

## TRADITIONAL MEDICINES AND LOCAL KNOWLEDGE: POLICIES, INTERNATIONAL AID AND ACADEMIC RESEARCH

Elisa Bignante\*

\*Università degli Studi di Torino - [elisa.bignante@unito.it](mailto:elisa.bignante@unito.it)

The panel developed a reflection on the relations between the so-called systems of “traditional” healing, ‘western’ medicine and the health policies and interventions of international aid implemented at the different scales. The discussion revolved around the following questions: what are the multiple characters of traditional medicines, which role do they play and how are traditional medicines transforming themselves? What are the tools, practices, strategies of international organizations in the field of traditional medicines? What are the national policies implemented in different countries? What is the role of international aid? What is the possible role of academic research? The projects of development cooperation which aim to improve access to the right to health confront themselves with different concepts of illness, care, health which coexist, conflict and dialogue. How to meet and interact with these dynamics? How to protect traditional knowledge at the different scales, and ensure the recognition of intellectual property rights in the hands of indigenous peoples?

With reference to this last aspect the tools made available by national and international law in order to protect the traditional knowledge of indigenous peoples were discussed during the panel. The use of traditional medicines and the local knowledges on which it is based are closely linked to the cultural diversity of the people involved, as well as to the right to life. Both aspects are protected on the basis of legal principles recognized by legal systems at the different scales, from the international to the regional level. The protection of traditional knowledge has been at the core of several complaints, which were brought in front of national courts, for the recognition of intellectual property rights in the hands of indigenous people. These complaints are mainly aimed at protecting the originality inherent in traditional medicine against commercial exploitation by multinational corporations. At the international level, traditional medicine is protected through the action of tribunals in order to ensure respect for fundamental human rights. It is relevant, in particular, the case law of the Inter-American Court of Human Rights. This body has explicitly recognized a collective right of indigenous people to the use of land and natural resources, as indispensable to their material and spiritual life. The binding between those rights and the right to life has brought out two aspects that are particularly innovative in terms of international protection of human rights. On the one hand, the purely collective rights to land and its use (including the production of traditional medicines) have been recognized and, secondly, the assimilation of the violation of the rights in question to a violation of *ius cogens*, in the name of the close link with the right to life has also been recognized.

A second theme approached in the panel has been the relationship between traditional medicines and conventional medicine (also referred as modern or western medicine), with specific reference to the Senegalese context. The process of interaction between traditional and western medicine in Senegal is one of the most delicate terrains of divergence between what is announced in policies and what actually happens in practice. The results of two field studies conducted in the urban areas of Louga and Saint Louis have been presented. The studies discuss the positions of the various parties involved in the traditional-western medicine integration debate (healers, herbalists, patients, government representatives, Ngos, medical doctors, nurses, etc.) collected through participant observation and the administration of semi-structured interviews. The analysis of the therapeutic itineraries of the local population in Louga and St. Louis shows that the dialogue between traditional and mainstream medicine today revolves primarily around herbal medicine and the joint examination of the results of the case studies allowed identifying some possible guidelines for the integration of traditional medicine into the national health system.

A third theme explored in within the panel has been the balance (or absence of balance) between the demand for and supply of care which are at once a dynamic component and an obstacle in the relationship between various medical knowledges. In equatorial Africa, in political and social contexts characterized by widespread insecurity and the overlap of local and foreign macro and micro economic interests, often in conflict with each other, "traditional medicine" continues to be an area of interaction, and sometimes clash between subjects with different logical a priori. Representations of illness such as those of western and traditional medicines, the etiology of "mysticism" that calls into question witchcraft in its various forms, the diagnostic device of divine healing introduced by immigration from the East, all these representations often collide within the equatorial market of healing, giving rise to new etiologic and therapeutic devices that continuously change to meet the needs and demands of local populations. Through the analysis of some ethnographic cases collected in the Central African Republic and in Benin between 2005 and 2012, dilemmas related to the interaction of biomedical and "traditional" healing practices have been analyzed and discussed. The case studies show how the use of multiple therapeutic approaches can not erase some of the tensions and misunderstandings that arise among traditional healers' and biomedical doctors. A long history of contacts, violence and impositions cyclically re-emerges in the practice of traditional healers and their colleagues trained in the universities and in the hospital wards in Central Africa.

Finally, the panel concentrated on development cooperation projects in the field of traditional medicine which aim to improve access to health, where concepts such as health, infection, care, gender coexist and can acquire contrasting meanings. An international aid project which promotes access to health integrating western and traditional medicine must reflect on the health models implicit in the various systems of care within the different health knowledges. Studying therapeutic itineraries allows in this framework to highlight the diversity of care resources available and how they are used. Several studies in Western Africa confirm the complexity of therapeutic itineraries, which are influenced by the meanings and causes attributed to disease, by the perception of pain, by urgency, by the priorities assigned to the geographical, economic and cultural aspects which determinate access to health facilities. The panel discussion focused on how contemplating these issues not only affects the fundamental right to health of people but it also helps promoting policies in which the richness and plurality of traditional and western medicine interaction generates wealth and knowledge for all, and the capability of accepting the coexistence of different forms of knowledge and different systems of care.

## LES RELATIONS ENTRE LA MEDECINE TRADITIONNELLE ET LA MEDECINE OFFICIELLE AU NORD DU SENEGAL: UN ETUDE COMPARATIVE.

Laura Sinagra Brisca\*, Sabrina Renzi\*\*

\*Master en Géographie politique et économique, Université de Turin, Italie - [laura.sinagra.brisca@gmail.com](mailto:laura.sinagra.brisca@gmail.com)

\*\*Master en Sciences Internationales et Droits de l'Homme, Université de Turin, Italie - [sabrina.renzi@hotmail.it](mailto:sabrina.renzi@hotmail.it)

### ABSTRACT

L'intervention approfondit l'étude de la relation entre la médecine traditionnelle et la médecine conventionnelle au Sénégal. Le processus d'interaction entre les deux médecines semble être l'une des terres les plus délicates de l'écart entre ce qui est annoncé dans les politiques et ce qui se passe réellement dans les pratiques. L'étude montre, dans une perspective comparative, les résultats de deux études menées sur le terrain dans les zones semi-rural de Louga et urbaines de Saint-Louis. Les positions des différentes parties prenantes (les guérisseurs, médecins, patients, gouvernements, ONG) ont été recueillies par l'observation participante et l'administration des entretiens semi-structurés. L'analyse des dynamiques spatiales et des itinéraires thérapeutiques de la population locale nous a permis de comprendre les dynamiques d'utilisation des deux méthodes de traitement. Il a été constaté qu'il y a beaucoup de pratiques comptés comme médecine traditionnelle, et que le dialogue entre eux et la médecine officielle repose aujourd'hui principalement sur la phytothérapie. Dans ce cadre, nous avons analysé le rôle des organisations de la coopération dans la promotion (ou opposition) de l'interaction de ces pratiques et la fonction de la recherche en proposant des modèles d'interprétation capables de soutenir et de maintenir un possible dialogue. L'analyse conjointe des résultats des études de cas a permis d'identifier quelques orientations possibles d'intégration préliminaire de la MT dans le système national de santé.

### INTRODUCTION

À partir d'une première analyse d'emprunte politologique, on vise à identifier les limites de la réglementation des pratiques de guérison traditionnelles et ensuite on offre un examen comparatif des résultats spécifiques des deux études de cas. Les activités de recherche sur terrain qu'on a menées et qui ont été financés par l'Université de Turin, et réalisées ensuite en collaboration avec l'Université Gaston Berger de Saint-Louis et le Centre de Recherche Girardel, nous ont permis d'étudier les modalités d'interaction et d'intégration entre la médecine traditionnelle (MT) et la médecine conventionnelle (MC) à partir de plusieurs points de vue: géographique, politologique, économique, social et culturel.

Pour mieux comprendre si et comment l'intégration parmi les différentes thérapies se vérifie effectivement, on a examiné les itinéraires thérapeutiques propres des populations locales afin de trouver les facteurs qui déterminent les choix et les préférences de soins.

On s'est donc posé des questions spécifiques: est-ce qu'une réelle intégration parmi MT et MC répond aux besoins des populations locales? Quels sont les facteurs qui déterminent le choix parmi une thérapie de MT ou de MC? Comment les différents contextes territoriaux (urbain / rural) influencent sur les choix de traitement médicale des populations locales?

Le point de vue d'un bon nombre de sujets impliqués dans notre réseau de recherche, à voir Agences techniques, ONG, personnalités et institutions politiques, professionnels de la santé et d'autres groupes de recherche, nous a permis de compléter le tableau des limites et des potentialités de l'intégration des deux pratiques à l'intérieur du même Système de Santé National (SSN) et de rédiger une série des possible orientations qui pourraient améliorer l'assistance sanitaire primaire au Sénégal.

### LA MEDECINE TRADITIONNELLE ET LA MEDECINE CONVENTIONNELLE AU SENEGAL: POLITIQUES, ORIENTATIONS ET OBSTACLES AU PROCESSUS DE REGLEMENTATION

Le thème de l'intégration entre la MC et la MT domine le débat international depuis les années 70 du XX siècle, produisant toute une série de réactions et opinions contradictoires. Les organismes internationaux et régionaux les plus importants ont toujours eu comme objectif la réalisation d'une collaboration entre les deux disciplines en attendant de formaliser une intégration effective de la MT au sein du SSN.

Pour supporter cet intérêt, on cite les événements des premiers 20 ans dédiés à la valorisation de la MT et le Plan d'Action stratégique de l'OMS en 2002-2005 [1]. Profondément ancrée dans le débat international est la définition de

Santé Publique donnée par l'OMS en 1946: "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" [1] et la Déclaration d'Alma-Ata issue de la Conférence sur les Soins de Santé primaires en 1978 [2]. Pour la première fois dans le monde la Déclaration permet l'utilisation de méthodes de guérison traditionnelles dans le but d'atteindre des standard de santé adéquats pour tous et reconnaît le rôle du thérapeute traditionnel qui, si correctement préparé d'un point de vue professionnel et technique, est capable de répondre aux besoins de santé des populations au même niveau que les docteurs conventionnels.

La MT fait donc pleinement son entrée dans le débat international et l'OMS, et les agences qui lui sont reliées, ainsi que plusieurs organisations internationales (régionales et locales), commencent à planifier des stratégies diversifiées et à mettre en œuvre des politiques spécifiques. C'est le défi d'un mouvement en faveur d'une santé publique renouvelée, qui réitère l'importance de la justice et de l'égalité comme conditions préalables pour un état de santé décente et qui souhaite la mise en place de nouveaux partenariats à différents niveaux [3].

L'idée de base est que la MT puisse contribuer de façon substantielle, même si pas exclusivement, à la santé des citoyens, car il est certainement nécessaire que pour son intégration avec la médecine conventionnelle, elle doit se doter de normes de qualité et d'instruments de fiabilité typiques des autres prestations sanitaires.

Avec le début du XXI siècle, les interventions dans le champ sont de plus en plus intensives et possèdent plus d'information sur les spécificités territoriales.

Les objectifs se font plus vastes, pour inclure la garantie de qualité et de sécurité des pratiques de guérison traditionnelles; l'échange d'informations et de bonnes pratiques se propage et la recherche appliquée et la formation des acteurs sur le terrain se développent.

Néanmoins, de nombreux obstacles se posent dans le processus de réglementation et par conséquent dans le processus de collaboration formelle entre les deux domaines. Les différents aspects critiques du processus de mise en œuvre varient en fonction de l'échelle régionale que l'on prend en considération : problèmes d'ordre politique et économique à côtés d'autres d'origine socio-culturelle.

Les obstacles au processus de réglementation et de législation dans le domaine de la MT sont donc différents [4].

<i>Obstacles d'ordre épistémologique:</i>	une Médecine d'emprunte holistique est en conflit avec le modèle biomédicale réductionniste de la médecine conventionnelle.
<i>Obstacles d'ordre scientifique:</i>	la recherche dans le domaine de la MT complémentaire/alternative est encore trop faible et hétérogène.
<i>Obstacle d'ordre politique et culturel:</i>	<i>opinion leader</i> d'excellence s'opposent fortement à toute tentative de réglementer la lois du cas, et surtout s'opposent à tout projet de financement voué à la recherche ou aux services à la population.

D'après un premier examen des opinions dominantes en littérature, comme par exemple les études de Christophe Bouramoué, Amidou Sekou, Charles Katy Diouf et Piero Coppo, on montre que même les partisans les plus ardents de cet échange de connaissances, conscients des grandes différences entre les la médecine moderne et les pratiques traditionnelles de guérison, ne recherchent pas une véritable synthèse entre les deux. Ce que l'on veut obtenir c'est plutôt un consensus collaboratif qui puisse assurer le mieux la santé et le bien-être de la population, devenue enfin libre de choisir le type de thérapie préférée [5].

Seydou Nourou Faye en *Médecine Traditionnelle et Dynamiques Interculturelle: Les implications socio-anthropologiques de la formalisation de la Traditeraphie à l'Hôpital Traditionnel de Keur Massar*, identifie comme but ultime une collaboration basée sur le respect mutuel, la non-ingérence et une volonté d'auto-amélioration [6]. Sa position se reflète dans celle d'autres nombreux auteurs, dont Charles Katy Diouf qui, dans *Les médecines moderne et traditionnelle: Deux écoles complémentaires sur le continent*, décrit la médecine moderne et traditionnelle comme les "sciences du jour et de la nuit". Celles-ci, selon l'auteur, ne diffèrent pas pour leurs fonctions, mais plutôt pour le contexte social et historique qui les caractérisent: les connaissances traditionnelles thérapeutique sont une véritable culture, où connaissances et savoir-faire du guérisseur deviennent une véritable discipline loin de la simple observation empirique des phénomènes [7]. Ça devient nécessaire, par conséquent, mener une critique des deux, au cour de laquelle les limites de chacune soient en évidence pour comprendre comment l'autre discipline peut être plus utile, sans écouler dans une lutte exclusive à la maladie [8]. Une légitimation de la MT au niveau international devient urgent, afin d'en permettre la proximité avec les pouvoirs publics et à la médecine moderne dans la mise en œuvre des différentes actions politiques sur la santé.

Ce modèle d'intégration reflète pleinement la volonté de la majorité des organismes, qui poussent les pays membres à procéder à un recensement des guérisseurs présents sur le territoire nationale depuis plusieurs décennies, mais aussi des associations de guérisseurs traditionnels, comme le témoigne l'interview soumise à Mamodou Ba, Président des guérisseurs traditionnels ouest-africains. La littérature toutefois, pour ce qui concerne la MC, partage l'idée qu'il faut travailler sur l'aspect social du rapport avec le patient, surtout sur la réception. Comme Yannick Jaffré et Olivier de Sardan ont déclaré dans *Une médecine inhospitalière: Les Difficiles relations entre et soignants et soignés dans cinq capitales de l'Afrique de l'Ouest*, l'expérience de la maladie est déjà choquante au départ, et le froid détachement qui signe la relation entre le médecin et le patient dans un établissement moderne empire encore plus la situation [9].

## Médecine traditionnelle au Sénégal: un système de tolérance non reconnu

Le Sénégal, par rapport à d'autres Pays de la région du Sahel, semble-t être en retard dans le processus de régulation et d'intégration de l'MT dans son SSN. Bien que ce Pays joue un rôle clé dans l'élaboration de stratégies communautaires, visant à la promotion du secteur au sein de l'espace CEDEAO et l'engagement des organisations non-gouvernementales et des groupes de recherche soit particulièrement intense, on dirait que la classe politique n'est pas encore prête à promouvoir des mesures concrètes dans ce sens. L'État sénégalais ne reconnaît pas officiellement la MT et ceux qui travaillent dans le secteur, mais en autorise tacitement la pratique. Les causes de cette paralysie sont nombreuses, mais d'après des études récentes ces obstacles peuvent être résumés en trois grands paniers: l'opposition des grandes sociétés pharmaceutiques, un problème de sondage et d'évaluation des pratiques thérapeutiques et, par dernier, la tension entre le désir de se conformer pleinement au modèle occidental de modernisation et ce de garder ses propres valeurs [10].

De plus, légiférer dans le domaine de la MT signifie faire face au système religieux et maraboutique (car la spiritualité et la religion jouent un rôle important dans les pratiques de guérison traditionnelles) créant des questions pas faciles à résoudre. Le gouvernement semble nier d'un côté les engagements pris lors des grandes conférences continentales, comme l'Accord de Lusaka de 2001, et réaffirmés chaque année lors de la célébration de la Journée africaine de la MT. Les activités des organes de l'État, établis dans le but de réglementer le secteur, en raison d'un manque de financements sont pratiquement nulles et le projet de loi proposé en 2004 n'a jamais été approuvé par les Chambres et par le Chef de l'État.

L'absence de réglementation dans ce champ constitue un fort obstacle à l'exploitation des pratiques de guérison traditionnelles principalement pour deux raisons: en premier lieu, si l'État ne reconnaît pas un secteur, les investissements étrangers se font plus faibles et donc il y a moins de fonds pour mettre en œuvre une intervention de revalorisation, deuxièmement, le phénomène de charlatanisme continuera à se répandre.

La prolifération des charlatans dans le Pays est la conséquence d'une réglementation de la MT dans les nombreux Pays voisins (par exemple le Mali), en obligeant ceux qui l'État n'a pas reconnu à se déplacer au Sénégal, où la pratique de toute technique thérapeutique est tacitement tolérée et où les contrôles sur l'expertise des TT sont très faibles. Même si les obstacles que le gouvernement sénégalais rencontre sont nombreux, des efforts doivent être reconnus: tout d'abord la création en 2003 d'un Comité de Pharmacopée traditionnelle et d'une Commission de Pharmacopée Nationale, ensuite la rédaction d'une proposition de DDL en 2004 (pas encore approuvée) et le recensement partiel des TT, réalisé par le Ministère de la Santé dans le but de parvenir à la création d'associations autonomes. Identifier le nombre de TT au niveau national permettrait, une fois approuvé le DDL, la création d'un conseil national qui leur garantirait une reconnaissance formelle en les doutant d'un code de conduite éthique.

Seulement ce processus pourrait libérer le médecin traditionnel de la vision négative qui s'est développée autour de son rôle pendant la période coloniale et qui le dénigrerait en comparaison avec la figure du médecin occidental moderne. À partir des paragraphes suivants, les aspects traités jusqu'ici seront développés par rapport à ce qui ressort de l'analyse comparative de deux études de cas.

## ÉTUDES DE CAS: INTEGRATION ENTRE MT ET MC DANS LES PRATIQUES DE SOINS DES POPULATIONS LOCALES

Si au niveau politique national et international les positions et les objectifs semblent correspondre, c'est au niveau local qu'il existe des faiblesses et des criticités dans le champs de la médecine traditionnelle. C'est ce qui ressort des deux projets de recherche sur terrain, de la durée de trois mois chacun, que nous avons conduit dans le contexte rurale de Louga et urbain de Saint Louis.<sup>1</sup>

L'analyse comparative des résultats des deux recherches nous a permis de pénétrer le contexte sénégalais et analyser les dynamiques qui sous-tendent au champs de la MT: les politiques internationales, qui ont comme but l'intégration entre les deux domaines, ont-elles un effet sur la population? Est-ce que cet objectif est partagé et soutenu par tous les acteurs impliqués? Quels sont les obstacles qui freinent cette voie à l'intégration? Quelles sont les parcours possibles vers l'intégration et/ou la coopération?

### La méthode

La collecte de données et d'informations a été possible grâce à une recherche documentaire minutieuse, à l'observation attentive et à des interviews semi-structurés faites à une cible de sujets privilégiés. La méthode d'échantillonnage non probabiliste dit "snowball", comme une boule de neige, étend progressivement l'échantillon de départ. Chacune des personnes sélectionnées suggérait de temps en temps d'autres personnes et le processus a procédé jusqu'à ce que, compte tenu des hypothèses, tout nouveau cas reportait des données plus sensibles. Cela nous a permis

<sup>1</sup> Les recherches sur terrain ont été faites en coopérant avec le Centre de recherche Girardet, le Centre d'Etudes Interdipartimentaux sur l'Afrique Occidentale (CISAO), le Centre pour les Etudes Africains de la Région Piemonte, la ONG CISV sigé à Tourin et l'ensemble des sujets impliqués dans le champ présents sur le territoire, AMPHOT et Enda en particulier.

d'intercepter des sujets informés et directement ou indirectement impliqués dans le secteur de la santé. On a décidé de procéder par interview semi-structurés afin de laisser au locuteur la pleine liberté de s'exprimer et de ne pas manipuler la réponse. D'un point de vue méthodologique, l'approche qualitative a été le plus approprié pour comprendre les interrelations entre les individus et le contexte local, car nous a permis de saisir les nuances et les détails des processus d'intégration et interaction thérapeutique [11].

ECHANTILLON LOUGA	ECHANTILLON SAINT LOUIS
30 thérapeutes traditionnels	13 thérapeutes traditionnels
10 opérateurs de santé	23 herboristes
32 patients	40 patients

Les interviews avec les guérisseurs traditionnels, les médecins, les infirmiers et les patients ont pu tracer les itinéraires thérapeutiques entreprises par les populations locales et ont révélé les opinions et les points de vue des acteurs directement impliqués dans le traitement et la prévention des maladies.

La structure des sondages s'est caractérisée par un premier groupe de questions portant sur des informations personnelles, (caractéristiques sociales et économiques) et un deuxième groupe de questions concernant les comportements thérapeutiques (caractéristiques des itinéraires).

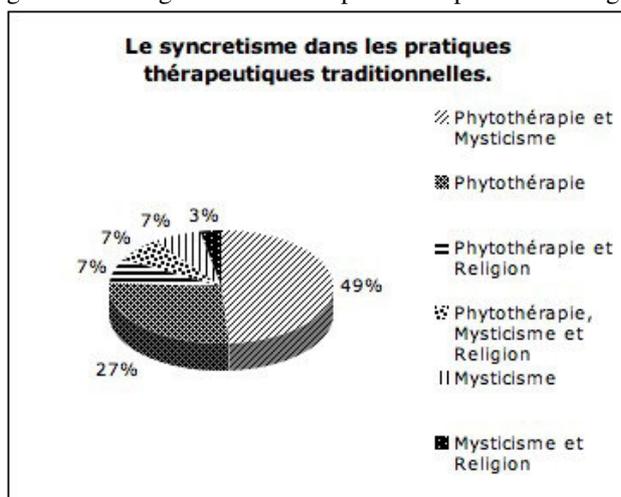
Pour avoir une panoramique plus étendue sur la situation des sujets impliqués, les opinions et les points de vue des opérateurs de la coopération au développement ont été aussi bien analysés.

Les questions posées aux fonctionnaires des organismes institutionnels et non gouvernementaux ont identifié les limites de cette matière, les mesures importantes à prendre et les positions et atteintes respectives.

TYOLOGIE	SUJETS IMPLIQUÉS
<b>Associations</b>	Association des Medico-droguistes, phytothérapeutes, herboristes et ophothérapeutes traditionnels du Senegal (AMPHOT)
<b>ONG</b>	Comunità impegno servizio volontariato (CISV), Enda Plantes medicinales, Rencontre des Medecines, Prometra international et Gestu
<b>Organismes Publiques</b>	Eaux et Forets, Service d'Hygiène, Cabinet de la MT au Senegal, Médecine Chef du Region
<b>Chercheurs universitaires</b>	Groupe de Recherche sur les Plantes Medicinales, Groupe de recherche Girardel.

### Itinéraire thérapeutiques : syncrétisme dans les pratiques de soins

La MT du Sénégal se compose de techniques et pratiques thérapeutiques diverses et transmises oralement de génération en génération. Cela permet de préserver une grande biodiversité culturelle.



D'après les données sorties des études sur terrain, illustrées dans le tableau ci-dessous, et faisant référence au syncrétisme thérapeutique à Louga, ça ressort que la plus part des thérapeutes utilise plus qu'une techniques de soins au même temps.

Pour simplifier l'élaboration des résultats, on a décidé de repartir les thérapies traditionnelles utilisées dans trois groupes principaux: les thérapies phytothérapeutiques des guérisseurs; les pratiques mystiques qui s'appuient sur la divination, les sortilèges et la production d'amulettes (TT) et les thérapies religieuses qui se basent sur les écritures du Coran, les "marabouts".

Cette distinction toutefois risque d'enfermer l'aspect holistique de la MT derrière des cages conceptuelles et des définitions statiques, par conséquent, il ne faut pas regarder aux limites de façon limitative mais plutôt de façon représentative. De même, à côté de nombreuses pratiques et

méthodes de guérison traditionnelles, il existe d'innombrables parcours et choix thérapeutiques faits par les populations locales.

À Saint Louis, contexte urbain, l'influence du colonialisme français a eu un fort impact sur les choix de soins des résidents. Les informations recueillies montrent que les jeunes et les gens les plus aisés préfèrent recourir à la médecine

moderne et traditionnelle. La première action, à ce propos, semble-t être s’adresser au district sanitaire, sauf que pour les cas des maladies “typiques de la société africaine”.

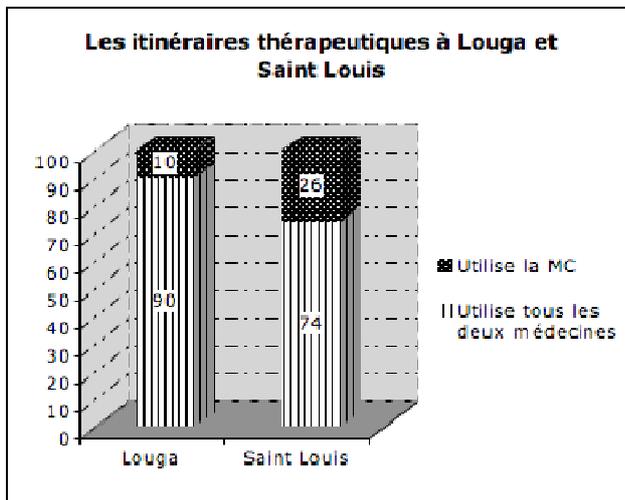
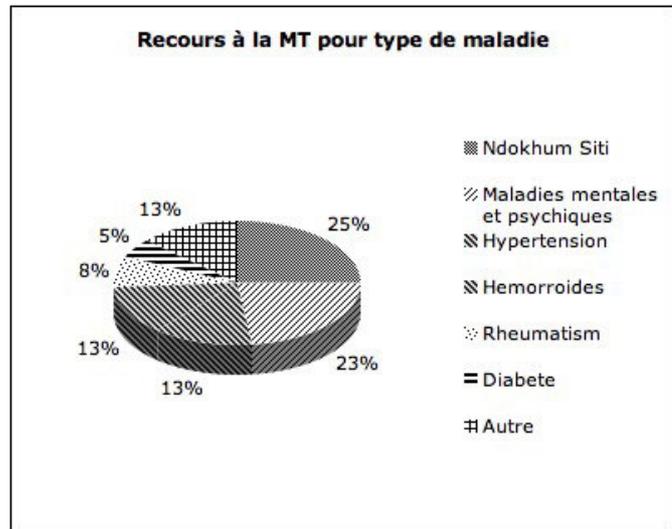
Le graphique ci-dessous a été élaboré sur la base des données prise dans le contexte de Saint-Louis et démontre que les gens font appel à la MT quand des pathologies spécifiques apparaissent. 23% de la population locale s’appuie sur la MT pour des problèmes mentaux et psychologiques, 25% demande le support des TT pour le traitement des dermatoses causées par des aliments à base de poisson (*ndokhum siti*); et 33% qui reste recourt aux méthodes traditionnelles en cas de maladies chroniques, pour lesquels la médecine modernes est trop chère, par exemple diabète, rhumatismes, hypertension artérielle, hémorroïdes.

A Louga, les traditions rurales sont décidément plus profondément enracinées et vivantes, par rapport à d’autres régions du Pays, et la quasi-totalité de la population recourt presque massivement à la MT et conventionnelle. Parmi ceux qui adoptent les solutions proposées par la médecine traditionnelle, 87% en recours pour soigner des maladies bénignes et des maladies non graves (rhumatismes, abcès, migraines, problèmes dentaires, gastrites, insomnie, fatigue, circulation sanguine, hypertension artérielle, catarrhe). 6% est recouru aux méthodes traditionnelles lors de graves maladies, comme la malaria, le sida, le tétanos, troubles des articulations, le diabète et problèmes cardiaques. Seulement 7% a déclaré de s’appuyer sur la MT pour traiter et des maladies graves et des mineures.

De même, certaines études du Bureau régional pour l’Afrique de l’OMS soulignent que la MT est utilisée pour traiter la plupart des maladies non graves, qui n’ont pas besoin d’un service d’urgence [12].

Les pourcentages ci-dessus confirment que la majorité des patients interrogés utilise la MT pour soigner des maladies bénignes ou chroniques et, par contre, recourt à la médecine moderne pour des affections graves et urgentes.

D’après l’histogramme en bas, le traitement des données recueillies permet d’observer que la consultation multiple constitue la base du parcours thérapeutique, c’est à dire qu’en cas de besoin l’on consulte à la fois le médecin, le guérisseur et/ou un herboriste. Pas forcément cela arrive au même moment, même si cela se produit fréquemment dans le traitement des différents aspects de la même maladie ou parce qu’il n’y a pas d’amélioration dans la condition de santé du patient [13].



L’histogramme confirme que la quasi-totalité de l’échantillon de Saint Louis et de Louga mélange les deux méthodes de soins, faisant, c’est à dire, systématiquement usage de MT et MC simultanément ou comme alternative. D’après les témoignages recueillis, les facteurs qui contribuent à la définition du comportement thérapeutique adoptée par chaque individu sont distingués par: les facteurs liés à l’accessibilité spatiale et financière, facteurs socio-culturels liés à la “proximité culturelle”, et le niveau de scolarité.

Toutefois, il convient de noter que, comme d’après Didier Fassin, le type de maladie affecte le patient dans le choix de soins, plus que l’argent et le niveau de scolarité [13].

Si en Sénégal les différentes méthodes de thérapie pouvaient coopérer ensemble de manière efficace, “le choix dans la lutte contre la maladie répondrait au vrai besoin de la population : le patient aurait un plus large éventail de choix thérapeutiques valables et sûres et il serait, enfin, libre de préférer les soins les meilleures en fonction de ses besoins économiques et culturels” [14].

#### Avis en comparaison: valorisation et règlementation des connaissances thérapeutiques traditionnelles.

Le thème de l’intégration entre les deux Médecines a toujours suscité un grand et controversé débat entre les acteurs directement et indirectement impliqués. La remarquable différence d’objectifs et d’ambitions, qui caractérise les sujets engagés dans la préparation de projets à niveau local, ralentit le processus.

Qu’est-ce que donc l’amélioration des pratiques traditionnelles de guérison ? Est-ce que l’intégration est le but primordial pour tous?

Les sondages menés sur terrain et le travail de recherche bibliographique veulent recomposer le désordre et les

contradictions typiques de l'argument pour identifier les acteurs les plus réticents et ceux plus enclin à la collaboration. Les opérateurs de santé, dans leur qualité de figures conventionnelles en contact avec la population locale, ont la tendance à coopérer avec la MT. D'après les mots d'un infirmier de Louga: "La MC est complémentaire à la MT, n'y s'oppose pas. J'ai confiance dans une coopération entre les deux, surtout parce que la MC rencontre des difficultés pour soigner certaines maladies. Par exemple la MT offre des soins valables dans le traitement de maladies de la peau et de maladies chroniques, la population fait beaucoup confiance aux TT et croit que la MC ne peut pas guérir ces maladies. Je pense donc que travailler ensemble puisse créer des avantages". D'autre part, la catégorie des thérapeutes traditionnels admet les limites de leur Médecine et trouve qu'une coopération puisse aboutir à une amélioration et croit aussi bien que la MC sera à son tour renouvelée grâce à la sagesse offerte par les pratiques de guérison traditionnelles. Un TT interviewé à Saint Louis constate : "les gens vont là pour se faire diagnostiquer le mal et puis continuent le traitement chez nous. Parfois, c'est même moi qui leur conseille de contacter l'hôpital et ensuite de revenir chez moi. De cette façon, je suis sûr du trouble de mon patient". Malgré un scepticisme général réciproque, des accords informels se produisent entre les deux champs. En cas de fractures, d'entorses ou de maladies qui nécessitant d'une opération chirurgicale, le thérapeute traditionnel encourage le patient à s'adresser aux soins de l'hôpital et la même chose arrive si un patient manifeste des crises hystériques, de folie, de migraine et d'allergies causées par des raisons inconnues, mais dans ce cas, c'est même le médecin qui conseille au patient de contacter le guérisseur [15].

L'analyse serait trompeuse si l'on ne considèrerait pas le point de vue de certains guérisseurs qui condamnent les méthodes modernes et ne visent pas à mélanger leurs savoirs traditionnels et religieux dans la rationalité scientifique typique du monde occidental. La divergence d'opinions ne touche pas seulement les guérisseurs et les marabouts, mais aussi les ONG, les associations et les institutions qui travaillent dans le domaine de la médecine. Les organisations internationales, comme l'OMS, régionales, comme le WAHO, et locales, comme le Ministère de la Santé du Sénégal, insistent beaucoup pour renforcer la coopération entre le médecin traditionnel et le médecin moderne. À ce propos les fonds adressés à l'organisation de séminaires pour l'échange d'informations et de bonnes pratiques sont nombreux: la MT devrait soutenir la médecine moderne pour ce qui concerne le traitement des maladies typiques de la société africaine et au même temps recevoir une formation sur le diagnostic, le contrôle et l'hygiène.

Les organes techniques liés au domaine spécifique de la phytothérapie s'opposent à l'organisation de ces rencontres, car ils estiment que la formation du personnel ne sera jamais efficace si l'on ne trouve pas une collaboration fertile pour laquelle tous peuvent obtenir de petits avantages et être encouragés à continuer dans le chemin.

Afin d'atteindre des objectifs concrets comme la régulation du secteur et, par conséquent, une majeure incorporation dans la médecine moderne, les groupes de recherche prétendent d'oublier l'aspect mystique et symbolique de la MT pour mieux se concentrer sur l'étude des propriétés thérapeutiques et des principes actifs typiques des herbes. Au même temps, il ne faut pas isoler la MT de l'environnement socio-culturel qui l'identifie en la privant de légitimité [16].

## CONCLUSIONS

En termes de santé, la comparaison entre la MT et la MC reste une question centrale dans la situation sanitaire d'aujourd'hui en Afrique. Pour promouvoir une coopération efficace entre les deux systèmes de soins, le Gouvernement du Sénégal devrait accorder une certaine légitimité aux praticiens de la MT. Cela signifie reconnaître officiellement toutes ou partie de leurs compétences.

Une collaboration est complexe parce que les deux systèmes de soins ne disposent pas d'un même niveau de développement. Ils parcourent des chemins parallèles très différents: c'est l'expérience qui détermine la connaissance empirique du guérisseur, et de l'autre côté, la médecine moderne s'appuie sur des diagnostics précis et détaillés de la maladie du patient [17].

La tendance de la MC est celle de subordonner les savoirs de la MT à ses propres lois scientifiques, bien que la MT, en raison de sa capacité à satisfaire un besoin culturel et de sa plus grande accessibilité géographique et économique, offre des traitements plus abordables [18].

Les deux sujets du processus de guérison (thérapeute traditionnel et patient) partagent la même idée sur les causes, l'importance et le traitement de la maladie.

D'après ce qui ressort de l'analyse des deux itinéraires thérapeutiques, les deux domaines coexistent dans les pratiques de soins adoptées par les populations locales. Malgré cela, ils ne coopèrent pas, c'est à dire qu'ils n'interagissent pas et ne s'intègrent pas au niveau formel, alors que cela arrive sporadiquement au niveau plus informel. La MT au Sénégal garde une certaine richesse, et à cause de cette diversité il est plus difficile d'établir des critères scientifiques de qualité, d'efficacité et de sécurité comme le demandent les politiques et les directives supranationales. La complexité de la MT avec ses multiples aspects obstacle sa pleine entrée dans le SSN, et c'est pourquoi la tendance est d'intégrer la médecine la plus simple, c'est à dire la phytothérapie.

L'on dirait que cela s'avère d'être la seule branche de la MT qui peut être testée et réglée en fonction des standards scientifiques, en en faisant un domaine privilégié pour l'intégration entre les deux champs de la médecine, et pourtant, cela pose encore des questions essentielles pour en permettre l'admission dans le SSN.

L'on pourrait donc mieux valoriser le domaine de la phytothérapie en supportant la recherche rigoureuse et appliquée, permettant aux experts d'identifier une trajectoire politique axée sur l'étude du commerce et de la diffusion

des plantes médicinales (production, stockage et distribution) ainsi que de créer une pharmacopée traditionnelle officielle. Il faut encourager la coopération parmi les opérateurs, avec l'aide de modérateurs pour favoriser, ainsi, la création et le développement de centres d'expérimentation, qui soient au moins au même niveau, et possiblement meilleurs de celui de Malango et de l'Hôpital Traditionnel de Keur Massar.

L'échange d'informations et de bonnes pratiques avec les Pays voisins, qui ont déjà réglementé le domaine de la médecine traditionnelle, pourrait favoriser le chemin de l'institutionnalisation en Sénégal.

À côté des problèmes d'ordre politique et institutionnel, il faut entreprendre une action décisive pour surmonter certaines limites concernant l'utilisation et la distribution des traitements à base d'herbes médicinales. Les organes techniques du Service d'Hygiène et de l'inspection régionale des Eaux et Forêts de Saint Louis, déclarent que dosage, stockage et conservation inadéquats des plantes, souvent causés par une mauvaise formation des opérateurs de la MT, sont la raison principale pour laquelle la phytothérapie n'est pas considérée comme un champ scientifiquement sûr de la médecine traditionnelle.

Ce genre de connaissances se transmet oralement. Cela implique, d'une part, le risque d'une perte progressive du savoir collectif, et de l'autre pose un problème épineux touchant la notion de propriété intellectuelle qui mérite une étude ad hoc. À ce propos, on assiste à une forte méfiance des praticiens de la MT relative à l'échange d'informations en dehors de leur environnement. Un autre risque pour l'environnement est la perte massive de biodiversité, en raison de l'exploitation intensive des plantes médicinales.

Ce ne sont pas seulement les organisations nationales, internationales et gouvernementales et non gouvernementales qui poussent pour protéger ce phénomène, mais aussi les multinationales qui ont un intérêt dans l'exploitation de ces ressources car la phytothérapie est encore un secteur en expansion. Le risque réside dans la peur que ces pratiques ne soient pas adressées pour le bénéfice exclusif des populations locales, mais pour le bénéfice des lobbies pharmaceutiques.

L'analyse des données a indiqué que le processus plus efficace pour atteindre l'institutionnalisation de la MT dans le SSN est du type *bottom-up*: à partir d'une opération de sensibilisation et formation des premiers maillons de la chaîne il faut remonter jusqu'au sommet de la pyramide pour inclure finalement l'État.

Cette approche est la seule à permettre que la simple formation des opérateurs traditionnels aboutisse à la création d'associations autonomes, qui reçoivent une reconnaissance officielle au niveau nationale et qui leur permette de participer activement à l'élaboration des politiques de santé.

Le recours à méthodes innovantes devrait être guidée par des conditions préalables de justice et d'équité qui valorisent le niveau local, le potentiel social et l'utilisation de ressources alternatives, dans l'espoir de développer de nouvelles formes de collaboration au sein et parmi les différents niveaux [19]. Cela étant, l'on peut résumer le rapport entre MT et MC dans trois catégories de relations. *L'opposition*, par premier, prévoit que la MT soit éradiquée pour le bien du patient, car préjudiciable à son bien-être. *L'intégration*, deuxièmement, favorise l'inclusion dans le SSN sur la base des standards et des mesures vouées à la validation scientifique des traitements. *Le pluralisme*, par dernier, opte pour une coopération entre les différents systèmes de santé de manière cohérente avec le principe d'autonomie du patient, car cette approche reconnaît la valeur de la liberté dans le choix de traitement. Le pluralisme encourage la recherche et la communication ouverte, tout en respectant l'intégrité de chaque système thérapeutique [20]. Pour conclure, l'une des possibilités de promotion d'une politique organisée, visant au pluralisme thérapeutique, est celle de profiter des infirmiers en tant que sujets-ponts entre la MC et la MT. Comme cela a déjà été mentionné, les infirmiers sont ces personnes qui maintiennent un lien très fort avec les traditions et les populations. Ils sont considérés des médiateurs qui facilitent la collaboration entre les médecins traditionnels et conventionnels à l'intérieur des différents lieux thérapeutiques mis en place dans le but de poursuivre un chemin parallèle. Un champ fertile de collaboration est le diagnostic et le monitoring de la maladie, considéré comme un moment où l'on écoute le patient sous deux différents "loupes": celle traditionnelle, soutenue par l'enracinement socio-culturel et celle conventionnelle, soutenue par l'analyse clinique scientifique.

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] OMS, National Policy on Traditional Medicine and Regulation of Herbal Medicine, in Report of a WHO Global Survey, [www.apps.who.int](http://www.apps.who.int), 2005.
- [2] Déclaration de Alma Ata, Primary Health Care, 1978, [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\\_almaata](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata).
- [3] U. Payyappalimana, Role of Traditional Medicine in Primary Health Care: an overview of perspectives and challenges, in Yokohama Journal of Social Sciences, Vol.14, n.6, 2010.
- [4] F. Bottaccioli, Dalla medicina alternativa alla medicina integrata, in *XXI secolo*, <http://www.treccani.it/enciclopedia/dalla-medicina-alternativa-alla-medicina-integrata>.
- [5] P. Coppo et A. Keita, Médecine traditionnelle. Acteurs itinéraires thérapeutiques, Edizioni E, pp.1-336,1990.
- [6] S.N. Faye, Médecine Traditionnelle et Dynamiques Interculturelles: Les Implications Socio-antropologiques de la Formalisation de la Tradition à l'Hôpital Traditionnel de Keur Massar, Thèse des Lettres et Sciences Humaines, Section de Sociologie de la Faculté de Saint Louis, 2001.
- [7] C.K. Diouf, Les médecines moderne et traditionnelle: deux écoles complémentaires sur le continent, dans le Séminaire au Pencum Goethe, La médecine traditionnelle., Ed. Goethe-Institut, Dakar, pp.15-22, 2001.

- [8] M. Tuareg, Les médecines moderne et traditionnelle: deux écoles complémentaires sur le continent, dans le Séminaire au Pencum Goethe, La médecine traditionnelle., Ed. Goethe-Institut, Dakar, 2001.
- [9] Y. Jaffré, O. De Sardan, Une médecine inhospitalière: les difficiles relations entre soignants et soignés danq cinq capitales de l'Afrique de l'Ouest, Ed. Karthala, Paris, p.15, 2003.
- [10] A.L. Barry, Intégration des phytomédicaments dans le système de soins de santé au Sénégal: problèmes et perspectives, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Thèse Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'odontostomatologie, n.79, 2008.
- [11] S. Cummins, S. Curtis, A.V. Diez-Roux, S. Macintyre, Understanding and representing place in health research: a relational approach, in Social Science & Medecine, Elsevier, vol. 65, pp. 1825-1838, [www.elsevier.com/socscimed](http://www.elsevier.com/socscimed), 2007.
- [12] P.P. Mhame, K. Busia, O. Kasilo, Clinical practices of African traditional medicine, in Decade of African traditional medicine, The African Health Monitor, Special issue vol. 14, pp. 33-39, 2010.
- [13] D. Fassin,. Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie Sociale dans la Banlieu de Dakar, Presse Universitaire de France, Paris, pp.29-30, 1992.
- [14] Prometra International, Recherche collaborative entre les Médecines Moderne et Traditionnelle, dans le Périodique de Recherches et d'Informations Scientifiques, Médecine Verte, n.45, Dakar, 2011.
- [15] H.F. Ellenberger, Médecines de l'ame. Essais d'histoire de la folie et des guérisons physiques, Ed. Fayard, Paris, pp.433 e ss, 1995.
- [16] O. Gollnhoffer, R. Sillans, Cadres, éléments et techniques de la Médecine traditionnelles. Aspects psychothérapeutiques, dans le Bulletin de la société de Psychopatologie et d'hygiène mentale, Psychopatologie africaine, Vol 11, n.3., Dakar, p.285, 1975.
- [17] Y. Pares, La médecine traditionnelle et les Maladie Moderne, in Séminaire au Pencum Goethe, La médecine traditionnelle, Ed. Goethe-Institut, Dakar, pp.39-43, 2001.
- [18] I. Coulibaly, B. Keita, M. Kuepie, Les déterminants du recours thérapeutique au Mali: entre facteurs socioculturels, économiques et d'accessibilité géographique, in Association Internationale des Demographes de Langue Francaise (AIDELF), Démographie et Cultures. Actes du colloque de Québec du 2008, Ed. Consortium Erudit, pp.147-176, 2010.
- [19] Rapport de Sundsvall, Les endroits les meilleurs pour la santé, 3<sup>o</sup> Conférence internationale pour la promotion de la Santé, Swède, 1991, [http://wwwold.ausl.re.it/HPH/Frontend/Home/DocumentViewer.aspx?document\\_id=250](http://wwwold.ausl.re.it/HPH/Frontend/Home/DocumentViewer.aspx?document_id=250)
- [20] J.P. Dozon, N. Sindzingre, Pluralisme thérapeutique et médecine traditionnelle en Afrique contemporaine, dans Cahier XII, La santé dans le tiers-monde, la coopérative d'édition de la vie mutualiste, n. 12, pp.43-52, Marseille, 1986.