima*, je pense que je connais mieux ça, et je pense que comme je connais ça, je pense que ça, ça peut me soigner. Comme j'ai l'habitude de faire ça. (...) C'est pour cela que j'enlève ça. » (F, vieille, village, traduit du moore).

D'autres raisons évoquées sont la rapidité d'action (des comprimés dans la majorité des cas) dont il a été question plus haut, ou la nature différente des maladies actuelles, qui nécessitent plus qu'avant des soins biomédicaux¹⁷¹. Une troisième raison mentionnée est la peur :

« Le problème c'est quoi ? Puisque, moi j'ai peur du médicament. Et si je vois que le comprimé, là est.. est beaucoup, moi je ne veux pas prendre le médicament [Rit]. » (Z, jeune femme, OHG secteur13).

¹⁷¹ Voir p.107 et suivantes sur la perception des maladies actuelles.

Les raisons provoquant cette peur ne sont quant à elles pas mentionnées. Lorsqu'on l'interroge sur le pourquoi de cette peur, cette informatrice répond simplement que

« non, je n'aime pas prendre les comprimés seulement. (...) Bon, c'est bon mais, je n'aime pas. (rit). Si je vois les médicaments là même, OUH ! ça me fait peur. » (Z, jeune femme, OHG secteur 13).

Mais finalement, elle évoque une raison concrète concernant ce qu'on appellerait certains effets secondaires :

« Mais après, mon problème, c'est quoi ? Si je fais deux jours, et j'avale les comprimés comme ça, deux jours trois jours là, je ne peux plus manger. Je perds l'appétit. Avec du paracétamol. Donc c'est ça qui fait que je n'aime pas les comprimés. » (Z, jeune femme, OHG secteur 13).

Naaba L. fait également allusion à de potentiels effets secondaires, et mentionne la confiance qu'il porte aux plantes, accompagnée d'une certaine méfiance envers le « synthétique ».

« Parce que le médicament on ne sait pas avec quoi on a fait, et on ne sait pas effectivement ce que ça va vous faire comme mal après. Alors, si c'est le même résultat, et le même coût, moi je préfère les plantes. Personnellement. Ah oui ! Parce que, nous vivons de plantes, y a longtemps que l'humanité vit de plantes, et on est là, et on est pas partis nulle part. Tandis que les produits... synthétiques, ou je ne sais pas comment on les fait, ça peut avoir d'autres conséquences dans vingt ans, dans trente ans, ou même faire quelque chose d'héritage aussi. Alors moi j'allais préférer les plantes. Si les produits viennent, si on me dit que ces produits viennent des plantes, là y a pas de problème. Mais si on me dit qu'il y a du synthétique et les plantes, je préfère les plantes » (Naaba L, OHG, secteur 13).

Je ne prétends pas ici avoir fait un inventaire exhaustif des paramètres pris en compte dans les choix thérapeutiques des malades, mais simplement donner une idée de leur complexité. Les exemples donnés mettent l'accent sur le fait que les préoccupations des malades sont souvent d'ordre pragmatique. Comme le souligne Didier Fassin (2000), il faut se méfier des interprétations culturalistes, qui mettent sur le compte de croyances populaires et culturelles la sous-fréquentation des centres de soins « modernes » par les populations, et expliquent les

choix thérapeutiques par des aspects principalement culturels. De telles explications sont fréquentes dans le discours du personnel biomédical et des autorités en matière de santé, mais également dans certaines études même anthropologiques se penchant sur la question. Ces éléments culturels sont certes présents, mais il est important d'attirer l'attention sur les dangers de telles explications simplifiantes.

7.6 Conclusion

Il ressort donc des entretiens réalisés différentes représentations et pratiques. Elles montrent toutes qu'une certaine confiance est accordée d'une part aux plantes et soins locaux, et d'autre part aux soins biomédicaux. Le fait que les malades aient recours aux deux médecines, parfois même simultanément, signifie qu'ils accordent leur confiance aux deux systèmes, tout en doutant du résultat des traitements.

Ceux qui remettent en cause les vertus de la biomédecine sont rares. Il a même été souligné que dans certains cas, les gens disent préférer les comprimés biomédicaux, avoir plus confiance en leur efficacité. Nous avons vu que la biomédecine semble encore bénéficier de l'aura et de la crédibilité que lui confère son statut de « médecine des blancs ». Les doutes relatifs et les critiques qui lui sont faites concernent surtout ses insuffisances.

L'attitude envers les soins donnés par les thérapeutes mossi semble plus ambiguë. D'un côté, la confiance que les malades leur témoignent semble plus ébranlable. Les jeunes scolarisés énoncent des doutes quant à son efficacité, en particulier celle de certaines pratiques magico-religieuses liées ou non à l'usage des plantes. Ils se méfient et semblent remettre en cause les connaissances et l'expérience de leurs aînés au profit de la scientificité de la médecine de l'hôpital, sous la domination de laquelle ils sont nés. Cependant, même des cadres scolarisés et *a fortiori* des agents de santé formés dans le moule de la biomédecine, ont recours aux thérapeutes locaux et même aux charlatans, ce qui permet d'affirmer que les soins « traditionnels » restent une composante centrale des recours de santé. Une grande confiance leur est encore accordée.

Les deux médecines sont donc reconnues comme efficaces, bien que certains manquements soient déplorés. Les utilisateurs ont recours à l'un et/ou l'autre système de santé, et choisissent les traitements et produits en fonction de la perception qu'ils ont eux-mêmes de la maladie en question et de l'état du malade. Ainsi, différentes affections ou différents niveaux

de gravité peuvent amener le même malade à consulter chez le *tipa* et/ou au niveau des services de santé biomédicaux, ou encore à se traiter en automédication, quelle qu'elle soit. Leur perception de chaque médecine et l'appréciation des structures de soins joue aussi un rôle. Parfois la biomédecine, parfois la médecine moaga, est considérée comme plus efficace.

Il est difficile de déterminer quels sont les facteurs les plus significatifs. Tous ont une certaine influence, mais il faut souligner que les choix ne sont pas faits selon des calculs précis et des processus de décision impliquant la prise en compte de tous les paramètres mentionnés. Malgré l'influence réelle des aspects matériels comme idéels abordés ci-dessus, on dénote « une absence de comportements systématiques des patients en matière d'itinéraires thérapeutiques » (Fainzang, 1986, p.117). Témoin cette citation qui démontre le caractère aléatoire des choix thérapeutiques :

« Si c'est moi-même qui ai mal au ventre, je me lève, je passe une mauvaise nuit, si le matin vous pouvez m'amener à l'hôpital, je pars me soigner. Ça c'est quand tu as passé une nuit blanche. Je peux me faire une autre idée, dire de partir enlever *kumbrisaka*, les racines, venir me donner à piler, boire, boire. Si je fais ça, et ça marche pas, je pars à l'hôpital. C'est ce qu'on fait. » (F, vieille, village, traduit du moore).

Les entretiens analysés dans ce qui précède le montrent bien, l'objectif principal dans l'utilisation des différentes thérapeutiques est d'ordre pragmatique, pratique, à savoir la recherche de l'efficacité en vue de soigner un mal, que celui-ci soit clairement défini ou non. Jean-Pierre Olivier de Sardan et Yannick Jaffré (1999), cités en début de travail, et Sylvie Fainzang (1986) parmi d'autres, soulignent l'importance de la dimension pragmatique en matière de santé. Il ressort souvent en effet que les thérapeutes mossi autant que les malades, ne semblent pas trouver nécessaire d'expliquer le processus qu'implique la venue de la maladie et la recherche de la guérison. La maladie est là, c'est un fait, patient et thérapeute s'y trouvent confrontés. Il faut la guérir, dans quel cas le but est atteint.

« La maladie peut être simple, elle peut ne pas être simple¹⁷² (*tōe ti ya zaalem, tōe ti pa zaalem*), l'essentiel est que tu puisses te soigner seulement (*fo mi san tipe ta sigi bale*) » (Vieux *tipa*, village de G, traduit du moore).

¹⁷² Voir à propos de cette distinction p.34 et suivantes.

Nous avons vu en début de travail que certaines maladies dites « prosaïques » n'impliquent pas, tel que c'est le cas pour la plupart des maladies dont il est question ici, de recherche étiologique poussée ni de dimension magico-religieuse significative.

Après avoir décrit dans les grandes lignes les comportements et représentations en matière d'itinéraires thérapeutiques des patients, et mis en évidence leur utilisation des divers types de soins disponibles, je me penche dans ce qui suit sur les représentations des soignants, locaux et biomédicaux, des deux traditions thérapeutiques et des relations qu'elles entretiennent.

8. Thérapeutes locaux et personnel biomédical : leur perception mutuelle

Nous avons vu dans ce qui précède que la perception que les patients ont de l'une et l'autre traditions thérapeutiques constitue un facteur important influençant leurs recours en cas de maladie. J'aborde maintenant le discours des thérapeutes de ces deux traditions à ce sujet.

8.1 Perception de la biomédecine et de leur propre pratique par les thérapeutes mossi

Les attitudes des soignants locaux à l'égard des deux traditions thérapeutiques sont variées, mais on peut dire qu'en règle générale, ils les considèrent comme parentes. Pour eux, toutes deux relèvent d'une démarche semblable, ayant pour objectif commun la bonne santé de la population. Certes, chacun a son travail, chacun a sa manière, sa pratique, ses idées, et les informateurs reconnaissent certaines spécificités à l'une et l'autre « médecines », mais la base et le but sont les mêmes.

« Ce n'est pas pareil (*Pa yembre*). Parce qu'on ne brûle pas le *nasara tiim*. C'est seulement parce qu'on ne brûle pas que c'est différent (*A pa niode bale kite ba wilge ta*). Tout ça c'est la même famille (*Faa ya bude yembre*). Mais le produit du blanc ne se brûle pas (*La nasara pa niode*). Même si c'est pas tout que nous aussi on brûle, y a certains qu'on ne brûle pas (...). Chez eux [les produits du blanc] maintenant, c'est fabriqué et posé. Quand tu arrives, ça dépend de toi, c'est tout de suite que ton problème peut être résolu. Nos produits (*la tondo rena*) souvent quand tu arrives, il faut partir en brousse, chercher et puis revenir. Des fois il faut partir en brousse, chercher, venir brûler, avant qu'il [le malade] vienne chercher. C'est ça qui fait la différence. Sinon tout ça c'est la même chose. (...) Tout ça c'est la même chose, c'est les arbres seulement (*Faa ya yembre, ya tiia bale*). Le médicament c'est les arbres seulement (*Tiima ya tiia bale*). Le médicament c'est l'arbre (*Tiim ya tiia*). Les blancs c'est avec ça qu'il travaillent, et nous aussi, c'est avec ça que nous travaillons. Nous aussi on arrive

à avoir ça, enlever et travailler avec. Tout ça c'est la même famille » (Vieux *tipa*, village de G, traduit du moore).

Cette citation souligne une différence liée à la préparation des produits, les *tite* mossi étant parfois des plantes brûlées, contrairement aux médicaments biomédicaux. De plus, ces derniers sont préparés à l'avance, ce qui n'est pas le cas de tous les produits mossi. D'autres aspects divergents sont soulignés par les thérapeutes locaux.

« La médecine des blancs, là... (...) Elle peut carrément enlever, elle peut, bon, faire une intervention, enlever le mal, là. Mais nous, on peut donner des produits, qui vont faire atténuer. Voilà, qui vont faire que tu vas faire sortir les saletés que t'as dans ton corps, là, mais... ça reste. Ça diminue. Mais, ça reste toujours » (M, *tipa* et *wobde*, OHG, secteur 7, traduit du moore).

Cette distinction est importante. Selon ce *tipa*, la biomédecine a la capacité de tout enlever, tandis que les soins mossi peuvent atténuer le mal. Plusieurs informateurs parlent d'ailleurs de « calmants » efficaces préparés par les *tip-namba*.

« Y a des plantes qui réussissent. Je sais que la tension par exemple, y a un homme vers chez nous, on l'a soigné à l'hôpital Yalgado pendant un mois. Ça n'a pas pu réussir. A la sortie, quelqu'un lui a montré le produit, et chez nous, tout le monde court vers Titao pour chercher son produit, ça coûte cinquante francs. Moi-même j'ai pris quatre doses, j'ai essayé, c'est très bon. C'est un bon calmant en tout cas par rapport à la tension » (Naaba L, OHG, secteur 13).

En revanche, certains ont affirmé que la « médecine traditionnelle » soigne plus en profondeur. Ainsi, chacune traite de manière différente, chacune a sa spécialité, de même qu'au sein de chacune des deux « médecines ».

« [La biomédecine (*Logtire tipga*)], je dis que c'est bien. Chaque médecine a ses procédures (*Bade tuma ya loke*). Ce ne sont pas les mêmes yeux (*pa ninga yembre de*). (...) Certains travaillent avec *lugre*, certains travaillent avec les yeux (*ninga*), certains travaillent avec l'estomac (*pore*), certains travaillent avec le ventre (*puga*), ce n'est pas la même chose. C'est pour ça que ce n'est pas la même chose » (M, *tipa* et *wobde*, OHG, secteur 7, traduit du moore).

« Moi-même quand je soigne, je dis aux gens, si vous soignez quelqu'un, un produit, deux produits, et la personne ne guérit pas, permettez-lui de chercher une autre personne. Nous-mêmes, on doit partir chez les infirmiers, ce que les infirmiers peuvent, nous aussi on ne peut pas. On ne peut pas opérer quelqu'un (*do pa tõe opéerer neda*) (...). Nous on te donne seulement pour que tu manges, tu te laves, boire, se masser. Si c'est bien, c'est comme ça (*sin ya soma, ay, ya woto to*) » (B, TPS, Président de l'association, OHG, traduit du moore).

A chacun ses compétences, à chacun ses limites, qu'ils reconnaissent parfois.

« Mes soins sont limités. Je ne soigne pas des gens qui sont couchés malades comme ça. Ce sont des gens qui ont des maux et je donne le médicament » (T, TPS, OHG, secteur 8, traduit du moore).

« Les trucs avec lesquels nous travaillons, et ceux avec lesquels les blancs¹⁷³ travaillent, c'est pas la même chose. Si c'est comme *opéerer*¹⁷⁴, nous on peut pas. Ça c'est pas notre travail » (Vieux *tipa*, village de G., traduit du moore).

Il ressort des citations précédentes que ces thérapeutes sont conscients de leurs propres limites et de celles de leur « médecine ». Par ailleurs, la plupart des thérapeutes reconnaissent l'efficacité de la biomédecine. L'attitude dominante envers celle-ci est positive. La majorité des thérapeutes mossi reconnaissent la supériorité technique de la biomédecine, en matière de diagnostic, de traitement et de suivi. Par exemple, certains thérapeutes locaux décrivent leurs pratiques par défaut, en comparaison avec les capacités de la biomédecine, précisant qu'eux-mêmes ne disposent pas d'« appareils » permettant de diagnostiquer un mal ou de contrôler si la maladie est bel et bien guérie après le traitement. Le diagnostic et le suivi se font sur les dires des patients, donnant ainsi une importance au ressenti de ce dernier, et par une observation des symptômes externes et de l'état général du malade, ainsi que parfois par certains gestes de toucher¹⁷⁵.

¹⁷³ Il a déjà été dit en première partie d'analyse que la médecine de l'hôpital ou biomédecine est souvent désignée par les informateurs comme « médecine des blancs ».

¹⁷⁴ Terme français utilisé par le *tipa* qui s'exprime en moore.

¹⁷⁵ Les infirmiers travaillant dans les structures sanitaires de premier échelon utilise eux aussi cette technique de diagnostic basée sur les symptômes et la description par le malade de son état, faute de moyens techniques à leur disposition.

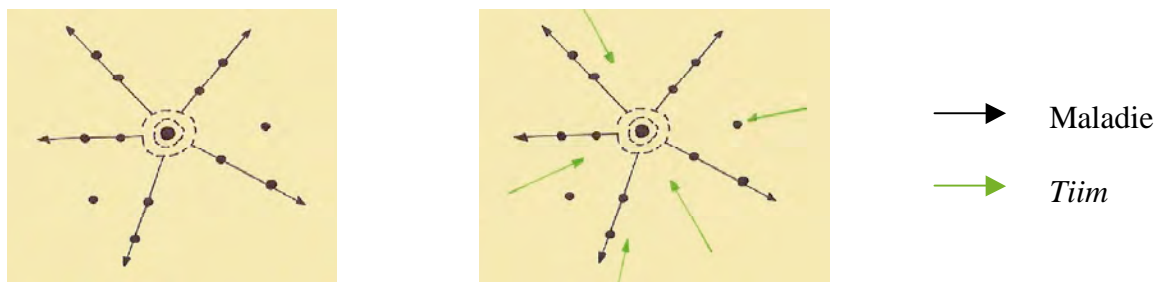
« Nous on regarde comment fonctionne le corps de la personne (*Tondo geta soba yinga nemdo sin kiende to*). (...) Si tu touches cet endroit-là [le poignet au niveau du pouls], tu sens un battement. Si tu sais que c'est telle ou telle maladie, toi aussi tu soignes. C'est comme ça seulement. Y a pas quelque chose que nous on peut s'asseoir et regarder avec (*Bumbu tond tõe zindi n gise kabe*), on n'a pas d'autre chose à faire, juste voir la personne comme ça. Si Dieu accepte, tu sauras quelle maladie il a » (Vieux *tipa*, village de G, traduit du moore).

En matière de traitement, nous avons vu que la rapidité d'action des médicaments biomédicaux est appréciée par les patients. Les *tip-namba*, quant à eux, soulignent principalement la capacité de la biomédecine en matière d'opération, comme dans certains extraits cités ci-dessus. Toutefois, l'un d'entre eux attire l'attention sur le risque lié à une opération chirurgicale qui manquerait d'intervenir sur la racine du mal.

« Nous on soigne comme ça, [petit à petit] (*Tondo tiima ya woto*). Mais vous forcez (*La yamba pagdame*). (...) Pour nous, si la maladie s'est étendue, le *tiim* la combat en tous lieux (*baaga rika zinga tiima zabda sin be zininga faa*). Le blanc [sous-entendu le bio-médecin], peut-être il fait une intervention, et enlève la mauvaise partie, là, et la racine reste (*Nasara wedga nyak sin pa soma zinga ti yingre keti*). (...) C'est pour ça que nous on soigne comme ça, petit à petit (*bilfu bilfu bilfu*), jusqu'à ce que la maladie sorte (*ta wa yise baase*) » (M, *tipa* et *wobde*, OHG, secteur 7, traduit du moore).

L'appréciation de ce risque repose sur la conception locale de la maladie, qui considère celle-ci comme évoluant au départ d'un point donné, d'un noyau, et se développant de manière progressive, en étendant des ramifications dans toutes les directions.

« La maladie est dans le corps, mais ça ne vient pas du coup. Ça commence un peu un peu » (Vieux, *tipa*, village de G, traduit du moore).



Images 1 et 2 : Progression de la maladie dans le corps et action du tiim sur celle-ci¹⁷⁶

« Elle arrive là et fait des ramifications¹⁷⁷ (*A wata mane gina ka*). [En dessinant] Elle fait des ramifications (*Ba, a mane la wa*). Tout ça c'est des ramifications (*Ba faa ya gina*). C'est des ramifications, des ramifications, et des ramifications... » (M, *tipa* et *wobde*, OHG secteur 7, traduit du moore).

La maladie prend ainsi de l'ampleur, et doit être traitée au plus vite et de manière progressive. Se développant progressivement d'un point donné vers l'extérieur, elle doit être combattue par un *tiim* qui l'attaque de l'extérieur vers l'intérieur. Selon M., le *tiim* consommé par le malade agit dans le corps en commençant par attaquer la maladie au niveau des ramifications, au niveau de son périmètre le plus large. Il doit être consommé à une certaine dose, qui ne doit pas être dépassée. Si, après la première prise, un effet positif est ressenti par le malade, des doses successives du même produit lui sont administrées.

« Donc par rapport à la quantité aussi, souvent j'enlève comme ça, [un peu dans le creux de la main] et je te donne une fois, ou bien deux fois. (...) Je divise deux, je te donne la moitié. Si tu prends et ça va un peu, j'ajoute » (M, *tipa* et *wobde*, OHG, secteur 7, traduit du moore).

Au fur et à mesure des prises, le *tiim* progresse de la périphérie et remonte les ramifications, tuant petit à petit la maladie, jusqu'à remonter au noyau.

« Il [le *tiim*] va avancer petit à petit, combattre la maladie (*A nan kiende bilfu bilfu bilfu, takde baaga*). Si tu donnes le *tiim*, avec l'aide de Dieu, le *tiim* combat [accompagnant ces mots par

¹⁷⁶ Reproduction d'un dessin fait dans le sable par M, *tipa* et *wobde*, parallèlement à ses explications.

¹⁷⁷ Le thérapeute utilise le terme de *gina*. Ce terme désigne en moore plusieurs parties du corps. Dans ce cas-là, s'agissant de la maladie et non pas du corps lui-même, mon interprète traduit par le terme de « ramification », qui me semble adapté.

un doigt remontant le long des ramifications vers le centre sur son dessin]. (...) Jusqu'à ce qu'il prenne tout. [Il entoure l'ensemble de son dessin, comprenant centre et ramifications]. Si tu ajoutes, il va arriver là (*Fo sin pase, a ne wala ka*). C'est la maladie qui est morte comme ça. Si ça remonte là, remonte là, remonte là (*sin wata ka.. wata ka.. wata ka...*) [dessine en remontant jusqu'à la racine]. Alors ça guérit (...). Notre médicament c'est comme ça (*Tondo tiima ya woto*) » (M, *tipa* et *wobde*, OHG, secteur 7, traduit du moore).

Lorsque le noyau est éliminé, il y a guérison totale.

Cette approche progressive a pour conséquence que le traitement doit être poursuivi pendant une certaine durée et respecté jusqu'au bout, sans quoi le noyau risque de ne pas être éliminé et une rechute devient alors possible.

« Si tu n'es pas totalement guéri (*San pa sig n base*), et tu ne reviens pas prendre le produit pour terminer, ça c'est toi qui l'a cherché. Parce que si la maladie n'est pas morte (*Bade baa me san pa kii*), elle ne sort pas. Mhm. Si tu termines le produit et ça guérit, c'est ça qui est sans problème. Si tu ne fais pas le *tiim* jusqu'à ce que ça guérisse, la maladie recommence (*lebga yiiki*). Ça t'amène à te déplacer plus, parce que tu vas revenir encore » (Vieux, *tipa*, village de G, traduit du moore).

Or, nous avons vu qu'il est rare que les patients poursuivent un traitement, que celui-ci soit phytothérapeutique ou biomédical, en cas de soulagement des symptômes. Nous verrons que le personnel biomédical est très critique par rapport à cette attitude.

Les thérapeutes locaux sont nombreux à avoir eux-mêmes recours à la biomédecine, pour leurs propres maux ou ceux de leurs familles.

« Même moi qui suis assis ici, je suis malade. Problème urinaire. J'ai 85 ans cette année. Je vau 85 ans. Je suis devenu vieux, et j'ai des problèmes urinaires (*baole yalsame*¹⁷⁸). Et ça je sais que si c'est pas à l'hôpital, tout ce que nous avons comme plantes, ça ne peut pas. Je suis parti, on m'a mis un tube, et on m'a dit que si j'ai l'argent, je viens et puis on m'opère. Et on

¹⁷⁸ Urines se coupent, ne peut pas uriner correctement.

enlève. Si nous-mêmes on fait ça, comment on peut flatter une autre personne ? C'est pour cela, le travail c'est comme ça » (B, TPS, Président de l'association, OHG, traduit du moore).

« Si je suis malade je pars à l'hôpital pour qu'ils prennent mon sang pour savoir de quoi je souffre. (...) Avant hier j'ai emmené mon enfant à l'hôpital pour qu'ils le soignent. Ils ont dit de revenir le lendemain, on a fait un examen de sang (*nyak ziima*). Je dois repartir mercredi. Je ne peux pas soigner au hasard (*yaare*). On¹⁷⁹ est de la même famille. Tout ça c'est la même chose (*faa ya yembre*) » (T, TPS, OHG, secteur 8, traduit du moore).

En revanche, le thérapeute soulignant plus haut les risques liés à une opération et l'avantage d'un traitement progressif, dit n'avoir recours aux « médicaments du Blanc » que pour des maux de tête.

« Ma maladie... Moi-même si je traite avec le *nasara tiim*, ce n'est que le médicament des maux de tête (*ma sin vole sa pa zugzabre tiim*). C'est ça seulement » (M, *tipa* et *wobde*, OHG, secteur 7, traduit du moore).

Il découle de ce qui précède que, de manière générale, les thérapeutes mossi sont relativement ouverts aux deux médecines. Ils reconnaissent autant les compétences de la biomédecine que les leurs propres. Chacun fait son travail et contribue à sa manière et selon ses possibilités à la santé de la population. Des failles existent des deux côtés, et les capacités de chacun, même au sein d'une même pratique, sont variées. Cette perception, on peut le dire, revient à dire qu'une certaine complémentarité des deux médecines est reconnue. On ne rencontre donc pas, à ce niveau, de résistance a priori aux mesures de collaboration évoquées. Nous verrons que les réticences en la matière sont dues plutôt à la méfiance envers les autorités et les représentants de la biomédecine.

¹⁷⁹ « On » désigne ici la biomédecine et les thérapeutes locaux.

8.2 Perception de la « médecine traditionnelle » par l'ensemble des acteurs

Les opinions des différents acteurs concernant les pratiques thérapeutiques locales sont fort variées. J'aborderai plus bas le point de vue du personnel biomédical, à qui la parole n'a pas encore été donnée dans ce travail. Mais avant cela, je tiens à développer un aspect souligné par la grande majorité des informateurs, qu'il s'agisse des patients, des agents de santé, voire des thérapeutes mossi eux-mêmes, et qui semble faire largement partie de l'opinion commune sur les praticiens de la « médecine traditionnelle ». Il s'agit de la question de l'« authenticité » des thérapeutes « traditionnels ».

8.2.1 L'authenticité des thérapeutes locaux : un enjeu unanimement souligné

La quasi-totalité des informateurs, ainsi que les médias et les politiques, dénoncent constamment le problème des « faux » « tradipraticiens de santé » et des « escrocs ». Selon leurs dires, outre les « vrais » thérapeutes locaux, dont les compétences sont connues de tous et qui jouissent du respect lié à leur statut et à leur fonction, il semble exister également des « faux » thérapeutes, auto-proclamés, dont l'intérêt se résume à l'appât du gain. Ceux-ci profitent de la naïveté, de la détresse ou de l'espoir de guérison de leurs « clients » pour leur vendre n'importe quel remède, sachant pertinemment qu'il ne soignera pas leur mal, voire même qu'il peut être nocif.

« Y a d'autres qui le font, y a d'autres qui se disent tradipraticiens, pourtant ce sont des chercheurs d'argent. (...) Y a d'autres aussi, qui partent, ce sont des commerçants de produits. Pour lui c'est comme ça. Il se dit tradipraticien, mais au lieu ils sont des commerçants de produits. C'est comme si toi tu es le vrai tradipraticien. Moi, je viens, je dis je veux le médicament de tant tant tant. Tu me donnes. Hein ? Contrepartie je te paie. Et moi je prends ces produits, je pars vendre. En faisant la publicité que je traite ça, je traite ça, pourtant ce n'est pas moi, mon... ma découverte » (K, infirmier, CHR de OHG).

« Beaucoup de tradipraticiens ne connaissent pas. Y en a qui connaissent, mais c'est pas beaucoup. Y en a pas beaucoup qui connaissent. Voilà. Mais c'est... bon, y a d'autres qui veulent l'argent, il va dire, voilà, c'est ceci, c'est cela, mais réellement c'est, c'est faux. » (O, TPS, OHG secteur 8).

En plus des conséquences négatives et parfois graves que de tels « faux » traitements peuvent avoir sur l'état de santé d'une personne malade, les « escrocs » nuisent beaucoup à la réputation de la « médecine traditionnelle » dans son ensemble, influençant négativement la considération que les gens, en particulier les agents de santé, en ont. D'où l'importance de déterminer qui est réellement thérapeute et qui ne l'est pas, ou en d'autres mots, de distinguer les « vrais » des « faux » « tradipraticiens de santé ».

« Maintenant il faut que les tradipraticiens arrivent à s'identifier, et que les agents de santé arrivent aussi à connaître les vrais tradipraticiens, et à travailler avec eux » (K, infirmier, CHR de OHG).

Tout le problème réside dans le fait qu'il est souvent difficile de différencier les uns des autres. Mais il semble que des critères relativement précis existent, permettant de les reconnaître. Les informateurs, qu'il s'agisse des malades ou des agents de santé, sont unanimes sur les principaux d'entre eux. Premièrement, les thérapeutes ambulants sont douteux. Les patients se méfient des vendeurs qui « se promènent » avec leurs produits, ainsi que de ceux qui « étalent » leurs produits au marché. Il existe cependant certaines personnes vendant des *tite* au marché, mais de manière discrète. C'est le cas d'un jeune homme vendant une poudre contre le paludisme, qu'il faut connaître pour le trouver. Il exerce une autre activité au marché, et se contente de vendre ce produit préparé par une personne âgée de sa famille. Il existe également au Grand Marché de Ouahigouya des boutiques où l'on trouve toutes sortes d'ingrédients, plantes et animaux séchés, destinés à confectionner des médicaments. Il s'agit là uniquement de matière première, et le fait de les exposer et de les vendre ainsi ne pose pas problème. Le vendeur se considère comme un herboriste, et non comme un *tipa*.

« [Rire] Non, je ne suis pas *tipa*. Non. La dernière fois je t'ai dit, on peut l'être, ou on ne peut pas. Moi j'ai un certain nombre de produits (*mam tar pedba*). (...) C'est ce qu'on m'a montré que j'ai » (Vendeur de plantes, Grand Marché, OHG, traduit du moore).

Ainsi, ce sont ceux qui se disent *tipa* et s'affichent comme tels dont il faut se méfier. Ceux qui font des annonces publicitaires à la radio sont particulièrement mal vus.

« Ce que vous voyez qu'on fait des communiqués à la radio, moi je suis contre (*mam zabdame*). Mes gens sont contre. Mes *tipnamba* sont contre les *communiqués*¹⁸⁰. Parce qu'ils mentent. « Moi j'ai ce *tiim*, j'ai ce *tiim*, j'ai ce *tiim* », alors que tu n'as rien, et tu prends l'argent des gens gratuitement (*zalem*). Tu bouffes et tu fais n'importe quoi. (...) Si les produits sont bons, tu n'as pas à faire la publicité. C'est les patients qui vont venir vers toi » (B, TPS, Président de l'association, OHG, traduit du moore).

Un major affirme en revanche, à propos des émissions radiophoniques permettant aux guérisseurs qui le veulent de se présenter ainsi que leurs produits :

« Si la personne est acceptée sur les ondes, c'est que ce n'est pas n'importe qui » (Major, village de N).

Cette opinion est celle d'un informateur uniquement, mais elle montre que ces émissions peuvent avoir une certaine influence sur la confiance donnée à ceux qui utilisent ce moyen publicitaire, et inciter des malades à avoir recours à leurs services.

Les critères mentionnés jusqu'à présent condamnent tous une trop grande visibilité du thérapeute. La plupart des *tip-namba* interrogés partagent ces critères ou les connaissent, et affirment ne pas tourner, ni faire de publicité, mais soigner dans leur cour uniquement.

« Hm hm ! [Non exclamatif]. Je ne tourne pas ! C'est ici » (M, *tipa* et *wobde*, OHG, secteur 7, traduit du moore).

« Hoho [non]. Je ne me promène pas. Mes produits sont chez moi. Si quelqu'un vient, je me lève et puis je fais. Même les produits que je bous, si c'est pas quelqu'un qui est venu me dire, je ne prépare pas. Je ne bouillis pas poser. Mais les gens viennent » (Feu A, TPS, OHG, secteur 6, traduit du moore).

¹⁸⁰ Terme français utilisé dans cette conversation en moore.

« Mon médicament là, je ne prends pas rentrer dans le marché, ni dans la ville que : « j'ai des médicaments, j'ai des médicaments ». Non non. Pour moi là c'est pas comme ça. Si tu es atteint de cette maladie là seulement, moi je sais que tu vas venir ici » (Vieille possédant *roeeego tiim*, OHG, secteur 8, traduit du moore).

La plupart des thérapeutes locaux expliquent cela en défendant que le fait de sortir avec ses produits risque de les *gâter*, de leur faire perdre leur efficacité thérapeutique.

« Le *tiim* lui-même n'est pas d'accord (*tiim menga pa sakdye*). Si tu sors avec les produits, certains produits sont à jeter » (O, TPS, village de O, traduit du moore).

Tout ce qui précède démontre que ce sont les thérapeutes les plus reculés qui semblent bénéficier d'une plus grande confiance de la part de la population, ainsi que des thérapeutes mossi eux-mêmes.

« Sinon les tradipraticiens [qui tournent et parlent beaucoup], ce sont des mensonges qu'ils- la réalité là ce sont les tradipraticiens cachés là. Voilà » (D, commerçant, OHG, secteur 7).

Un autre aspect provoquant le scepticisme concerne les thérapeutes affirmant soigner toutes les maladies.

« Toutes les maladies, jamais ! Quand un tradipraticien dit qu'il prend toutes les maladies, là, c'est plus un bon tradipraticien. Il doit connaître ses limites » (K, infirmier, CHR de OHG).

« Mais y a d'autres [TPS] qui vont venir te dire que il traite au moins... cent maladies. Hm ! Et il va avoir par exemple, la seule plante, là, qui va traiter, dix, vingt, quinze maladies. Si la plante peut traiter quinze maladies, donc la personne ne comprend pas, il connaît pas la plante » (K, infirmier, CHR de OHG).

J'ai déjà dit que les thérapeutes mossi eux-mêmes mentionnent ces mêmes critères. Mais il est à leur niveau parfois difficile de déterminer s'ils partagent réellement ces convictions, ou s'ils se contentent de les réutiliser afin soit de se donner à eux-mêmes une légitimité, soit de

critiquer et décrédibiliser un « collègue »¹⁸¹ aux yeux de leur interlocuteur, en l'occurrence le chercheur. Quoi qu'il en soit, ces quelques critères partagés sont repris¹⁸² par les autorités sanitaires procédant au recensement des « tradipraticiens de santé » en vue de leur reconnaissance, qui disent s'occuper d'établir cette importante distinction entre « vrais » et « faux » thérapeutes. Mais la tâche est difficile.

« [La différence entre vrais et faux tradipraticiens de santé est] difficile à établir. Très difficile à établir. (...) Puisque y a d'autres qui vont vous dire que, ils ont hérité. Voilà. Qu'ils ont hérité, d'autres vont vous dire que c'est des génies qui leur donnent, d'autres vont vous dire-, en tout cas, chacun va trouver une explication. Maintenant dans ça, il est très très difficile de... d'emblée comme ça de dire que untel est faux, untel est vrai. Maintenant nous considérons tout ce qui est faux, lorsque la personne exerce de façon illégale, sans papiers. Voilà. A partir du moment où ils sont organisés, ils sont reconnus même par le Ministère de la santé, si dans ça, vous n'avez pas une autorisation pour exercer, on te considère comme faux » (O. I., infirmier d'Etat, major d'un CSPS, OHG, secteur 2).

L'efficacité de cette sélection semble cependant douteuse lorsqu'on connaît la manière dont est fait le recensement. Celui-ci, coordonné par le District Sanitaire de chaque province, a pour but de connaître, outre le nombre des thérapeutes, leur lieu de résidence et d'exercice, ainsi que leur(s) spécialité(s), parmi d'autres informations. Il se fait par l'intermédiaire d'une *fiche de renseignement sur le tradipraticien de santé*¹⁸³. Un certain nombre d'exemplaires de cette fiche sont donnés aux *majors*¹⁸⁴ des formations sanitaires urbaines et rurales, à qui il incombe d'entrer en contact avec les thérapeutes de leur zone afin d'obtenir les informations nécessaires au remplissage de ces fiches. De cette manière, les autorités sanitaires pensent pouvoir toucher le plus grand nombre de personnes, les majors étant en contact relativement étroit avec la population, et donc censés connaître les thérapeutes du village ou du quartier. Ils seraient également en mesure de déterminer, à l'aide des récits des patients, qui soigne réellement de qui prétend soigner.

¹⁸¹ Bien qu'ils ne le reconnaissent que difficilement, il semble exister une concurrence importante entre certains thérapeutes mossi.

¹⁸² Il est difficile de savoir si ce sont les autorités sanitaires qui utilisent les critères mentionnés par la population pour reconnaître un bon soignant traditionnel, ou si l'inverse a lieu, les critères officiels étant assimilés par les personnes interrogées.

¹⁸³ Voir en annexe la *Fiche de renseignement sur le tradipraticien de santé*.

¹⁸⁴ Les *majors* sont des infirmiers responsables d'une structure sanitaire.

« Je pense que... les infirmiers, les médecins chefs de districts, connaissent les vrais tradipraticiens. Chaque zone, en tout cas, le responsable de santé connaît. (...) Parce que les populations vont dire c'est untel qui est bon. Et c'est untel qui soignait d'habitude » (K, infirmier, CHR de OHG).

Cependant,

« Si on se fait escroquer, on ne parle pas, c'est une honte, on va pas parler. Donc on ne peut pas les démasquer [les escrocs] » (K, infirmier, CHR de OHG).

Ce problème n'a été mentionné que par cet informateur, mais il n'est pas négligeable, étant donné que c'est avant tout la reconnaissance populaire dont ils jouissent – ou pas – qui permet de reconnaître les bons « tradipraticiens » – des imposteurs.

En outre, un certain nombre de problèmes d'ordre pragmatique se posent lors du recensement, contribuant à mettre en doute sa fiabilité, comme le montrent les entretiens faits à Ouahigouya et alentours¹⁸⁵. En effet, les majors ont souvent une grande quantité de travail à accomplir. Ils remplissent bien souvent le rôle de médecin¹⁸⁶, n'ayant pourtant pas suivi la formation correspondante. Ils sont certes en contact avec la population, mais ce contact se limite le plus souvent aux interventions thérapeutiques souvent réduites au minimum. La recherche d'informations concernant les *tradipraticiens de santé* constitue donc une tâche supplémentaire, qui n'est pas négligeable si l'on considère ce qu'elle peut impliquer, comme le décrit le major du CSPS du village de N. Celui-ci a reçu un certain nombre de fiches pour recenser les *tradipraticiens de santé* de son aire sanitaire, dont le nombre est à compléter par des photocopies si besoin. Il dit les avoir reçues sans instructions et sans délai. Or, n'étant là que depuis une année, il ne connaît pas les thérapeutes de N., qui ne sont pas regroupés en association. Il affirme que le remplissage des fiches exige beaucoup de temps.

« Il faut contacter les tradipraticiens et se déplacer chez eux pour les trouver, vu qu'ils ne répondront pas à une convocation. Souvent, il faut revenir une deuxième fois si on ne les

¹⁸⁵ Nous avons vu en début de travail que le recensement pour l'aire sanitaire de Ouahigouya a commencé mi-mai 2008. À mon départ du terrain en octobre 2008, aucun résultat n'était encore disponible.

¹⁸⁶ On déplore au Burkina Faso un cruel manque de personnel sanitaire. Les médecins sont en nombre insuffisant, et refusent dans bien des cas de se rendre dans les formations sanitaires éloignées des villes importantes. Ce sont donc des infirmiers qui y assument le rôle de médecin. Se référer à propos du décalage des statuts et fonctions thérapeutiques vers le haut en milieu biomédical aux études de Rachel Medah.

trouve pas. Il faut leur expliquer et remplir la fiche avec eux¹⁸⁷. Ça prend du temps, donc on peut faire par exemple un tradipraticien par jour » (Major, village de N).

Cet informateur n'a donc pas rempli les fiches, mais affirme qu'il le fera, bien que cela représente d'après lui un travail conséquent. Dans ces conditions, les questionnaires ne sont pas toujours retournés, et lorsqu'ils le sont, leur contenu peut être douteux. Mais même lorsque le questionnaire est bel et bien rempli avec le thérapeute, se pose la question du nécessaire contrôle de la véracité des dires de ce dernier quant à ses compétences thérapeutiques. En effet, un autre infirmier souligne la nécessité d'une enquête approfondie permettant de retrouver les « vrais » tradipraticiens.

« C'est très difficile [de faire la différence]. Mais les tradipraticiens, les vrais tradipraticiens, si on les approche, ils arrivent à s'identifier » (K, infirmier, CHR de OHG).

« C'est parce qu'on se limite aux papiers qu'on a les faux. (...) Supervise-le ou dis lui de faire... de te démontrer sa connaissance en matière de plantes, et à leurs indications et autres. En ce moment y a les faux ils seront bloqués, il va dire, non, lui, là, lui il connaît pas. Lui là il a pris chez le type. Maintenant qu'il va dire qu'il a pris chez untel, là, faut aller chez ce type-là. C'est lui qui est le vrai. (...) C'est un travail, un gros travail à faire. Un gros travail à faire » (K, infirmier, CHR de OHG).

Sans une telle recherche, le recensement se limite à déterminer le nombre des « tradipraticiens de santé », sans avoir connaissance des capacités de chacun.

« L'infirmier va faire le papier de reconnaissance. (...) Le major de la zone doit connaître les noms de ses tradipraticiens. Voilà, donc quand il lui donne le papier de reconnaissance, qui est reconnu... il va se faire reconnaître au niveau du District [sanitaire de OHG]. Le district aussi l'enregistre. Donc, il connaît le nombre de ses tradipraticiens, non au juste leurs... capacités. C'est ça qui est le problème. Est-ce qu'il connaît sa capacité, en tout cas pas tout à fait. Mais, entre les tradipraticiens, les vrais tradipraticiens, là, ils se connaissent. Ils se connaissent, il sait qui est qui » (K, infirmier, CHR de OHG).

¹⁸⁷ J'ai déjà souligné en début de chapitre que la grande majorité des thérapeutes mossi sont analphabètes.

Outre ces problèmes logistiques, et bien que les mesures prises en vue de la « reconnaissance » visent justement à différencier les *vrais* guérisseurs des escrocs, un problème plus fondamental se pose. Il semble paradoxalement que ces mêmes mesures tendent à multiplier le nombre de « faux » tradipraticiens, en créant des intérêts financiers ou statutaires dont tentent de profiter un grand nombre de personnes n'étant pas forcément des soignants reconnus. Comme le dit un informateur,

« Maintenant compte tenu du fait que y a des émoluments, y a de l'argent à gagner, y a beaucoup de gens qui sont devenus tradipraticiens. Mais des faux tradipraticiens » (J, infirmier, OHG).

Ainsi, les per-diems distribués lors des formations par exemple, attireraient davantage les « faux » thérapeutes. En effet, il semble que les TPS participant aux mesures de collaboration ne sont généralement pas ceux qui jouissent de la plus grande reconnaissance sociale et légitimité traditionnelle¹⁸⁸. Ces derniers n'y trouvent que peu d'intérêt, comme nous le verrons plus tard. Ceci ne contribue pas à apporter une caution de l'opinion publique à ces démarches, souvent dénoncées comme des stratégies intéressées dont profitent un certain nombre d'opportunistes peu respectés¹⁸⁹.

« Effectivement moi je pense qu'il y a un problème à ce niveau. Il y a un problème à ce niveau. Bon, y a des gens effectivement qui soignent très bien, et qui ne veulent peut-être pas se montrer, qu'ils soignent très bien. Vous savez qu'en Afrique les gens préfèrent garder leurs connaissances, et mourir même avec leurs connaissances, voilà. Y a des gens qui veulent pas partager leur savoir. Donc, quand ça devient comme ça, c'est un peu compliqué. Voilà. c'est un peu compliqué. (...) Mais je crois quand même que le niveau national mûrit quand même la réflexion quand même avant de délivrer, ne serait-ce qu'une autorisation à cette personne » (O. I., infirmier d'Etat, major d'un CSPS, OHG).

Bien que reconnaissant les failles du recensement, et l'existence d'un « problème » à ce niveau, le discours de cet informateur dénote finalement de la confiance qu'il apporte aux autorités et à l'Etat. Je reviens sur cette question dans le dernier chapitre concernant la perception des politiques.

¹⁸⁸ Voir pp.29-31 sur la question de la légitimité.

¹⁸⁹ Voir le chapitre 8 sur cette question de la perception des politiques de collaboration.

La question de l'authenticité des thérapeutes locaux, mentionnée par l'ensemble des informateurs, est donc extrêmement complexe, et me semble constituer l'un des premiers problèmes à résoudre afin de pouvoir mettre en place la collaboration dont parlent les politiques sanitaires.

8.3 Perception de la « médecine traditionnelle » par le personnel biomédical¹⁹⁰

Je me penche à présent sur le point de vue plus spécifique des agents de la biomédecine. Les entretiens révèlent différentes attitudes chez ces derniers vis-à-vis des soins qu'ils disent « traditionnels », relevant d'une grande complexité et d'une certaine ambiguïté. J'en souligne ici les aspects fondamentaux.

On peut dire que, de manière générale, ils en ont une vision passablement critique. Comme nous l'avons vu, ils se méfient, de même que les patients, des « faux » *tradipraticiens de santé*. Outre les éléments mentionnés à ce propos, ils soulignent bon nombre d'aspects dont l'efficacité thérapeutique ne les convainc pas, ainsi que quelques pratiques qu'ils considèrent même comme pouvant être nocives. Le critère principal sur lequel ils jugent les thérapeutes locaux est celui de l'efficacité thérapeutique, en fonction de la scientificité des pratiques.

8.3.1 La pharmacopée confrontée à la « Science »

Les textes officiels soutiennent que « la Médecine et la Pharmacopée Traditionnelles peuvent être validées scientifiquement (...). Plusieurs exemples ont montré la valeur thérapeutique de certains traitements à base de plantes »¹⁹¹. Cependant, « l'approche et la connaissance du patrimoine thérapeutique et plus particulièrement des pharmacopées traditionnelles par la science contemporaine sont encore à leurs premiers balbutiements »¹⁹². C'est pourquoi le

¹⁹⁰ La plupart des entretiens sont réalisés avec des infirmiers, ceux-ci étant les pourvoyeurs de santé moderne les plus nombreux, les plus proches des populations et les plus accessibles. Un certain nombre de pharmaciens ont également été rencontrés. En revanche, les échanges avec des médecins ont été rapides et sont restés superficiels.

¹⁹¹ in *Document cadre de politique nationale en matière de médecine et pharmacopée traditionnelle*, p. 12.

¹⁹² *Ibid*

renforcement de la recherche en matière de Médecine et Pharmacopée Traditionnelles figure parmi les objectifs principaux¹⁹³ des politiques liées à la Médecine Traditionnelle. De cette emphase sur la Science découle une vision particulière de la « médecine traditionnelle ». L'accent y est nettement mis sur la dimension tangible des pratiques thérapeutiques, à savoir l'usage de remèdes à base de plantes. « L'exploitation rationnelle de cette flore et la production locale de médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle africaine ont besoin d'une attention particulière »¹⁹⁴. Les politiques concernant la « Médecine Traditionnelle » définissent clairement les mesures en matière de pharmacopée. L'un des deux décrets est entièrement consacré à l'élaboration de Médicaments Traditionnels Améliorés (MTA) à base de plantes¹⁹⁵.

Dans le même sens, le personnel biomédical reconnaît à l'unanimité l'efficacité thérapeutique des plantes et l'apport considérable que celles-ci représentent en matière de santé publique. En outre, l'accent mis sur la validation scientifique par les politiques se retrouve chez le personnel biomédical, qui critique bien souvent le caractère « non scientifique » des gestes effectués et des remèdes utilisés par ceux qu'ils nomment « tradipraticiens de santé ». Selon les agents de santé interrogés, il faut connaître la composition chimique de la plante pour pouvoir l'utiliser à bon escient. L'absence de preuves « scientifiques », c'est-à-dire d'analyses chimiques faites en laboratoire pour isoler le principe actif de la plante et prouver ainsi son efficacité thérapeutique, est ainsi déplorée.

« Ils [les TPS] versent soit de l'eau froide, ou bien des décoctions qu'eux-mêmes, ils... eux-mêmes ils ne connaissent même pas la composition et le principe actif » (K, infirmier, CHR de OHG).

Ce manque de « scientificité » dénoncé par le personnel biomédical concerne de nombreux aspects des pratiques thérapeutiques locales, parmi lesquelles « l'incapacité à expliquer les mécanismes d'action de leurs remèdes, l'imprécision de leur diagnostic et les posologies fluctuantes » (Zoure, 1996, p.17), ainsi que certains effets secondaires.

¹⁹³ Objectif 6 du *Document Cadre de politique nationale en matière de médecine et pharmacopée traditionnelle*, incitant à « renforcer la recherche scientifique en matière de Médecine et Pharmacopée Traditionnelles ».

¹⁹⁴ in *Document cadre de politique nationale en matière de médecine et pharmacopée traditionnelle*, p. 12.

¹⁹⁵ Voir annexe 5.

« Les décoctions peuvent provoquer des ulcères. Ce sont souvent des plantes brûlées qu'ils donnent. Si on a un début d'ulcère, ça peut aggraver ou détruire les reins. Rien n'est dosé. C'est un vrai problème. Les produits des TPS sont bien, mais comme ce n'est pas dosé... » (Major, village de N).

Or, cette affirmation contraste avec les dires de certains thérapeutes mossi, qui soulignent eux aussi l'importance du dosage et les risques liés à une éventuelle surdose¹⁹⁶.

« S'il y a surdose ça peut fatiguer la personne. Il peut toute la journée aller à la selle, alors que si c'est dosé, il peut aller une ou deux fois la journée mais s'il y a surdose il est tout temps au WC » (T, TPS, OHG, secteur 8, à propos de son *tiim* contre les maux de ventre, traduit du moore).

« Donc ça doit être dosé quoi. Faut pas que ça soit une surdose. Quand y a une surdose, c'est pas bon aussi. (...) Ça fait quelque chose. Ça peut aggraver la maladie (*Tõe kolame we. Nan kidme we*). Par exemple, quelqu'un qui a une maladie de 10 ans, si tu donnes beaucoup de produit, ça peut.. ennuyer la personne, là (*san kō tiima ken-keno a kiidame*). Quand tu mets beaucoup de produit, ça va faire sortir avec la force. Tu fais un peu un peu. Si tu mets un peu, s'il dort aujourd'hui, tu remets ajouter encore » (M, *tipa* et *wobde*, OHG, secteur 7, traduit du moore).

Quand je lui fais remarquer cela, l'infirmier cité dernièrement rétorque que ce dosage, même s'il existe parfois, n'est pas précis.

« Oui, mais même dans ce cas, ce n'est pas précis. C'est fait au hasard, ils diminuent simplement la dose » (Major, village de N).

Effectivement, la dose et la fréquence auxquelles le *tiim* est administré diffèrent en fonction de la personne malade, mais d'après des critères plus ou moins précis, comme la taille, le poids ou l'âge, appréciés en général de manière approximative. Elles dépendent également du produit utilisé, de la maladie en question et de sa gravité.

¹⁹⁶ Voir à ce propos les remarques sur la perception de la maladie et du traitement au point 7.5.2.

Les professionnels biomédicaux insistent sur l'importance de remédier à des faiblesses de ce type, afin d'« améliorer » le conditionnement et la fiabilité des remèdes des *tradipraticiens de santé*. Pour ce faire, les plantes qui les composent doivent être soumises à des analyses de laboratoire, afin de vérifier leur préparation, de tester leur efficacité thérapeutique, ainsi que parfois la compatibilité de plusieurs plantes, et enfin de rechercher leur(s) substance(s) active(s). Ils insistent également sur les conditions de production des remèdes, en particulier sur l'hygiène lors de leur préparation et conservation, ainsi que sur la question de la posologie citée ci-dessus et des effets secondaires ou de la toxicité des produits.

« Oui, il faut voir par des analyses scientifiques si les potions ne sont pas toxiques pour l'organisme. Même si tout produit est toxique, il faut que cette toxicité soit minime » (O. X., infirmier d'Etat, CHR, OHG).

« Je crois qu'au niveau national, on dirait qu'ils ont la capacité de tester leurs produits pour voir si c'est bon, est-ce que ça n'a pas d'effets négatifs comme ça sur l'être humain, et avant de valider leur... chose » (O. I., infirmier d'Etat, major d'un CSPS, OHG).

Les analyses et tests « scientifiques » ont donc pour but de pallier aux aspects susmentionnés, considérés comme des failles de la « médecine traditionnelle ». Je l'ai dit plus haut, ces diverses « améliorations » – selon les propres termes des informateurs – sont élaborées dans le but de produire des MTA (Médicaments Traditionnels Améliorés¹⁹⁷), destinés à être intégrés au circuit officiel de distribution pharmaceutique et sous contrôle des structures sanitaires de l'Etat.

« Bon, imaginons, si nous on arrive n'est-ce pas à bien organiser ces tradipraticiens. Bon. Pourquoi ne pas vendre leurs produits dans les officines ? Pourquoi pas ? Ça va nous arranger » (Dr D, pharmacien, OHG).

C'est effectivement déjà le cas d'un certain nombre de produits qualifiés de « traditionnels », conditionnés en laboratoire par des représentants de la biomédecine¹⁹⁸. De tels MTA, vendus

¹⁹⁷ Voir en annexe le Décret n° 2004-569/PRES/PM/MS/MCPEA/MECV/MESSRS portant autorisation de mise sur le marché des médicaments issus de la Pharmacopée Traditionnelle au Burkina Faso.

¹⁹⁸ A savoir les laboratoires privés *Phytosalus* et *Phytofla*. Je souligne que ces deux laboratoires ont été mis en place et sont gérés par des acteurs de la biomédecine, respectivement un pharmacien et un biologiste, travaillant certes avec des thérapeutes locaux, mais étant seuls propriétaires de leurs entreprises.

en pharmacie, sont titulaires d'une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM). Ainsi, les agents de santé biomédicaux sont plus prompts à conseiller au patient d'avoir recours à de tels produits « améliorés », constituant une solution intermédiaire. Il ne s'agit pas à proprement parler de remèdes « traditionnels », mais de MTA dont les conditions « scientifiques » d'élaboration inspirent confiance au personnel biomédical. De plus, ces médicaments sont homologués, titulaires de l'AMM et donc prescriptibles au même titre que les médicaments biomédicaux. L'agent de santé ne risque ainsi pas de conséquences négatives en cas d'échec du traitement prescrit. Mais le nombre de tels MTA reste encore réduit. Ils étaient au nombre de six en 2004, dont quatre des laboratoires *Phytofla* et deux de *Phytosalus*, de onze en 2007¹⁹⁹ (Nikiema, 2008). Pour expliquer ce faible nombre de MTA commercialisés, la pharmacienne du District sanitaire de Ouahigouya souligne que le manque de moyens empêche la réalisation de tests en laboratoires destinés à produire des MTA. A défaut, les autorités sanitaires et leurs représentants se voient contraintes d'utiliser d'autres méthodes, telles que l'observation de certains cas ou la réalisation d'« enquêtes » auprès des patients.

« Ce sont les infirmiers qui mènent l'enquête sur l'efficacité des remèdes du tradipraticien. L'idéal serait d'envoyer les remèdes dans des labos pour établir leur efficacité, mais il n'y a pas les moyens. Donc l'infirmier mène l'enquête lui-même. Il peut sélectionner quelques produits de la pharmacopée du tradipraticien et utiliser ces remèdes pour traiter ses patients, avec l'accord du patient. Mais comme c'est un peu... le plus souvent il cherche à connaître des patients ayant été traités par les tradipraticiens. (...) Au niveau de la Direction Générale de la Médecine Traditionnelle, s'ils ont les moyens et si le remède présente un intérêt pour la santé publique, ils peuvent faire des recherches encore, pour moderniser le produit et le commercialiser » (N. R., pharmacienne, District sanitaire de OHG).

Tout ce qui précède met clairement en évidence le fait que la validation des procédés et savoirs locaux en matière de phytothérapie passe – et « doit » passer, comme l'affirment certains informateurs – par les procédures scientifiques du champ biomédical, incluant dans la mesure des moyens disponibles, des analyses de laboratoire. Ainsi, bien que certains remèdes soient utilisés depuis des générations par les thérapeutes – dont certains sont reconnus déjà aujourd'hui par le Ministère de la Santé – et qu'ils aient dans bien des cas prouvé leur efficacité par la pratique, ils n'ont aucune valeur thérapeutique tant que celle-ci n'a pas été

¹⁹⁹ Personne n'a pu me renseigner sur leur nombre actuel, pas même les laboratoires concernés, mais même s'il en existe de nouveaux, leur nombre reste minime.

démontrée par le système biomédical et ses méthodes de validation. Il s'agit donc d'expliquer rationnellement l'action des remèdes de la pharmacopée, en passant par les méthodes « scientifiques » « reconnues » de validation en termes d'efficacité thérapeutique, et de les intégrer au système de soins biomédical. Il en va de même des techniques de diagnostic, de la préparation des remèdes, de leur conservation, ainsi que du traitement et du suivi des malades par les *tradipraticiens de santé*. Cependant, j'ai déjà mentionné que certaines pratiques jugées aléatoires et manquant de rigueur scientifique par le personnel biomédical se retrouvent pourtant dans la médecine de l'hôpital, faute de moyens. Je prends ici l'exemple du diagnostic. Le personnel biomédical juge insuffisantes les méthodes de diagnostic locales, qui consistent dans la majorité des cas en une « démarche clinique à partir des plaintes formulées par les malades » (Ouedraogo et al., 2003, p.146) sur les dires des patients. Si la description par le malade ne suffit pas à déterminer le mal, le thérapeute pose des questions afin d'obtenir des informations plus précises sur les symptômes et leur apparition.

« On demande et la personne dit là où ça lui fait mal, quand il dort la nuit comment le mal se manifeste, quand il marche comment ça se manifeste, pour savoir maintenant quel produit il faut utiliser pour soigner ça » (Vieux *tipa*, village de G, traduit du moore).

Dans les cas de consultation auxquels j'ai assisté²⁰⁰, l'échange est en effet resté très réduit. Parfois s'ajoute au diagnostic verbal le constat de quelques symptômes par des gestes de toucher ou de palpation.

« D'autres te touchent pour savoir jusqu'à quel point ça te fait mal. D'autres te regardent comme ça seulement, ils te donnent. » (F, patiente, village, traduit du moore).

De même que le révèle cette dernière citation, un certain nombre de thérapeutes affirment qu'il leur suffit de regarder le visage ou la silhouette du malade pour savoir de quoi il souffre.

« Si c'est chez nous, quand la personne se présente seulement, tu sais qu'elle est malade » (G.A, femme, TPS, OHG, traduit du moore).

²⁰⁰ Les cas auxquels j'ai assisté concernaient des maladies courantes telles que *kotige* (voir p. 75 pour la description de cette entité nosologique populaire), paludisme, douleurs articulaires, fractures, etc. Le cas des fractures est particulier, en ce qu'il exige un traitement sur place.

« En regardant son visage, [le visage seulement] je lis (*mam mi n gis*). Ce qu'il y a en la personne. C'est Dieu qui me montre. C'est Dieu qui me montre » (M, *wobde* et *tipa*, OHG, secteur 7, traduit du moore).

Il est clair que cette dernière manière de poser un diagnostic n'est pas recevable par les infirmiers. En revanche, la technique consistant en une démarche clinique accompagnée de certains gestes de palpation, est pratiquée par les infirmiers eux-mêmes, et parfois de manière exclusive, lorsque la structure de santé dans laquelle ils sont affectés ne dispose pas du matériel nécessaire à la réalisation d'examens plus poussés, comme c'est le cas de la plupart des CSPS.

En outre, le diagnostic posé par divination, par l'intermédiaire des génies associés à certains thérapeutes appelés « charlatans », fait dans le discours des agents de santé l'objet d'un rejet catégorique.

« Hum euh, [rit], bon, là-bas [les consultations chez les tradipraticiens avec les cauris, les génies] là c'est un peu difficile parce que... dans ce domaine, moi-même je ne crois pas. (...) Charlater, là... moi je crois pas » (K, infirmier, CHR, OHG).

De même, les infirmiers sont très critiques vis-à-vis des pratiques des thérapeutes mossi en matière de suivi du malade.

« Voilà. Et, les examens complémentaires aussi lui [le tradipraticien] il sait pas. Voilà. Par exemple le malade qui est là, qui est en train de faire une dénutrition, lui il sait pas. Il sait pas. Parce que, pour lui c'est la maladie qui est en train de s'aggraver, et effectivement ça s'aggrave, mais lui il sait pas que c'est dans le domaine nutrition. Voilà. Et c'est le plus souvent, c'est ça, bon. Par exemple il y a les, les complications pulmonaires et autres, il arrive pas. Voilà. Donc c'est un truc comme ça... » (K, infirmier, CHR de OHG).

Ils leur reprochent de ne se baser que sur des critères subjectifs, ici encore faute de disposer des moyens techniques et connaissances anatomiques. Un infirmier en chirurgie s'insurge contre leur perception de la guérison, partagée par les patients.

« Non, il aura une laxité (...). Et lui il va dire que, ay ! c'est guéri. Guéri c'est quoi ? Y a plus de douleur... [Rire bref] Y a plus de plaie, y a plus de douleur, mais, c'est le membre qui n'est pas... (...) Guéri, dans la tradition, c'est quand eux ils sentent plus de douleur. Ou bien il voit plus la plaie... c'est guéri. Guéri, pour les fractures, c'est quand lui il trouve que son pied est soudé. (...) Même si y a des, par exemple y a des séquelles, lui c'est guéri, parce que... (...) même si c'est déformé, comment, et qui l'empêche... c'est guéri. Mais ça l'empêche de travailler. (...) Mais, je suis guéri mais je peux pas travailler. Il est guéri, là oui, parce que, pourquoi ?, il n'a plus mal (...) Quelle que soit la forme, il est guéri. Mais il est là. Toi-même en étant spécialiste tu vois que... ah lui là il a des problèmes. Il aura des problèmes, dans sa vie. Parce que, y a un handicap qui est là. Mais lui il est guéri. Quel que soit son handicap. (...) Je suis en bonne santé, je suis malade... chez les profanes je suis en bonne santé c'est quand lui il sent plus de mal. Il n'a, il n'a plus de douleur, y a plus de plaie, et je peux faire, je peux vaquer à mes occupations. (...) Parce que quand il est, quand tu pars même pour le visiter il va dire que je suis guéri. Mais il est là assis ! Mais lui : « c'est guéri maintenant (*moha sikame*) ». C'est ça. (...) Quand le malade vient... on vous envoie un malade... lui [le « tradipraticien »] c'est l'état physique du malade qui l'intéresse. L'intérieur, « vous vos, vos examens complémentaires pour voir, qu'est-ce qui va pas, nous on connaît pas ça ». La raison en est que il va aller deux jours trois jours (...) il mange bien du to, il va dire que : « Ah ! Je demande la route pour rentrer ». Voilà. Il va te dire ça. Que parce que chez le malade ça va. Pour lui ça va mais chez toi tu trouves que ça ne va pas. Mais pour lui ça va, parce que le malade il peut s'asseoir il peut manger, (...) il veut réintégrer sa famille, c'est pour cela » (K, infirmier, CHR, OHG).

Effectivement, les thérapeutes mossi se basent, de même que les patients eux-mêmes, sur le ressenti du malade – principalement la douleur – et son état général, ainsi que sur certains signes extérieurs, visibles, comme l'absence ou la présence de plaie ou d'affection externe, pour juger de la gravité de la maladie ou conclure à la guérison. Ils ne disposent pas, comme ils le soulignent eux-mêmes, d'appareils permettant de faire des examens « internes ».

« Ce que tu peux faire pour savoir [que la maladie est terminée], tu connais l'état de la personne (*a soba nenge la fo bangde bale*), quelqu'un qui est mal portant et quelqu'un qui est bien portant (*kiem*), c'est pas la même chose. C'est là (*zii kanga*) que tu peux regarder et savoir. Quand la personne est couchée (*gande*), s'il n'arrivait pas à dormir et maintenant il dort, le malade même sait que maintenant il y a du mieux (*a baaga yodsme*). Quand il

n'arrivait pas à bien manger et maintenant il mange un peu un peu. Tu sais simplement que la maladie va mieux (*ti baa yodsame*). Sinon nous on a pas autre chose pour regarder. C'est dans nos pensées seulement (*Ya taksidam pug~e woto bale*). Tu salues [le malade] et tu demandes son état, aujourd'hui comment va la maladie ? Ils disent qu'il y a du mieux (*sêo*), il dort. Quand il dort, ça veut dire qu'il y a du mieux (*yulsgo beme*) » (Vieux *tipa*, village de G, traduit du moore).

Il faut malgré cela souligner que certains thérapeutes mossi insistent sur l'importance du suivi et demandent au malade de revenir à plusieurs reprises afin de constater si le traitement est efficace ou non. Parfois, le thérapeute peut même effectuer des visites au chevet du malade.

« Donc si je fais ça, si la personne n'est pas très loin, je pars lui rendre visite. Voir comment évolue la maladie » (M, *tipa* et *wobde*, OHG, secteur 7, traduit du moore).

Les thérapeutes mossi sont nombreux à souligner l'importance de poursuivre le traitement jusqu'au bout, même s'il y a disparition des symptômes et que le malade se sent guéri. Nous avons vu qu'ils insistent sur l'importance de prendre la maladie en charge dès son apparition, avant qu'elle ne se complique²⁰¹, et qu'il faut poursuivre le traitement jusqu'à la disparition progressive de la maladie, jusqu'à sa racine. Or, un patient semble se considérer comme guéri dès lors que les symptômes de la maladie ne l'handicapent plus. Dès la disparition des douleurs et de la fatigue causée par la maladie, qui toutes deux empêchent la réalisation par le malade des tâches et du travail quotidiens, lorsqu'il peut se lever, manger et vaquer à ses occupations quotidiennes, on considère que la guérison est obtenue. Ainsi, je l'ai déjà dit, les traitements biomédicaux et/ou locaux sont souvent interrompus avant la fin de la prescription, dès l'amélioration de l'état du malade et la diminution des signes visibles ou sensibles.

Ainsi, le personnel biomédical souligne l'importance de pousser l'investigation (diagnostic et suivi) plus en profondeur et dispose de moyens techniques permettant des résultats indépendants de la subjectivité du ressenti du malade, qu'ils évacuent d'ailleurs bien volontiers.

²⁰¹ Le personnel biomédical partage ce point de vue et déplore souvent le stade avancé de maladie dans lequel les patients arrivent dans les structures sanitaires, en particulier au CHR. Les malades attendent souvent que la maladie soit relativement avancée avant de la considérer comme telle et de mettre en œuvre des démarches curatives, ne considérant un mal comme tel que lorsqu'ils se voient incapables de réaliser les travaux qui leur sont assignés, et lorsqu'il est visible aux yeux des observateurs extérieurs.

8.3.2 Les pratiques « mystiques » face à la « science » : entre rejet et reconnaissance

Lorsque la validation des produits de la pharmacopée locale leur exige d'être examinés en laboratoire, l'usage des plantes est décontextualisé. Pourtant, soigner par les plantes ne signifie pas seulement connaître leurs propriétés. Nous avons vu au cours de cette étude que les croyances et pratiques liées à l'usage des plantes sont partie intégrante des traitements « traditionnels ». Ce qui fait le *tiim*, pour les thérapeutes locaux, c'est non seulement la plante, mais également les pratiques, techniques et « mystiques », rituelles, spirituelles, magico-religieuses – quel que soit le terme par lequel l'observateur extérieur choisit de les désigner – qui entourent sa cueillette et sa préparation. Or, nous venons de le voir, l'approche que le personnel de santé biomédical a des remèdes à base de plantes est différente. Dans la plupart des cas, les agents de santé ont un discours favorable et respectueux envers la pharmacopée, reconnaissant son efficacité thérapeutique. Mais j'ai souligné ci-dessus l'accent qu'ils mettent sur le caractère scientifique indispensable que doit revêtir la préparation et l'utilisation des médicaments. Outre les éléments mentionnés ci-dessus relatifs à la toxicité, la posologie, la conservation des remèdes, relevant de la scientificité de leur médecine, les agents de santé rejettent, au nom de la même scientificité, les pratiques magico-religieuses que les guérisseurs associent aux plantes.

« Mmm... (...) effet magique, qu'est-ce qu'il dit ? Effet magique, parce que, quand on dit magie... magie, là, c'est quoi ? La magie, c'est quoi ? (...) Voyez. Parce que quand on dit magie, magie c'est quoi ? Mais la plante, quand on dit les deux plantes, on te dit que il faut prendre telle plante et telle plante pour les unir, et y a un effet, en quelque sorte c'est un médicament » (K, infirmier, CHR de OHG).

Bien souvent en effet, les aspects magico-religieux accompagnant les traitements par les plantes ne sont pas pris en compte par la biomédecine. Trop souvent, « les savoirs populaires sont considérés comme des « fausses croyances » et la rationalité des personnes par rapport à ces savoirs est évacuée » (Ergot & Taverne in Bonnet & Jaffré, 2003, p.248). Les acteurs de la biomédecine semblent effectivement considérer les aspects thérapeutiques locaux qu'elle ne peut expliquer (demande ou offrande à l'arbre, formules associées à certains produits de la pharmacopée, secret, etc) comme des superstitions. Ou encore, ces pratiques ne sont, selon

eux, que des artifices élaborés par les thérapeutes mossi afin de maintenir le secret autour de leurs remèdes et en garder ainsi la connaissance exclusive.

« Souvent c'est... ce sont des trucs mystiques (...) le plus souvent... pour, montrer à l'autrui, qu'on peut pas aller enlever facilement. Parce que, il faut avoir des secrets ! [Long rire] » (K, infirmier, CHR de OHG).

« C'est très difficile, parce que le problème, quand on cause du côté mystique... c'est comme, tu as ton père... tu enlèves les plantes tu donnes à tes enfants, et tu fais croire aux gens, que y a des incantations qu'il faut aller réciter, pour pouvoir prendre la plante. Mais c'est pour éviter que les gens n'aillent chercher des plantes sans passer par lui. (...) Parce qu'il balise son terrain pour rester seul. Oui, parce que il veut pas montrer à tout le monde comme ça, et chacun va aller prendre. (...) Les incantations le plus souvent, quoi ? Tu vas pas le suivre pour aller chercher. Il va te dire que y a des trucs à dire avant d'enlever. Mais lui pourtant quand il arrive en brousse, il tire là il tire là, il prend » (K, infirmier, CHR de OHG).

« C'est que ici entre temps les deux là se mélangeaient. (...) C'est pour mystifier les gens. Avec les formules, là. Ce sont des formules vides. C'est les produits là qui soignent. Mais eux ils ajoutent les formules là pour encore cacher les secrets. En disant que si tu peux utiliser la plante mais si tu ne connais pas la formule, que ça ne réussit pas. Alors que c'est pas vrai. (...) Y a pas de formules. Personnellement, moi-même j'ai fait un peu de tradipraticien, dans aucun de mes produits y a aucune formule. Et si quelqu'un même fait ses formules, et puis il me dit de faire, moi je fais pas. Et ça réussit » (Naaba L, OHG, secteur 13).

Pour les infirmiers, de telles pratiques, qu'ils jugent nuisibles, perdurent à cause du manque d'éducation et d'information de la population en matière de santé, d'hygiène, etc.

« Maintenant, que ça se trouve ancré dans l'esprit de nos parents qui sont analphabètes... parce que c'est l'analphabétisme qui fait ça, ils connaissent pas ce que c'est qu'une fracture, ils connaissent pas ce que c'est que la physiologie de l'organisme » (K, infirmier, CHR, OHG).

« Ce qui fait que les gens d'abord, et vu le niveau de vie, et vu l'analphabétisme de nos populations, et vu surtout la pauvreté, les gens font recours d'abord à ces derniers-là [les tradipraticiens] » (O. I., infirmier d'Etat, major d'un CSPA de OHG).

« Nous, c'est l'analphabétisme, là, plus nos croyances qui nous envoient loin. (...) Tout tourne autour d'une seule chose. Tout tourne autour de l'analphabétisme et de l'ignorance. C'est les deux maux qui minent notre société. On n'est pas instruits. (...) Maintenant le gars qui sait lire et écrire... est-ce qu'il faut se limiter à savoir lire et écrire ? Le gars n'a même pas, n'a aucune notion (...) d'hygiène » (K, infirmier, CHR, OHG).

Les textes officiels et les représentants du système biomédical insistent eux aussi sur l'importance de l'alphabétisation et de la formation (par exemple Nikiema, 2008). Au plus, les infirmiers reconnaissent l'utilité psychologique de certaines pratiques.

« (...) le tradipraticien aussi vient... parce que le plus souvent c'est psychologique pour le malade. Quand on fait, des trucs traditionnels sur lui, là, il a confiance » (K, infirmier, CHR, OHG).

De ce qui précède se dégage l'attitude particulière du personnel biomédical et de l'Etat envers ce qu'ils dénomment tous deux la « médecine traditionnelle ». Ils tendent à en distinguer différents aspects, mettant l'accent sur la « pharmacopée traditionnelle » au mépris des aspects magico-religieux y étant pourtant liés, mais faisant l'objet du scepticisme voire du rejet de certains. Au vu de ce qui précède, on peut s'interroger, à la suite de Dominique Zoure citant Jean-Pierre Dozon (1987), si la biomédecine a envisagé cette collaboration sur la base d'un partenariat, ou si « elle a plutôt souhaité intégrer voire phagocytter une médecine traditionnelle d'abord « aseptisée », débarrassée de ses aspects magico-religieux » (1996, p.17). Cependant, bien que le contenu des textes officiels tende à isoler la pharmacopée, ne visant que certains aspects de la « Médecine Traditionnelle », il faut préciser qu'il existe une reconnaissance administrative de certaines pratiques non liées à la pharmacopée. Nous avons vu que la notion de « médecine traditionnelle » a été définie par l'OMS, et que cette définition est reprise à peu de différence près par les textes officiels burkinabés. Nous avons vu également qu'elle est très vaste et englobe des pratiques extrêmement diverses.

« On dit que la médecine traditionnelle ce sont des pratiques, hein, transmises de génération en génération, explicables ou non. Mais au moins qui peut soulager par exemple les malades. On dit explicables ou non. (...) La définition. C'est ça. Voilà » (M. B, préparateur pharmaceutique, laboratoires *Phytofla*, Banfora).

Ainsi, les textes reconnaissent des pratiques variées. Le Ministère de la Santé définit plusieurs catégories de « tradipraticiens de santé²⁰² » :

- « - Naturothérapeute : personne utilisant des substances naturelles comme moyen thérapeutique ;
- Accoucheuse traditionnelle : personne prodiguant des soins de santé à la femme et au nouveau né, avant, pendant et après l'accouchement ;
- Ritualiste : personne utilisant les rites, religieux ou non, pour soigner ;
- Chirkinésithérapeute : personne pratiquant avec la main des massages ou des modifications sur les parties du corps des malades ou des blessés ;
- Herboriste : personne conditionnant et vendant des matières végétales à des fins thérapeutiques ;
- Médico-droguiste : personne conditionnant et vendant des matières animales et/ou minérales à des fins thérapeutiques. »²⁰³

Cette énumération est témoin du fait que le Ministère de la Santé reconnaît en tant que *tradipraticiens de santé* non seulement des personnes utilisant la pharmacopée, mais encore des personnes ayant recours à des *rites*, ou à un savoir-faire ni biomédical ni phytothérapeutique – du moins pas uniquement – comme c'est le cas des *ritualistes*, *accoucheuses traditionnelles* et *chirkinésithérapeutes* tels que décrits ci-dessus. Ces thérapeutes et leurs pratiques sont reconnus officiellement. Dans le même sens, le *Document cadre de politique nationale en matière de médecine et pharmacopée traditionnelle* (2004) souligne à juste titre que « certains domaines de cette Médecine Traditionnelle ont difficilement une valeur expérimentale scientifique »²⁰⁴. « Les repères classiques modernes ne suffisent pas toujours à cerner les contours de la Médecine et de la Pharmacopée Traditionnelles »²⁰⁵. Loin d'en nier

²⁰² Voir définition p. 29.

²⁰³ *Formation des pharmaciens pour la gestion/ dispensation des ARV, 2005-2006*, Ministère de la santé DGPM, nov.2007.

²⁰⁴ *Document cadre de politique nationale en matière de médecine et pharmacopée traditionnelle*, 2004, p. 12.

²⁰⁵ *Ibid*

pour autant la pertinence, ce même document relève alors « la nécessité d'adopter une approche pluridisciplinaire qui prendrait en compte les sciences sociales. (...) Le développement de ce patrimoine médico-traditionnel devra faire appel à d'autres disciplines non moins importantes comme la Sociologie, l'Ethnologie, l'Ethnobotanique, la Biologie, la Biochimie, l'Ecologie et la Phytochimie etc. »²⁰⁶.

Malgré ces efforts, les traits dominants de ces politiques restent l'emphase portée sur la pharmacopée et sur la recherche par les sciences dites dures sur les plantes à valeur thérapeutique. Mais l'ambiguïté du discours et la tentative d'ouverture vers certaines pratiques ne pouvant que difficilement être justifiées par les sciences « dures » est bel et bien présente. On la retrouve d'ailleurs chez le personnel biomédical, qui renie, comme nous l'avons vu, les aspects « mystiques » associés aux soins par les plantes. Lorsqu'on aborde les recours de santé personnels des agents de santé eux-mêmes, la plupart disent ne pas avoir recours personnellement à la « médecine traditionnelle », si ce n'est à certains MTA mentionnés ci-dessus. Par contre, tous connaissent un ou plusieurs collègues qui consultent chez le thérapeute local et s'y font soigner ou soigner leurs proches.

« Y a d'autres [agents de santé] qui partent [chez les tradipraticiens] ! Moi, moi en tout cas, j'ai été un témoin oculaire. Un, un collègue même qui a signé une décharge pour aller chez un tradipraticien. Ce jour-là j'étais dépassé » (K, infirmier, CHR, OHG).

La récurrence de cette information permet d'affirmer qu'il s'agit plus de la règle que de l'exception. De plus, elle est confirmée par les thérapeutes locaux, qui affirment en effet être amenés bien souvent à soigner des membres du personnel biomédical venus consulter dans leur cour.

« Il y a des infirmiers (*loctor namba*), ils sont à l'hôpital, ils soignent les gens, et puis après, à la descente²⁰⁷, ils amènent leurs enfants ici pour faire soigner leur mal. Parce que eux ils croient. Mais comme c'est leur boulot... ils n'ont pas le choix » (TPS, femme, village de U, traduit du moore).

²⁰⁶ *Ibid*

²⁰⁷ Expression qui signifie la fin de la journée de travail, principalement des fonctionnaires.

« Par exemple le tradipraticien va dire : Ay, toi tu es allé à l'hôpital pour rien ! (...) il va te couper les plâtres, là, il va te dire tout ça là ce sont des agents de santé qui sont venus se faire soigner ! He ! [rire] Mais c'est vrai ! Lui tout en oubliant que nous sommes tous africains, et nous pensons de la même chose » (K, infirmier, CHR, OHG).

Naaba L. explique le fait que les infirmiers aient recours à la médecine locale :

« C'est pas parce que les infirmiers sont des modernes qu'ils ont laissé leur culture. Voilà. Et puis la culture ça rentre dans l'inconscient, dans l'éducation, le type il le fait inconsciemment, tout le monde fait ça inconsciemment. On explique pas pourquoi, je sais pas, on fait ça de cette manière. C'est rentré dans l'inconscient collectif » (Naaba L, OHG, secteur 13).

Effectivement, avant de suivre une formation en biomédecine, tout agent de santé burkinabé a connu, a utilisé ou a été soigné, ne serait-ce que dans son enfance, par des plantes et d'autres pratiques thérapeutiques locales. Que ce soit au sein de la famille par des remèdes connus de tous, ou ayant recours à un *tipa* pour des remèdes plus spécifiques ou inconnus de la famille. De par cette familiarité avec la médecine locale et des expériences de guérison vécues, il semble difficile de renier totalement son efficacité. Elle fait partie intégrante de l'histoire personnelle de tout un chacun. En effet, l'analyse du discours des agents de santé eux-mêmes révèle bien souvent des incohérences. Il semble qu'une croyance forte dans les vertus thérapeutiques de pratiques dites « magiques » ou « mystiques » persiste malgré le discours rationalisant des agents de santé ayant passé par l'ENSP (Ecole Nationale de Santé Publique) ou par l'université²⁰⁸, et que la distinction opérée plus haut entre pharmacopée et pratiques associées soit plus floue qu'il n'y paraît. En effet, les discours mélangent souvent les différentes pratiques, phytothérapeutiques et « magico-religieuses », qui, nous l'avons vu, ne sont d'ailleurs pas toujours séparables. Plusieurs infirmiers m'ont ainsi affirmé que la « médecine traditionnelle » est efficace lorsque les génies ou un sort quelconque jouent un rôle dans l'épisode morbide.

²⁰⁸ Malgré les politiques actuelles en matière de *Médecine Traditionnelle*, il semble que celle-ci ne soit pas ou fort peu abordée, à l'école d'infirmier (Ecole Nationale de Santé Publique) et à l'université. Les études en pharmacie font exception, accordant une certaine place à la « pharmacopée traditionnelle ». Les pratiques « magiques » n'y sont en revanche pas même citées. La formation des agents de santé en naturothérapie constitue le cinquième objectif de la Politique Nationale en Matière de Médecine et Pharmacopée Traditionnelles (*Document cadre de politique nationale en matière de médecine et pharmacopée traditionnelle*, p.12).

« Vous savez, surtout en Afrique ici, on fait allusion à certains génies, ou des trucs comme ça. Quand ça devient comme ça, et que vraiment on fait un bilan complet, on n'arrive pas à détecter où se trouve réellement le problème, le plus souvent on peut conseiller quand même de voir ces gens-là. Voilà » (O. I., infirmier d'Etat, major d'un CSPS, OHG).

De même,

« L'Africain a toujours vu la maladie, par un sort... c'est quelqu'un qui m'a jeté ce sort-là. Sinon la maladie devrait pas développer. (...) Lui il croit à l'harmonie de toute chose. Toute chose, Dieu l'a créée, c'est comme ça, il doit rester comme ça. Mais si y a quelque chose, donc c'est quelqu'un... l'autrui qui est au courant. C'est comme ça. Sinon c'est un sort, il a toujouours... pensé à un sort. (...) Ça c'est l'Africain. En général c'est ça. Et même s'il est intellectuel... si il est blessé, la première des choses, il pense à ça » (K, infirmier, CHR, OHG).

« Les maladies provoquées par des sorts ressemblent à des maladies reconnues par la médecine moderne, mais ce sont souvent des cas de maladies indéterminées. Tous les examens n'ont pas permis de savoir de quelle maladie le patient souffre » (Major, village de N.).

Ainsi, bien que la plupart des agents de santé se disent sceptiques quant à l'efficacité de certaines pratiques locales et phénomènes non explicables, on sent parfois qu'ils y croient²⁰⁹. La sorcellerie semble faire l'objet d'une croyance quasiment unanime de la part de la plupart des professionnels interrogés, de même que les protections que l'on peut obtenir en prévention chez certains praticiens. En revanche, les rituels et formules associés aux plantes sont rejetés. Quoi qu'il en soit, il est révélateur de constater que même les représentants de la biomédecine, accordant la supériorité à la science, et défendant une vision rationaliste, mécanique de la santé et du corps, continuent d'avoir recours et d'apporter du crédit à certains aspects « inexplicables » des thérapeutiques locales.

²⁰⁹ Tout cela rappelle que discours et pratique ne se rejoignent pas toujours. Un discours favorable à la « médecine traditionnelle » peut être associé à des pratiques exclusives, de même qu'un discours sceptique peut cacher des pratiques y étant favorables. Voir à ce propos les biais mentionnés dans le chapitre méthodologique.

Il s'agit peut-être ici d'une spécificité de la « médecine moderne africaine ». Biomédecine occidentale et biomédecine africaine ne sont effectivement pas identiques²¹⁰, comme le souligne très justement un infirmier au CHR de Ouahigouya.

« C'est dire, la médecine moderne a des problèmes... je veux dire médecine moderne, c'est trop dire. Médecine moderne africaine. (...) Parce que quand tu dis médecine moderne, en ce moment tu généralises au plan mondial » (K, infirmier, CHR de OHG).

Ce qu'il nomme la « médecine moderne africaine » reproduit plus ou moins fidèlement le système de la biomédecine occidentale, mais elle se pratique et se développe dans un contexte totalement différent, qui ne manque pas d'avoir une forte influence sur les pratiques et les conceptions des agents de santé eux-mêmes, comme de l'ensemble de la population. Nous avons vu dans le cadre théorique que la biomédecine varie effectivement d'un pays à l'autre, de par son organisation, sa couverture, ses coûts et protocoles (Muela, 2007, p.10). La distinction que K. opère se base beaucoup sur la question des manques du système sanitaire soulignés en début de travail. Mais il est clair que l'influence du contexte, traduite par tout un ensemble de conceptions et de représentations, entre également en jeu. Il ne faut donc pas oublier que le personnel de santé ré-interprète lui aussi les informations biomédicales à partir des modèles culturels et des systèmes de valeurs sociales qui sont les siens (Muela, 2007, p.11).

L'influence du contexte joue certes un rôle. Quoiqu'il en soit, ce paradoxe n'est pas exclusif au contexte africain. Didier Fassin l'exprime clairement : « La norme qu'énoncent et imposent l'État et la Faculté de Médecine découle d'un modèle légal et rationnel de légitimité qu'elle consolide en retour. Mais les agents qui constituent ces institutions n'en incarnent plus les principes dès lors qu'ils réagissent en patients, obéissant alors aux seules règles de la pratique » (2000, p.96). Face à la maladie, les patients, quelle que soit leur fonction et la formation qu'ils ont suivie, quelles que soient leurs convictions ou leur scepticisme, mettent tout en œuvre pour obtenir la guérison.

Ce qui précède démontre que l'attitude officielle et politique et celle du personnel biomédical envers les connaissances et pratiques des « tradipraticiens de santé » se recourent dans leur discours. La première n'est certainement pas sans influencer la seconde, les infirmiers étant

²¹⁰ Voir le point 4.2.

des fonctionnaires de l'Etat, formés aux mêmes valeurs de la science et sa rationalité. En revanche, les membres du personnel biomédical restent, malgré leur formation, leurs convictions et leur statut, des individus inscrits dans le cadre plus large de la société et se comportant en cas d'épisode morbide en tant que malade et non en tant qu'agent de santé.

Quelle que soit la complexité du phénomène exposé ci-dessus, le personnel biomédical interrogé reconnaît l'utilité, voire la supériorité de la « médecine traditionnelle » pour soigner certains maux que la biomédecine peine à soigner, et inversement. Le tableau ci-dessous illustre la répartition des maladies par les agents de santé biomédicaux en fonction de la priorité à donner en matière de soins.

Tableau 5 : Les affections préférentiellement traitées par les thérapeutiques locales, respectivement la biomédecine ; position du personnel biomédical²¹¹

Affections mieux traitées par les thérapeutes locaux	Affections mieux traitées par la biomédecine
Hépatite/ Ictère/ Jaunisse	Problème interne, chirurgical
(Hyper)tension	VIH/ SIDA
Diabète	Rougeole
Epilepsie	Poliomyélite
Asthme	Tuberculose
Toux	Ulcères
Sorts	Fièvre et diarrhée
Candidoses	Fibromes
Hémorroïdes	Ver de guinée
Dysenterie	Gangrène
Fractures simples	Fractures ouvertes ou à complication
Angine	Cancer
Sinusite	Méningite
Paludisme simple	
Morsure de serpent	
Folie	

Cette répartition correspond dans l'ensemble à l'utilisation des deux types de thérapeutiques par les patients. Je reviens sur les éléments faisant consensus en conclusion.

²¹¹ Comme je l'ai déjà souligné auparavant, une maladie peut se voir attribuées diverses causes et ainsi passer d'une « catégorie » à l'autre.

Il découle de ces différents exemples que les deux médecines sont perçues par certains comme étant complémentaires.

« [Le système de santé officiel ?] Y a des limites ! Des limites ! C'est dire nous sommes complémentaires. Et il faut qu'on arrive à se comprendre. Voilà. Tant qu'on ne se met pas en tête qu'on est complémentaires, c'est pas possible. Parce que, eux aussi ils ont leurs moyens de traiter » (K, infirmier, CHR de OHG).

« [La collaboration] est une bonne chose. Parce que, faut pas être fermé. C'est deux médecines qui se complètent, quoi qu'on dise. Si ça va pas ici, de l'autre côté on peut soigner » (Dr D, pharmacien, OHG).

Nous verrons cependant que cette complémentarité est toute relative, le point de vue des agents de santé biomédicaux restant « biomédicocentré », si j'ose le néologisme. Les apports des connaissances des « tradipraticiens de santé » sont reconnus, mais uniquement en fonction de critères biomédicaux et dans le cadre des structures étatiques.

8.4 Conclusion

L'attitude des différents acteurs envers les deux traditions médicales sont différentes, mais on y retrouve certains points communs. Patients, soignants locaux et biomédicaux reconnaissent les limites et capacités respectives à soigner certaines affections. Il semble qu'il y ait consensus sur des maladies telles que la méningite, la rougeole ou des symptômes tels qu'une forte fièvre accompagnée de vomissements, pour lesquelles tous les acteurs considèrent le traitement biomédical plus efficace. J'ai souligné également la capacité exclusive de la biomédecine à intervenir chirurgicalement. Au contraire, une affection présentant des symptômes rattachés à la « jaunisse » ou l'ictère est plus efficacement soignée par des soins phytothérapeutiques, de même que les « hémorroïdes » – dont les informateurs rapprochent les entités nosologiques locales de *kooko* ou *kotige* –, le paludisme simple, les fractures simples, les morsures de serpent et la « folie ». Par ailleurs, des maladies causées par les sorts

ou les génies, étant souvent des maladies persistantes et scientifiquement incomprises, doivent être soignées de manière « traditionnelle ». Les deux médecines sont considérées comme complémentaires par tous, mais de manière plus prononcée dans le discours des thérapeutes locaux. La confiance en la biomédecine est partagée par tous, utilisateurs, thérapeutes locaux et personnel biomédical. Il en va de même de la « médecine traditionnelle », mais avec plus de réticences de la part du personnel biomédical et des politiques. Il semble que tous les acteurs soient d'accord quant à l'efficacité de la pharmacopée : les *tradipraticiens* qui les utilisent depuis des générations, et les acteurs biomédicaux, qui peuvent par des analyses de laboratoire expliquer leur efficacité par l'isolement du principe actif. L'efficacité des plantes n'est donc pas remise en doute. En revanche, le personnel biomédical ainsi que les textes cités, en ont une représentation passablement ambiguë. Ils distinguent différents aspects parmi les pratiques de ceux qu'ils désignent comme *tradipraticiens de santé*, considérant d'une part les pratiques liées à l'usage de la pharmacopée, et d'autre part les pratiques magico-religieuses. L'importance donnée au caractère « scientifique » incite à considérer les plantes de manière rationnelle, et à les séparer des pratiques qui, pour les thérapeutes mossi, y sont indissociablement liées. Les agents de santé les appréhendent donc à leur manière, la notion de « médecine traditionnelle » se voyant attribuer un contenu variable par les différents acteurs. Malgré la reconnaissance officielle des aspects « rituels » et la croyance relative des agents de santé dans certains aspects « surnaturels », l'approche consiste dans une large mesure à sélectionner les éléments rationnellement utilisables afin de les intégrer au système déjà existant, sans remise en question aucune des idées sur lesquelles celui-ci est basé. Jean-Pierre Dozon parle d'« opération de réduction » (1987). Cette approche sélective constitue l'une des différentes formes possibles de rapport entre les deux médecines évoquées par Joan Muela²¹². Or, en soumettant les pratiques et remèdes locaux aux schèmes de validation scientifique intérieurs au champ biomédical, ils subissent un processus de modernisation et perdent par là même leur caractère « traditionnel ». Pourtant, de manière apparemment paradoxale, les partisans d'une « modernisation » des remèdes locaux qualifient de « traditionnels » ces produits « modernisés » ou « améliorés ». Ce qui prouve que la dichotomie opérée entre « traditionnel » et « moderne » n'est pas pertinente en ces termes. J'ai déjà mentionné l'idée qu'une telle démarche constitue une « invention de la tradition » (Fassin, 2000). La « médecine traditionnelle » définie comme telle par l'Etat ne semble en réalité n'avoir de « traditionnel » plus grand chose d'autre que le nom.

²¹² Voir pp.56-57.

9. Perception de la revalorisation de la « médecine traditionnelle » et de la collaboration entre les deux médecines

9.1 Le point de vue des médias

L'évaluation qui est faite des discours politiques du Ministère de la santé et des structures officielles par la presse et autres médias, témoigne du succès de cette volonté annoncée de « revalorisation » et de collaboration. Les médias sont unanimes quant aux conséquences des politiques mises en œuvre, dont ils soulignent les acquis et clament la réussite, prônant une véritable collaboration. On peut lire par exemple : « Cette coordination des efforts entre les médecines traditionnelle et moderne a donné des acquis indéniables. Les plus importants sont la réglementation de l'exercice de la médecine traditionnelle et la mise en place d'une procédure d'homologation des médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle. Ainsi, six médicaments qui en sont issus et qui ont été fabriqués par des producteurs nationaux ont bénéficié récemment d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) » (Kabore, *Sidwaya*, 02 septembre 2005). Ou encore, à propos d'une rencontre entre acteurs de la médecine traditionnelle et autorités administratives et politiques de la région du Centre, ayant eu lieu à Ouagadougou le vendredi 18 avril 2008 : « Selon le ministre de la santé, les deux types de médecine sont sur la voie d'une franche collaboration, dont les fruits seront sans doute bénéfiques à la qualité des soins de santé » (Bama, 2008).

Pourtant, l'analyse des discours et des pratiques des praticiens de santé et des utilisateurs de leurs services ne confirme pas forcément ce bilan positif, voire encensant. Les opinions des personnes interrogées dans le cadre de ce mémoire sont en effet plus partagées.

9.2 Le point de vue des différents acteurs

Certaines personnes partagent le point de vue de la presse et évaluent de manière très positive les différentes mesures prises, ainsi que l'idée même d'une collaboration entre les deux « médecines ». Ces informateurs expriment généralement un sentiment de grande confiance vis-à-vis de la biomédecine et des autorités.

« Si on me demande mon avis, moi je sais que l'Etat ne peut pas être de mauvaise foi. Parce que l'Etat, celui qui a eu l'idée là, il veut aider la population à se soigner. Un point. Et puis, en plus de ça, si y a collaboration, eux ils pouvaient prendre les produits des tradipraticiens, pour faire des analyses scientifiques, pour permettre d'améliorer ça, et ce sera un bénéfice pour tous les usagers des médicaments » (Naaba L, OHG, secteur 13).

D'autres en revanche sont très sceptiques et méfiants, vis-à-vis de la possibilité d'une collaboration ou compatibilité entre les deux « médecines », et quant à la mise en place d'une telle politique. Ils prêtent souvent des intentions douteuses aux politiciens à la base de ces mesures, ainsi qu'au personnel sanitaire, administratif et professionnel, et également à certains thérapeutes locaux, qui répondraient davantage à leurs propres intérêts qu'à la volonté d'améliorer l'offre de santé pour les populations. Praticiens de santé (biomédicaux et locaux) et patients soulignent un décalage entre programme théorique et réalité. Les conflits sont nombreux dans l'application des stratégies politiques qui rencontre des difficultés innombrables et tarde donc – voire faillit – à se mettre en place. Les critiques sont faites d'une part à la non-application des mesures politiques, d'autre part à leur mauvaise application. En outre, une analyse attentive du contenu même des politiques et programmes de reconnaissance et collaboration, met en évidence certaines contradictions et aspects problématiques qu'ils contiennent et impliquent, et permet de souligner certaines incohérences ou certains déséquilibres inhérents à leur contenu comme à leur formulation.

Il faut préciser avant tout que de manière générale, les personnes interrogées ne sont que peu informées, voire pas du tout, sur les politiques et mesures en vue de la collaboration. Lorsqu'elles disposent d'informations, elles les tiennent souvent des médias. Les utilisateurs de ces différents services n'ont généralement que peu connaissance des mesures de collaboration, raison pour laquelle je ne traite pas ici de manière spécifique leur point de vue. Lorsqu'ils les connaissent, ils semblent y être favorables, bien que parfois sceptiques vis-à-vis

de leur mise en application. Ceux qui semblent être le plus au courant sont les thérapeutes locaux et certains infirmiers. Toutefois, ces derniers, en tant que représentants du système de santé officiel qui dit souhaiter mettre en place les conditions nécessaires en vue d'un travail conjoint avec la « médecine traditionnelle », n'en sont pas toujours informés. Ce sont pourtant eux qui sont aux premières loges, et qui devront sur le terrain travailler en collaboration avec les « tradipraticiens de santé ».

Le premier point de critique que je mentionne ici concerne donc la non-application des politiques décrites. En effet, sur le terrain, malgré les efforts de certains, il semble que celles-ci se limitent bien souvent au niveau administratif, sur le papier.

« Maintenant, il faut qu'il y ait une collaboration entre, entre les praticiens. Hein ? Les tradipraticiens... et le système moderne. Pour encourager. Il faudra pas que ça se limite au niveau des papiers. Quand ça se limite au niveau des papiers, celui qui signe les papiers lui-même ne comprend pas ce qui existe dans le, existe dans le papier. (...) Même par exemple le papier de reconnaissance [des tradipraticiens] que quoi... l'Etat me reconnaît. Faut pas qu'on se limite à ça » (K, infirmier, CHR de OHG).

Plus radical, un informateur affirme à propos du lien entre le Bureau Régional des Tradipraticiens et le District sanitaire, que « ce sont des hypocrites », qu'ils disent que la collaboration est franche, alors que « c'est carrément la mafia ! » (A, enseignant, discussion informelle).

En ce qui concerne le deuxième aspect mentionné, la mauvaise application des mesures, j'ai déjà abordé un certain nombre de difficultés rencontrées en ce qui concerne le recensement des « tradipraticiens de santé » et la reconnaissance des « vrais » thérapeutes. En outre, des problèmes similaires se posent quant aux autres mesures telles que le regroupement des « tradipraticiens de santé » en associations, les formations qui leur sont destinées, et l'élaboration d'un système de référence. Je reviens dans ce qui suit sur ce dernier point qui me semble révélateur des relations entretenues entre les deux types de soignants. Il s'agit là de l'un des objectifs centraux de la politique de collaboration, ayant pour objectif que les praticiens locaux et biomédicaux se réfèrent les uns aux autres certains cas de maladie qu'ils se trouvent dans l'impossibilité de traiter. Ainsi, les *tradipraticiens de santé* sont exhortés à référer les patients vers les structures sanitaires dans les cas de maladies telles que la

méningite, la tuberculose, le VIH/SIDA, la rougeole, etc. Pour ce faire, des séances d'information sont organisées, afin de s'assurer qu'ils sont en mesure de reconnaître les symptômes et de poser le diagnostic de ces maladies. A l'inverse, les infirmiers doivent référer certains cas aux « tradipraticiens de santé » officiellement reconnus, pour des cas de maladies difficilement curables ou incurables en biomédecine²¹³.

« Les infirmiers (*loctormba*) aussi nous disent, si tu n'arrives pas à soigner la maladie (*sin pa tõe baaga*), tu les oriente à l'hôpital (*loctor yiiri*). (...) Si eux aussi ils n'arrivent pas à soigner, ils les orientent vers nous » (TPS, femme, village de U., traduit du moore).

Nous avons vu dans le dernier chapitre que les opinions mutuelles des soignants locaux et biomédicaux sont partagées, mais que tous reconnaissent, du moins théoriquement, certaines capacités thérapeutiques à chacune, de même qu'une certaine complémentarité des deux traditions thérapeutiques. De cette relative ouverture mutuelle découle la possibilité de la mise en place d'un système de référence réciproque, dont la mise en pratique semble pourtant délicate et laborieuse.

9.2.1 Thérapeutes locaux et *tradipraticiens de santé*

En ce qui concerne leur appréciation de la collaboration, les thérapeutes locaux se divisent entre ceux qui participent à ces mesures et peuvent être appelés « tradipraticiens de santé », et ceux qui s'y refusent. Je reviens sur cette distinction après avoir mis en évidence certains comportements et discours qui leur sont communs.

Si le patient ne réagit pas au premier *tiim*, et dans le cas où une seconde tentative de traitement ne donne pas non plus de résultats – ce qui veut donc dire que le malade a déjà supporté la maladie un certain temps²¹⁴ – la plupart des thérapeutes mossi disent conseiller au malade d'avoir recours à un autre soignant. Le malade peut être référé chez un autre thérapeute local, ou s'y rendre par lui-même.

²¹³ Voir le chapitre précédent à propos des maladies préférentiellement soignées par la biomédecine ou par les thérapeutiques locales.

²¹⁴ J'ai déjà mentionné le fait que les infirmiers et les médecins se plaignent bien souvent de l'état critique d'avancement de la maladie dans lequel arrivent de nombreux malades ayant fait recours sans grand succès à plusieurs TPS (après avoir bien souvent déjà fait de l'automédication auparavant).

« Mais si [après deux traitements différents] ça ne va pas, je peux indiquer au malade... [un autre lieu pour se soigner] » (M, *tipa* et *wobde*, OHG, secteur 7, traduit du moore).

« Si quelqu'un vient, si je n'ai pas le *tiim* pour ça, je te dis de chercher ailleurs, car les yeux n'ont pas la même connaissance » (T, TPS, OHG, secteur 8, traduit du moore).

Ou en d'autres termes, chaque soignant a ses propres connaissances et compétences. Il semble rare qu'un thérapeute oriente vers un de ses semblables de manière spécifique. On dit simplement de consulter quelqu'un d'autre, sans orienter précisément la personne.

« Je n'ai pas une personne en particulier que j'indique, mais je lui dis de chercher, qu'il va trouver » (T, TPS, OHG, secteur 8, traduit du moore).

Des cas de référence vers les centres de santé ont été mentionnés²¹⁵.

« Si le patient vient, s'il se trouve que tu peux soigner, tu soignes. Si tu ne peux pas, tu dis de partir au dispensaire (*loctor yiiri*) » (TPS, femme, village de O, traduit du moore).

Un thérapeute a mentionné une démarche combinée intéressante :

« Souvent je conseille à la personne d'aller à l'hôpital faire un examen de sang pour savoir de quoi il souffre (*ti ba nyak ziima bang baa biisi*²¹⁶) on va lui donner des comprimés et il cherche le *tiim* pour ajouter. On fait les deux traitements ensemble » (T, TPS, OHG, secteur 8, traduit du moore).

On a vu, en abordant les pratiques des patients, que le fait d'avoir recours à des traitements locaux et biomédicaux en parallèle est très fréquent. Mais il est intéressant de voir que dans le cas cité ci-dessus, cette démarche semble encouragée par le thérapeute.

²¹⁵ Il reste à voir si c'est effectivement le cas dans la pratique. Quoi qu'il en soit, la nécessité de référer à la biomédecine dans certains cas semble être une idée largement répandue, probablement suite aux campagnes de sensibilisation organisées par bon nombre d'organisations internationales et d'associations locales.

²¹⁶ Littéralement : « pour qu'ils prennent du sang pour connaître les *petits de la maladie* », expression souvent traduite par le terme biomédical de microbe.

Outre les cas de référence aux structures biomédicales après l'échec de traitements locaux, un thérapeute affirme que certaines maladies requièrent un recours rapide à la biomédecine, de même que l'ont souligné certaines patientes interrogées²¹⁷.

« Y a certaines maladies, tu sens, quand ça survient comme ça, tu es obligé, très rapidement, de partir à l'hôpital. (...) Ces maladies se trouvent dans le corps seulement. (...) Par exemple le palu cérébral... qui vient d'un coup. Là, il faut réellement partir à l'hôpital, pour la méningite, pour les saignements violents de nez. Y a certains saignements que je peux faire, mais quand je vois que c'est réellement très fort, c'est mieux de partir à l'hôpital. Si tu perds trop de sang » (Vieux *tipa*, village de G, traduit du moore).

La méningite avait déjà été citée par les femmes comme une maladie nécessitant un recours rapide aux structures de santé biomédicales.

Il semble donc que les thérapeutes locaux mettent en œuvre l'idée du système de référence. Il n'est cependant pas possible de déterminer s'ils réfèrent déjà auparavant, ou si ce comportement est dû à l'exhortation par le personnel biomédical. En outre, le fait de référer ne semble pas signifier l'adhésion aux mesures de collaboration. Les thérapeutes peuvent adopter des attitudes fort variées. J'ai relevé en introduction à ce sous-chapitre les deux principales. Selon Julien Pesse (2006), certains thérapeutes « traditionnels » souhaitent se regrouper en association dans le but de remédier aux problèmes qu'ils rencontrent. D'autres en revanche restent passifs et jugent les démarches de leurs confrères comme contraignantes, et/ou contraires aux fondements de leur pouvoir. « S'ils partagent les mêmes difficultés et un socle plus ou moins commun de références, les guérisseurs traditionnels se divisent en deux tendances particulières. Une tendance plutôt conservatrice qui réunit les guérisseurs ne voulant pas intégrer une association de tradipraticiens parce qu'ils pensent qu'elle va à l'encontre des principes des pouvoirs traditionnels et une autre, plus progressiste, qui réunit les guérisseurs traditionnels qui voient en la création d'une association de ce type, le salut de leurs activités thérapeutiques traditionnelles. Le passage d'une terminologie à l'autre est aussi significatif au niveau local parce qu'il définit une scission au sein des guérisseurs traditionnels dans les choix qu'ils ont effectués quant à leurs activités thérapeutiques » (Pesse,

²¹⁷ Voir p.99.

2006, p.50). En ce qui concerne mon terrain, il convient de compliquer cette opposition binaire, introduisant des nuances dans chacune des deux attitudes soulignées par cet auteur.

- Parfois, le thérapeute refuse tout contact professionnel avec le système biomédical.

Certains détenteurs de *tiim* refusent de travailler avec le personnel de l'hôpital. Une des raisons évoquées est que les soins appartiennent à la famille.

« Comme c'est une chose de la famille, je ne veux pas aller là-bas pour travailler avec les médecins, là »²¹⁸ (Vieille possédant *roeege tiim*, OHG, secteur 8, traduit du moore).

D'autres raisons sont évoquées par M, *wobde* et *tipa* exerçant en ville de Ouahigouya.

« Moi je soigne tous ceux que je vois. Si quelqu'un vient, et que je peux pas soigner, je lui dis que je ne peux pas soigner ce mal. Je peux ne pas avoir le *tiim*, mais je sais où il se trouve (*Mam tõe pa tar tiim ye, la mam mi tiim zindi bu*). Alors j'indique à la personne... d'aller dans tel village, ou dans tel village. (...) Je l'indique celui qui travaille comme moi seulement » (M, *wobde* et *tipa*, OHG, secteur 7, traduit du moore).

Ce thérapeute ne réfère donc pas à l'hôpital, et, bien qu'il reconnaisse que la biomédecine a certains avantages, il dit y être antipathique. Lors de l'entretien, une femme, infirmière à la retraite, vivant dans la même cour, intervient pour souligner la réticence du *tipa*. D'après elle, des agents de santé et des chercheurs ont tenté à maintes reprises d'établir un contact avec lui. Il les a toujours repoussés. La raison principale de son refus concerne non pas une réticence envers la biomédecine, mais bien plutôt envers son organisation et le contrôle qu'elle exercerait sur son activité²¹⁹.

« Dieu m'a montré mon savoir (*bangre*). Laissez moi faire ce que Dieu m'a montré. Si je me mets avec ces gens [de l'hôpital], c'est ce que ces gens-là veulent que je vais faire, et non ce que Dieu m'a montré. Donc je préfère travailler seul » (M, *wobde* et *tipa*, OHG, secteur 7, traduit du moore).

²¹⁸ Cette informatrice souligne également que le fait d'être une femme empêche de travailler avec les infirmiers, alors que, étant un homme, elle pourrait collaborer avec eux.

²¹⁹ Je reviendrai plus bas sur cet élément relatif au contrôle de la biomédecine sur les pratiques locales.

Cette attitude, bien qu'ici radicale, est assez rare. Elle concerne souvent, comme le soulignent Eric et Didier Fassin, de « grands » guérisseurs, jouissant d'une renommée et d'une reconnaissance sociale importantes leur conférant également une clientèle nombreuse, et n'ayant par là-même rien à gagner d'une reconnaissance officielle, qui au contraire pourrait risquer de nuire à leur réputation fondée sur la légitimité traditionnelle et non rationnelle-légale²²⁰.

« La collaboration, certains veulent, d'autres pas, car leur gain, leur renommée risque de diminuer. Quand il y a un médecin derrière, on dit que non, il [le tradipraticien] ne sait rien » (K, infirmier, CHR de OHG).

- D'autres thérapeutes restent en dehors des mesures de collaboration de manière passive et n'en ont qu'une opinion très vague.

Ils ne sont pas ou peu au courant des mesures en cours, ou ne se sentent pas concernés. C'est en particulier le cas de thérapeutes rencontrés dans les villages, qui ne se refuseraient vraisemblablement pas à collaborer, mais n'y voient pas grand intérêt.

- Parmi ceux qui participent aux mesures de collaboration, certains ne se distinguent que peu, par leur attitude, des précédents²²¹.

Ils sont au courant des mesures mises en place, tentent de ne pas rester totalement en dehors, mais ne s'investissent pas non plus et restent sceptiques. C'est le cas par exemple de T, exerçant à Ouahigouya ville, et membre de l'Association des tradipraticiens de santé de la région Nord, basée à Ouahigouya. Il a contacté cette association pour y obtenir la carte de

²²⁰ Se reporter pour l'étude en termes de légitimité au point 4.3.2, et, pour plus de détails, à l'article de Didier et Eric Fassin (1988) cité précédemment.

²²¹ Les thérapeutes regroupés sous cette tendance et la suivante, disposent d'une carte les reconnaissant comme membres d'une association de « tradipraticiens de santé ». Les objectifs visés par l'organisation des « tradipraticiens de santé » en associations locales ou régionales sont principalement techniques et organisationnels. Il est en effet plus facile de les contacter s'ils se connaissent mutuellement, sont regroupés au sein d'une structure officielle, et représentés par un petit nombre d'entre eux. Les associations permettent donc de faciliter les contacts et l'organisation d'activités destinées aux tradipraticiens, ou regroupant ceux-ci et des agents de santé moderne. Il existe dans l'ensemble du Burkina Faso bon nombre d'associations de tradipraticiens, nombre qui a augmenté au cours des dernières années, avec les politiques en matière de collaboration. Certaines ont, en plus de leur collaboration avec les autorités sanitaires, des bailleurs privés.

membre, qui constitue un pas vers la reconnaissance officielle en tant que « tradipraticien de santé ».

« C'est un papier qui montre que je suis tradipraticien de santé (*tipa tiim*). (...) J'ai pris ça chez le président des tradipraticiens [moyennant finances]. C'est moi-même qui ai voulu. Avoir le papier, c'est une garantie. Même si je ne voulais pas, le fait que je suis tradipraticien je me dois de prendre le papier. (...) comme tout le monde a, c'est pourquoi moi aussi j'ai pris. La plupart des tradipraticiens ont pris ça » (T, TPS, OHG, secteur 8, traduit du moore).

- D'autres en revanche sont engagés dans les démarches associatives et en vue de mettre en place reconnaissance et collaboration.

Les raisons motivant cet engagement relèvent principalement de deux aspects. Certains sont réellement convaincus et agissent en conséquence. D'autres sont là plus par intérêt personnel, profitant du statut que peut leur fournir une position de responsable ou simplement l'appartenance au sein de l'association, ou des revenus occasionnels qui en découlent, tels que les per-diems reçus lors des formations organisées, etc. Je ne m'avance pas ici dans l'étude de ces motivations qui sont par ailleurs bien difficiles à déterminer, mais il est important de garder à l'esprit que chaque acteur se positionne en fonction de facteurs multiples et élabore des stratégies plus ou moins conscientes lui permettant d'atteindre ses buts et de se positionner dans la société. En suivant ici encore la thèse de Didier Fassin, les « tradipraticiens » ayant cette attitude sont généralement des thérapeutes sans grand prestige et ne jouissant que d'une faible (voire d'aucune) reconnaissance au sein de leur communauté, ayant alors tout à gagner dans cette collaboration et la reconnaissance officielle qui peut leur conférer un gain de légitimité (rationnelle-légale), accroissant ainsi leur prestige et pouvant avoir des conséquences sur leurs revenus. Cette interprétation, bien qu'elle traduise une part de réalité, fait perdre toute crédibilité aux démarches en cours, et ignore l'existence de certains « vrais » thérapeutes convaincus de l'utilité de telles mesures.

- D'autres enfin se situent à mi-chemin entre ces différentes tendances, ou se repositionnent en fonction des expériences vécues.

C'est le cas par exemple d'une thérapeute qui, d'une part, est titulaire d'une carte de membre de l'association déjà citée et se dit ouverte à une collaboration avec les infirmiers, à condition

d'y trouver un intérêt. A la question posée : « Si les infirmiers viennent te voir, de venir, vous allez travailler ensemble, tu vas accepter ? », elle répond :

« Mmh ! Je ne sais pas. Si je peux tirer bénéfice (*san tar ma niodo*), je pars, si je n'ai pas d'intérêt, je ne pars pas [rire] » (TPS, femme, village de U., traduit du moore).

Elle affirme, de même que de nombreux thérapeutes, qu'il lui arrive d'orienter des patients vers l'hôpital lorsqu'elle identifie un mal qu'elle sait ne pas pouvoir soigner.

« S'ils [les patients] viennent et moi je ne peux pas, je te dis de partir [à l'hôpital]. Ils partent mettre, si y a manque de sang (*ziima san kabe*), je connais, mais je ne peux pas soigner ça. (...) Le sang et l'eau. Le corps de l'homme a de l'eau (*Neda yinga tara koom*). S'il n'y a pas d'eau (*kooma san kabe*), si tu regardes dans les yeux, tu sais. Tu dis de partir [à l'hôpital]. » (TPS, femme, village U, p.2).

D'autre part, elle se montre très méfiante vis-à-vis des personnes qui la contactent dans ce but, et avait d'ailleurs premièrement refusé de s'entretenir avec moi, pensant que je représentais la médecine de l'hôpital. Il semble que cette méfiance soit due à de mauvaises expériences avec un certain nombre de membres du personnel biomédical.

« Ils [les infirmiers] veulent tout garder (*n so*) ! Ils sont venus ici, plusieurs fois. Moi j'ai refusé. Je ne les ai pas autorisés. Je partage mon savoir avec eux (*mam kō bamba bangre*), ils prennent et ils me laissent. (...) Je refuse. J'ai mon savoir dans ma tête, pas sur du papier (*mam tara bangre mam zugu, pa sebre we*) (...) Je ne donne pas. Ils viennent me forcer (*mao*). » (TPS, femme, village de U, traduit du moore).

Ainsi, l'attitude envers les mesures de collaboration peut se modifier, comme l'illustre également le cas de O, membre de la même association. Celui-ci, ayant pris activement part aux activités mises en place, en a une vision fort critique. Les reproches sont principalement d'ordre logistique, par exemple concernant la mauvaise organisation des formations et des transports, la mauvaise gestion des espaces communs (siège de l'association, jardin botanique), ainsi que la présence de « faux tradipraticiens » en son sein.

Les deux personnes citées ci-dessus sont donc partagées entre une attitude a priori favorable envers la collaboration, et la méfiance qu'ils ressentent, fondée sur des faits vécus.

On peut donc dire, après avoir détaillé ci-dessus les différentes positions, que de manière générale, les réticences envers la collaboration ne viennent pas d'un simple refus a priori de la part des thérapeutes locaux, contrairement à ce qu'en dit souvent le personnel biomédical. Les thérapeutes font confiance aux capacités de la biomédecine. Si l'on considère l'exemple du système de référence, les thérapeutes mossi se montrent pour la plupart coopératifs, prêts à orienter certains cas qui les dépassent vers les structures de santé biomédicales. En revanche, ils se méfient des autorités et de leurs représentants chargés de mettre en place les différentes mesures.

« D'après ce que nous avons tous appris, c'est que, ce que j'avais dit, ils ne veulent pas livrer leurs secrets à l'Etat. Pourquoi ? Parce que ils savent que, d'après eux, hein, quand l'Etat va avoir ces secrets là, eux on va les interdire de pratiquer. C'est possible qu'on les interdise de pratiquer, alors que l'Etat va aller pratiquer. A son profit. Alors je pense qu'ils doutent de ça. Puisque l'Etat a un pouvoir. Eux ils n'en ont pas. Ils n'ont que leur savoir. Et si ils donnent leur savoir à celui qui a le pouvoir, celui qui a le pouvoir peut en faire tout ce qu'il veut. Tout en leur interdisant à eux de ne rien faire » (Naaba L, OHG, secteur 13).

9.2.2 Le personnel biomédical

Comme nous venons de le voir en ce qui concerne les thérapeutes locaux, on constate chez le personnel biomédical des attitudes variées envers les mesures de « collaboration », de même que vis-à-vis de la « médecine traditionnelle ». Dans la plupart des cas, le discours des agents de santé à ce sujet tend à reproduire le discours officiel. La plupart d'entre eux prône ainsi une « franche collaboration », soulignant le fait que chaque médecine a quelque chose à apporter à l'autre, et en vue de la santé des populations.

« La collaboration est... si il arrivait à collaborer franchement, je pense qu'on arriverait... hein ?, à avoir, bénéficier beaucoup de la connaissance des tradipraticiens. Et on arriverait aussi à... identifier les vrais tradipraticiens aux faux tradipraticiens » (K, infirmier, CHR de OHG).

Ils soutiennent ainsi qu'une collaboration est souhaitable, et parfois même nécessaire.

« Parce que à l'allure où nous allons, nous sommes obligés de collaborer » (K, infirmier, CHR de OHG).

Ce même informateur souhaite même aller plus loin, en intégrant certains thérapeutes locaux aux structures de santé biomédicales.

« Il faut aller au fond. ... On veut faire qu'ils participent aux soins, mais il faut des vrais ; et il faut les former. Et les intégrer. Dans le système sanitaire. Voilà, il faut les intégrer carrément » (K, infirmier, CHR de OHG).

Le personnel biomédical dans sa grande majorité défend l'utilité d'un système de référence. Ce dernier constituerait un avantage pour les malades, lié à la question des coûts trop élevés des traitements biomédicaux.

« Voyez sur le plan... médicaments. Les plantes. Ils peuvent apporter parce que, le plus souvent, il y a... le coût du produit. Et si le produit paraît cher, pour le malade et qu'il peut pas payer... or, la personne peut enlever les plantes simplement, en montrant à la personne il peut aller chercher. Donc vous dites allez, (...) le tradipraticien peut dire au médecin : « mais, tel produit, là, on peut l'utiliser ». Il voit, il fait l'expérience, et il trouve que ça va. Mais, le malade va payer combien ? Il dit : « non, va couper ça, va couper ça », [c'est gratuit] » (K, infirmier, CHR de OHG).

Nous l'avions déjà vu, l'apport de la « médecine traditionnelle » concerne principalement les plantes. Un autre argument a trait au problème qu'ils soulignent à l'unanimité, à savoir que les patients arrivent trop souvent dans un état critique à l'hôpital, le personnel biomédical ne pouvant alors plus rien faire. La mise en place d'un système de référence implique alors que les thérapeutes locaux réfèrent à l'hôpital les cas qui les dépassent, ainsi que, de manière systématique, les malades atteints de tuberculose, VIH/SIDA, méningite, rougeole, etc ou souffrant de fractures ouvertes, par exemple. Des rencontres ont lieu pour former les thérapeutes locaux à poser le diagnostic de telles maladies afin de pouvoir reconnaître les cas qu'ils rencontrent et référer vers les structures de santé biomédicales.

En revanche, les agents de santé se montrent plus réticents à l'idée de référer eux-mêmes certains cas vers les « tradipraticiens de santé ». Les maladies pour lesquelles les représentants de la biomédecine envisagent de référer chez les soignants « traditionnels » figurent bien entendu parmi celles qui ont été citées plus haut comme étant mieux prises en charge par les soins de ces derniers. Nous avons vu que c'est principalement le cas de l'ictère ou « jaunisse²²² » qui a été cité par les infirmiers. Les autres affections citées sont les problèmes de tension, certaines toux, l'épilepsie, l'asthme, les candidoses, hémorroïdes, sinusites, morsures de serpent, la folie et les maladies causées par les sorts ou les génies.

Même si leur discours semble plutôt favorable à ces mesures, la mise en pratique semble plus laborieuse. Lorsqu'on les questionne sur leur implication personnelle dans ce système de référence, rares sont ces mêmes agents de santé qui disent avoir personnellement référé un patient à un thérapeute local.

« Non, on n'envoie jamais les patients chez les tradipraticiens. Ça ne se fait pas au niveau de l'hôpital [CHR de OHG]. Certains hôpitaux intègrent les tradipraticiens à l'hôpital, par exemple à Banfora, avec le Dr Dakuyo » (O. X., infirmier d'Etat, CHR, OHG).

Ainsi, le discours général est favorable à la pratique de la référence, mais lorsqu'il est question de leur expérience personnelle, ce n'est souvent plus le cas. Je cite ici un extrait d'entretien avec un Major en ville de OHG qui illustre bien cette ambiguïté.

« - Les autres postes là où j'étais, j'ai travaillé un peu avec les tradipraticiens (...).

- *Donc là-bas ça se passait comment, avec eux ?*

- Ok. Si je prends par exemple quand j'étais à T., en fait on a recensé les tradipraticiens, et périodiquement nous tenons des rencontres, avec ces derniers. Et nous échangeons par rapport à certaines pathologies. Où nous savons que la médecine moderne est pratiquement incapable face à ces pathologies. Et vice-versa. Eux également ils reçoivent des pathologies qu'ils n'arrivent pas à prendre en charge. Donc, nous leur recommandons, que, si des cas comme ça se présentent, c'est mieux qu'ils les réfèrent, au niveau des structures sanitaires modernes. Et

²²² La « jaunisse » peut correspondre à une hépatite, ou constituer un symptôme parmi d'autres d'une affection autre telle que le paludisme avancé.

nous également, si nous rencontrons des cas où nous savons qu'il faut faire recours à la tradition, nous les, nous les envoyons également.

- *Donc ça se fait ?*

- Ça se fait.

- *Vous avez référé parfois des patients aux tradipraticiens ?*

- Bon... Très très rarement, hein. Très très rarement. Vraiment.

- *C'est arrivé ? Ou c'est jamais arrivé ?*

- Bon. Moi je n'ai jamais, en fait je n'ai jamais référé. Je n'ai jamais référé un malade à... chose »²²³ (Entretien avec O. I., infirmier d'Etat, major d'un CSPS, OHG, secteur 2).

Favorables en théorie au système de référence, réticents à le mettre en pratique, il est en réalité difficile d'estimer si le personnel biomédical réfère effectivement certains patients aux thérapeutes « traditionnels ». Malgré la confiance accordée à certaines pratiques, ils avouent rarement mettre en œuvre une telle collaboration. Pourtant, comme je l'ai déjà mentionné, la grande majorité des agents de santé eux-mêmes affirment avoir eu vent de collègues ayant conseillé officieusement à certains de leurs patients d'aller consulter chez un « tradipraticien ». Dans ces cas-là, il semble que le patient soit orienté vers la « médecine traditionnelle » de manière générale, ou parfois seulement vers un thérapeute local en particulier. Certains patients et thérapeutes locaux confirment cette pratique.

« S'il se trouve qu'ils [les infirmiers] soignent et ça ne guérit pas (*Sin mik ti ba tipde ti pa sigi*), on dit de venir à U. » (TPS, femme, village de U, traduit du moore).

Elle affirme que certains patients lui sont envoyés par les infirmiers, pour des cas de maux de ventre, de plaies dans le ventre (*pu-nodre, puga pug~e nodre*, souvent traduit par hémorroïdes), et uniquement pour cela.

Un cas précis est raconté par un autre informateur.

« Bon, je sais que la jaunisse... (...) je suis allé à l'hôpital Yalgado avec un ami pour visiter un malade, un cheminot qui avait la jaunisse. Alors, le type, il était dans le privé, je crois qu'il travaillait aux chemins de fer, et on dit que si il fait un mois d'absence médicale, on va

²²³ Les caractères droits transcrivent le discours du major, et les italiques mes questions.

commencer à le débaucher, le remplacer par un autre. Donc, il faut que dans un mois il rentre. Il avait pas guéri sa jaunisse. Jusqu'au vingt-cinquième jour. Alors, il râlait, là, et les infirmiers, ou les infirmières qui étaient dans le contour, là, ont entendu ses plaintes, et c'est là-bas qu'un infirmier, une infirmière d'ailleurs, lui a dit, voici tel produit, ça soigne la jaunisse. Vaut mieux aller chercher ça, ça est en ville. Tu viens ici tu chauffes, tu fais des décoctions, et tu bois. Le type en trois jours il a guéri sa jaunisse. Et c'est ce troisième jour-là, que moi et mon ami sommes allés lui rendre visite » (Naaba L, OHG, secteur 13).

Il ressort de ces quelques exemples choisis parmi bien d'autres, que les infirmiers réfèrent parfois, bien que ce ne soit pas la norme. Mais l'orientation des patients, lorsqu'elle a lieu, se fait plutôt de manière officieuse. Il semble exister une « honte » de la part des agents de santé quant au fait d'accorder confiance ou de recourir à la « médecine traditionnelle ». Comme si cela entraînait en conflit et était incompatible avec la rationalité de leur formation. Il faut également mentionner le fait que ces politiques sont aujourd'hui encore en cours d'application, et que leur mise au point prend passablement de temps. Ainsi, les thérapeutes locaux n'étant pas encore officiellement reconnus en tant que *tradipraticiens de santé* à part entière, les conséquences d'un traitement local conseillé par un agent de santé biomédical lui incombent personnellement, ce qui constitue clairement un facteur dissuasif. Les agents de santé sont tenus de respecter la hiérarchie qui organise les différentes structures sanitaires, et doivent donc référer au niveau supérieur, du CSPS au CMA, du CMA au CHR, du CHR au CHU²²⁴. Or, les *tradipraticiens de santé* ne figurent pas dans cette organisation hiérarchique, ce qui est prohibitif pour que les agents de santé leur réfèrent des malades. Le personnel biomédical ne reçoit apparemment pas de contre-indications claires là-dessus, mais aucune incitation non plus, que ce soit en cours de formation ou plus tard dans l'exercice de leur métier.

« Ça ne se dit pas [d'aller chez le « tradipraticien »]. Il y a un circuit de référence à respecter. (...) Rien n'est clair là-dessus [si on donne un conseil de manière officieuse]. On n'a jamais officialisé les choses. On n'interdit pas mais nous devons suivre le système, la hiérarchie qui est là » (O. X., infirmier d'Etat, CHR, OHG).

²²⁴ Voir pp. 64-65 à propos de cette hiérarchie, et pour le cas particulier de OHG qui ne dispose pas de CMA et donc réfère directement à l'échelon supérieur que constitue le CHR.

Deux raisons qui peuvent expliquer que la plupart d'entre eux, même reconnaissant l'apport de certains soins mossi, ne se risquent donc pas à référer, ou, lorsqu'ils s'y décident, le font de manière officieuse, en tant qu'individu et non en tant qu'infirmier.

Ainsi, le personnel biomédical réfère parfois officieusement des malades à des soignants extérieurs à la biomédecine, mais dans la plupart des cas, ce sont les patients qui choisissent par eux-mêmes, de se diriger vers les structures sanitaires biomédicales, comme nous l'avons vu en première partie d'analyse.

« Parce que réellement y a pas de collaboration entre eux [les tradipraticiens]. C'est quand le patient se rend compte que bon, j'y suis allé une première fois, j'y suis allé une deuxième fois, ça ne va pas, il m'a dit non, on ne peut pas traiter ; il m'a dit de revenir... Il décide non, tu vas voir la médecine moderne, ce que ces gens peuvent faire pour moi. Généralement c'est comme ça. (...) C'est le patient lui-même qui décide » (Major, village de O.)

« Par contre, ce que nous constatons, nous constatons quelques fois nos taux de fréquentation sont en deçà de nos attentes, parce que tout simplement la population a... premièrement recours à ces derniers. C'est lorsque ça ne va pas, lorsque ça se complique, qu'ils viennent maintenant vers les structures sanitaires » (O. I, infirmier d'Etat, major d'un CSPS, OHG, secteur 2).

Outre les hésitations relevées plus haut, je tiens à souligner ici un élément fort important concernant l'attitude du personnel biomédical et politique envers la « médecine traditionnelle » et en matière de « collaboration ». Ces derniers, lorsqu'ils sont favorables à une collaboration et reconnaissent les atouts de la « médecine traditionnelle », ont une position clairement orientée (de par leur formation et leurs convictions personnelles sur le sujet). La biomédecine constitue leur base, du point de vue de laquelle ils considèrent les apports de la « médecine traditionnelle ». Dans bien des cas, les capacités et apports possibles sont reconnus par le personnel biomédical, mais dans l'idée qu'ils peuvent servir à la biomédecine et être utilisés par elle.

« C'est une bonne chose de les connaître. Ils ont des secrets qui vont servir à la médecine moderne. Celle-ci s'est basée sur ça pour faire certaines découvertes. Ils ont des secrets qu'on peut exploiter » (Major, village de N).

Ce sont bien souvent, comme il ressort de cette citation, principalement les médicaments à base de plantes qui constituent un attrait aux yeux des représentants de la biomédecine et des politiques, les plantes potentiellement exploitables au Burkina Faso étant innombrables et constituant d'ailleurs un apport économique certain.

De ce point de vue orienté ressort aussi la nécessité perçue de « superviser » les soignants locaux²²⁵.

« Ça veut dire... Le chirurgien, il va, il part... superviser le tradipraticien chez lui. Et il lui dit, ce cas tu peux pas le soigner, ce cas tu peux soigner. Et comme, quelles sont les modalités du traitement qu'il faut administrer, en restant dans son contexte » (K, infirmier, CHR de OHG).

Le « technicien » biomédical reste dans le discours de cet informateur, celui qui sait, celui qui a la capacité de former le « tradipraticien de santé ».

« À ce niveau d'ici, la collaboration n'existe pas. Si y avait la collaboration, au moins les chirurgiens pourraient aller dire au tradipraticien, là : « vraiment c'est un cas qui te dépasse ». Donc, on ramène le patient. S'il essaie de le convaincre sur le plan psychologique... parce que c'est la psychologie qui joue, si tu arrives à le convaincre, il vient, et il se fait soigner. C'est comme ça. Maintenant, il faut qu'il y ait une collaboration entre les praticiens. Les tradipraticiens et le système moderne. (...) Il faudra pas que ça se limite au niveau des papiers. Quand ça se limite au niveau des papiers, celui qui signe les papiers lui-même ne comprend pas ce qui existe dans le papier. (...) Et maintenant si le chirurgien devrait l'informer, sur le plan anatomique, les faire comprendre un peu le système de l'anatomie de l'organisme, hein, le fonctionnement et autres, des cellules... là au moins il allait apprendre un temps soit peu ce qui existe, et comment fonctionne l'être humain » (K, infirmier, CHR de OHG).

Cet infirmier propose, à cette fin et pour l'intérêt des malades, d'intégrer certains rebouteux ou autres *tradipraticiens de santé* au sein de l'hôpital, par exemple en créant une « unité de soins traditionnels ». Je reprends les grandes idées de sa proposition, qu'il me semble

²²⁵ C'est précisément ce contrôle qui motive le refus de M, *wobde* et *tipa* cité p.165, de travailler avec l'hôpital.

intéressant d'étudier de manière plus approfondie, tout en en soulignant les limites et la perception « biomédico-centrée » qu'il en a.

« Ça veut dire que, si, par exemple, je prends un exemple ici. Si y a une bonne collaboration, pourquoi ne pas chercher une unité de tradipraticiens ? (...) Dans l'hôpital. On peut trouver une unité de tradi... de rebouteurs, qui sont là, qui traitent les fractures, les entorses, les luxations. Maintenant, si y a des cas... on doit faire appel, eh bien, il peut le faire. Le malade est là, le chirurgien peut le surveiller, et le tradipraticien aussi vient... parce que le plus souvent c'est psychologique pour le malade. Quand on fait, des trucs traditionnels sur lui, là, il a confiance. Mais, les deux arrivent à faire leur choix » (K, infirmier, CHR de OHG).

Celle-ci fonctionnerait comme les autres unités, à savoir qu'un patient venant en consultation peut être orienté vers le service compétent, où il paie les frais de consultation et suit les soins prodigués. L'idée est certes intéressante, mais elle met également en évidence les limites d'une « franche collaboration ». Le système biomédical n'est pas remis en question, il constitue la base, à laquelle on peut accepter que vienne se greffer la « médecine traditionnelle », à condition que cette dernière soit sous le contrôle de la première.

« Maintenant celui qui est là, et y a une infection qui est en train de se développer, l'autre donne l'antibiotique, hein ? L'antibiotique va lutter contre l'infection, mais l'autre aussi, le tradipraticien continue à traiter physiquement son ... hehehe [rire], j'ai dit physiquement !, parce que c'est dehors, et il... fait ses trucs. Donc on arrive, on arriverait à mieux cadrer, et à canaliser le tradipraticien dans ces conditions-là. Si on arrive à le former, et si on arrivait correctement à le comprendre » (K, infirmier, CHR de OHG).

« Donc le problème qui est là, il faut que nous arrivons à leur montrer qu'on va travailler ensemble, qu'ils peuvent décider aussi, c'est-à-dire qu'ils peuvent proposer, des décisions, et, voir si c'est, si on peut les utiliser » (K, infirmier, CHR de OHG).

Les propos de cet informateur sont révélateurs de l'ambivalence que j'ai déjà soulignée à propos de l'attitude du personnel biomédical envers les pratiques thérapeutiques locales. K. est nettement favorable à une intégration de « vrais » thérapeutes au système sanitaire biomédical, mais, parallèlement, il les maintient dans une position hiérarchique inférieure, se riant de certaines pratiques dont il accentue le caractère psychologique par opposition au

savoir scientifique de la biomédecine. Cependant, il fait preuve d'une grande sensibilité et d'une ouverture sincère envers les thérapeutes mossi et leurs connaissances, déplorant le manque d'écoute et de considération auquel ils sont sujets.

« Par exemple des autres [tradipraticiens] qui ne savent pas lire et écrire²²⁶... apprenez-les à faire le, l'alpha[bétisation] obligatoirement. Ils vont savoir lire et écrire dans leur langue. Et en sachant ça là, ils peuvent décrire leur pensée. Voilà. Et ça allait même être la vraie collaboration comme ça. (...) Ils peuvent apporter quelque chose ! Mais ils n'arrivent pas à s'exprimer. Et à ce moment il faut leur donner l'autori-... eh, l'occasion de s'exprimer. De s'exprimer : « J'ai vu ça, et je crois que ça aussi ça peut aller ». Ça marche » (K, infirmier, CHR de OHG).

Ainsi, il faut, malgré ces quelques retenues, mentionner la présence de certaines personnes motivées et engagées. C'est le cas par exemple d'un infirmier affecté dans le village de O., qui a travaillé avec les thérapeutes locaux, contribué à leur organisation en association et à l'élaboration d'un jardin de plantes médicinales. Son initiative a rencontré bon nombre de difficultés, mais il semble qu'une réelle collaboration, un système de référence efficace et des échanges réguliers, existent à présent entre le CSPS de ce village et certains « tradipraticiens » de l'association locale.

9.3 Conclusion

Nous avons vu que les soignants de chacune des deux médecines expriment un certain nombre de réticences vis-à-vis des pratiques de la tradition thérapeutique qui n'est pas la leur. Ces réticences ont des conséquences sur leurs attitudes envers des politiques de revalorisation et de collaboration. En outre, les comportements relatifs à la collaboration entre les deux « médecines » relèvent d'intérêts nombreux et souvent divergents. Il ressort des entretiens réalisés avec les différents acteurs, que les praticiens de la biomédecine semblent, de manière

²²⁶ De manière générale, les thérapeutes mossi ne sont que peu scolarisés, voire pas du tout. Ils ont parfois suivi l'école coranique ou une alphabétisation en moore. Cet élément lié à la formation et à la non-maîtrise du français peut constituer un obstacle dans les relations entre thérapeutes locaux et agents de santé, lesquels semblent parfois juger les compétences et le savoir d'un individu sur sa formation scolaire officielle.

générale – et pour autant que l'on puisse extrapoler à partir d'un petit nombre d'entretiens tel que réalisé dans le cadre de ce mémoire – plus critiques vis-à-vis de la « médecine traditionnelle » que les praticiens locaux ne le sont vis-à-vis de la biomédecine. Ainsi, ce ne sont pas uniquement, contrairement à ce qui est souvent dit, les thérapeutes locaux qui se refusent à collaborer, par souci de conserver « jalousement » leurs « secrets », leur savoir. Au contraire, les thérapeutes dits « traditionnels » sont majoritairement confiants envers la biomédecine, leur réticence découlant davantage d'une méfiance envers ses représentants et l'Etat. Malgré quelques reproches, ils reconnaissent à l'unanimité son efficacité. Les membres du personnel biomédical, quant à eux, ne semblent pas remettre en cause la bonne volonté de l'Etat, mais bien plutôt douter de la pertinence d'un tel programme, étant donnée leur vision passablement critique de certains aspects de la « médecine traditionnelle » qu'ils considèrent comme n'étant pas scientifiques. Ils semblent partagés entre une certaine méfiance qu'ils éprouvent envers les aspects non-scientifiques des pratiques locales en matière de soins, et la confiance envers les plantes et même certaines pratiques magico-religieuses.

Je pense donc pouvoir avancer, toutefois avec une certaine prudence, que les obstacles à la collaboration relatifs à l'appréciation mutuelle de chaque médecine par les praticiens de l'une et de l'autre semblent se situer moins au niveau des thérapeutes « traditionnels » que des agents de santé biomédicaux. En revanche, il semble que ces derniers soient plus enclins à suivre les directives étatiques, étant donné qu'ils y accordent une plus grande confiance et qu'ils sont placés sous leur contrôle, tandis que les thérapeutes « traditionnels » se méfient bien plus des intentions de l'Etat et en sont encore indépendants.

Quoi qu'il en soit, la présence d'une certaine méfiance mutuelle, plutôt que du mépris mutuel (*mutual disregard*) dont parle Offiong (1999, p.126), constitue un obstacle important en vue d'une éventuelle collaboration telle que souhaitent la mettre en place les politiques du Ministère de Santé orientées par l'OMS.

Mais malgré ces réticences et difficultés, certaines mesures visant à travailler en collaboration rencontrent un certain succès, et, comme le soulignent certains, il faut laisser le temps à ces interrelations de se mettre en place.

10. Conclusion

La question du rapport entre thérapeutique locale et biomédecine tel que perçu par les différents acteurs, abordée dans cette étude, est fort complexe. Dans ce contexte de pluralisme médical dont les principales composantes sont la « médecine traditionnelle » et la biomédecine, les différents acteurs développent des stratégies variées en vue de défendre leurs intérêts. Les patients mobilisent les diverses ressources disponibles en vue de préserver ou de retrouver la santé, tout en tenant compte des nombreux facteurs dont il a été question en cours d'analyse. De manière très pragmatique, leur principale préoccupation en cas d'épisode morbide est d'obtenir la guérison. C'est également le cas des thérapeutes locaux et du personnel biomédical, dont le principal objectif – avoué – est de contribuer à la quête de guérison du malade. Celle-ci s'obtient par des techniques thérapeutiques diverses, impliquant dans la plupart des cas apparus lors de ce terrain, la mobilisation de ressources médicamenteuses, qu'elles soient phytothérapeutiques ou biosynthétiques. Les soignants identifient diverses causes directes de la maladie. Je n'ai que peu développé la question des étiologies, me contentant d'en aborder quelques éléments centraux. Une question se pose à leur propos, celle de savoir si les éléments étiologiques mentionnés relèvent du savoir « traditionnel » ou du savoir biomédical. Dans le discours local sur les causes directes de la maladie, le rôle de l'alimentation et de la propreté est souligné, deux éléments sur lesquels le personnel biomédical insiste souvent, et qui font l'objet de démarches de sensibilisation et d'IEC (Information/ Education/ Communication) envers les populations et les « tradipraticiens de santé ». Il est évident que dans une telle situation de pluralisme, et comme il a été mentionné en début de travail dans le cadre théorique, les différentes traditions thérapeutiques en présence ne sont pas sans s'influencer mutuellement. Il n'est donc pas étonnant que les discours étiologiques biomédicaux et locaux se recoupent sur certains points. La question de savoir si les connaissances mossi influencent les pratiques biomédicales locales, si le discours biomédical influence les représentations locales, ou si les deux visions se rejoignent sur certains points reste ouverte.

Ceci dit, outre les causes directes d'une maladie ou entité nosologique reconnues, il est parfois indispensable en vue de la guérison d'un malade d'identifier les causes profondes du mal. À ce moment entrent en jeu des compétences se rapprochant de ce que les auteurs cités (Fainzang, 1986 ; Jaffré et Olivier de Sardan, 1999 parmi d'autres) nomment des pratiques

magico-religieuses, dont les « devins » ont la compétence. J'ai mentionné le risque de sur-interprétation lié à de telles analyses, bien qu'elles soulignent certains aspects importants des pratiques thérapeutiques locales, sur lesquelles je me suis cependant peu penchée. Les entités nosologiques faisant l'objet de soins majoritairement mécaniques et phytothérapeutiques ont représenté le point central de ce travail. L'étude des itinéraires thérapeutiques a montré que les patients prennent eux-mêmes en charge un grand nombre d'affections, en particulier les affections les plus courantes. Or, les savoirs et savoir-faire des populations en matière de santé, qualifiés parfois de thérapeutique « familiale²²⁷ », ne sont pas pris en considération par les différents acteurs, bien qu'une grande partie des épisodes morbides soient pris en charge par ces pratiques. Il semble que leurs détenteurs eux-mêmes ne les considèrent pas comme tels. Ces connaissances ne constituent pas à leurs yeux un savoir à proprement parler, mais relèvent de l'habitude, de gestes quotidiens au même titre que les tâches ménagères ou la préparation des repas. Elles peuvent être mises en parallèle avec ce qu'on appelle les « remèdes de grand-mère » en Occident. Ces pratiques pourraient cependant être prises en considération et étudiées plus en profondeur dans un objectif de santé publique, en ce qu'elles contribuent au soulagement et au traitement de bien des maux, représentant une « ressource » thérapeutique importante.

Quoi qu'il en soit, les deux « médecines » sont utilisées par les populations, tant villageoises que citadines, qui les jugent toutes deux utiles. L'efficacité de chacune est évaluée de manière positive bien que différentielle. Les cas de recours et de guérison à la « médecine traditionnelle » sont innombrables, et la biomédecine jouit de la confiance de la majorité, bien que certains manques soient soulignés. À leur niveau, la compatibilité des deux médecines n'est pas une question mais un fait. Elles sont complémentaires et compatibles, font l'objet de pratiques syncrétiques et sont intégrées à un même système de représentations et de pratiques. Face à ce constat, on peut se demander en quoi les politiques de reconnaissance et de collaboration élaborées par le Ministère de la Santé sont nécessaires ? En quoi la « médecine traditionnelle » a-t-elle besoin d'être « reconnue », et en quoi une politique visant une collaboration officielle est-elle réellement nécessaire ? Qu'apportent-elles concrètement, dans la mesure où les personnes interrogées témoignent de l'utilisation simultanée ou successive des deux traditions thérapeutiques ?

C'est au niveau des soignants que la question est plus délicate, ainsi qu'à celui des politiques et de l'institutionnalisation des pratiques « traditionnelles ». Nous avons constaté au sein

²²⁷ Le terme est de Bertrand Graz et Jacques Falquet, Antenna Technologies, rencontre personnelle.

même des thérapeutes locaux et biomédicaux diverses attitudes, ceux-ci étant partagés entre leurs représentations et intérêts en tant que soignants, et leurs comportements en tant qu'individu confronté à sa propre maladie ou à celle de proches. D'où une certaine ambiguïté des pratiques. En outre, les difficultés qui se posent sont liées en grande partie à des intérêts divergents et des difficultés logistiques, plus qu'à une incompatibilité des savoirs. Les thérapeutes locaux, tout comme les agents de santé, ont chacun leur propre manière de voir la maladie, le traitement, la guérison, et les gestes thérapeutiques. Mais il semble que, pour les thérapeutes locaux, celles-ci ne soient pas incompatibles avec la biomédecine. Cette dernière a les capacités de soigner de nombreux maux que leurs compétences ne leur permettent pas de traiter. En revanche, la question semble plus problématique pour le personnel biomédical. Ceux-ci considèrent comme incompatibles les représentations locales se basant à leurs yeux principalement sur une expérimentation empirique et leur propre approche fondée sur le scientisme et le biologisme. Le problème se pose donc pour eux au niveau conceptuel. De même, ce que les politiques considèrent comme « médecine traditionnelle » ne correspond qu'en partie à ce qui, du point de vue de ceux qu'elles désignent comme « tradipraticiens de santé » et des patients, constitue leurs recours thérapeutiques, « traditionnels ». Nous avons vu que le personnel biomédical et les politiques ont tendance à intégrer les plantes en mettant de côté le plus possible la dimension magico-religieuse, ce qui semble témoigner de l'existence de limites à la collaboration, que ce soit pour cause d'un manque de volonté de la part des acteurs du système biomédical, ou d'une difficile prise en compte de certaines pratiques par un système basé sur la rationalité et donc incapable de reconnaître certaines pratiques « traditionnelles »²²⁸. Toutefois, les obstacles rencontrés concernent, plus que la supposée incompatibilité des conceptions et des pratiques, les intérêts respectifs des acteurs et structures concernés et les relations de pouvoir qu'ils entretiennent.

Il est vrai que, même si les deux médecines sont utilisées, il semble cependant que ce soit de manière parallèle, indépendante, par initiative personnelle, et que le terme de collaboration ne corresponde pas vraiment à la réalité quotidienne. Il me semble plus juste de parler de juxtaposition des deux « médecines ». Le troisième modèle évoqué en début de travail²²⁹ consiste justement en l'existence parallèle de diverses traditions thérapeutiques, entre lesquelles des liens seraient établis, sans pour autant remettre en question leur autonomie.

²²⁸ Je renvoie ici à la réflexion exposée au point 4.3.2 sur le terme de « tradipraticien de santé » et ce que son adoption implique.

²²⁹ Voir p.57.

Dans le cas du Burkina Faso, les mesures politiques tentent effectivement d'organiser les deux composantes du « système médical pluriel » que sont la « médecine traditionnelle » et la biomédecine sans volonté d'intégration à proprement parler, laquelle constitue un autre modèle possible. Cependant, l'autonomie laissée à la « médecine traditionnelle » et aux thérapeutes locaux est toute relative. Leur organisation par les autorités sanitaires semble se faire de manière unilatérale. Les thérapeutes locaux sont exhortés à se conformer aux directives étatiques, édictées par les instances responsables du système médical officiel fondé sur les principes de *rationnalité* et de *scientificité* de la biomédecine. Nous avons vu qu'au nom de ces principes et des critères biomédicaux d'efficacité et de qualité, les pratiques thérapeutiques locales sont évaluées en étant soumises aux méthodes de légitimation du système biomédical, qui sélectionne de cette manière les éléments de la « médecine traditionnelle » pouvant lui être compatibles ou même utiles. Le caractère sélectif de la définition des pratiques « traditionnelles » par le Ministère de la Santé et les instances officielles remet en cause la volonté de collaboration. Il semble plutôt qu'on ait affaire à une tentative d'institutionnalisation et de contrôle de la « médecine traditionnelle », tentative dénoncée par certains thérapeutes locaux refusant de s'y soumettre. Dominique Zoure se pose une question qui me semble fort pertinente : « faut-il imposer à la pharmacopée traditionnelle toute la rigueur de la démarche pharmacologique des laboratoires des pays développés afin de donner à nos produits un passeport scientifique international, ce qui demande temps et moyens, ou faut-il prendre un raccourci afin d'en faire bénéficier tout de suite les populations ? (...) Les tenants de l'orthodoxie scientifique évoquent la nécessité de mettre les populations à l'abri des toxicités des médicaments mal maîtrisés. Ceux qui sont pour une utilisation immédiate des résultats déjà acquis soutiennent qu'une expérimentation *in vivo* grandeur nature a déjà été faite par les populations qui utilisent ces recettes depuis des générations » (Zoure, 1996, p.14). Je pense qu'un point central du débat actuel se trouve effectivement dans cette question de la légitimation, et de la légitimité des connaissances locales. Celles-ci sont validées aux yeux de la « légitimité traditionnelle » de par leur ancienneté et l'expérimentation qui en a été faite durant des générations²³⁰. En revanche, aux yeux des professionnels de la biomédecine et des scientifiques en général, elles ne seront validées qu'après avoir été soumises à leurs propres méthodes de validation « scientifique ». Or, « peut-on nous confirmer que tous les médecins prescrivent les médicaments parce qu'ils

²³⁰ Comme le dit une informatrice : « *Parce que tu es né trouver (bade fo sin rog n mike), tu connais* » (G.A, femme, TPS, OHG, traduit du moore). Outre l'ancienneté, un autre élément légitimateur est l'origine surnaturelle du savoir, qui impose le respect devant le risque que représente l'intervention potentielle d'entités « surnaturelles » telles que les génies, ancêtres, etc.

en ont une parfaite maîtrise, connaissent les modes d'action et sont en mesure de mettre en évidence les effets toxiques inédits ? (...) Il est permis d'en douter parce que des médicaments ont été reconnus toxiques alors que l'immense majorité des médecins les a prescrits pendant des années » (Zoure, 1996, p.15). Quoi qu'il en soit, l'enjeu est pour le personnel biomédical conceptuel et idéal plus que pratique. La divergence dans les méthodes d'évaluation nous ramène à l'analyse de Didier Fassin sur la question de la légitimité des pratiques thérapeutiques. Selon cet auteur, l'analyse « du point de vue de la légitimité (...) redonne toute son épaisseur sociologique à la construction des rapports entre les savoirs et les pouvoirs autour de la maladie »²³¹ (Fassin, 2000, p.88). Qu'il s'agisse de la sélection arbitraire ou subjective de certains aspects que l'on désigne sous le terme de « médecine traditionnelle », de l'intégration de ces connaissances au système existant, ou de la reconnaissance des « tradipraticiens de santé » et des remèdes, les mesures mises en place tentent de faire passer des éléments issus de la « tradition » vers un autre système de légitimation, lié au système biomédical « moderne » afin de leur y donner un sens. Or, les pratiques et savoirs qualifiés de « traditionnels » de même que les pratiques et savoirs biomédicaux sont légitimés chacun au sein du système qui leur correspond. Les difficultés et probables incompatibilités mentionnées ci-dessus s'exacerbent lors du passage d'un système à l'autre, qui fait entrer en action certains mécanismes complexes²³². Sans tomber suite à de telles considérations dans une critique normative remettant en question l'intentionnalité des différents acteurs – bien que cette question mérite d'être posée – il s'agit ici de souligner les difficultés ou paradoxes que soulève la coexistence de pratiques, représentations et modes de légitimation divers. La situation de pluralisme médical au Burkina Faso confronte une « médecine moderne » disposant d'une légitimité officielle et tentant de séduire les masses, et une « médecine traditionnelle » jouissant d'une légitimité populaire et en quête de reconnaissance officielle (Zoure, 1996).

Mais est-il possible d'intégrer des pratiques que légitime la « tradition », à un système médical rationnel, pour lequel il faudrait alors passer par les procédures de légitimation scientifique afin de valider des savoirs dits « traditionnels » ? En outre, est-ce indispensable ? Cette question reste ouverte, mais il s'agit d'un problème central soulevé par cette étude.

²³¹ Il ajoute : « Il s'avèrera parfois plus éclairant de rapprocher le grand marabout du professeur de médecine ou le guérisseur de village de l'infirmier du dispensaire, que d'opposer médecines moderne et traditionnelle, ou encore institutions légales et pratiques illicites » (Fassin, 2000, p.88).

²³² Je ne peux ici malheureusement que mentionner certains mécanismes. Voir pour cela le mémoire de Julien Pesse (2006).

Didier Fassin propose plusieurs hypothèses. Ce faisant, soit des pratiques que ne peuvent pas légitimer les procédures courantes de la biomédecine seront reconnues de manière officielle, discréditant par là même le système de justification scientifique ; soit le fait d'y intégrer des pratiques relevant de la légitimité traditionnelle risque de renforcer ce système de légitimation, par la capacité qu'il acquerrait alors à intégrer des pratiques reconnues par ailleurs comme socialement respectables (Fassin, 1988).

De tout ce qui précède, on constate que « les solutions proposées au niveau des instances nationales et inter-africaines n'ont pas réussi à accélérer le processus », les quelques cas de collaboration et consommation de produits en étant issus résultant d'initiatives privées et de l'automédication des populations plus que de prescriptions médicales (Zoure, 1996, p.18).

Bien que le secteur des thérapeutiques locales reste florissant, on constate paradoxalement, parallèlement au grand nombre de « tradipraticiens de santé » recensés, la disparition de certaines plantes ayant des vertus médicinales. En outre, le nombre de thérapeutes locaux a malgré tout tendance à diminuer. En témoigne le grand âge de la plupart des thérapeutes rencontrés, malgré mes efforts visant à rencontrer des jeunes praticiens. On assiste donc à une reconfiguration de l'espace thérapeutique (Fassin, 2000). « Les changements contemporains marquent une rupture dans la perpétuation des savoirs et instaurent de nouveaux rapports à la tradition », rupture avant tout politique en ce qu'elle constitue un « réaménagement des pouvoirs dont la tradition n'est plus simplement le support, mais devient l'objet. C'est là tout l'enjeu de la revalorisation des médecines traditionnelles » (Fassin, 2000, p.105).

La question est donc éminemment politique, et les divers enjeux mériteraient d'être plus profondément creusés. Mais la question n'est pas de savoir si ces démarches doivent ou non être poursuivies. Elles le seront, et, même dans le cas contraire, les transformations sont déjà amorcées et se poursuivront. En revanche, une meilleure compréhension des diverses prises de position et des représentations et enjeux y relatifs, peut permettre une application plus adéquate de telles démarches. Un système de référence qui se baserait sur un recensement bien mené des thérapeutes locaux et identifierait les compétences de chacun aurait effectivement l'avantage de raccourcir les délais entre les différents recours thérapeutiques et de permettre ainsi une prise en charge adéquate plus rapide de la maladie. Cette référence doit se faire « avec des références », pour reprendre les termes d'un infirmier interrogé, c'est-à-dire que le thérapeute local doit, qu'il réfère à un de ses semblables ou à une structure

biomédicale, non seulement référer le malade mais fournir des informations le concernant, telles que le diagnostic établi ou le constat des symptômes ayant fait l'objet de la consultation, les divers éléments du traitement donné, l'évolution de l'état du malade, etc. En outre, comme l'a suggéré un infirmier interrogé, se pose la question de la responsabilité thérapeutique. Aujourd'hui, un thérapeute local qui réfère n'est légalement pas responsable des conséquences de son traitement comme l'est en revanche le personnel biomédical. Cet informateur voit là l'attribution d'une supériorité ou d'une hiérarchisation des compétences et des statuts dont il convient de se débarrasser. Ainsi, malgré les ambiguïtés que soulève l'institutionnalisation des thérapeutes locaux, par exemple la question de la gratuité des soins « traditionnels » potentiellement incompatible avec leur professionnalisation qu'accompagnerait une rémunération, le développement d'une base légale régulant les pratiques locales et la responsabilité des soignants apporterait une relative sécurité au patient et une protection en cas de traitement inadéquat.

Bibliographie

Littérature scientifique :

BENOIST Jean (dir.), 1996, *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Ed. Karthala, Paris, 520p.

BLANC-PAMARD Chantal (coordination), 1992, *Dynamiques des systèmes agraires. La santé en société : regards et remèdes*, ORSTOM, Paris, 302p.

BRELET Claudine, 2002, *Médecines du monde. Histoire et pratiques des médecines traditionnelles*, éd. Robert Laffont, Paris, 925p.

BONNET Doris, 1986, *Les représentations culturelles du paludisme chez les Moose du Burkina*, ORSTOM, Ouagadougou, Paris, 64p.

BONNET Doris, 1989, « L'épilepsie ne se vend pas au marché », Exposé au séminaire de formation permanente des personnels infirmiers hospitaliers : *Epilepsies, diagnostic et traitement*, Ecole Nationale de Santé Publique, 30-31 Mai 1989, Ouagadougou, ORSTOM, 10p.

BONNET Doris, 1991, « Thérapeutique », in Bonte P. et Izard M (dir.), 2007, *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*, Paris, Presses universitaires de France, 842 p., [1e éd. 1991]

BONNET D. & JAFFRÉ Y, 2003, *Les maladies de passage : transmissions, préventions et hygiènes en Afrique de l'Ouest*, éd. Karthala, Paris, 510p.

CANTRELLE Pierre & LOCOH Thérèse, 1990, « Facteurs culturels et sociaux de la santé en Afrique de l'Ouest », in *Les Dossiers du CEPED (Centre Français sur la Population Et le Développement)*, n°10, Paris, 41p.

CHARMILLOT Maryvonne, 1997, *Les savoirs de la maladie. De l'éducation à la santé en contexte africain*, Cahiers de la section des sciences de l'éducation, Université de Genève, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, 201p.

DA Voumpiné, 2004, *Problématique de la collaboration entre tradipraticiens et agents de santé en vue de la mise en place d'un système d'orientation-recours de patients : cas du District sanitaire de Diébougou*, mémoire de fin d'études, ENSP, Ouagadougou, 86p.

DAKUYO Zefirin P. (Dr), 2000, *UNCTAD Expert Meeting on Systems and National Experiences for Protecting Traditional Knowledge, Innovations and Practices. Rôle des connaissances traditionnelles dans le développement socio-économique : cas de la médecine traditionnelle au Burkina Faso*, Geneva, 30 October – 1 November 2000, Pharmacie de la Comoe, Laboratoires Phytofla, Banfora, 4p.

DEMBELE Salifou, 2005, « L'apport du Code de santé publique du Burkina dans l'amélioration de la dispensation des soins de santé : cas de la médecine traditionnelle », in *Droit et santé en Afrique : actes du colloque international de Dakar, 28 mars-1er avril 2005 / 1ère Animation scientifique régionale du réseau Droit de la santé de l'AUF, Agence universitaire de la francophonie*, Réseau de chercheurs en droit de la santé. Animation scientifique régionale (01 ; 2005 ; Dakar), Bordeaux : les Études hospitalières, impr. 2006 (impr. en Espagne), 215 p.

DIALLO Drissa, GRAZ Bertrand, FALQUET Jacques [et alii] 2006, « Malaria treatment in remote areas of Mali: use of modern and traditional medicines, patient outcome », in *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, n° 100, pp.515-520.

DOZON Jean-Pierre, 1987, « Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire », in *Politique africaine*, Paris, n°28, pp.9-20.

FAINZANG Sylvie, 1986, « *L'intérieur des choses* ». *Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina*, L'Harmattan, Paris, 204p.

FASSIN Didier, 2000, *Les enjeux politiques de la santé. Etudes sénégalaises, équatoriennes et françaises*, éd. Karthala, Paris, 344p.

FASSIN Eric & Didier, 1988, « De la quête de légitimation à la question de la légitimité : les thérapeutiques « traditionnelles » au Sénégal », in *Cahiers d'Etudes Africaines*, vol.28, cahier 110, pp.207-231.

FRIEDEN Marie-Cécile, 2008, *L'endémie palustre au sud du Mali : représentations locales et gestion thérapeutique familiale : étude de cas dans le Cercle de Sikasso*, mémoire de licence en ethnologie, Université de Neuchâtel, 155p.

GOOD C.M, 1987, *Etnomedical Systems in Africa*, The Guilford Press, New York, 354p.

GRUÉNAIS M.E. & D. MAYALA, 1988, « Comment se débarrasser de l'efficacité symbolique de la médecine traditionnelle », *Politique Africaine* [en ligne] n°31, pp.51-61. <http://www.politique-africaine.com/numeros/pdf/031051.pdf>, [consulté le 2 juillet 2008]

GUENDA SEGUEDA Inna, 2008, *Pharmacopée traditionnelle au Burkina : le retour à la source*, *Portail sur le développement du Burkina Faso* [en ligne] <http://www.faso-dev.net> [consulté mars 2009]

HAUSMANN-MUELA Suzanna, MUELA-RIBERA Joan, NYAMONGO Isaac, 2003, « Health-seeking behaviour and the health system response », *DCPP Working Paper*, n°14, 37p., [http://www.dcp2.org/sdirect/ /main/Research,\\$DocumentsListPage.listPageFilters.listFilterForm.html](http://www.dcp2.org/sdirect/ /main/Research,$DocumentsListPage.listPageFilters.listFilterForm.html) [consulté mai 2009]

IZARD Michel, 1975, « Le royaume du Yatenga », in *Eléments d'ethnologie : 8 terrains*, sous la dir. De Robert Cresswell, éd. Armand Colin, Paris, pp.216-248.

JACOB Jean-Pierre, 1988, *Le sens des limites : maladie, sorcellerie, religion et pouvoir chez les Winye, Gourounsi du Burkina Faso*, Thèse ès Lettres, Université de Neuchâtel, 384p.

JAFFRÉ Yannick & OLIVIER de SARDAN Jean-Pierre (dir.), 1999, *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*, Paris, Presses Universitaires de France, coll. "Les champs de la santé", 374 p.

JAFFRÉ Yannick & OLIVIER de SARDAN Jean-Pierre (dir.), 2003, *Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans les cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Karthala, Paris ; Marseille, APAD, 462 p.

KEDZIERSKA Agnieszka & JOUVELET Benoît, 2006, *Guérisseurs et féticheurs. La médecine traditionnelle en Afrique de l'Ouest*, éd. Alternatives, Paris, 144p.

KOUBI Lesthey Fabrice, 2006, *Prise en charge du paludisme en médecine traditionnelle au Burkina Faso : étude des connaissances, attitudes et pratiques des tradipraticiens de santé des zones Nord & Sud soudaniennes*, thèse en Sciences de la Santé, Université de Ouagadougou, 77p.

LATERALI Muriel, 2005, *Ethnographie de la constitution d'un problème de santé publique au Cameroun: l'exemple de l'ulcère de Buruli ou atom dans l'arrondissement d'Ayos*, mémoire de licence en ethnologie, Université de Neuchâtel, 173p.

LEU Pierrick, 2008, *Le marché urbain : intervention de développement et modes d'appropriation par les acteurs locaux : le cas du Grand Marché et du Marché aux légumes à Ouahigouya (Burkina Faso)*, mémoire de licence en géographie, Université de Neuchâtel, 85p.

LOCK M M, 1980, « L'Homme-machine et l'homme-microcosme : l'approche occidentale et l'approche japonaise des soins médicaux », in *Annales*, n°35/5, éd. Armand Colin, Paris, pp.1116-1136.

MARC Olivier, 2001, *Guide pratique de production de médicaments traditionnels améliorés (MTA) à base de plantes médicinales*, s.n, 43p.

MEDAH Rachel, 2008, *Analyse du système de santé dans la commune de Réo (province du Sanguié, Burkina Faso)*, Étude Récit n°21, mai 2008, Laboratoire Citoyennetés, Ouagadougou, 37p.

MEDAH Rachel, 2007, « L'offre formelle de santé dans la Commune de Boromo. Enlèvement des formations sanitaires et dysfonctionnements institutionnels », in Jean-Pierre JACOB & al., *Les services publics à l'échelle locale. Éducation primaire, action sociale, santé, et approvisionnement en eau dans la commune de Boromo (Province des Balé, Burkina Faso)*, Étude Récit n°17, novembre 2007, Laboratoire Citoyennetés, Ouagadougou, pp.67-89.

MEUNIER Aude, 1999, *Le système de soins au Burkina Faso ; le paradoxe sanitaire*, Paris, Montréal, L'Harmattan, 288p.

MEUNIER Aude, 2000, « Système de soins et organisation du territoire au Burkina Faso », in *Mappemonde* [en ligne] n° 60, pp. 12-17, <http://www.mgm.fr/PUB/Mappemonde/M400/Meunier.pdf> [consulté mars 2009]

MEYER F, 1991, « Maladie », in Bonte P. et Izard M (dir.), 2007, *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*, Paris, Presses universitaires de France, 842 p., [1e éd. 1991]

MUELA Joan, 2007, *Malaria en Lipangalala. Pluralismo médico y procesos asistenciales para malaria infantil en una comunidad africana*, thèse doctorale, Universidad Autónoma de Barcelona, 467p.

NANKONE Léonce, 2002, *Etude des connaissances, attitudes et pratiques des tradipraticiens sur le paludisme dans le district sanitaire de Dano*, mémoire de fin d'études, ENSP, Ouagadougou, 83p.

NIKIEMA Jean-Pierre, 2008, « Expérience et progrès du Burkina Faso en matière d'intégration de la médecine traditionnelle dans le système national de santé », présentation lors de la *Conférence internationale sur les SSP et systèmes de santé en Afrique*, Ouagadougou, 28-30 avril 2008, 31p.

OBEYESEKERE Gananath, 1976, "The impact of Ayurvedic ideas on the culture and the individual in Sri Lanka", in Leslie C. (ed.), *Asian Medical Systems: A Comparative Study*, Berkeley: University of California Press, pp.201-226.

OBRIST Brigit, ITEBA Nelly, LENGELER Christian [et alii], 2007, « Access to health care in contexts of livelihood insecurity : A framework for analysis and action », in *PLoS Med*, n°4, vol.10, <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0040308>, [consulté juin 2009]

OFFIONG Daniel A, 1999, « Traditional Healers in the Nigerian Health Care Delivery System and the Debate over Integrating Traditional and Scientific Medicine », in *Anthropological Quarterly*, vol.72, n°3 (jul 1999), published by The George Washington Institute for Ethnographic Research, pp.118-130.

OLIVIER de SARDAN, 2000, « Le « je » méthodologique : implication et explicitation dans l'enquête de terrain », in *Revue française de sociologie*, Paris, Vol.41, n°3, pp.417-445.

OLIVIER de SARDAN J.-P, 2003, *L'enquête socio-anthropologique de terrain : synthèse méthodologique et recommandations à l'usage des étudiants*, LASDEL, Niamey, 58p.

OUEDRAOGO Z. Patrick Aimé, 1998, *Contribution à l'étude des représentations sociales du « tiim » dans le milieu traditionnel moaga (la région de Ouagadougou)*, mémoire de maîtrise, Université de Ouagadougou, Département de Sociologie, sous la direction de SOUBEIGA André.

OUEDRAOGO T.L, OUEDRAOGO A, YAMEOGO A.A [et alii], 2003, « Médecine moderne et médecine traditionnelle : éléments de collaboration entre praticiens dans la région sanitaire de Ouahigouya – Burkina Faso », in *Cahiers du CERLESHS*, n°20, pp.140-153.

PEETERS K., UM BOOCK A., HAUSMANN-MUELA S., PEETERS H., TOOMER E. & MUELA RIBERA J., 2008, « "It is me who endures but my family that suffers": Social

isolation as a consequence of the household cost burden of Buruli ulcer », in *PloS of Neglected Tropical Diseases* [En ligne] vol. 2, issue 10, 7p,
<http://www.plosntds.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pntd.0000321> [consulté mai 2009]

PESSE Julien, 2006, *La situation des pratiques traditionnelles de guérison dans le Borgou : chronique d'une mort annoncée ?*. Etude de cas : l'association des tradipraticiens de N'Dali, mémoire de licence en ethnologie, Université de Neuchâtel, 107p.

RIDDE Valéry, 2006, « La question de l'équité dans l'accès aux soins de santé au Burkina Faso. Le point de vue de quelques infirmiers et membres de comité de santé », in *Etude Récit*, n°12, Laboratoire Citoyennetés, Ouagadougou, 36p.

ROMERO-DAZA Nancy, 2002, « Traditional Medicine in Africa », in *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, vol.583, Global Perspectives on Complementary and Alternative Medicine, Septembre 2002, Sage Publications, pp.173-176.

SALEM Gérard, 1995, *Urbanisation et santé en Afrique de l'ouest ; Géographie d'un petit espace dense : Pikine (Sénégal)*, mémoire soutenu le 14 janvier 1995, Université Paul Valéry, Montpellier III, 326p.

SALEM Gérard & JEANNÉE Emilie (éd.), 1989, *Urbanisation et santé dans le Tiers-Monde. Transition épidémiologique, changement social et soins de santé primaires*, éd. de l'ORSTOM, 549p.

TRAORE Ludovic Laly, 1998, *Place de la médecine traditionnelle dans les recours thérapeutiques des mères pour le traitement des maladies de l'enfance : Cas de Banfora*, Mémoire de maîtrise, Université de Ouagadougou, Département de Sociologie, Sous la direction de SOUBEIGA André.

VAUGELADE Jacques, 1991, « Consommation médicale et itinéraires thérapeutiques en milieu rural au Burkina », in *Sciences sociales de la santé en Afrique de l'ouest*, Bamako, 10p.

YODA Lalbila Aristide, 2005, *La traduction médicale du français vers le mooré et le bisa. Un cas de communication interculturelle au Burkina Faso*, thèse de l'Université de Groningen [en ligne]
<http://dissertations.ub.rug.nl/FILES/faculties/arts/2005/l.a.yoda/part1/c3.pdf> [consulté avril 2009]

ZEMPLIENI Andras, 1985, « La maladie et ses causes : introduction », in *L'Ethnographie*, n°96-97, pp.13-44.

ZONGO Augustin K, 2002, *Etude des facteurs socio-culturels de l'aggravation du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans en zone rurale dans le district sanitaire de Manga*, mémoire de fin d'études, ENSP, Ouagadougou.

ZOURE Dominique, 1996, *Les Médecins face à la collaboration entre médecine moderne et médecine traditionnelle au Burkina Faso*, Mémoire de maîtrise, Université de Ouagadougou, Département de Sociologie, Sous la direction de SOUBEIGA André.

Articles de presse :

BAMA Ladji, 2008, « Collaboration médecines traditionnelle et moderne », in *Le Pays*, jeudi 24 avril 2008, <http://www.fasosante.net/actualite-sante/burkina/112-collaboration-medecines-traditionnelle-et-moderne.html?89e255db9b6c81a2118d51ef560255ad=69081395d2150abcbe2d71043681a326> [consulté mai 2008]

KABORE Urbain, 2005, “Journée africaine de la médecine traditionnelle : Six médicaments homologués au Burkina”, in *Sidwaya*, 02/09/2005, Burkina Faso, http://www.sidwaya.bf/sitesidwaya/sidwaya_quotidiens/sid2005_02_09/sidwaya.htm [consulté avril 2008]

SAKANDE Ibrahiman, 2004, “Les Burkinabè doivent compter sur la médecine traditionnelle...”, in *Sidwaya*, 16/10/2004, Ouagadougou, Burkina Faso, http://www.santetropicale.com/Actualites/1004/1004_7.htm [consulté avril 2008]

ZOUNGRANA Théodore, 2004, “Médecine et pharmacopée traditionnelles au Burkina. En plein essor sous réglementation”, in *L’Hebdomadaire*, n°279 du 13 au 19 août 2004, Ouaga, http://www.hebdo.bf/actualite2/hebdo279/grosplan_medecinetraditionnelle279.htm [consulté avril 2008]

Textes officiels:

Annuaire statistique, santé, 2007, Ministère de la santé, Secrétariat Général, Direction des Etudes et de la Planification, juin 2008, 247p., <http://www.sante.gov.bf/SiteSante/statistiques/annuaire-2007.pdf> [consulté mars 2009]

Arrêté N°2003 109/MS/CAB Portant organisation, attributions et fonctionnement des structures déconcentrées du Ministère de la Santé, <http://www.sante.gov.bf/SiteSante/ministere/sd/dp.html> [consulté avril 2009]

« Décret n° 2004-568/PRES/PM/MS/ MCPEA/MECV/MESSRS portant conditions d’exercice de la Médecine Traditionnelle au Burkina Faso », Ouagadougou, 14 décembre 2004, in *JO (Journal Officiel du Faso)*, N°53 du 30 décembre 2004, <http://ouidi.gov.bf/cgi-bin/sgg/library?e=d-000-00---0collecti-collecti-01-0-0--0prompt-10---4-----0-11--1-fr-50---20-help---00031-001-1-0utfZz-8-00&a=d&c=collecti&cl=CL1.8.55&d=HASH9998cb50a13660ce71fef6> [consulté avril 2008]

« Décret n° 2004-569/PRES/PM/MS/ MCPEA/MECV/MESSRS portant autorisation de mise sur le marché des médicaments issus de la Pharmacopée Traditionnelle au Burkina Faso », Ouagadougou, 14 décembre 2004, in *JO (Journal Officiel du Faso)*, N°53 du 30 décembre 2004, <http://ouidi.gov.bf/cgi-bin/sgg/library?e=d-000-00---0collecti-collecti-01-0-0--0prompt-10---4-----0-11--1-fr-50---20-help---00031-001-1-0utfZz-8-00&a=d&c=collecti&cl=CL1.8.55&d=HASHfea259ababeabda16336b4>, [consulté avril 2008]

Document cadre de politique nationale en matière de médecine et pharmacopée traditionnelle, octobre 2004, Ministère de la Santé, Burkina Faso, <http://www.pharmatra.org/telecharger/reglementation/Burkinaf.pdf> [consulté début 2009]

Plan National de Développement Sanitaire ; tranche 2006-2010, mars 2007, Ministère de la Santé, 42p, <http://www.sante.gov.bf/SiteSante/documents/dep/pnds2006-2010.pdf> [consulté avril 2009]

Programme National d'Assurance Qualité, Ministère de la santé, Secrétariat Général, 2003 (mai), 83p [en ligne] <http://www.sante.gov.bf/SiteSante/plans/assurqualite.pdf> [consulté février 2009]

Autres:

ABAC/ CAA (Cellule Agro-artisanale d'ABAC), www.cta.int/partners/abac/abac/caa.html, [consulté avril 2008].

BÉDAT Philippe, 2008, *Prise en charge des patients avec pied bôt au centre "Une Vie Meilleure". Centre hospitalier régional de Ouahigouya, Burkina Faso*, [en ligne] Fondation Genevoise pour la Formation et la Recherche Médicales, http://www.gfmer.ch/Activites_internationales_Fr/Ouahigouya.htm [consulté mai 2009]

Croix-Rouge Suisse, postérieur à 1990, *Médecine traditionnelle* [en ligne] http://www.redcross.ch/data/activities/pdf/redcross_medecinetrad.pdf [consulté mars 2008]

GERES (Groupe Energies Renouvelables et Environnement), <http://geres.free.fr/fr/pays/projets2004.php?art=182>; <http://geres.free.fr/fr/agrodev/autres.php?art=068> [consulté avril 2008].

Gouvernement burkinabé, *Monographie de la Province du Yatenga*, 1997 http://www.inforoute-communale.gov.bf/monographies_cadre1.htm [consulté décembre 2008].

Ville de Ouahigouya, <http://www.villedeouahigouya.org/>, [site consulté mars 2009].

Annexes

Annexe 1 : Glossaire

Baa mand'm : maladie « provoquée »

Baa zaalem/ Wennam yïir baa : « maladie simple »/ « maladie de la demeure de Dieu »

Baaga : maladie

Bagandre : *Piliostigma reticulatum*

Cacia : *Eucalyptus camaldulensis*

Casser : casser par exemple des feuilles signifie cueillir

Descente : désigne la fin de la journée de travail, principalement des fonctionnaires

Enlever : prendre ou cueillir

Goutte épaisse : examen permettant de rechercher le parasite du paludisme. Il consiste à observer au microscope après colloration un échantillon de sang prélevé au bout du doigt du malade

Karité : arbre dont le fruit contient une amande fournissant une matière grasse comestible et préparée sous forme de « beurre »

Kooko : entité nosologique locale désignant une affection interne et externe liée au système digestif. Traduit en français par hémorroïdes, *kooko* désigne en réalité une affection plus complexe et plus vaste. Voir C. Alfieri (in Jaffré & Olivier de Sardan, 1999) à propos de cette entité nosologique populaire.

Koom ou *tisuudo* : entités nosologiques locales considérées comme équivalentes du paludisme.

Kotige : entité nosologique locale dont le principal symptôme sont les fissures annales et/ou buccales des enfants, accompagnées de maux de ventre et de diarrhée.

Kuinga : *Combretum micrantum*

Kumbrisaka : *Cassia sieberiana*

Liulo : entité nosologique locale appelée aussi « maladie de l'oiseau » et dont le principal symptôme, outre la fièvre et des tremblements, sont des crises convulsives touchant les jeunes enfants.

Major : infirmier responsable d'une structure sanitaire.

Mossi/ moaga : de l'ethnie qui porte ce nom.

Mo-tiim (plur. *mo-tite*) : médicament mossi

Nasara tiim (plur. *nasara tite*) : médicament du « Blanc »

Né trouver : expression utilisée pour désigner le caractère ancien d'une chose, d'une habitude, que celle-ci soit positive ou pose problème. Concrètement, cela signifie que ça a toujours été comme ça du vivant de l'énonciateur, et parfois bien au-delà. Le terme utilisé en moore pour désigner la coutume est *rogo'n mike* (*rogo*= naître ; *mike* = trouver).

Niebga (plur. *niebse*) : entité nosologique locale désignant des maux de tête violents et particuliers, associés à de la fièvre.

Nim : *Azadirachta Indica*

Potasse : poudre ou bloc constitué des cendres du bois de néré, de baobab ou de tiges de mil brûlées après la récolte, elle est utilisée dans certains plats, afin de leur donner une consistance et des éléments nutritifs, ou comme engrais.

Sabraogo : entité nosologique locale désignant une affection de la peau

Sorgho : appelée aussi gros mil, plante graminacée constituant la base de l'alimentation locale

Tii bise (sg. *tii bilo*) : « petits de la maladie », parfois considéré comme équivalent de « microbe »

Tiim : médicament, produit, remède

Tipa (plur. *tip-namba* ou *tip-tiim-remba*) : thérapeute mossi

Tipoeega : *Bauhinia rugescens*

Tô : pâte obtenue à base d'eau et de farine et qui constitue localement le plat le plus courant

Wilenwiya : *Guiera senegalensis*

Wobde : rebouteux ; thérapeute soignant fractures et autres lésions physiologiques

Yamde : plantes que les patients préparent eux-mêmes.

Yarkafeto : entité nosologique locale désignant une affection de la peau lors de laquelle tout le corps se couvre de boutons.

Zao : entité nosologique locale pour laquelle une correspondance précise n'a pu être trouvée avec une entité nosologique biomédicale. Elle est souvent considérée comme synonyme de paludisme mais est souvent accompagnée d'un syndrome de jaunisse, de même que *sabga*.

Annexe 2 : Cartes

Carte 1 : Burkina Faso et pays voisins



Source : <http://www.tfq.ulaval.ca/axl/afrique/burkinacarte.htm>

Carte 2 : Carte administrative de la Région du Nord



Source : *Burkina Faso, Région du Nord, Cadre stratégique régional de lutte contre la pauvreté*, Ministère de l'économie et du Développement, juin 2005, 115 p.

Carte 3 : Districts et Régions sanitaires



Source : *Annuaire statistique, santé, 2007*, p.4.

Annexe 3 : Photos



Photo 1 : Les champs de mil à la saison sèche

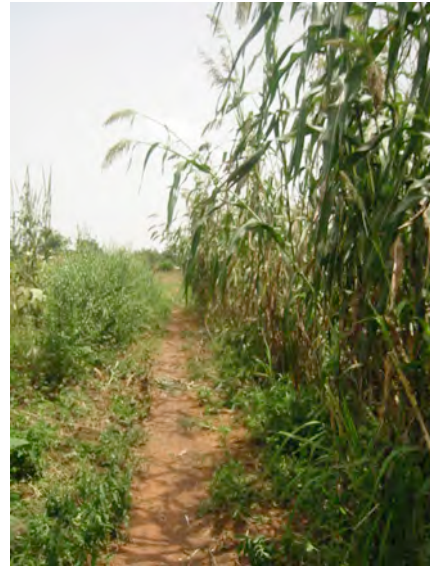


Photo 2 : Champs de mil en saison pluvieuse



Photo 3 : Champ d'arachides, saison pluvieuse



Photo 4 : Pépinières de tomates et terrain cultivé. Au fond, l'eau du barrage destinée à l'irrigation des cultures maraîchères



Photo 5 : Le maraîchage : arrosage des oignons



Photo 6 : La route principale et quelques échoppes



Photo 7 : Vieux quartiers de Ouahigouya, secteur 7



Photo 8 : « Ma » rue au secteur 13, nouveau quartier de Ouahigouya



Photo 9 : Les pistes non bitumées



Photo 10 : L'entrée du CHR de Ouahigouya



Photo 11 : la recherche de plantes médicinales en brousse



Photo 12 : Epluchage des racines par un thérapeute local

Annexe 4 : Guides d'entretien

Je rappelle que les questions énumérées ci-dessous ne constituent que des « guides », et qu'elles ne sont jamais posées de manière figée, telles qu'elles sont présentées ci-dessous. Leur mobilisation ou non, la formulation et l'ordre dans lequel elles interviennent dépendent de la personne interrogée et de l'interaction qui se développe entre l'enquêteur et l'enquêté. De plus, dans bien des cas, les questions sont traduites spontanément par l'interprète (voir chapitre méthodologique). En règle générale, les entretiens commençaient toujours par l'énonciation ouverte du thème de la recherche, mentionnant les deux types de soins, ce à quoi les informateurs répondaient librement, affichant ainsi leur compréhension de ma démarche et leur perception du thème comme de la situation d'entretien. Sur cette base, une discussion assez libre se développait, que je réorientais parfois en revenant à l'une ou l'autre des questions sous mentionnées.

Patients

Quelles sont les maladies qui vous touchent le plus souvent ?
Que faites-vous pour les soigner ?
Quand soignez-vous avec les plantes ? Quand utilisez-vous des produits « modernes » ?
Quand consultez-vous à l'hôpital ? Pour quelles maladies ? À quel stade de l'évolution du mal ? Et chez le *tipa* ?
Pourquoi ces choix ?

Utilisez-vous les services de santé ? Si oui, pour quel mal ? Si non, pourquoi ?
À l'hôpital à OHG ou au CSPS ?
Comment cela se passe-t-il à l'hôpital (*loctor yiiri*) ? Que disent les infirmiers (*loctore*) des soins que vous avez déjà faits auparavant ? Leur en parlez-vous ? Pouvez-vous les poursuivre à l'hôpital ?

Avez-vous déjà consulté un *tipa* ? Pour quoi ?
Connaissez-vous un *tipa* dans le village/ la ville ?
Quel est le rôle du *tipa* ? Que fait-il ? Comment cela se passe-t-il quand vous lui rendez visite ?

Vous soignez-vous parfois avec les plantes ? Quels plants utilisez-vous couramment pour vous-mêmes ? Et pour vos enfants ?
Pour quels maux ?
De quelle manière sont-elles récoltées/ préparées/ utilisées ?
D'où avez-vous cette connaissance du remède ?
Les plantes dont vous avez besoin sont-elles accessibles ?

Quand avez-vous été malade pour la dernière fois ? De quelle maladie ?
Qu'avez-vous fait pour vous soigner ?
Quel traitement vous a-t-on donné ?

Quand partez-vous consulter ? Qui décide de partir consulter quelque part ou du traitement à faire ?

Quand le traitement finit-il ?

Quand considère-t-on que quelqu'un est malade ? Est-ce que des symptômes tels que des maux de tête, de ventre, de la fièvre, etc, sont une maladie ?
Quand s'estime-t-on guéri ?

Qu'est-ce que la maladie ? D'où vient-elle ?

Que fait le *tiim* dans le corps ?

Y a-t-il une différence entre *mo-tiim* et *nasara tiim* ? Laquelle ?

Quelles explications recevez-vous sur les maladies à l'hôpital ?
Et chez le *tipa* ?

Quelles maladies sont bien soignées par les plantes ? Par le *tipa* ? Par les *loctore* ?
Que faites-vous pour traiter par exemple le paludisme/ maux de ventre/ fractures/ maux de tête/ etc ?

Si vous avez le choix pour vous soigner avec une plante déjà prête à être consommée et un comprimé à avaler, que choisissez-vous ? Pour quelle raison ?

Connaissez-vous les politiques de collaboration, ce que l'Etat fait avec la « médecine traditionnelle » ? Qu'en pensez-vous ?

Thérapeutes mossi

Pouvez-vous me parler de votre travail ?

Quelles sont les maladies que vous pouvez soigner ?

Quelles sont celles que vous soignez le mieux ?
Celles pour lesquelles vous recevez le plus de patients ?
Quel est votre meilleur produit ?

Qu'est-ce que le *tiim* ?
Est-ce que vos remèdes sont composés uniquement de plantes ? De quoi d'autre ?
Y a-t-il des paroles à dire ou des choses à faire au moment de la cueillette ? De la préparation ? De l'utilisation des remèdes ?

D'où avez-vous cette connaissance ?
La transmettez-vous à quelqu'un ?

Comment cela se passe-t-il quand vous recevez un patient ?
Comment déterminez-vous son mal ?
Où recevez-vous les malades ?

Combien de patients recevez-vous chaque jour ? chaque semaine ?
Quelle rémunération pour votre travail ?

Comment le *tiim* soigne-t-il le mal ? Comment agit-il sur le corps et sur la maladie ? Que se passe-t-il lorsque le *tiim* est utilisé ?

En combien de temps obtient-on la guérison en cas de ... ?

D'où vient la maladie ? Qu'est-ce qui fait qu'elle se déclenche ?

Que pensez-vous de la médecine de l'hôpital ?

Vous arrive-t-il de ne pas pouvoir soigner ? Que faites-vous dans ce cas ?
Vous arrive-t-il d'envoyer des patients à d'autres *tip-namba* ?
Vous arrive-t-il d'envoyer des patients à l'hôpital ou au CSPS ?
Pour quelles maladies ?

Recevez-vous des patients de l'hôpital ? Sont-ils envoyés par les infirmiers ou viennent-ils par eux-mêmes ?

Connaissez-vous d'autres *tip-namba* alentour ?
Travaillez-vous avec eux ?

Êtes-vous au courant de l'existence d'une collaboration entre l'hôpital et les *tip-namba* ?
Y participez-vous ? Faites-vous partie d'une association de *tip-namba* ?
Qu'en pensez-vous ?

Comment vous soignez-vous, vous-même et vos proches, en cas de maladie ?
Avez-vous déjà eu recours à l'hôpital ? Pour quel mal ?

Agents de santé

Quelle formation avez-vous ? Avez-vous une spécialisation, et si oui, laquelle ?
Depuis combien de temps travaillez-vous comme tel ?

Pourquoi travaillez-vous dans la santé ? Pourquoi avez-vous fait cette formation ?

Comment appréciez-vous votre travail ?

Connaissez vous les politiques de revalorisation de la « Médecine Traditionnelle » et de « collaboration » ? Comment les évaluez-vous depuis votre poste ?
Qu'en pensez-vous ?

Connaissez-vous les MTA ?
Qu'en pensez-vous ?
En prescrivez-vous ?
En avez-vous déjà prescrit ?

Aux majors : Avez-vous participé au recensement des « tradipraticiens de santé » ?

Est-ce qu'il vous arrive de référer des malades à un « tradipraticien de santé » ?

Vous-même, que faites-vous quand vous êtes malade ou quand un membre de votre famille est malade ?

Vous arrive-t-il de vous soigner en automédication ? Si oui, laquelle ?

Vous arrive-t-il de consulter ? Si oui, où ou qui ?

Avez-vous déjà eu recours à la « Médecine Traditionnelle » ? Aux plantes ?

Que pensez-vous de la « Médecine Traditionnelle » ?

Que représente-t-elle pour vous/ Qu'est-ce pour vous que la « Médecine traditionnelle » ?

Quelle est son efficacité ?

Quelle est l'efficacité des plantes ?

En est-il question dans votre formation ?

Quelle est l'efficacité de la « médecine moderne » ?

Pourquoi ? (Justifier)

Quelles sont les maladies les plus courantes ?

Quelles sont les principales causes de ces maladies ?

Comment le médicament agit-il sur la maladie et sur le corps ?

Quand est-ce que quelqu'un est guéri/ en bonne santé ?

Est-ce que la demande diffère entre les patients selon leur sexe, leur lieu d'origine ou de vie, leur âge, etc ?

Annexe 5 : Décret

Décret n° 2004-569/PRES/PM/MS/ MCPEA/MECV/MESSRS portant autorisation de mise sur le marché des médicaments issus de la Pharmacopée Traditionnelle au Burkina Faso.

LE PRESIDENT DU FASO,
PRESIDENT DU CONSEIL DES
MINISTRES,

Vu la Constitution ;
Vu le décret n° 2002-204/PRES du 6 juin 2002
portant nomination du Premier Ministre ;
Vu le décret n° 2004-003/PRES/PM/ du 17
janvier 2004 portant remaniement du
Gouvernement du Burkina Faso ;
Vu le décret n° 2002-255/PRES/PM du 18
juillet 2002 portant attributions des membres
du Gouvernement ;
Vu la loi N° 23 /94 / ADP du 19 Mai 1994
portant Code de la santé Publique;
Vu le décret n° 2000-009/PRES/PM/MS du 26
janvier 2000 portant création, attributions,
composition et fonctionnement d' une
Commission Nationale de Médecine et
Pharmacopée Traditionnelles ;
Vu le décret n° 2002-464/PRES/PM/MS du 28
octobre 2002 portant organisation du Ministère
de la Santé ;
Vu le décret n° 2000-011/PRES/PM/MS
portant réglementation de l' importation, de la
détention et de la vente des médicaments et
consommables médicaux ;
Vu le décret n° 2003-
382/PRES/PM/MS/MFB/MCPEA du 31 juillet
2003 portant nomenclature nationale des
spécialités pharmaceutiques et médicaments
génériques autorisés au Burkina Faso ;
Vu le décret n° 2004-
567/PRES/PM/MS/MCPEA/MECV/MESSRS
du 14 décembre 2004 portant adoption du
document cadre de Politique Nationale en
matière de médecine et de Pharmacopée
Traditionnelles
Sur rapport du Ministre de la santé ;
Le Conseil des Ministres entendu en sa séance
du 13 octobre 2004 ;

DECRETE

CHAPITRE I : DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 : La Pharmacopée Traditionnelle africaine désigne l' ensemble des savoirs, des connaissances, des pratiques, des techniques de préparations et d' utilisation des substances végétales, animales et/ou minérales, qui servent à diagnostiquer, prévenir et/ou éliminer un déséquilibre physique, mental ou social. C' est le patrimoine thérapeutique de l' Afrique.

Article 2 : Le médicament issu de la Pharmacopée Traditionnelle est tout médicament mis au point et développé par un tradipraticien de santé ou un chercheur à partir des connaissances ou informations issues de la Pharmacopée Traditionnelle.
Les médicaments issus de la Pharmacopée Traditionnelle sont divisés en quatre catégories.

Article 3 : Le médicament issu de la Pharmacopée Traditionnelle de catégorie 1 est tout médicament préparé par le tradipraticien de santé pour un patient et répondant aux caractéristiques suivantes :

- il est préparé de manière extemporanée ;
- il est préparé suivant les méthodes traditionnelles de fabrication;
- son innocuité et son efficacité sont garanties par la longue expérience de son utilisation;
- les matières premières sont bien connues du tradipraticien de santé et peuvent être fraîches ou sèches ;
- sa conservation est généralement de courte durée.

Article 4 : Le médicament issu de la pharmacopée traditionnelle de catégorie 2 est tout médicament préparé par le tradipraticien de santé et couramment utilisé dans la communauté. C' est un médicament traditionnel amélioré répondant aux caractéristiques suivantes :

- il est préparé à l' avance suivant les méthodes de bonnes pratiques de fabrication,

conditionné avec un numéro de lot ;

- les matières premières entrant dans sa composition sont très bien connues de la population ;
- sa fabrication est réalisée suivant des méthodes qui garantissent sa stabilité et sa standardisation ;
- sa production est semi-industrielle ;
- son innocuité et son efficacité sont garanties par l'évidence ethnomédicale d'une longue expérience d'utilisation ou par des essais cliniques ouverts si cela est jugé nécessaire par l'autorité compétente ;
- les principes actifs qui le composent sont des matières premières brutes ;
- les principaux groupes chimiques des matières premières sont connus ;
- la durée de sa conservation est fixée par des essais de stabilité.

Article 5 : Le médicament issu de la Pharmacopée Traditionnelle de catégorie 3 est tout médicament préparé par des structures de fabrication agréées ou des industries pharmaceutiques et répondant aux caractéristiques suivantes :

- il est préparé à l'avance suivant les méthodes de bonnes pratiques de fabrication, conditionné avec un numéro de lot ;
- sa production est semi-industrielle ou industrielle ;
- la durée de conservation est fixée par des essais de stabilité ;
- les principes actifs sont des extraits standardisés ;
- il prend en considération les propriétés biologiques des matières premières, de nouvelles indications thérapeutiques, une formulation galénique avec une spécification du dosage, une connaissance des molécules biologiquement actives ;
- son efficacité et son innocuité sont prouvées par des essais précliniques, cliniques conduits suivant les protocoles standards.

Article 6 : Le médicament issu de la Pharmacopée Traditionnelle de catégorie 4 est tout médicament préparé par des structures de fabrication agréées ou des industries pharmaceutiques et répondant aux caractéristiques suivantes :

- il est préparé à l'avance suivant les méthodes de bonnes pratiques de fabrication,

conditionné avec un numéro de lot ;

- sa production est semi-industrielle ou industrielle ;
- la durée de conservation est fixée par des essais de stabilité ;
- les principes actifs sont des molécules purifiées ;
- il prend en considération les propriétés biologiques des matières premières, de nouvelles indications thérapeutiques, une formulation galénique avec une spécification du dosage, une connaissance des molécules biologiquement actives ;
- il est standardisé et produit suivant les bonnes pratiques de fabrication ;
- son efficacité et son innocuité sont prouvées par des essais précliniques, cliniques conduits suivant les protocoles standards.

CHAPITRE II : DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ DES MÉDICAMENTS ISSUS DE LA PHARMACOPEE TRADITIONNELLE

Article 7 : A l'exception des médicaments de catégorie 1, aucun médicament issu de la pharmacopée traditionnelle des catégories 2, 3 et 4 ne peut être débité à titre gratuit ou onéreux, s'il n'a obtenu une Autorisation de Mise sur le Marché (A M M).

Article 8 : L'Autorisation de Mise sur le Marché est accordée par le Ministre chargé de la Santé après avis d'une commission technique chargée de l'examen des dossiers de demande d'Autorisation de Mise sur le Marché.

L'AMM est valable pour une durée de cinq (05) ans ; elle est renouvelable par période quinquennale.

Article 9 : La composition du dossier de demande d'AMM est fixée par arrêté du Ministre chargé de la Santé.

Article 10 : Les attributions, la composition, l'organisation et le fonctionnement de la commission technique chargée de l'examen des dossiers de demande d'Autorisation de Mise sur le Marché est fixée par arrêté du Ministre chargé de la Santé.

Article 11: La délivrance de l' Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) à un produit n' exclut pas la responsabilité de droit commun du fabricant ou de l' exploitant, titulaire de l' AMM.

Article 12: L' obtention d' une Autorisation de Mise sur le Marché donne droit à l' inscription du médicament à la nomenclature nationale.

Article 13 : L' octroi ou le refus motivé de l' AMM doit être notifié au demandeur par arrêté du Ministre chargé de la Santé dans un délai de trois mois à compter de la date de tenue de la Commission chargée de l' examen des dossiers de demande d' Autorisation de Mise sur le Marché.

Article 14: Dans le cas où l' utilisation d' un médicament issu de la pharmacopée traditionnelle présente un danger pour la santé publique, le Ministre chargé de la Santé doit suspendre l' AMM et interdire le débit de ce produit jusqu' à la décision finale.

Cette décision sera notifiée au titulaire de l' AMM et le Ministre de la Santé doit prendre, sans délais, les dispositions nécessaires le retirer son produit du circuit de distribution.

Cette situation ne donne droit à aucun type de réparation de la part des autorités sanitaires.

Le Ministre chargé de la Santé peut interdire la délivrance ou ordonner le retrait d' un lot incriminé du médicament en cause.

Le retrait de l' AMM après avis de la commission technique chargée de l' examen des dossiers de demande d' Autorisation de Mise sur le Marché doit faire l' objet d' une décision motivée.

Article 15 : Tout contrevenant aux dispositions du présent décret sera sanctionné conformément aux lois en vigueur.

CHAPITRE III : DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET FINALES

Article 16 : Les produits issus de la Pharmacopée Traditionnelle et présentés comme médicament qui sont déjà en vente dans les circuits officiels de distribution de médicaments, doivent faire l' objet d' une Autorisation de Mise sur le Marché dans un délai de six (06) mois à compter de la date de signature du présent décret.

Article 17 : Le Ministre de la santé, le Ministre du commerce, de la promotion de l' entreprise et de l' artisanat, le Ministre de l' environnement et du cadre de vie et le Ministre des enseignements secondaire, supérieur et de la recherche scientifique sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l' exécution du présent décret qui sera publié au Journal Officiel du Faso.

Ouagadougou, le 14 décembre 2004

Blaise COMPAORE

Le Premier Ministre
Paramanga Ernest YONLI

Le Ministre du commerce, de la promotion de l' entreprise et de l' artisanat

Benoît OUATTARA

Le Ministre de la santé
Bédouma Alain YODA

Le Ministre de l' environnement et du cadre de vie

Laurent SEDEGO

Le Ministre des enseignements secondaire, supérieure et de la recherche scientifique
Laya SAWADOGO

Annexe 6 : Fiche de renseignement sur le tradipraticien de santé

FICHE DE RENSEIGNEMENT SUR LE TRADIPRATICIEN DE SANTE

N°

Nom..... Prénom(s)

Sexe: M F

Date et lieu de naissance:

Résident à

Exerçant à :

Centre de santé le plus proche du lieu d'exercice:.....

Centre administratif le plus proche du lieu d'exercice:.....

Citer la ou les pathologies traitées (*Maximum cinq (5) pathologies à proposer*).

.....
.....
.....
.....
.....

Nombre d'années dans la tradithérapie.....

Origine du savoir

- Initiation au sein de sa famille (tradition familiale)
- Initiation auprès d'un thérapeute
- Remède acheté
- Révélation
- Expérience acquise à la suite d'un traitement reçu

Natures des matières premières utilisées

- Végétale
- Animale
- Minérale

Collaboration avec les agents de santé

- Pas de collaboration
- Réfère les cas graves dans les formations sanitaires

- Reçoit les patients référés par un agent de santé
- Recette utilisée par un agent de santé

Appartenance à une association de tradipraticiens de santé

Oui non

Si oui laquelle?

Comment assurer vous la promotion de vos produits?

- Exposition sur la place publique
- Média
- Aucune publicité

Fait àle.....

Signature :

N.B. : Toute fausse déclaration entraîne le rejet de la demande.