



Thèse
Présenté par ABE
N'DOUMY NOËL

**Université de Côte
d'Ivoire Faculte des
Lettres Et Sciences**

**La médecine Africaine et la médecine
officielle en Côte d'Ivoire : une approche
stratégique de collaboration**

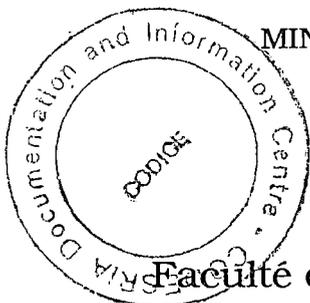
Année 1991-1992



22 SEP. 1993

15.04.06
ABE
5417

RÉPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE
Union - Discipline - Travail



MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE



Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines
Département d'Ethno-Sociologie

THÈSE

Pour le Doctorat de 3ème Cycle

Option : SOCIOLOGIE ET ANTHROPOLOGIE

MEDICALES

LA MÉDECINE AFRICAINE ET LA MÉDECINE OFFICIELLE EN CÔTE D'IVOIRE :

Une approche stratégique de Collaboration

Présentée par :

ABE N'DOUMY NOËL

Directeur de Thèse :

Professeur KOUAKOU N'Guessan François

Co-Directeur

M. Essane Séraphin

(Maître de Recherches)

Année 1991-1992

DEDICACE

CET OUVRAGE EST DÉDIÉ À :

- NOTRE ONCLE FEU ALBÉRIC ADON
- NOTRE MÈRE KOUSSO HENRIETTE
- NOTRE PÈRE DOMINIQUE ABE
- NOTRE FRÈRE AHOUA EUGÈNE
- TOUS NOS MAÎTRES DE L'ENSEIGNEMENT PRIMAIRE,
SECONDAIRE ET SUPÉRIEUR
- TOUS NOS AMIS.

S O M M A I R E

	<u>PAGES</u>
<u>AVANT-PROPOS</u> :	6
<u>INTRODUCTION GENERALE</u> :	9
<u>I - APPROCHE THEORIQUE DE LA THESE</u> :.....	10
A - Le champ de référence.....	10
B - L'état de la question.....	12
C - L'originalité de l'étude	17
D - Intérêt de l'étude.....	25
<u>II - APPROCHE METHODOLOGIQUE DE LA THESE</u> :.....	28
A - Les étapes de l'échantillonnage	28
B - Choix des variables.....	41
C - Les techniques de collecte	44
D - L'analyse des données	48
E - Les difficultés et limites de l'étude	53
F - Indication du plan d'analyse	54
<u>PREMIERE PARTIE : LE SYSTEME DE SANTE EN COTE D'IVOIRE : SON MODE DE FONC- TIONNEMENT ET SA LOGIQUE DE CONTRADICTIONS</u>	55
<u>CHAPITRE 1 : LE PROCESSUS D'ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE EN COTE D'IVOIRE</u> :.....	56
I - La médecine européenne pendant la période pré-coloniale	57
II - La médecine européenne pendant la période coloniale	60
III - La médecine européenne depuis l'Indépendance Politique	67

<u>CHAPITRE 2 : LE SYSTEME DE SANTE EN COTE D'IVOIRE</u> <u>ET SA LOGIQUE DE CONTRADICTIONS :</u>	126
I - La contradiction avec la logique culturelle :	126
II - La contradiction avec la logique géo- organisationnelle :	142
III - La contradiction avec la logique socio- économique :.....	186
<u>CHAPITRE 3 : LES IMPLICATIONS SOCIO-CULTURELLES</u> <u>DES LOIS DE CONTRADICTIONS DU SYSTEME</u> <u>DE SANTE EN COTE D'IVOIRE :</u>	204
I - L'implication culturelle : la dialectique des rapports entre la médecine africaine et la médecine officielle :	205
II - L'implication socio-économique : la formation des composantes du secteur informel de la santé :	218
III - L'implication psycho-sociologique : l'émergence des déviations médicales :	257
<u>CONCLUSION PARTIELLE :</u>	264
<u>DEUXIEME PARTIE : LA MEDECINE AFRICAINE DANS LE PRO-</u> <u>CESSUS DES MUTATIONS SOCIO-</u> <u>CULTURELLES EN COTE D'IVOIRE</u>	267
<u>CHAPITRE 4 : LES FACTEURS DETERMINANTS DE LA</u> <u>SANTE ET DE LA MEDECINE AFRICAINE :.....</u>	268
I - Les données objectives de la médecine africaine	269
II - Les données subjectives de la médecine africaine.....	299

CHAPITRE 5 : LES PRATIQUES ORIGINALES DE LA MEDECINE

AFRICAINNE : 326

I - La formation de la médecine africaine..... 327

II - Le mode de traitement de la médecine
africaine : 354

III - La médecine africaine dans le processus
des mutations sociales : 384

CHAPITRE 6 : LE SYMBOLISME OU L'UNIVERS INVARIANT

DE LA MEDECINE AFRICAINE :..... 399

I - Le domaine du symbolisme en médecine
africaine : 400

II - La médecine africaine et le domaine religieux :..... 409

III - La médecine africaine et le domaine de la
magie : 423

CONCLUSION PARTIELLE : 440

TROISIEME PARTIE : FONDEMENTS ET PERSPECTIVES DE

COLLABORATION ENTRE LA MEDECINE

AFRICAINNE ET LA MEDECINE OFFICIELLE

EN COTE D'IVOIRE : 443

CHAPITRE 7 : FONDEMENT THERAPEUTIQUE DE LA

COLLABORATION : 444

I - La phytothérapie : premier élément
d'efficacité de la médecine africaine : 445

II - La psychothérapie : deuxième élément
d'efficacité de la médecine africaine : 471

III - La parapsychologie : troisième élément
d'efficacité de la médecine africaine : 489

	<u>PAGES</u>
<u>CHAPITRE 8 : FONDEMENTS ANTHRO-PO-SOCIOLOGIQUES</u>	
<u>DE LA COLLABORATION</u> :	518
I - La collaboration comme solution à la logique des contradictions du système de santé en Côte d'Ivoire :	518
II - La collaboration comme contribution à la recherche de l'équilibre psycho- sociologique dans les sociétés africaines à travers le processus des mutations socio-culturelles :	540
<u>CHAPITRE 9 : IMPLICATIONS PRATIQUES DE LA THESE</u>	
<u>DE COLLABORATION</u> :	549
I - Les acquis théoriques de l'étude :	550
II - Les perspectives stratégiques de la collaboration :	559
<u>CONCLUSION GENERALE</u> :	584
<u>TABLE DES MATIERES</u> :	593
<u>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</u> :	617
<u>PAGES ANNEXES</u> :	649

FORCES DE LA NUIT

Savoir plus

LUNDI 14 NOVEMBRE 1988 - IVOIR'SOIR PAGE 4

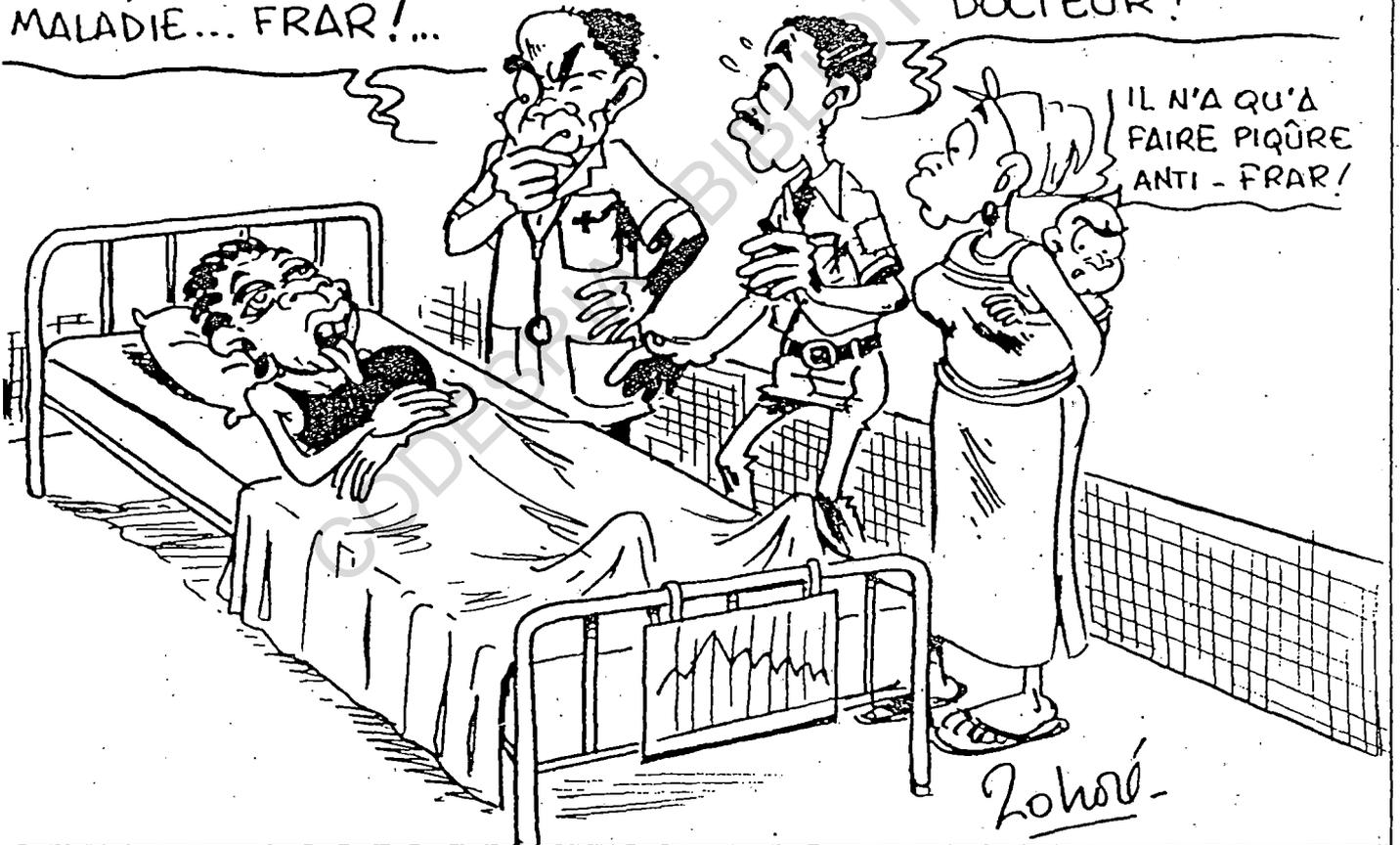
MANGEURS D'ÂMES D'AFOTOBO

Les moutons noirs de la sorcellerie

J'AI BEAU CHERCHER LA CAUSE DE LA MALADIE MAIS JE NE TROUVE RIEN. ÇA, C'EST UNE MALADIE... FRAR!...

MALADIE FRAR?! C'EST NOUVEAU MALADIE-ÇA DOCTEUR!

IL N'A QU'A FAIRE PIQÛRE ANTI-FRAR!



Zohoré

AVANT - PROPOS

"TANT QUE LA SOCIÉTÉ NE POSE PAS DE PROBLÈMES DIFFICILES, N'EXIGE PAS D'ACTIONS TROP COÛTEUSES, LES INDIVIDUS DISPOSÉS AUX TROUBLES PSYCHIQUES PEUVENT ARRIVER À S'ADAPTER ET À MENER UNE EXISTENCE NORMALE ; C'EST LE CAS DES COMMUNAUTÉS HOMOGÈNES ET TRADITIONNELLES COMME LES COMMUNAUTÉS RURALES ; MAIS AVEC LA CONCURRENCE, LA LUTTE POUR L'AMÉLIORATION DE SON NIVEAU DE VIE ÉCONOMIQUE OU DE SON STATUT SOCIAL, LA GRANDE CITÉ, HÉTÉROGÈNE ET PROGRESSISTE, NOUS FORCE À GÂTER RAPIDEMENT NOS DERNIÈRES RESSOURCES".

CETTE PENSÉE DE PIERRE JANET NE REPRÉSENTE PAS LE RÉSUMÉ SUBSTANTIEL DE CETTE ÉTUDE.

ELLE N'Y CONSTITUE PAS NON PLUS LE POINT LE PLUS IMPORTANT. MAIS ELLE S'Y ADMET COMME L'UN DES ASPECTS ESSENTIELS.

PARCE QUE CETTE RÉFLEXION SUGGÈRE EN PARTIE, LE FONDAMENT ÉPISTEMOLOGIQUE DE LA PROBLÉMATIQUE DES MALADIES PHYSIQUES, PSYCHIQUES ET PSYCHO-SOMATIQUES AU SEIN DES SOCIÉTÉS AFRICAINES QUI SE TROUVENT ENGAGÉES DANS UN PROCESSUS ACCÉLÉRÉ D'ACCULTURATION ET DE TRANSCULTURATION DANS L'ÉTAT ACTUEL DES CHOSSES.

A CET EFFET, POUR NOTRE PART, LA RECHERCHE DE SOLUTIONS FIABLES ET ADAPTÉES À LA QUESTION SANITAIRE DANS LE PROCESSUS DE CETTE DYNAMIQUE SOCIO-CULTURELLE AFRICAINE, NE PEUT ÊTRE L'AFFAIRE EXCLUSIVE D'UNE CATÉGORIE DE PRATICIENS COMME LES MÉDECINS, LES PHARMACIENS OU LES INFIRMIERS.

LA SANTÉ RESTE PLUTÔT "L'AFFAIRE DE TOUS".

MAIS L'IMPORTANT EST DE POUVOIR DEFINIR AVEC CLARTE, LE RÔLE PRINCIPAL A JOUER DE CHACUN.

AUSSI, C'EST PAR RAPPORT A CETTE PERSPECTIVE MULTIDIMENSIONNELLE PRECISE QUE LA CONFECTION DE CETTE OEUVRE A-T-ELLE NÉCESSITÉ LA CONTRIBUTION INDISPENSABLE DES UNS ET DES AUTRES A DIVERS NIVEAUX.

EN RETOUR, NOUS AIMERIONS SIGNIFIER NOTRE RECONNAISSANCE A TOUTES CES PERSONNES POUR LEUR COLLABORATION, ET LEUR ADRESSER PAR LA MEME OCCASION, NOS FRANCS REMERCIEMENTS.

- PROFESSEUR KOUAKOU N'GUESSAN FRANCOIS, SOCIOLOGUE, POUR SON RÔLE DE PARRAINAGE ET DE DIRECTEUR DE THESE.
- PROFESSEUR ESSANE SERAPHIN, ANTHROPOLOGUE, POUR SON ENCADREMENT ET SA COLLABORATION TECHNIQUE EN TANT QUE CO-DIRECTEUR DE THESE.
- PROFESSEUR LAURENT AKE ASSI, BOTANISTE, DIRECTEUR DU CENTRE NATIONAL DE FLORISTIQUE, POUR SES INSTRUCTIONS RELATIVES AUX ETUDES ETHNO-BOTANIKUES EN COTE D'IVOIRE.
- DOCTEUR PIE MASUMBUKO, REPRESENTANT DE L'OMS EN COTE D'IVOIRE, POUR LA FOURNITURE DES DOCUMENTS DE BASE SUR LA SPT/2000.
- DOCTEUR ADOH ADOH, ECONOMISTE, CHERCHEUR AU BUREAU D'ORGANISATION ET DE GESTION (BOG) DU MINISTERE DE LA SANTE, POUR L'OCTROI DES DOCUMENTS AUTHENTIQUES.
- MONSIEUR AGBOGIDI SETH KWASHIE, PROFESSEUR D'ANGLAIS AU COLLEGE LES "ACACIAS" DE DALOA, POUR SES TÂCHES DE GUIDE ET D'INTERPRÈTE AU GHANA.

- TOUT LE PERSONNEL DES SERVICES DE LA PLANIFICATION ET DE LA STATISTIQUE SANITAIRES, DE L'INSP, DE LA BANQUE DE SANG, DE L'ECOLE DES INFIRMIERS (IERES) ET SAGES-FEMMES POUR L'OCTROI DES INFORMATIONS ET DE LA DOCUMENTATION EN SANTE PUBLIQUE.
- LES MÉDECINS, PHARMACIENS, INFIRMIERS ET SAGES-FEMMES QUI ONT ACCEPTÉ D'ÉMETTRE SINCÈREMENT LEURS AVIS AU COURS DES ENTRETIENS.
- TOUS LES GUÉRISSEURS DE KORHOGO ET D'ALÉPÉ QUI ONT DÉLIBÉREMENT ACCEPTÉ D'EXPLIQUER OUVERTEMENT LES FONDEMENTS DE LEUR SCIENCE.
- TOUT LE PERSONNEL DU CODESRIA (CONSEIL POUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA RECHERCHE ECONOMIQUE ET SOCIALE EN AFRIQUE) POUR SA CONTRIBUTION FINANCIÈRE (SUBVENTION DE 3.000 \$).
- MONSIEUR YAPO OGUIE URBAIN, POUR SON ASSISTANCE MATÉRIELLE ET TECHNIQUE (1ÈRE DACTYLOGRAPHIE).

! !
! INTRODUCTION GENERALE !
! !
! !

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Introduction Générale

Le chapitre introductif de ces travaux a pour objet, d'en présenter l'orientation théorique et la procédure méthodologique suivie. Pour ce faire, le volet théorique comportera le champ de référence, l'état de la question, l'originalité de l'étude et l'intérêt de cette étude. La procédure méthodologique précisera les étapes de l'échantillonnage, indiquera les techniques de collecte des données, et définira la méthode de traitement de ces données.

I - APPROCHE THEORIQUE DE LA THESE

A. LE CHAMP DE REFERENCE

Le champ particulier que nous nous proposons d'explorer au cours de cette étude est le domaine précis de la santé. De fait, il reste établi dans l'histoire des sociétés humaines, que la santé se présente comme l'une des conditions préalables au progrès économique, social et culturel. C'est la raison pour laquelle la question de la santé a été assez souvent considérée comme une priorité de premier ordre de toutes les préoccupations au sein des groupements humains.

Pour ainsi dire, chaque peuple, en rapport avec son environnement écologique, ses systèmes de représentation idéologique, ses structures d'organisation sociale et ses connaissances acquises, met en place des structures et infrastructures appropriées en vue de répondre efficacement aux besoins spécifiques de santé de la population. C'est ainsi que historiquement, des systèmes authentiques de santé ont pris naissance au sein des communautés humaines en dépit de la variation de leur niveau de développement économique et technologique respectif ; on a la médecine indienne chez les Indiens, la médecine européenne chez les Européens, la médecine australienne chez les Australiens etc.

Dans le contexte singulier des communautés africaines, l'on parle alors de médecine africaine ; c'est-à-dire

la médecine de tradition authentiquement africaine.

La structuration de cette médecine originelle intègre cohéremment le système socio-culturel local et s'érige en institution sociale en tant que telle. A l'époque pré-coloniale, le statut légitime de cette institution se laissait identifier à travers le statut de prestige du praticien qui est le guérisseur, puis le caractère sacré du sanctuaire en tant que cadre spécifique des activités médicales. Cependant, à partir de l'époque coloniale, il s'amorce le processus d'insertion d'une institution médicale d'un type nouveau, et étranger aux sociétés africaines. C'est le commencement de l'implantation progressive de la médecine européenne dans cet environnement socio-culturel africain.

Ce nouveau modèle médical de type européen se caractérise quant à lui, par le recours à une politique sanitaire qui définit des objectifs de priorité, à la création de structures formelles de formation du personnel médical approprié, à la définition d'un circuit de distribution des médicaments, et à la construction de différentes catégories de formations sanitaires pour l'accueil des patients (hôpitaux et centres de santé).

Aussi, ce second modèle de médecine d'origine européenne devient-il par la suite, la médecine légale, imposée de façon officielle à toutes les populations africaines. Nous aboutissons en effet, à la situation historique originale qui est la cohabitation de deux modèles de médication différents au plan de la forme et du contenu au sein des communautés africaines. Car différence au niveau des systèmes de représentation de la maladie, de la guérison et de la santé ; différence au niveau des structures d'organisation ; et différence au niveau des lois de fonctionnement. Il s'agit là d'une "situation d'interférence culturelle" au plan sanitaire.

En fait, face à cette réalité sociale historique, une question de fond se pose : "comment à partir de ces deux systèmes médicaux distincts, peut-on asseoir un modèle de médication efficace, c'est-à-dire sans hiatus ni contradictions préjudiciables à l'état de santé des

populations africaines ?"

A cette interrogation historique préoccupante, correspondent des réponses variées qu'il convient d'examiner. La présentation de ces différentes réponses proposées dans l'histoire des systèmes de santé en Afrique constitue du même coup, la rubrique de "l'état de la question".

B. L'ETAT DE LA QUESTION

De fait, la problématique générale de "l'interférence culturelle" au plan sanitaire en Afrique a déjà suscité l'élaboration de plusieurs hypothèses qui ont permis de conduire des travaux de recherche scientifique assez importants. Pour ce qui nous concerne, nous restons dans le contexte particulier de la Côte d'Ivoire qui demeure notre cadre d'étude.

A ce sujet, la première hypothèse opérationnelle que propose officiellement l'Etat ivoirien est l'exploitation systématique des plantes curatives de la médecine africaine. Nous nous situons dans le cas de cette hypothèse, dans la perspective biochimique de la recherche.

1 - La perspective bio-chimique : l'hypothèse de l'Etat.

Il s'agit précisément des études de laboratoire conduites par l'intervention de plusieurs disciplines scientifiques ; la botanique, la physique, la chimie, la pharmacologie, la physiologie... Pour ainsi dire, c'est exactement en 1972 que l'Etat ivoirien décide d'orienter officiellement la recherche concernant la médecine africaine vers cette perspective précise. Pour ce faire, il est conçu le "Programme de substances naturelles à usage pharmaceutique et cosmétique".

Le plan réel d'activité de ce programme se traduit par le recensement des plantes médicinales et le recueil de recettes médicamenteuses auprès des guérisseurs. Il s'agit là en fait, d'une mission d'études ethno-botaniques. Cette mission se trouve confiée à une structure de recherche spéciali-

sée à cet effet. C'est le Centre National de Floristique. Il est créé en 1973 à Abidjan, et travaille en collaboration avec la faculté des sciences et techniques, puis avec la faculté de pharmacie de l'Université d'Abidjan.

Les rapports de collaboration entre ces trois filières universitaires s'inscrivent précisément dans la perspective de la fabrication de produits pharmaceutiques à partir des plantes curatives de la médecine africaine.

En outre, parallèlement à cette option bio-chimique officielle initiée par l'Etat, la revue de la littérature montre qu'il existe également d'autres ouvertures que nous convenons d'intituler dans leur ensemble, les perspectives ethno-sociologiques.

2 - Les perspectives ethno-sociologiques

Il s'agit des différentes approches envisagées par les sciences sociales à propos de la question. Ce sont la sociologie, l'ethnologie, la psychologie, l'anthropologie et la psychiatrie.

Dans ce volet, il convient de faire remarquer d'abord que les travaux effectués présentent des orientations multiples. De plus, ces travaux se limitent à des niveaux divers. En voici quelques références relevées.

a - La perspective ethnologique : l'hypothèse de KERHARO (J) et BOUQUET (A)

La recherche documentaire révèle que ces deux auteurs sont les premiers à avoir consacré un travail de réflexion approfondie sur ce sujet.

Le cadre d'étude retenu est la Côte d'Ivoire et la Haute-Volta (actuel Burkina-Faso). Le travail fait allusion à plusieurs groupes ethniques ; ce sont les Krou, Guéré, Agni, Baoulé, Sénoufo, Mossi etc... Cette étude à caractère ethnologique s'est orientée sur deux axes principaux :

- la mise en évidence des liens intimes entre la médecine

africaine et les phénomènes de sorcellerie et de fétichisme ;
- puis la définition de l'originalité des attitudes thérapeutiques, basées sur la pharmacopée, la préparation des recettes et le traitement de quelques maladies (1).

b - La perspective ethno-psychiatrique : l'hypothèse
de LAPLANTINE (F)

François LAPLANTINE s'est particulièrement intéressé au modèle de médication en pays baoulé de Côte d'Ivoire. L'objet d'étude a précisément porté sur les systèmes de représentation de la maladie mentale, les attitudes thérapeutiques et la dynamique de ces cadres culturels. Il s'agit en bref, d'une étude systématique de la "psychiatrie baoulé" à travers la dynamique sociale engendrée par la modernité (2).

c - La perspective anthropologique : l'hypothèse de
HOUPHOUET KOFFI Hélène

Ceci est un travail effectué dans le cadre de la préparation d'une thèse de doctorat de 3eme cycle en sociologie. Il s'est particulièrement orienté sur le comportement des populations ivoiriennes face à la médecine européenne.

Il consistait surtout "à saisir, déterminer et analyser les attitudes et comportements des ivoiriens face à la médecine moderne, et au besoin, identifier les formes de résistances (...), l'impact de la pratique médicale moderne sur les usagers" (3).

-
- (1) KERHARO (J) et BOUQUET (A) : Sorciers, féticheurs et guérisseurs de la Côte d'Ivoire - Haute-Volta.
Vigot frères, Paris 1950
- (2) LAPLANTINE (F) : Maladie mentale et thérapies traditionnelles en Afrique Noire.
Editions universitaires, Paris 1976
- (3) HOUPHOUET KOFFI (H) : Modernisation thérapeutique et résistance au système médical occidental en Côte d'Ivoire : le cas d'Abidjan.
Thèse de doctorat de 3eme cycle en sciences sociales.
I.E.S, Abidjan 1989.

Au regard de ces quelques références bibliographiques relevées, il s'impose un examen critique de leurs orientations qui doit nous permettre de faire le point pour pouvoir circonscrire nos objectifs originaux.

3 - Limites des travaux antérieurs

- Dans le contexte de la perspective bio-chimique, il convient de remarquer que le support méthodologique sur lequel se fonde cette perspective singulière ne repose essentiellement que sur la recherche des principes actifs des plantes médicinales locales. Nous nous retrouvons en effet, dans le domaine d'investigation appelé en sciences médicales ; la chimiothérapie.

Ainsi comme nous le constatons, nous rejoignons dans une certaine mesure, la recherche des lois biochimiques qui demeure le principe de base de la médecine européenne.

En définitive, nous en déduisons que la portée de cette première perspective de recherche revêt une importance certaine, mais cela fait encore appel à des réserves légitimes. Car la question de la santé ne se réduit pas seulement à la production de médicaments ou du moins, à la chimiothérapie.

En outre, il y a à côté de ce premier aspect, d'autres méthodes et d'autres techniques élaborées qui se réfèrent aux systèmes de représentation cosmogonique, sociale et culturelle autochtones.

Dans le cas de la médecine africaine, c'est l'aspect dit "mystique" ou encore appelé "magico-religieux".

De ce fait, le cadre de réflexion concernant l'interrelation entre la médecine africaine et la médecine européenne paraît encore plus complexe que l'aboutissement à un simple produit pharmaceutique : parce que le processus de cette interrelation pourrait entraîner des implications d'ordre psychopathologique grave que le produit pharmaceutique ne serait capable de liquider. Cette dernière alternative ne

relève pas tout à fait du domaine de recherche des sciences biologiques. Elle revient en partie aux sciences sociales.

Sous ce rapport, nous aboutissons clairement au fait que la portée de la perspective biochimique paraît encore très limitative et partielle. Et c'est pour cette raison que l'intervention des spécialistes des sciences sociales sur la question s'est avérée indispensable.

- Dans le contexte des perspectives ethno-sociologiques, tantôt les analyses portent sur l'étude systématique des schémas culturels du diagnostic, d'interprétation des maladies et du processus de guérison de la médecine africaine. Tantôt elles se consacrent au modèle de comportement que suscitent certains aspects de la médecine européenne. Mais au total, elles n'abordent nullement de front, la véritable question relative à la recherche de solutions concrètes concernant "l'interférence culturelle" au plan de la santé.

En somme, à la lumière de toutes ces considérations épistémologiques qui précèdent, nous en déduisons clairement que la problématique de cette "interférence culturelle" au plan sanitaire reste encore posée dans le cas d'espèce du système de santé en Côte d'Ivoire. Et cette préoccupation se situe en partie, au niveau de la perspective ethno-sociologique en particulier.

Plus encore, dans l'état actuel des choses, l'apparition de nouveaux faits sociaux tangibles, observables dans ce même domaine de la santé, fait logiquement penser à l'hypothèse d'une complexification même de ce phénomène d'"interférence culturelle". Il va ainsi donc de soi, que l'exploration de nouvelles perspectives ethno-sociologiques s'impose.

A cet effet, quels sont ces nouveaux faits tangibles ? Quelles perspectives de réflexion suscitent-ils ? Ces différentes interrogations nous amènent à circonscrire l'originalité de cette étude.

C. L'ORIGINALITE DE L'ETUDE

Son point de départ est la détermination de la problématique scientifique.

1 - La problématique

De fait, lorsque l'on se rend dans les zones rurales et surtout dans les centres urbains en Côte d'Ivoire, il est donné de constater assez fréquemment dans les rues, dans les marchés ou autres lieux publics, une grande variété de structures spontanées, apparemment parallèles au système officiel de santé. nous avons entre autres :

- le réseau de vente des produits pharmaceutiques sur les trottoirs et même dans les boutiques. Dans le langage courant, cette catégorie structurelle est appelée généralement la "pharmacie par terre". En effet, compte tenu de son caractère spontané et illégal, plusieurs autres personnes l'appellent le "marché noir" de la pharmacie ;
- Ensuite, une forme publicitaire de la médecine qui se caractérise par la commercialisation de divers types de produits médicamenteux, soutenue par une grande publicité tapageuse aux moyens de prospectus, de tableaux géants, de mégaphones ou de grelots ;
- Puis, la forme nomadiste d'une médecine africaine introduite par des communautés ethniques d'origine sahélienne. Cette catégorie porte des dénominations diverses dans le contexte ivoirien ; chez les Dioula, cette forme mobile de médecine est appelée "fla-gnima" ; chez les Agni, c'est "adro-papa" etc... tout ceci veut dire "bons médicaments" ;
- Aussi, la forme commerciale des plantes médicinales locales devenue plus imposante sur tous les marchés des centres urbains ;
- Enfin l'installation de plus en plus clandestine d'infirmes privées, surtout dans les quartiers populaires des centres urbains.

Au total, la vente des produits pharmaceutiques sur les trottoirs, la forme publicitaire de la médecine, la

médecine nomadiste, la commercialisation des plantes médicinales locales et la prolifération des infirmeries clandestines représentent les éléments divers qui démontrent le caractère complexe de l'interférence des systèmes de Médication (africain et européen). Nous convenons d'appeler l'ensemble de ces éléments divers actuels ; le "secteur informel de la santé". Car il s'agit d'un ensemble dont le statut juridique et organisationnel des composantes demeure illégal et méconnu par le code de la santé publique en Côte d'Ivoire.

En revanche, la seule et unique entité sanitaire reconnue par ce code de la santé est l'ensemble des structures officielles de la médecine européenne installée depuis la période coloniale.

Dès lors, nous nous retrouvons réellement en face d'une véritable dynamique de la "situation d'interférence culturelle" en matière de santé. Cette dynamique se caractérise par le passage de la phase simple du face à face entre la médecine traditionnelle africaine et la médecine européenne de l'époque coloniale, à la phase complexe d'un système binaire de santé à cette époque post-coloniale ; c'est-à-dire une situation de face à face entre la médecine européenne et le secteur informel y compris la médecine africaine.

En revanche, ce qui apparaît encore plus remarquable à souligner, c'est cette disproportion entre les effectifs de population en ce qui concerne le rythme de fréquentation des deux systèmes. En réalité, les données de terrain montrent que les structures du secteur informel accueillent beaucoup plus de clientèle que le système officiel qui est la médecine européenne.

Et comment prouver cela ?

En effet, d'après les références bibliographiques consultées, il ressort qu'en Côte d'Ivoire, environ 80 % de l'effectif de la population recourent encore à la médecine traditionnelle africaine pour leurs besoins de santé. De plus, il est à noter que dans les agglomérations populaires des centres urbains, chaque petit quartier dispose au moins

de deux infirmeries clandestines et compte en moyenne dix (10) acteurs de la "pharmacie du trottoir" ou le "marché noir de pharmacie".

Cet état de fait donne ainsi logiquement, la preuve d'une "désaffectation latente" du système officiel de santé publique au profit d'un "impact manifeste" des structures parallèles à travers ce contexte binaire.

En définitive, c'est au regard de ce diagnostic de situation d'ensemble, que notre thème de réflexion a été formulé en ces termes : "la médecine africaine et la médecine officielle en Côte d'Ivoire : une approche stratégique de collaboration".

En conséquence, ce diagnostic de situation soulève des interrogations fondamentales qui constituent les questions centrales.

a - Les questions centrales

D'un point de vue objectif, quelles sont les conditions réelles de naissance et les causes efficientes de l'apparition des structures parallèles du système sanitaire ? En plus, par quels processus sociologiques ces structures imposent-elles leur impact manifeste ? Par rapport à ces questions centrales, la réflexion sera guidée par trois questions particulières précises.

b - Les questions particulières

1°) A quel niveau précis de son fonctionnement se situent les lois de contradictions réelles du système national de santé pour que naissent spontanément des structures parallèles complexes, devenues de plus en plus coercitives pour la grande majorité de la population ?

2°) Au plan socio-culturel, quelles sont les données fondamentales invariantes qui contribuent à maintenir la médecine traditionnelle africaine à travers le processus des mutations sociales ?

3°) Dans quelle mesure et dans quelles conditions le système sanitaire ivoirien peut-il être remis en équilibre ?

Ces trois axes de réflexion nous conduisent à préciser la thèse fondamentale qui constitue le substratum théorique à partir duquel s'élabore l'ensemble des travaux.

2 - La thèse

Cette thèse est la suivante :

"un système de santé efficace, c'est-à-dire cohérent et accessible à toutes les catégories sociales d'une population, est celui qui s'articule perpétuellement sur les données objectives spécifiques d'ordre écologique, géographique, socio-économique, démographique et culturel à travers la dynamique sociale".

Pour montrer la validité de cette présente thèse, la démonstration consistera à vérifier les différentes hypothèses élaborées.

3 - Les hypothèses de recherche

Les hypothèses particulières de recherche sont articulées autour d'une principale qui est l'hypothèse conceptuelle.

a - L'hypothèse conceptuelle

Celle-ci découle des questions centrales de la problématique. Elle énonce que l'apparition multiforme des structures parallèles sanitaires correspond à une situation de blocage manifeste du système de santé en Côte d'Ivoire. Et ce blo-

cage du système sanitaire relève lui-même de l'état de déphasage de son modèle de fonctionnement par rapport au contexte socio-culturel natif. Il ressort de cette hypothèse générale, des hypothèses opérationnelles liées aux questions particulières.

b - Les hypothèses opérationnelles

Elles sont au nombre de trois.

. La première hypothèse

La naissance et l'impact des composantes du secteur informel sanitaire découlent de l'inadaptation des structures organisationnelles du système national de santé au cadre socio-culturel des populations. Cette hypothèse sous-entend le rapport de contradiction entre MEDICATION et SOCIETE.

. La deuxième hypothèse

La résistance de la médecine africaine à travers la dynamique socio-culturelle se trouve liée à la capacité de réadaptation de la variable symbolique (l'aspect magico-religieux) de cette médecine face au processus d'acculturation accéléré. Cette hypothèse entrevoit la dialectique des rapports entre CULTURE et MEDICATION.

. La troisième hypothèse

La collaboration entre la médecine originelle de tradition africaine et la médecine européenne constitue une solution efficace d'équilibre et de stabilité du système sanitaire national. Cette dernière hypothèse postule une convergence des données : SOCIETE-MEDICATION-CULTURE comme solution efficace à l'interférence culturelle au plan sanitaire. Ces différentes hypothèses induisent des objectifs précis à atteindre.

4 - Les objectifs de l'étude

En rapport avec la problématique et les hypothèses, les objectifs se distinguent entre objectifs généraux et objectifs spécifiques.

a - Les objectifs généraux

L'objectif principal de l'étude est de faire comprendre par quels processus sociaux le caractère binaire du système de santé est apparu ; montrer également les ressorts de succès et du maintien des structures informelles, pour enfin étudier les possibilités ou conditions de redynamisation du système national de santé. Pour ce faire, des objectifs spécifiques doivent être précisés.

b - Les objectifs spécifiques

Trois objectifs spécifiques sont concrètement définis :

1°) Identifier les lois de contradictions du système officiel sanitaire et stigmatiser les composantes du secteur informel que font naître ces contradictions.

2°) Saisir les formes de variations de la médecine africaine par rapport au processus des mutations socio-culturelles.

3°) Définir enfin les fondements épistémologiques et systématiser les cadres institutionnels de coordination de la collaboration entre la médecine africaine et la médecine européenne.

Cet ensemble de considérations épistémologiques inscrit l'originalité de ces travaux dans une perspective à la fois sociologique et anthropologique.

Ainsi, cette perspective théorique générale qui vise l'amélioration du système sanitaire ivoirien par le projet de collaboration entre cette médecine de tradition africaine marginalisée et la médecine européenne importée et imposée, présente une conséquence logique à un double niveau :

- premièrement, elle suppose d'abord l'idée d'accessibilité de toutes les couches sociales de la population aux structures et infrastructures sanitaires installées ; c'est le rapport de la Médication à la Société ; d'où la perspective sociologique.

- deuxièmement, elle évoque ensuite la mise à contribution effective de toutes les ressources locales disponibles au plan plan humain, matériel, financier et culturel en matière de santé. Ce qui implique un état de cohésion du système global de santé. C'est le rapport de la culture à la Médication ; d'où la perspective anthropologique.

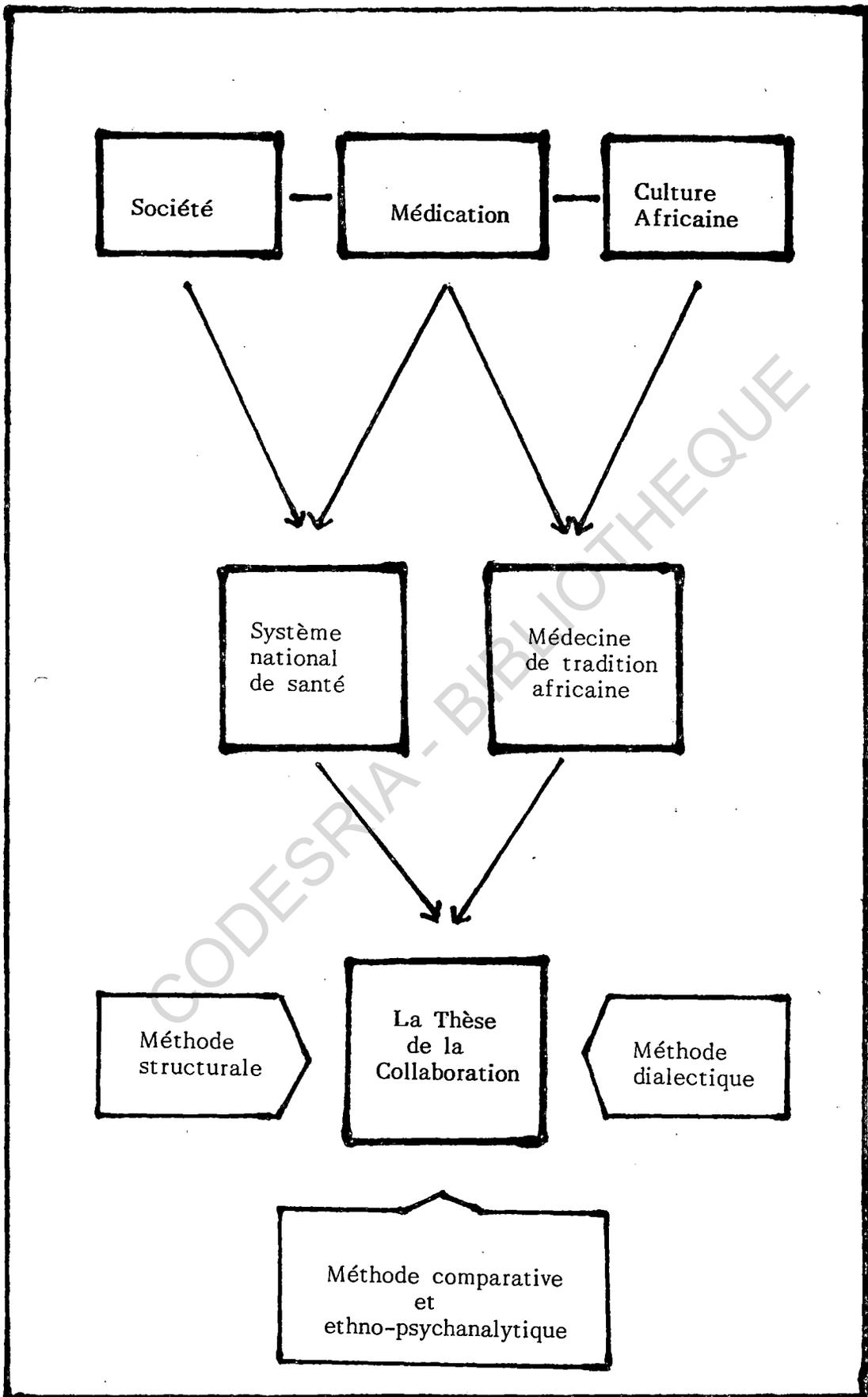
En somme, dans la première perspective de la thèse, nous rejoignons ainsi le slogan officiel "la santé pour tous" ; et dans la seconde, "tous pour la santé" de la déclaration d'ALMA ATA en 1978 en Union Soviétique. Tout compte fait, cela ne signifie nullement que cette thèse de la collaboration se confond intrinsèquement avec cette politique sanitaire officielle : "la santé pour tous à l'an 2000".

Ces deux positions théoriques gardent respectivement chacune son authenticité. Nous verrons plus loin en cours d'analyse, leurs points de recouvrements et leurs différences.

Pendant ce temps, la thèse de la collaboration peut être perçue sous forme de schéma au tableau n° 1 de la page suivante.

Enfin, conviendrait-il d'ajouter que cette orientation théorique ne manque pas d'intérêt.

Tableau n°1 : Schéma de la thèse de la collaboration.



D - INTERET DE L'ETUDE

L'intérêt que nous portons à cette étude se situe à deux niveaux principalement :

1°) Au plan politico-économique

La Côte d'Ivoire est un pays pauvre.

Malheureusement, les ressources naturelles et humaines potentielles dont elle dispose, paraissent consciemment ou inconsciemment négligées dans bon nombre de secteurs d'activités socio-économiques. C'est le cas du secteur de la santé par exemple.

Les guérisseurs dignes de foi et réputés pour leur efficacité incontestable, sont d'un nombre important à travers le pays.

Leurs interventions ont été assez souvent, le seul salut chez beaucoup de patients. Et pour cela, les témoignages ne manquent pas. De plus, les longues années d'expériences dans ce domaine constituent pour ceux-là, une source de richesse inouïe en matière de pharmacopée.

Aujourd'hui, beaucoup ont disparu avec leur savoir. D'autres n'exercent plus pour raison d'âge trop avancé.

Somme toute, tous ces hommes et toutes ces valeurs demeurent rejetés et marginalisés.

Et pourtant, la souffrance physique, mentale, spirituelle et sociale poursuit son chemin sans arrêt.

Parce que la médecine européenne la seule habilitée à intervenir légalement, n'arrive pas toujours à bout de cette misère des hommes.

Aussi pensons-nous qu'une collaboration franche de celle-ci avec la médecine traditionnelle africaine, accueillerait l'adhésion des populations et sauverait encore plus de vies humaines à moindres frais pour ces populations et pour l'Etat.

2°) Au plan de la connaissance scientifique.

La qualité de la santé des populations d'une Nation est l'une des questions les plus préoccupantes de l'Etat.

Aussi, d'un point de vue historique, le développement sanitaire s'est-il pour la plupart du temps, orienté seulement vers les sciences biologiques, économiques, statistiques, épidémiologiques, démographiques etc....

En effet, l'anthropologie en tant que science de l'homme, se trouve ainsi souvent mise à l'écart de cette démarche préoccupante.

Sous ce rapport, au plan de la planification des actions de santé, les instances politiques et administratives ne raisonnent qu'en termes du mesurable et du quantitatif. Par exemple on se demande, quelle est la quantité moyenne de protéines animales consommées par habitant ?

Quel est le ratio médecin - Population ? A combien s'élève la quantité d'énergie (de calories) disponible par habitant ?

Quelle est l'espérance de vie à la naissance ?

Quel est le taux de mortalité juvénile ? etc...

En fait, est-ce que le développement sanitaire demeure exclusivement synonyme de transformation du nombre de médecins par habitant ? Ou bien l'augmentation de la consommation de protéines, et calories ? Pour notre part, nous ne saurions répondre à cette question par l'affirmative.

Parce que la santé n'est pas constituée seulement que de données quantifiables. Il y a la composante humaine, non mesurable, mais dont l'influence n'est nullement moins importante que les facteurs économiques, biologiques, démographiques et épidémiologiques. Il s'agit du modèle de comportement lié aux normes sociales, à l'éthique, au système de représentation idéologique, au schéma d'interprétation des maladies, à la notion d'hygiène etc....

En un mot, si le développement sanitaire suppose un changement contrôlé des données physiques et quantifiables de la santé, il implique simultanément une transformation contrôlée de la composante humaine qui relève de l'immatériel et du qualitatif.

Il s'agit des données subjectives relevant des facteurs psychologiques, psycho-sociologiques et sociologiques de l'environnement socio-culturel donné.

Le second intérêt de cette étude est de ressortir cet aspect fondamental du développement sanitaire, afin que les Autorités politiques et administratives en prennent conscience au bénéfice de la redynamisation du système de santé en Côte d'Ivoire. Cette tâche reste l'une des vocations essentielles de la sociologie et de l'anthropologie médicales. De fait, toutes ces considérations

théoriques élaborées font logiquement appel à une approche méthodologique appropriée pour la réalisation de l'étude.

II - APPROCHE METHODOLOGIQUE DE LA THESE

Elle consiste à définir l'ensemble des moyens théoriques et pratiques qui ont permis de réaliser l'étude.

Les éléments de cette approche sont : les étapes de l'échantillonnage, les techniques de la collecte des données, les méthodes d'analyse et les limites de la recherche.

A - LES ETAPES DE L'ECHANTILLONNAGE

Par définition, l'échantillonnage est l'ensemble des opérations qui consistent à identifier et à déterminer la population-cible à interroger dans un projet de recherche. A cet effet, en raison des objectifs de l'étude qui visent à saisir les lois de contradictions entre dynamique sociale, système national de médication et modèle de médication traditionnelle africaine, nous avons considéré que les populations concernées directement et indirectement par ce projet sont le personnel du corps médical, les praticiens de la médecine africaine et la population profane bénéficiaire des prestations des deux systèmes médicaux.

Au regard de cette orientation particulière, trois ordres de questions surgissent :

- Quel groupe ethnique choisir pour cette opération ?
- Au sein de quelles localités ?

- et quel effectif de population retenir ?

Ces différentes questions nous ont donc conduit à asseoir un sondage limité à trois degrés. Le premier degré concerne la délimitation du champ d'étude, le second est relatif au choix des localités et le troisième, lié au taux de sondage.

1 - La délimitation du champ d'étude

Au départ, nous avons voulu effectuer l'enquête de terrain au niveau de la seule région d'ALEPE.

Ce choix avait été déterminé pour deux raisons principales :

- d'abord à cause des moyens financiers disponibles très limités. La région d'Alépé est notre cadre de résidence. Pour ce faire, les déplacements pour l'enquête seraient moins coûteux pour nous.

- Ensuite, à cause de la langue locale.

L'Akié est une langue que nous maîtrisons assez bien. Ceci nous éviterait d'autre part, les traductions qui comportent le risque de déformation des informations.

Mais au cours de l'élaboration des hypothèses, nous nous sommes aperçu que la variable "écologie" et la variable "religion" pouvaient sensiblement jouer sur le processus dynamique et sur les attitudes thérapeutiques de la médecine africaine.

Par conséquent, comment vérifier la pertinence de cette hypothèse ?

La seule localité d'Alépé ; zone de forêt et communauté culturelle apparemment tournée vers le christianisme, ne pouvait permettre de vérifier cette hypothèse.

En effet, ce doute nous a donc contraint de choisir en plus de cette zone de forêt à tendance chrétienne prononcée, une autre zone non forestière et moins christianisée.

C'est évidemment une zone de savane avec pour dominante, la religion musulmane. En définitive, le choix de deux aires géo-culturelles a été retenu ; la zone de forêt où le christianisme tend à dominer quantitativement les autres religions, puis la zone de savane où la religion musulmane (l'Islam) prend le pas sur les autres confessions. Ces critères nous ont conduit ainsi à retenir la région de Korhogo comme second élément du champ d'étude (1).

Mais à l'intérieur de quelles localités va s'effectuer la collecte des informations ?

Nous accédons ainsi au stade du choix des localités.

2 - Le choix des localités

Cette seconde étape de l'opération est déterminée par des critères différents de la première.

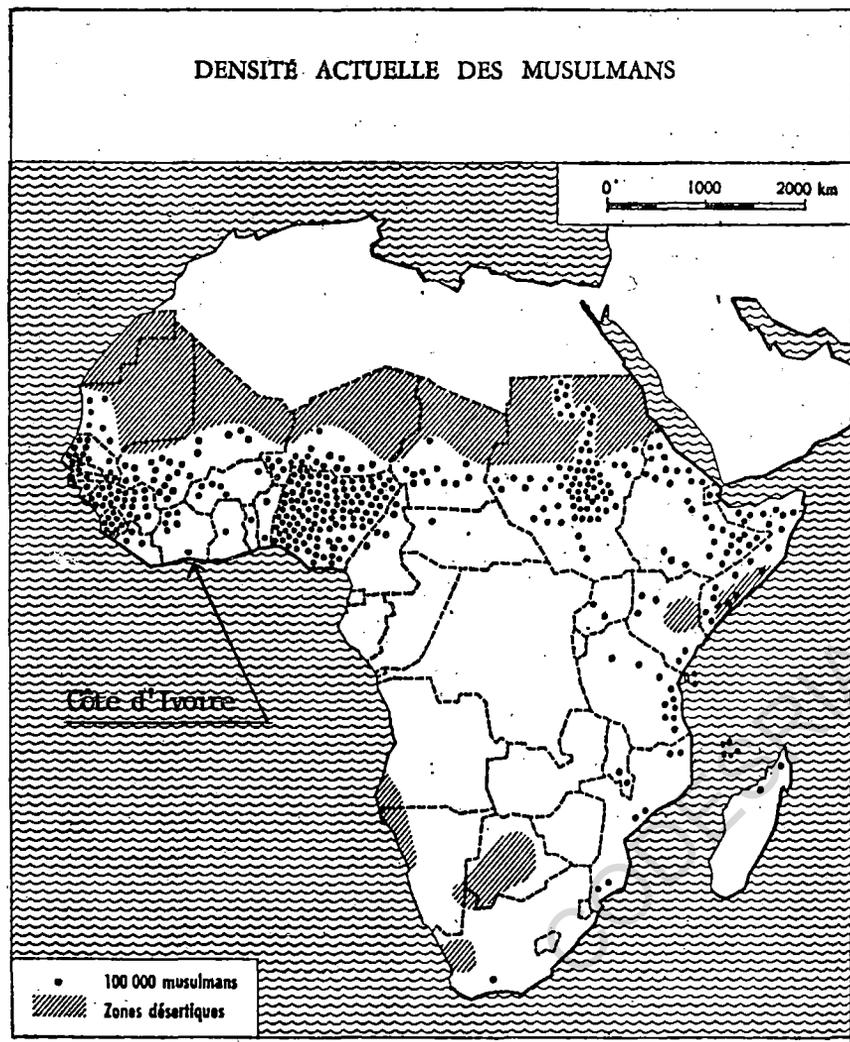
En fait, le choix des localités est surtout guidé par le critère "nombre de guérisseurs". Cela veut dire que nous avons

(1) : Délimitation du champ d'étude : cf. cartes n°s 1, 2, 3 à la page suite.

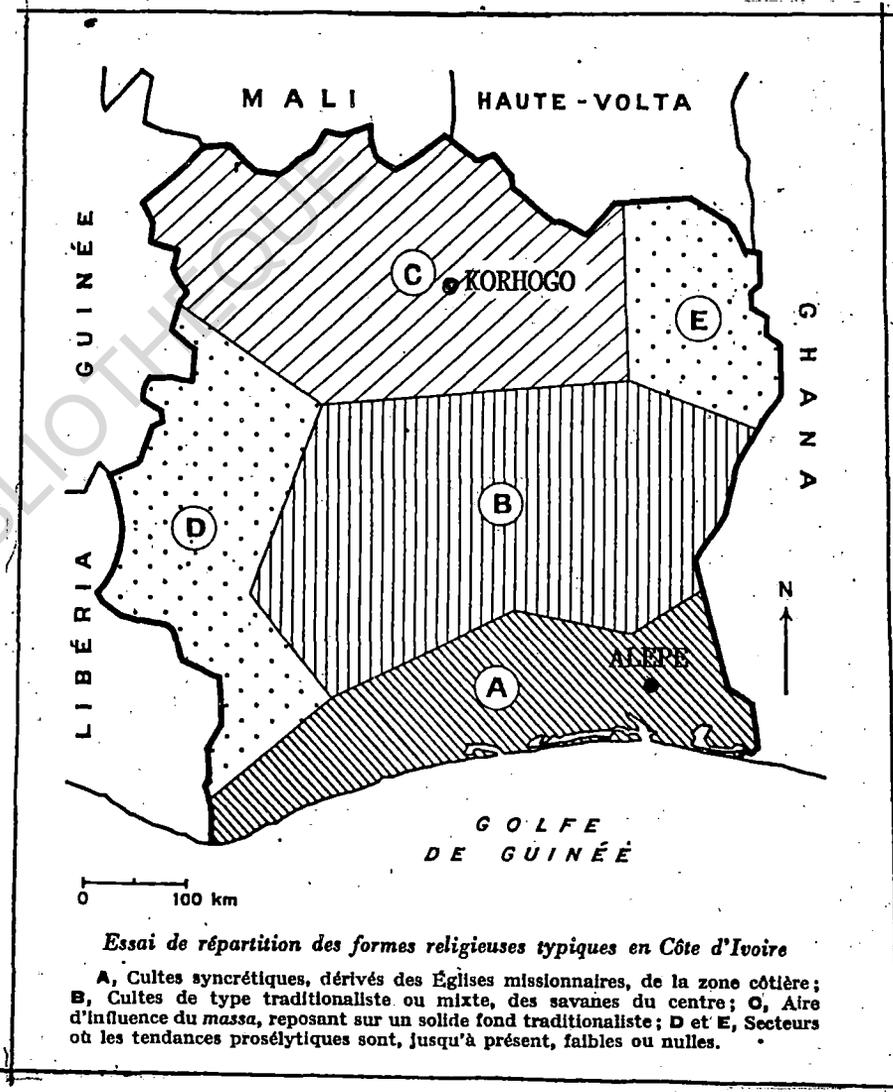
Le Christianisme et l'Islam sont les deux grandes traditions religieuses d'origine étrangère en Côte d'Ivoire.

Pour la variable "écologie" voir carte n°4, P.51.

Carte n°1

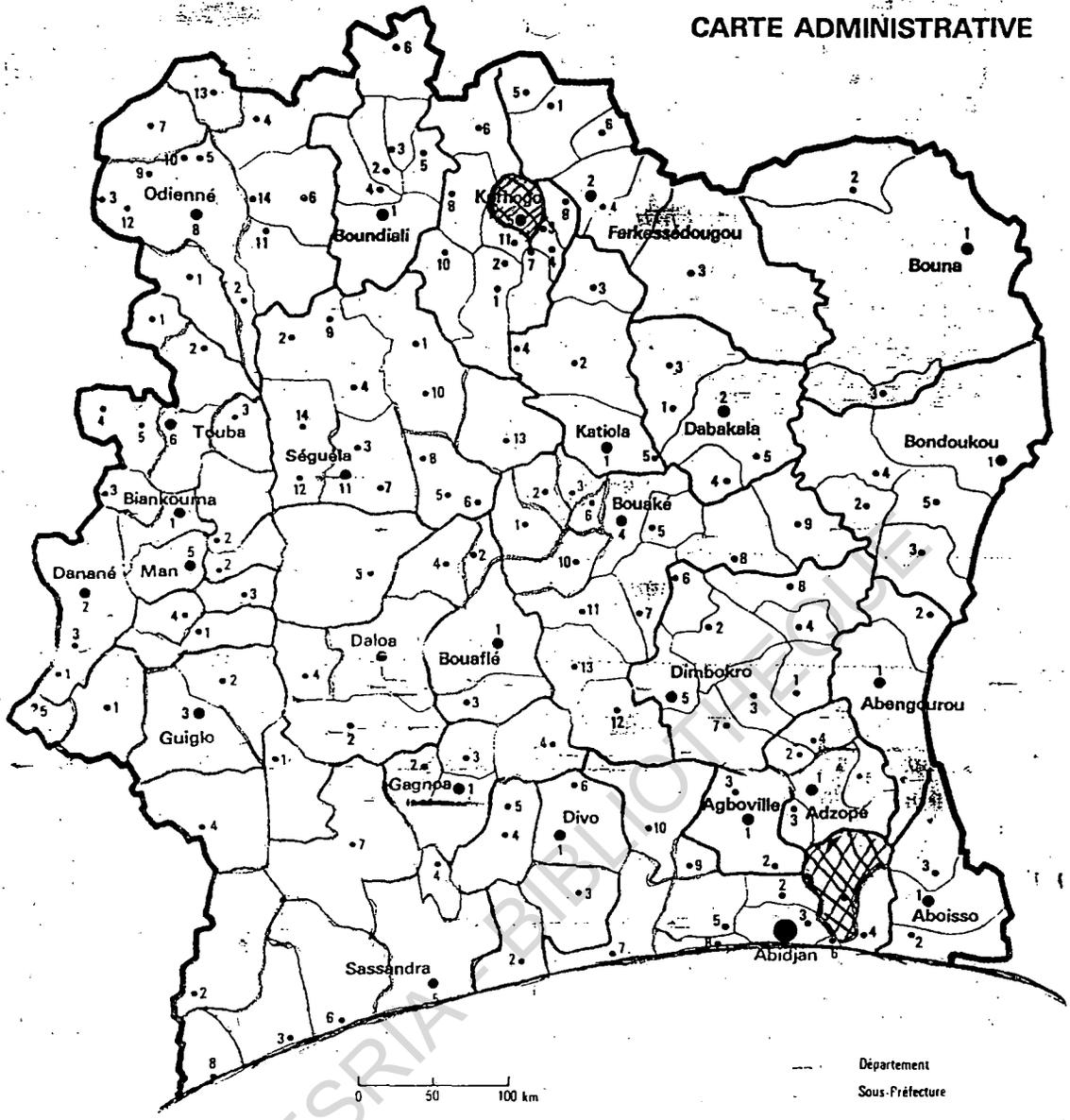


Carte n°2



Source : FROELICH (J-C) : les Musulmans d'Afrique Noire.
 Editions de Lorante, Paris 1962, P. 370.

Source : HOLAS (B) : le séparatisme religieux en Afrique Noire.



DEPARTEMENTS ET SOUS-PREFECTURES
 source : "La Côte d'Ivoire", Pierre du Prey, Nouvelles Editions Africaines, 1978.

ABENGOUROU 1. Abengourou 2. Agnibékrou	AGBOVILLE 1. Agboville 2. Azaguié 3. Rubino	BOUJAKE 1. Béoumi 2. Bodokro 3. Botro 4. Bouaké 5. Brobo 6. Diabo 7. Diédiévi 8. M'Bahiakro 9. Priko 10. Sakasso 11. Tiébissou 12. Toumodi 13. Yamoussoukro	DALOA 1. Daloa 2. Issia 3. Vavoua 4. Soukougbeu	DIVOU 1. Divo 2. Fresco 3. Guirya 4. Lakota 5. Zikisso 6. Hiré-Watta	KATIOLA 1. Katiola 2. Niekaramandougou 3. Tafiré 4. Fronan 5. Tortiya	ODIENNE 1. Bako 2. Dioulabédougou 3. Giabitan 4. Goula 5. Kaniasso 6. Madinani 7. Maninian 8. Odienné 9. Samango 10. Samatiguila 11. Séguélon 12. Seydougou 13. Tienko 14. Tiémé	SEQUELA 1. Dianra 2. Djibrossa 3. Dualla 4. Kani 5. Kongasso 6. Kounahii 7. Massaia 8. Mankono 9. Morondo 10. Sarhala 11. Séguéla 12. Sifé 13. Tiéningb 14. Worofia
ABIDJAN 1. Alépé 2. Anyama 3. Bingerville 4. Bonoua 5. Dabou 6. Grand Bassam 7. Grand Lahou 8. Jacquville 9. Sikens 10. Triassalé	BIANKOUMA 1. Biankouma 2. G'Bonné 3. Sipitou	DABAKALA 1. Boniédougou 2. Dabakala 3. Foubalo 4. Satama-Sokoura 5. Bassawa	DANANE 1. Binhouyé 2. Danané 3. Zouan-Houïen	FERKESSEDOUGOU 1. Diawala 2. Ferkessedougou 3. Kong 4. Koumbela 5. Niellé 6. Ouangodougou	KORHOGO 1. Dikodougou 2. Guiembé 3. Karakoro 4. Kombarodougou 5. Korhogo 6. M'Bengué 7. Napiédougou 8. Niotoïn 9. Sinématiali 10. Sirasso 11. Tiorenieradougou	SASSANDRA 1. Buyo 2. Grabo 3. Grand-Béréby 4. Guïyo 5. Sassandra 6. San Pedro 7. Soubré 8. Tabré	TOUBA 1. Booko 2. Borotou 3. Guintaguéla 4. Koonan 5. Ouaninou 6. Touba
ABOISSO 1. Aboisso 2. Adiaké 3. Ayamé	BOUAFLE 1. Bouaflé 2. Gohitalla 3. Sinfra 4. Zuénoula	DIMBOKRO 1. Arrah 2. Bocanda 3. Bongouanou 4. Daoukro 5. Dimbokro 6. Kouassi-Knioussikro	DANANE 1. Binhouyé 2. Danané 3. Zouan-Houïen	GAGNOA 1. Gagnoa 2. Guibéroua 3. Ouragahio 4. Dumé	GUIGLO 1. Biokéquin 2. Dukkoué 3. Guéhi	MAN 1. Bangolo 2. Fakobé 3. Kouibé 4. Legoualé	

Légende



Zones d'enquête

préférentiellement retenir les villages où l'on pouvait rencontrer assez facilement des praticiens de la médecine africaine, en raison de leur nombre relativement élevé.

Parce qu'au plan méthodologique, le problème qui se pose à ce niveau, est que les villages de Côte d'Ivoire ne disposent pas de données statistiques authentiques concernant les guérisseurs.

Et d'ailleurs, qui est guérisseur ? Et qui ne l'est pas ? Quand on sait qu'au sein d'un village donné, la quasi-totalité des membres de la communauté connaissent au moins trois à cinq recettes médicamenteuses.

Pour pouvoir contourner cette seconde difficulté, il était déjà nécessaire d'opérer systématiquement, une recherche documentaire au niveau de la définition des mots "guérisseur" ; "tradipraticien" ; "herboriste" ; "charlatan". Nous y reviendrons en cours d'analyse.

A cet effet, non satisfait des différentes définitions proposées, une pré-enquête a été donc nécessaire au niveau du village de MONTEZO (région d'Alépé) où nous résidons. A la suite de cette pré-enquête, une typologie de la qualité de "guérisseur" a été établie.

C'est ainsi qu'au vu de ce document de base, le "critère nombre de guérisseur" a été maintenu.

On pouvait maintenant choisir nos villages d'enquête en fonction de ce critère. Dès lors, surgit encore une autre interrogation. Combien de villages doit-on choisir dans la région d'Alépé ?

Et combien à Korhogo ? Est-ce le même nombre ? Ou alors plus ou moins ?

A ce stade, une opération arithmétique était encore nécessaire.

La Sous-préfecture d'Alépé compte au total 32 villages.

Pour ce faire, il nous fallait un nombre qui pourrait nous permettre d'effectuer notre sondage dans des conditions matérielles acceptables.

Il nous était impossible de faire le tour des 32 villages, compte tenu des moyens financiers insuffisants et aussi en raison du temps assez contraignant pour la réalisation des travaux.

A cet effet, sur la base du critère "langue Akié", 15 villages sont exclus du total des 32 ; parce qu'au sein de ces 15 villages, ce sont les langues Agni et M'gbatto qui sont parlées.

Il reste donc 17 villages à l'intérieur desquels la langue Akié est parlée. A partir de ces 17 villages, nous avons constitué 4 ensembles de 4 villages. Le rapport qui lie les éléments internes d'un même ensemble est le "rapport de voisinage". Il s'agit en fait, d'un découpage effectué d'après des groupes de 4 villages voisins.

A la fin de l'opération, un seul ensemble de 4 villages devait être retenu. Et cet ensemble est celui qui présente le "nombre élevé de guérisseurs".

En définitive, ce sont les villages : Ahoutoué, Grand-Alépé, Montézo et Memni, circonscrits à l'intérieur d'un même ensemble

géographique, qui sont retenus. Parce qu'au sein de cet ensemble, nous nous retrouvons en zone de forêt, avec une grande majorité de populations chrétiennes, la langue Akié et un nombre important de guérisseurs.

Pour ce qui est de la région de Korhogo, zone de savane, la procédure du choix reste la même, avec des données statistiques différentes.

De fait, la Sous-préfecture de Korhogo compte environ 175 villages. Ce nombre apparaît beaucoup trop important pour une enquête à caractère qualitatif.

En effet, par le même procédé de découpage fondé sur le "rapport de voisinage", nous avons obtenu 30 ensembles de 6 villages. Un seul ensemble de 6 villages devait faire l'objet de l'enquête de terrain. Et pour choisir ce seul ensemble, nous avons encore fait jouer fondamentalement le critère du "nombre important de guérisseurs" ; parce que nous nous retrouvons déjà en zone de savane avec une population à majorité musulmane.

En définitive, l'ensemble des 6 villages retenus est : KANTAVOGO n°1, KANTAVOGO n°2, KAHA-PAHA, SOROVOGO, DASSOUNGBO et PION (1). C'est le sous-groupe ethnique Tiembara, appartenant au grand ensemble Sénoufo. Après cette deuxième étape de l'échantillonnage, intervient la troisième qui doit nous permettre de désigner les personnes à interroger. C'est la population d'enquête ou les unités d'observation-population.

(1) : L'Administration note KANTAGAVOGO , KAHAPA et PIGNON pour les villages concernés. Ceci est une question de transcription de syllabes. Les populations autochtones préfèrent les appellations telles qu'elles sont mentionnées dans le texte.

3 - La population d'enquête

L'étude met au centre de sa préoccupation les deux institutions médicales, africaine et européenne. Il va de soi, la première population cible concernée est donc l'ensemble de ces groupements humains qui font exister ces institutions, notamment le corps médical et para-médical, puis les guérisseurs.

a - Le corps médical et para-médical

Il s'agit des professionnels de la santé du système national sanitaire.

Ce sont les médecins, pharmaciens, infirmiers et sages-femmes.

La référence à cette catégorie de population s'est avérée nécessaire en raison d'un aspect de l'objectif de l'étude qui vise à montrer les rapports de contradictions entre les lois de fonctionnement du système médical et la dynamique globale de la société.

Le personnel médical et para-médical est celui qui exerce dans les CHU, CHR et Centre de Santé du champ d'investigation. Pour être concret, nous citons le CHU de Cocody, le CHR de Korhogo, et les Centres de santé de Grand-Alépé, Montézo et Memni (1).

Les 6 localités villageoises de Korhogo impliquées dans cette étude ne disposent pas de Centres de Santé. Après les médecins et infirmiers, viennent les guérisseurs.

(1) : C.H.U. : Centre Hospitalier Universitaire.

C.H.R. : Centre Hospitalier Régional.

b - Les guérisseurs

Ce sont les spécialistes de la médecine traditionnelle africaine.

Ceux-ci ont été interrogés dans le cadre du second objectif de l'étude, qui veut découvrir les facteurs et le niveau d'ouverture de cette médecine africaine envers la dynamique sociale. Après ce groupe de spécialistes, suivent les non-professionnels.

c - La population (profane)

Ce sont les bénéficiaires des prestations de la médecine africaine et de la médecine officielle, résidant dans les 10 localités rurales citées plus haut.

Le recours nécessaire à cette catégorie de personnes se justifie pour la simple raison que ce sont leurs opinions qui permettront de confirmer ou d'infirmer les avis des professionnels (médecins et guérisseurs) et de comprendre certains comportements dans la dynamique sociale.

Ce qui nous amenera à dégager les grandes tendances existant entre les deux institutions médicales.

Mais à côté de ces deux institutions reconnues, il s'impose de voir le réseau des structures parallèles à caractère informel.

Rigueur méthodologique oblige, il s'avère nécessaire de s'adresser également au groupement humain qui compose ce secteur informel de la santé.

d - La population du secteur informel de la santé

Il est ici question de déterminer les conditions de la formation de ces composantes informelles du système sanitaire, leur mode de fonctionnement, puis leur impact sur la population ivoirienne.

Les éléments identifiés dans ce secteur sont au nombre de 3 .

Nous avons la "pharmacie ambulante", la "médecine publicitaire" et la "médecine nomadiste".

C'est au sein des centres urbains et localités villageoises du champ d'étude que nous avons rencontrés ces éléments parallèles.

A présent, la question consiste à préciser le nombre de personnes à interroger concrètement. C'est le stade de la détermination du taux de sondage.

4 - Le taux de sondage

Le taux de sondage, c'est aussi ce qu'on appelle l'unité de collecte des données. En rapport avec nos objectifs et

nos hypothèses de travail, cette unité varie d'une catégorie de population à une autre.

a - Au niveau du personnel médical et para-médical

Le premier critère de choix reste d'abord la référence aux formations sanitaires de notre champ d'étude.

Il s'agit donc des formations sanitaires de Grand-Alépé Ahoutoué, Montézo et Memni. Mais à défaut de médecins exerçant dans les centres de santé de ces villages, nous nous sommes référé aux médecins du CHU de Cocody.

De la même façon, l'absence d'agents para-médicaux et de médecins dans les 6 localités du Nord nous a renvoyé au personnel médical et para-médical au CHR de Korhogo.

De fait, sur les 12 médecins que compte le CHR de Korhogo, 4 ont été retenus pour notre enquête sur la base de la méthode des quotas.

Cela veut dire que nous avons interrogé le 1/3 des médecins. Car tous ne disposaient nullement le temps nécessaire pour être soumis à un entretien de plus de cinq minutes. Nous ne pourrions donc pas interroger tous ces 12 médecins. C'est la raison pour laquelle la méthode des quotas a été elle-même appliquée. Ainsi, 4 médecins ont été interrogés au CHR de Korhogo, 4 autres également au CHU de Cocody. Soit au total 8 médecins. Pour ce qui concerne le choix des agents para-médicaux, nous sommes parti de l'effectif de cette catégorie de personnel existant dans les villages de Grand-Alépé, Montézo, et Memni.

Cet effectif reste réduit, le chiffre total pour ces villages d'Alépé est porté à 6.

Pour ce faire, 3 infirmiers ont été interrogés à ce niveau.

Puis 2 autres au CHU de Cocody, et 5 au CHR de Korhogo. Soit au total 10 agents para-médicaux (5 dans la zone du Nord, et 5 dans la Zone du Sud).

En définitive, ce sont au total, 8 médecins et 10 agents para-médicaux que nous avons soumis à notre entretien. Cet échantillon est différent de celui des guérisseurs.

b - Au niveau des guérisseurs

Au total, 17 guérisseurs sont interrogés; soit 9 dans la région d'Alépé, et 8 dans la région de Korhogo. Le choix de ce taux se trouve lié à la méthode des quotas.

D'après notre typologie établie, nous avons pu identifier 18 guérisseurs dans les 4 villages d'Alépé. Et sur cet effectif total de 18, nous avons appliqué le taux de 50 %. Ce qui nous donne le total de 9 guérisseurs à Alépé.

C'est avec ce même quota de 50 % que nous avons trouvé un échantillon de 8 guérisseurs à Korhogo.

Car au sein des 6 villages de l'étude, un effectif total de 15 guérisseurs ont été recensés. La moitié nous a donné à peu près 8.

Le mécanisme de choix des non-guérisseurs est différent .

c - Au niveau de la population profane

Compte tenu du manque de données statistiques fiables disponibles au niveau des populations rurales, nous avons été contraint d'opter pour un quota fixe.

Ce taux est de l'ordre de 4 individus par village ; soit deux femmes et deux hommes. Ceci donne donc un total de 40 personnes sur l'ensemble des 10 villages. A la suite de ce premier procédé, la méthode d'entretien de groupe a été appliqué.

Soit au total 6 groupes de paysans composés de 3 à 5 membres. (3 groupes à Alépé et 3 groupes à Korhogo).

La fin de cette démarche fait suite à celle entreprise au niveau du secteur informel.

d - Au niveau de la population du secteur informel

Là encore, les données statistiques fiables n'existent nulle part.

En effet, il serait donc illusoire d'opérer scientifiquement un quota permettant d'aboutir à un échantillon représentatif.

A cet effet, nous avons arrêté un quota fixe. Ce taux fixe est égal au nombre 16. Ce nombre a été fixé parce

qu'au cours de l'enquête, ce nombre (16) est celui de l'effectif des acteurs que nous avons pu rencontrer au niveau de la "médecine nomadiste".

Ainsi donc après le seizième enquêté, le séjour de ces acteurs du secteur informel de la santé se trouvait pratiquement à terme. Ils étaient déjà tous partis. C'est ainsi que ce taux fixe a été appliqué au niveau de la "médecine publicitaire" et de la "pharmacie ambulante".

Nous avons donc, 16 acteurs de la "médecine nomadiste", 16 acteurs de la "pharmacie ambulante" et 16 acteurs de la "médecine publicitaire" soumis à l'entretien au niveau du secteur informel de la santé en Côte d'Ivoire. Ce qui donne le total de 48 personnes au chapitre de ce secteur informel.

En somme, il convient de retenir que le processus de l'échantillonnage a permis d'opérer les investigations à l'intérieur de 10 localités villageoises réparties entre les régions d'Alépé (4) et de Korhogo (6), puis a eu recours au total à 8 médecins, 10 agents paramédicaux (infirmiers et sages-femmes), 17 guérisseurs, 40 paysans, 6 groupes de paysans, et 48 acteurs du secteur informel de la santé. Ces échantillons ainsi établis, découlent des liens logiques d'avec les variables déterminées par la nature de l'étude.

B. FONDEMENTS ET PERTINENCE DU CHOIX DES VARIABLES ET ECHANTILLONS.

Trois variables ont été retenues. Elles sont d'ordre écologique, religieux et institutionnel. Quels sont leurs rapports avec les échantillons ?

1 - Variable "écologie" et échantillon spatial

La variable "écologie" conditionne le recours à un échantillon spatial limité à deux zones écologiques, et ce en vue de permettre la vérification de l'hypothèse de la dynamique de la médecine africaine dans sa dimension physique (plantes médicinales). Ce n'est donc pas le souci de la multiplication des zones écologiques en tant que telle qui détermine ce chif-

fre 2, mais la "représentativité qualitative" par rapport à l'objectif mentionné. Car toutes les zones de forêt restent homogènes devant le principe dynamique de la médecine africaine, tout comme les zones de savane demeurent identiques face au processus des mutations de cette médecine.

Nous n'estimons donc pas nécessaire de retenir plusieurs régions de forêt à la fois (à l'Ouest, à l'Est etc...) et une multitude de régions de savane (au Centre, au Nord-Ouest ...) pour appréhender cette dynamique de la médecine africaine. Le choix d'une seule unité par type de végétation suffisait.

2 - Variable "religion" et échantillon ethnologique

La variable "religion" nous contraint au choix d'un échantillon de deux communautés ethniques distinctes dans la mesure où à la différence d'une étude phénoménologique, l'objectif de la recherche vise par ailleurs à tester la variation du principe dynamique de la médecine africaine au plan symbolique en prenant comme cadre de référence les deux grandes traditions religieuses étrangères intégrées au système socio-culturel des populations ivoiriennes. Il s'agit notamment de la religion chrétienne au Sud et de la religion musulmane au nord. Une fois encore, ce n'est pas le nombre important, ou du moins la valeur quantifiée des religions d'origine étrangère qui importe, mais plutôt le "degré d'incidence significative" sur le symbolisme de cette médecine de tradition africaine. A cet effet, le choix d'une seule grande tradition religieuse (Christianisme ou Islam) par communauté ethnique suffit à le montrer.

Il y a donc implicitement en fait, un échantillon principal (la communauté Akié) et un échantillon-témoin (la communauté Sénoufo).

3 - Variable "institution médicale" et échantillon sociologique

L'observation des faits nous a amené à identifier trois types d'institutions médicales. Ce sont :

- la médecine traditionnelle africaine ;
- la médecine européenne ;
- le secteur informel de la santé.

Toutes ces institutions médicales se déploient effectivement à travers un même espace sociologique constitué par les populations ivoiriennes.

Par conséquent, en rapport avec l'objectif central de l'étude qui cherche à spécifier les types de rapports existant entre ces institutions médicales et les implications socio-culturelles qui s'y rattachent, il a été certes, nécessaire d'interroger respectivement des guérisseurs pour appréhender les lois de fonctionnement et la dynamique de la médecine africaine, le personnel médical et para-médical en ce qui concerne le modèle de fonctionnement et d'organisation structurelle de la médecine européenne ; des acteurs du secteur parallèle en vue de déterminer les conditions objectives de l'émergence et de l'impact des catégories de ce secteur informel ; et enfin les populations locales non-professionnelles qui contribuent à faire exister ces institutions.

Néanmoins, cela ne signifie nullement que la qualité et la fiabilité des informations se trouvaient liées au nombre élevé des enquêtés. L'essentiel était d'enquêter d'abord auprès de quelques praticiens de ces trois différentes catégories d'institutions médicales, puis ensuite auprès d'un échantillon limité de la population profane qui constitue la cible objective de ces institutions. Ici encore, la représentativité des échantillons se situe plus au niveau qualitatif des données qu'au niveau quantitatif. Voici pourquoi la construction d'un échantillon quantitatif à partir d'une base de sondage de population -hypothétiquement fiable- ne nous a pas paru nécessaire.

Ainsi donc, reste-t-il en définitive établi, que cette étude vise essentiellement à saisir et à comprendre des faits de culture, par opposition à une étude de mesure et d'évaluation d'opinions et d'attitudes de populations. Il s'agit là donc d'une "étude à caractère qualitatif" qui impose des "échantillons qualitatifs" où très peu d'importance est accordée aux données chiffrées. En voici ce qui fonde et justifie l'effectif relativement réduit des populations d'enquête dans l'échantillonnage ; et ceci en rapport avec les objectifs précis à atteindre. En conséquence, cette option particulière nous conduit ipso

facto à travailler sur la base d'une "enquête qualitative" dont les techniques spécifiques de collecte des données sont à préciser.

C. LES TECHNIQUES DE COLLECTE DES DONNEES

La nature qualitative de l'étude commande la référence à des techniques d'observation de type qualitatif. De fait, les techniques de collecte utilisées sont de quatre ordres : ce sont la monographie, le guide d'entretien, l'observation directe et l'iconographie.

1 - Les techniques monographiques

Elles relèvent des informations relatives au sujet, mais issues d'origine livresque, des moyens audio-visuels et des entretiens (enquête ethnologique).

a - La documentation livresque

Nous distinguons deux types de documents sous cette rubrique ; ce sont les documents spécialisés et les documents administratifs.

1°) Les documents spécialisés

Par opposition aux études prospectives à caractère scientifique, il faut dire que la documentation à caractère empirique est assez fournie en ce qui concerne le thème de réflexion.

L'intérêt de ceci est que les sources d'information font ressortir assez souvent, des indicateurs assez intéressants pour la démonstration des hypothèses.

A cet effet, les sous-thèmes auxquels nous nous sommes référé sont entre autres ; les pratiques originales de la médecine africaine, l'histoire de la médecine humaine, la religion, la magie, la sorcellerie, le spiritisme, le fétichisme, les plantes médicinales, les soins de santé primaires, la santé publique...

2°) Les documents administratifs

Il s'agit ici de la recherche d'informations concernant l'organisation, le fonctionnement et les données statistiques de la médecine européenne dans les divers domaines de la médecine hospitalière, les bases de secteur de santé rurale, de la médecine privée, des institutions spécialisées, et des organisations non gouvernementales.

En outre, à la suite de cette documentation livresque, l'audio-visuel a été un autre support d'information.

b - Les moyens audio-visuels

Cette technique d'information regroupe dans notre cas précis, les émissions de la radio, de la télévision et des notes de conférences relatives aux mêmes sous-thèmes déjà cités. Mais cette technique monographique s'est par ailleurs, référée à l'enquête ethnologique.

c - L'enquête ethnologique

Elle concerne le recueil d'information relatif aux conditions géo-physiques, à l'organisation économique, sociale et culturelle des populations-cibles (populations Akié et Sénoufo). Car c'est l'interdépendance de toutes ces données socio-culturelles et physiques qui conditionnent les attitudes et comportements des populations au plan de la santé.

Somme toute, ces trois principales sources d'information ont été dédoublées par la technique du guide d'entretien.

2 - Le guide d'entretien.

Compte tenu du caractère qualitatif des informations à recueillir, quatre types de guide ont été élaborés en fonction des catégories sociales à interroger.

Ils s'adressaient ainsi donc respectivement :

a) au personnel médical et para-médical

En vue d'appréhender les limites de la médecine africaine, les incohérences du système de santé, puis d'identifier les structures et formes de collaboration entre les deux types de médecine.

b) aux guérisseurs

Pour définir le contenu de la médecine africaine, saisir l'histoire dynamique de cette médecine, ses rapports avec la médecine officielle, puis circonscrire les voies d'approche de collaboration entre les deux modèles médicaux.

c) aux populations rurales

Afin de voir la nature des rapports entre les deux types de médecine, les lois de changement de la médecine africaine, et cerner les formes possibles de collaboration entre cette médecine africaine et la médecine européenne.

d) aux acteurs du secteur informel

De sorte à déceler les motivations réelles de ces acteurs ; à saisir les variables de l'impact de ce secteur informel et enfin,

déterminer leurs conditions et méthodes de travail.

A ce support de guide d'entretien, s'ajoute la méthode d'observation.

3 - La méthode d'observation directe

Il s'agit d'épreuves de suivi ponctuel du déroulement des processus d'intervention de la médecine africaine afin de systématiser les différentes étapes de ces processus d'intervention, d'identifier les objets utilisés, et de relever les éléments qui entrent dans la composition des recettes médicamenteuses auprès des guérisseurs.

Par ailleurs, c'est encore avec cette même technique d'observation directe que nous avons pu examiner les conditions et méthodes de travail des acteurs du secteur sanitaire informel. Cette observation directe a été soutenue par l'observation d'éléments documentaires qui constituent la technique iconographique.

4 - L'iconographie

C'est la technique de collecte d'informations à partir d'images significatives.

Dans ce cadre précis, ce sont des bandes dessinées et des "dessins d'humour" de journaux qui ont été surtout utilisés (1). La référence à cette technique a été jugée nécessaire dans la mesure où nous recherchions le maximum d'informations pour pouvoir

(1) Cf. par exemple la première image qui pose d'entrée de jeu, la problématique de la "dimension culturelle" de la maladie devant la médecine officielle en Afrique ; "Mangeurs d'âmes d'AFOTOBO : les moutons noirs de la sorcellerie". P.5.

mettre en relation, des faits significatifs. Etant donné que la nature de notre enquête reste essentiellement qualitative, et aussi compte tenu du caractère pluridimensionnel du sujet qui nous préoccupe.

C'est d'ailleurs pour cette raison que cette technique iconographique a été complétée par la méthode photographique dont l'objectif consiste à présenter quelques unités d'observation à travers ce domaine de l'interférence culturelle au plan sanitaire.

De fait, toute cette procédure méthodologique qui précède exige des méthodes d'analyse bien spécifiques.

D - L'ANALYSE DES DONNEES

Ce chapitre se consacre à spécifier la manière dont les informations ont été traitées par rapport aux objectifs spécifiques des travaux.

Pour ce faire, mentionnons qu'au total, quatre méthodes ont été impliquées dans l'analyse des faits recueillis.

Ce sont la méthode structurale, la méthode comparative, la méthode dialectique et la méthode ethno-psychanalytique.

1 - La méthode structurale

Elle provient du mot "structure" qui traduit l'idée d'intégration ou de cohésion d'un ensemble donné.

A cet effet, le principe fondamental de la méthode structurale repose sur la notion de "totalité"; distincte de l'idée d'assemblage ou de simple addition d'éléments juxtaposés.

Autrement dit, d'après la méthode structurale, le "tout est différent de la somme de ses parties".

Ainsi en matière de raisonnement scientifique, il convient selon le principe de la méthode structurale, de montrer le jeu de fonctionnement des lois de structure entre les éléments constituants d'un ensemble donné.

En d'autres termes, la méthode structurale cherche à saisir des types de rapports ; c'est-à-dire rapport de complémentarité, de convergence ou d'opposition entre les divers organes qui composent une unité donnée.

Dans notre cas d'espèce, et en rapport avec la problématique de la contradiction des rapports "Médication-Société", il s'agira de découvrir à l'aide de cette méthode structurale, les rapports d'incohérence, ou mieux, de montrer les rapports de juxtaposition des "logiques" instaurées entre l'organisation de la médecine européenne et le cadre socio-culturel de la population ivoirienne. Ce principe théorique est différent de la méthode comparative.

2 - La méthode comparative

En sciences sociales, son objectif est de faire l'état de rapprochement de plusieurs groupes sociaux devant un même phénomène social donné.

Ceci permet d'apprécier les seuils de variation de la sensibilité d'un groupe social par rapport à un autre devant ce même phénomène.

En conséquence et de façon concrète, la contribution de cette méthode dans ce contexte actuel vise à montrer essentiellement deux choses :

- 1°) La saisie de la dynamique de la médecine africaine devant la variable "écologie" à l'intérieur des deux communautés ethniques situées respectivement en zone de forêt (ALEPE) et en zone de savane (KORHOGO) (1).

- 2°) La saisie de la dynamique de la médecine africaine devant la variable "religion" au sein des deux types de sociétés ; la société Sénoufo de KORHOGO avec une prédominance de l'Islam et la société Akié d'ALEPE avec la prépondérance du christianisme.

C'est au sortir de cette analyse comparative que nous pourrons apprécier les seuils de variation de la dynamique de la médecine africaine entre les deux communautés ethniques. Etant donné que la flore et la religion se présentent comme les deux aspects essentiels de la médecine africaine. A cet ensemble de procédés d'analyse, s'ajoute la méthode dialectique.

3 - La méthode dialectique

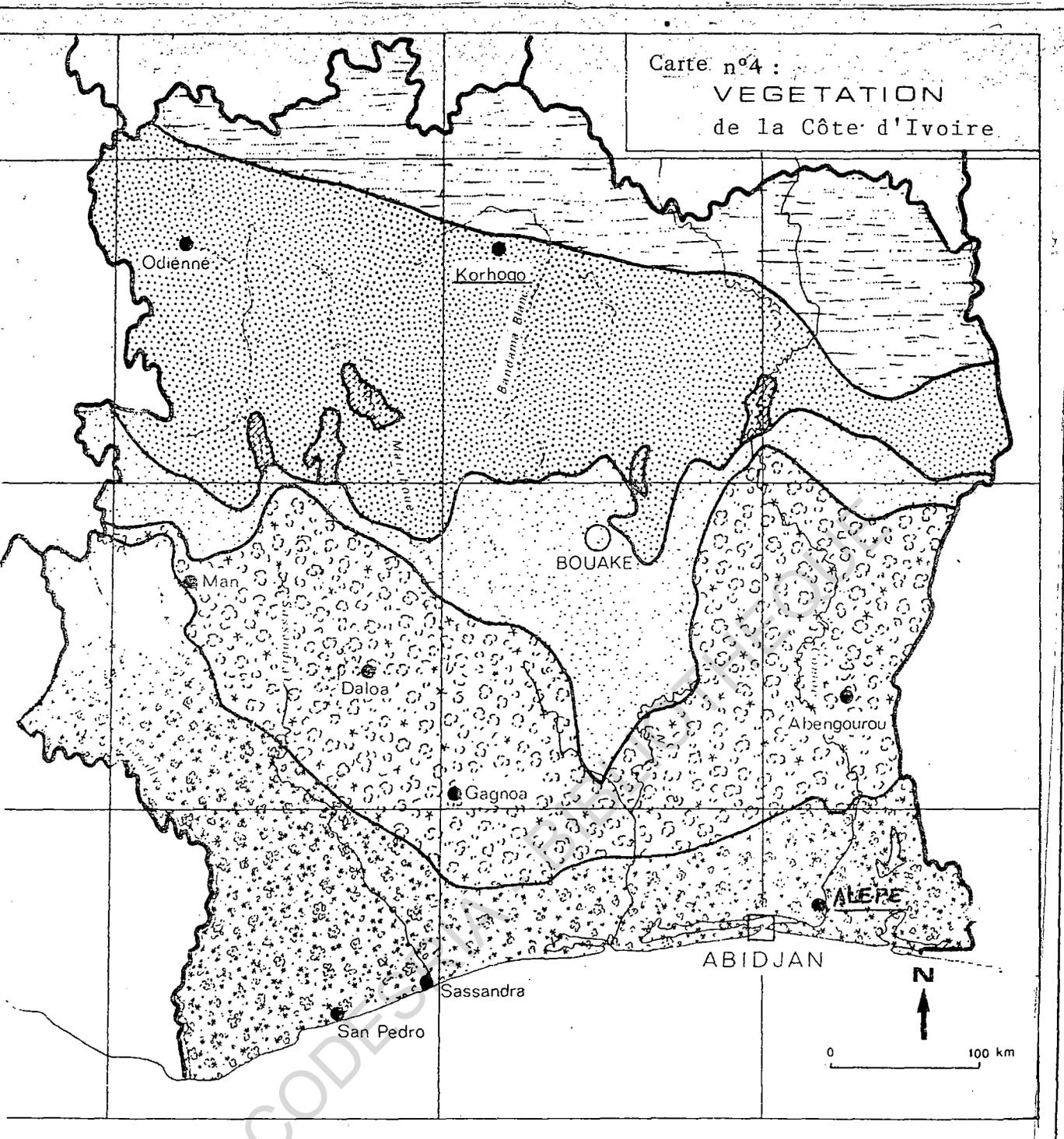
Le point de départ de la méthode dialectique est à l'origine du repérage des contradictions dans un ensemble donné.

Contrairement à la méthode structurale qui dénonce les rapports d'incohérence à partir des lois de structure, la méthode dialectique vise à repérer des matrices d'ouverture des structures sociales autochtones à partir des lois de changement d'origine extérieure. Elle recherche ainsi des facteurs endogènes susceptibles de favoriser les changements sociaux.

Dans le cadre particulier de cette étude, la méthode dialectique conduira l'analyse à identifier et à ressortir les facteurs endogènes favorables au principe dynamique de la médecine africaine à travers le processus acculturatif engagé au cœur des sociétés africaines.

(1) Cf. : La carte n°4 à la Page suivante : végétation de la Côte d'Ivoire.

Carte n°4 :
VEGETATION
de la Côte d'Ivoire



DOMAINE GUINEEN

- Secteur ombrophile
- Secteur mésophile
- Savane Guinéenne

DOMAINE SOUDANAIS

Secteur subsoudanais

- Forêt dense sèche
- Savane boisée, arborée ou arbustive et/ou forêt claire

Secteur soudanais

- Savane boisée ou arbustive et/ou forêt claire

Nous estimons qu'elle apparaît plus apte à examiner l'aspect de la problématique : Médication-culture africaine.

4 - La méthode ethno-psychanalytique

La vocation particulière de celle-ci est la saisie du mode de fonctionnement des lois psychiques ou psycho-sociales d'une société donnée.

Nous l'avons déjà dit, la médecine africaine est une médecine originelle, et par conséquent, intériorisée par les populations africaines.

Elle met donc en oeuvre, le mécanisme de fonctionnement des schèmes culturels qui s'expriment en termes de "culture de défense", de modèles culturels d'interprétation et d'inconscients culturels etc....

En revanche, le processus acculturatif engendré par la médecine africaine ou la suppression systématique de celle-ci par ordre de décret, suppose des implications psychosociologiques aux contours imprévisibles au niveau de la population africaine.

Il appartient donc à la méthode ethno-psychanalytique de montrer cette évidence à travers la problématique ; Médication-culture.

La contribution de cette méthode à travers la thèse de la collaboration ; médecine africaine-médecine officielle, apparaît plus que pertinente à son tour. Telles sont sommairement présentées;

les diverses étapes de la procédure méthodologique au niveau de cette étude.

E - LES DIFFICULTES ET LIMITES DE L'ETUDE

Nous n'insisterons pas sur les aspects financiers, matériels et techniques comme difficultés auxquelles nous avons été confrontés. Ces différents points constituent en général, le vécu quotidien de toute entreprise de recherche scientifique.

Ici, l'aspect le plus important pour nous est de situer les limites de cette étude.

A ce propos, souvenons-nous-en, nous avons déjà signalé que cette étude avait pour base méthodologique, la recherche documentaire, le guide d'entretien et l'observation directe. Cette option particulière traduit en conséquence le non-recours à l'enquête quantitative. Ceci sous-tend donc que la portée méthodologique de cette étude ne se limite qu'à des faits de culture ; c'est-à-dire à des données qualitatives.

En effet, il est à noter que les futurs travaux dans ce domaine devront prendre cette limite en compte, en vue d'approfondir davantage les analyses qui viendraient sûrement ressortir d'autres implications et d'autres perspectives encore plus enrichissantes.

Du reste, disons que les autres formes d'insuffisances internes incombent à nos propres lacunes. Ceci dit, il convient à présent d'exposer la structure générale qui conduira les analyses. C'est le plan d'analyse.

F - INDICATION DU PLAN D'ANALYSE

Cette étude comporte au total, trois parties principales.

. La première partie, avec trois chapitres, montre le mode de fonctionnement du système national de santé en Côte d'Ivoire. En effet, les lois de contradictions et les implications sociologiques de cette logique de contradictions seront mises en évidence.

. La seconde partie présentera la médecine africaine à travers le processus des mutations sociales. Pour ce faire, les trois chapitres qui édifient cette articulation insisteront sur les aspects soumis à ce processus du changement et aussi les facteurs invariants de cette institution sociale face à ce changement social.

. Enfin la troisième et dernière partie se compose également de trois chapitres. Ceux-ci s'attacheront respectivement à montrer les fondements thérapeutique, sociologique et psychosociologique de la collaboration, nécessaire entre la médecine africaine et la médecine officielle en Côte d'Ivoire puis à indiquer les structures opératoires de la collaboration.

Cet ensemble d'élaborations théorique, méthodologique et épistémologique nous conduit maintenant à passer en revue, les divers points énoncés.

PREMIÈRE PARTIE

**LE SYSTÈME DE SANTÉ EN CÔTE D'IVOIRE :
SON MODE DE FONCTIONNEMENT
ET SA LOGIQUE DE CONTRADICTIONS**

L'approche de cette première phase s'inscrit dans une perspective essentiellement historique.

Son but est de montrer comment le système de santé actuel de la Côte d'Ivoire a pris naissance, comment il est organisé, comment il fonctionne, et quelles difficultés particulières il rencontre.

Au total, trois chapitres principaux répondent à cette préoccupation.

Il s'agit d'abord du processus d'organisation de ce système de santé ; ensuite de sa logique de contradictions et des implications socio-culturelles qui en découlent.

CHAPITRE I : LE PROCESSUS D'ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE EN COTE D'IVOIRE

La science médicale européenne, avant de s'installer en Côte d'Ivoire, a suivi trois grandes étapes successives.

Ces différentes séquences se confondent historiquement presque, avec l'évolution socio-politique de ce pays.

Celles-ci sont les suivantes :

- la période pré-coloniale ;
- la période coloniale ;
- et la période depuis l'indépendance politique.

I - LA MEDECINE EUROPEENNE PENDANT LA PERIODE PRE-COLONIALE

Depuis l'antiquité gréco-romaine jusqu'à la fin du XVIII^{ème} siècle, il apparaît pratiquement impossible de parler de science médicale européenne dans la région Ouest-africaine en général. Pourtant, durant cette longue période, plusieurs peuples envahisseurs sillonnaient le continent africain.

Il y avait les Berbères, les Grecs, les Romains et les Arabes. Ensuite, viennent les Anglais, Portugais et Français.

Pendant ce temps, cette science médicale à l'état embryonnaire, était pratiquée par des personnes célèbres :

Hippocrate (460-377 avant. Jésus-Christ)

Galien (130-200 après Jésus-Christ)

Razi (865-925)

Avicenne (980-1037)

Averroes (1126-1198)

Abd Al Latif (1162-1231)...

De plus, des écoles médicales étaient déjà créées.

En Italie, l'Ecole de Salerne et de Bologne existait déjà au IX^{ème} siècle.

En France, la Faculté de Médecine de Montpellier ouvrait ses portes en 1220, et celle de Paris en 1280.

L'introduction de cette science médicale occidentale dans cette région de l'Afrique a commencé véritablement à partir du XIX^{ème} siècle.

Et plus précisément après 1885. L'année 1885 rappelle l'époque de l'organisation de la Conférence de Berlin en Allemagne. Cette conférence stipulait le principe de la délimitation des zones d'influence et de l'occupation effective des zones coloniales par les Etats Européens coloniaux.

Cette disposition déclenche ainsi la ruée des puissances européennes sur le continent africain.

En ce temps, en Europe, la médecine occidentale venait d'accéder à un stade de maturation après plusieurs siècles de balbutiements :

- la phase archaïque ;
- la phase théorique ;
- la médecine monastique (entre 600 et 1100) ;
- la médecine scolastique (entre 1100 et 1400) ;
- et enfin la "médecine moderne" dans ce XIX^{ème} siècle.

. Dans le domaine chirurgical par exemple, la révolution s'opère avec la découverte de l'anesthésie en 1846 et de l'asepsie en 1890.

. Le domaine de la dermatologie se spécifie en 1812 avec le médecin Anglais WILLIAN.

. La vaccination anti-variolique s'introduit en France en 1800 grâce au duc de la ROCHEFOUCAULD-LIANCOURT.

. La neurologie débute en 1805 ; la cancérologie à partir de 1825 avec LOBSTEIN ; et la pédiatrie avec BILLARD en 1828.

. La psychiatrie démarre en 1832 ; la spécialité des maladies vénériennes avec PHILIPPE RICORD en 1838 ; et la médecine prénatale en 1890 avec ADOLPHE PINARD...

Au plan de l'organisation, l'office général de la santé publique se crée en France en 1858.

Les lois sur l'assistance médicale gratuite sont votées en 1893.

Du point de vue historique, c'est dans le courant de cet environnement de progrès médical que les explorateurs débarquent en Afrique.

Cette époque se situe vers 1887.

Ces explorateurs ont pour nom, TREICH-LAPLEINE, le commandant d'infanterie de marine BINGER LOUIS GUSTAVE ; l'officier de port FERDINAND BIDAUD, le lieutenant QUIQUEREZ, le sous-lieutenant DE SEGONZAC, le médecin-major BOUET-WILLAUMEZ etc.

La tâche de ceux-ci était de délimiter les possessions françaises conformément aux principes fondamentaux de la conférence de Berlin.

Chacune de ces expéditions disposait au moins d'un médecin-major dans sa troupe pour les soins médicaux.

L'on relève par exemple que l'équipage du commandant BINGER avait à son bord, le docteur CROZAT.

Le lieutenant QUIQUEREZ avait en sa compagnie le docteur BALLAY.

BOUET-WILLAUMEZ était lui-même médecin-major.

Aussi, souligne-t-on que les soins de cette médecine étaient rarement administrés aux autochtones africains.

Les bénéficiaires privilégiés étaient les européens eux-mêmes.

Le statu quo devait ainsi se prolonger jusqu'au début de la colonisation systématique ; c'est-à-dire à partir de 1893.

Somme toute, il est tout à fait indiqué de préciser ici, que l'action médicale européenne venait de marquer le premier pas dans la zone de la Côte d'Ivoire. Cette initiative est l'oeuvre des majors de la marine cités plus haut.

Néanmoins, cette étape ne constitue guère la base de l'implantation de cette médecine sur ce territoire.

Tant la tâche des explorateurs était délicate et pressante.

C'est donc au cours de la période coloniale effective qui va suivre, que le processus d'installation s'amorce véritablement.

II - LA MEDECINE EUROPEENNE PENDANT LA PERIODE COLONIALE

La période coloniale marque le point de départ de la deuxième grande étape.

L'on retient dans ce cadre, en gros, trois phases successives :

- . la première phase se situe entre 1893 et 1908 ;
- . la seconde part de 1908 à 1928 ; et enfin la troisième s'étend de 1928 à 1960.

A - ENTRE 1893 ET 1908 : la phase de la médecine militaire

Le contexte socio-historique ici se trouve dominé par la conquête dite la "pacification", et la main-mise sur le territoire par les Français.

Ce double projet suscite des mouvements de révolte chez les Africains.

Aussitôt des résistances s'organisent au sein des tribus.

Par voie de conséquence, des conflits armés opposent troupes militaires coloniales et troupes autochtones africaines.

Nous relevons au passage à l'Est du pays, le cas des Agni de l'Indénié en 1896 ; au Sud-Est en 1898 le cas d'ASSIKASSO ; les trépos au Sud-Ouest en 1899 etc.

Au cours de ces affrontements, les soldats blessés devaient être soignés, et les malades traités.

Ces soins médicaux sont donc administrés aux colons français et à leurs auxiliaires africains, engagés dans l'armée coloniale. De fait, à partir de cette conquête du territoire, la médecine européenne devenait de plus en plus l'apanage de l'armée coloniale ; c'est-à-dire les militaires.

C'est alors que le "Corps de santé militaire" fait son apparition.

De plus, un arrêté du 8 février 1905 du Gouverneur Général met en place, le service dénommé "Assistance Médicale Indigène" (AMI).

Ce service s'implante sur divers points déjà "pacifiés" du territoire : Abidjan, Aboisso, Bondoukou, Bouaké, Grand-Bassam, Grand-Lahou, Korhogo et Tiassalé.

Il est destiné exclusivement aux autochtones. Les soins y sont administrés de façon gratuite en référence à la loi française du 15 février 1902.

Quant aux Européens, ils se font soigner à l'hôpital de Grand-Bassam.

Les cas graves sont évacués en France.

En définitive, ce monopole militaire de la médecine occidentale qui caractérise cette première phase coloniale, prend fin vers 1908 avec la fin de la "pacification".

Il s'ouvre aussitôt une nouvelle ère dont les caractéristiques particulières sont dominées par l'avènement des civils à la direction de la colonie.

B - ENTRE 1908 ET 1928 : la phase de la médecine civile européenne

Cette période correspond à la seconde phase du processus d'implantation de la médecine occidentale. La "pacification" étant terminée, cette phase débute avec l'administration de la colonie par les civils européens.

De façon corollaire, en remplacement du "corps de santé militaire", il se crée le "corps médical civil".

L'action médicale devient une activité professionnelle, réservée en priorité aux civils.

Retenons que ceci ne signifie nullement, la disparition quasi-totale des médecins militaires antérieurement placés dans les postes médicaux. Seulement les médecins et infirmiers ne sont plus recrutés parmi les militaires.

Les militaires en poste ont continué l'exercice de leur fonction médicale, en collaboration avec leurs confrères civils.

Par ailleurs, le second élément remarquable de cette deuxième phase est la structure originale que présente celle-ci.

Cette structure se caractérise par le renforcement du personnel de soins et par l'augmentation des infrastructures sanitaires.

1 - Le personnel médical et para-médical.

A ce niveau, il convient de noter qu'au cours de l'année 1906, en plus du "Corps médical civil", il est créé le "Corps d'aides de médecins indigènes".

Les éléments de cette seconde catégorie professionnelle sont choisis parmi les Africains.

Ce personnel est formé pendant deux ans et six mois.

Les éléments doivent servir dans les services AMI, aux côtés des médecins européens.

2 - Les infrastructures sanitaires

En ce qui concerne les infrastructures, on relève en Côte d'Ivoire à cette époque de 1915 :

- 3 dispensaires ;
- 13 postes médicaux (AMI) ;
- 5 ambulances.

A partir de 1925, la doctrine sanitaire du docteur Jamot est mise en application. Cette doctrine expérimentée déjà en 1917 au Cameroun, consistait à "aller au devant du malade".

Cela signifie la mise en place de services médicaux ayant pour mission, de suivre médicalement toutes les populations autochtones dans leurs villages respectifs.

Pour ce faire, le territoire de la Côte d'Ivoire se trouve découpé en circonscriptions sanitaires. Et avec des équipes médicales mobiles, des actions de dépistage, de prévention, de prophylaxie et de thérapeutique sont entreprises à travers toutes les contrées.

En somme, la démilitarisation du corps médical et l'accélération du processus d'installation des infrastructures et du personnel médical constituent les traits dominants de cette deuxième phase de l'étape coloniale.

Celle-ci commencée depuis 1908, s'arrête en 1928 avec l'avènement des élites médicales africaines.

Nous entrons ainsi dans la troisième et dernière phase de cette seconde étape coloniale.

C - ENTRE 1928 ET 1960 : la phase de la médecine des élites africaines

En 1928, tout le dispositif sanitaire antérieurement installé, se trouve renforcé par la sortie de 9 médecins et de 16 sages-femmes de l'Ecole Africaine de Médecine de Dakar (Sénégal).

Cette école créée en 1918, avait pour vocation d'assurer une formation médicale plus complète à l'élite africaine.

Ce qui entraînait automatiquement la suspension de la formation des "aides médecins indigènes".

Ces élites médicales africaines appelées initialement "médecins auxiliaires", prennent le nom de "médecins africains" à partir de 1944.

Et en 1953, l'Ecole de Dakar ferme ses portes après avoir formé pour toute l'Afrique occidentale française, au total 582 médecins et 87 pharmaciens.

A ce stade, la mise en place des infrastructures sanitaires prend corrélativement une certaine importance.

Et ce, à travers toutes les régions du territoire. On dénombre ainsi en 1950 en Côte d'Ivoire :

- un centre de protection maternelle et infantile (PMI) ;
- plusieurs dispensaires ;
- un institut d'hygiène ;
- 127 médecins ;
- 5 chirurgiens-dentistes ;
- 37 pharmaciens ;
- 700 infirmiers ;
- et 92 sages-femmes dans les secteurs public et privé.

En 1957, le premier gouvernement national est formé.

Le Ministère de la santé publique et de la population est créé.

La Côte d'Ivoire accède à l'Indépendance politique en 1960.

C'est la fin de la troisième phase qui va clore en même temps, cette longue étape coloniale.

A présent, il convient de souligner que le processus d'implantation de la médecine occidentale en Côte d'Ivoire, se résume en trois phases successives :

- la phase militaire en est le point de départ.

Elle se déroule de 1893 à 1908 avec la conquête du territoire ;

- la phase des civils européens en est le point de transition pour les élites africaines qui la détiennent depuis 1928.

La tendance générale de cette action médicale semblait se fonder davantage sur une médecine de masse et préventive contre les maladies endémiques et épidémiques ;

épidémie de fièvre jaune en 1904 à Grand-Bassam ; variole en 1905 sur tout le territoire.

Mais dans l'ensemble, seulement le 1/4 de la population à peu près bénéficiait des prestations de cette médecine européenne.

Cette situation représente le stade d'évolution à partir duquel les dirigeants politiques du pays entament le système d'organisation de cette médecine en Côte d'Ivoire.

III - LA MEDECINE EUROPEENNE DEPUIS L'INDEPENDANCE POLITIQUE

Cette étape se caractérise particulièrement par le principe de la mise en place d'un véritable système d'organisation de cette médecine occidentale.

Les éléments de base de ce système d'organisation sont :

- la définition d'une politique nationale de santé ;
- l'installation d'un patrimoine hospitalier ;
- la formation du personnel médical et para-médical ;
- et la distribution des médicaments.

Quelle réalité recouvre chacun de ces éléments ?

A - LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE

Celle-ci concerne les grandes orientations choisies par l'Etat de Côte d'Ivoire en matière de santé. Ces grandes orientations supposent la définition des objectifs à atteindre, et l'élaboration des programmes d'action.

1 - Les objectifs sanitaires

A l'origine, une politique de santé opère un choix fondamental entre deux ordres de priorité :

La médecine curative et la médecine préventive.

La médecine curative consiste à soigner les maladies déjà contractées.

La médecine préventive quant à elle, se préoccupe essentiellement à protéger la santé afin d'éviter des maladies.

Depuis l'accession de la Côte d'Ivoire à l'Indépendance politique en 1960, médecine curative et médecine préventive se sont souvent alternées.

Elles se sont parfois même confondues.

De ce fait, quelles ont été les caractéristiques de chaque décennie depuis cette époque ?

a - La décennie de 1960 à 1970

Au lendemain de l'Indépendance politique, l'action politique médicale en Côte d'Ivoire s'est, dans l'immédiat, résolue à combattre les pathologies endémo-épidémiques tels que la rougeole, la variole, la tuberculose, le paludisme, la lèpre etc...

Les moyens de cette politique médicale se traduisent par des tournées de dépistage à travers les villages, par des campagnes de vaccination et aussi par la création de nouvelles institutions (maternités, PMI, dispensaires...).

L'ordre de priorité de cette politique consistait fondamentalement à "parer au plus pressé" (1).

Ce qui dans la réalité, accordait le primat à la médecine curative au détriment de la médecine préventive.

Au plan de la méthode, nous constatons que cette action médicale n'est que le reflet et le prolongement de la doctrine sanitaire proposée par le docteur Jamot à l'époque coloniale.

Le tableau n°2 ci-dessous indique bien les caractéristiques de cette politique médicale.

(1) Guy CANGAH, Simon-Pierre EKANTA : La Côte d'Ivoire par les textes - De l'aube de la colonisation à nos jours - La santé - Les Nouvelles Editions Africaines, Abidjan 1978, P. 230.

Tableau n° 2 : Lutte contre les principales maladies transmissibles

	1960	1969
- Populations visitées (nombre d'habitants)		
en prospection systématique	1.160.200	2.808.400
en assistance médicale	219.310	1.288.362
- Interventions		
examens de labo. effectués	35.750	490.275
vaccination et chimioprophylaxie	1.316.860	740.000
- Nombre de malades dépistés :		
trypanosomiase	819	190
lèpre	14.353	7.440
pian	42.864	113.200
syphilis	1.349	4.542
onchocercose	64	10.000
bilharziose (évaluation OMS).....	700.000	19.960
	(dont 2.200 traités)	
dracunculose	50.000	15.731
		dépistés et traités
rougeole	37.480	24.370
- Evolution des moyens :		
budget : Rép. de Côte d'Ivoire	263 millions	528 millions
aide internationale	97 millions	90 millions
total	360 millions	618 millions

Source : Archives Nationales de la Côte d'Ivoire, Fraternité-Matin, AN 10, 7 août 1970, P. 73.

b - La décennie de 1970 à 1980

A partir de cette seconde décennie, des objectifs assez précis commencent à se dégager.

Ils s'articulent autour de trois points essentiels :

- 1°) La réduction de la pathologie parasitaire et infectieuse ;
- 2°) La réduction de la mortalité infantile ;
- 3°) La réduction du nombre et de la gravité des accidents de la circulation.

En somme, l'apport nouveau dans cette deuxième décennie est l'intégration du plan de réduction des accidents de la route.

A cet effet, l'Office de la Sécurité Routière (O.S.E.R.) est créé en 1978. De façon implicite, ceci veut dire encore que dans la réalité, la médecine curative garde toujours la priorité aux dépens de la prévention.

c - La décennie de 1980 à 1990

Celle-ci est révélatrice d'une tendance nouvelle particulièrement significative.

De quoi s'agit-il ?

Cette époque se caractérise d'abord par les traditionnels objectifs de la prévention, puis ensuite par l'avènement de la charte internationale du développement sanitaire mise au point par l'OMS en 1978 à ALMA-ATA (union soviétique).

Le but de cette charte est d'atteindre l'objectif "LA SANTE POUR TOUS D'ICI L'AN 2000".

La charte propose en revanche, une stratégie transitoire appelée les "SOINS de SANTE PRIMAIRES".

Que signifie cette notion de "Soins de Santé Primaires" ?

"Les Soins de Santé Primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal, que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible des soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire" (1).

L'Etat de Côte d'Ivoire ratifie cette charte de développement sanitaire en 1981.

(1) Série "Santé pour tous", N° 3

Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 1981, P. 30.

Il accorde ainsi son adhésion politique à cette stratégie des Soins de Santé Primaires.

En mai 1983, la ratification devient une réalité vraie.

En conséquence, un Comité National des Soins de Santé Primaires est créé à cette date (1).

Dans son contenu, la stratégie des Soins de Santé Primaires définit au moins huit activités fondamentales.

Ces activités sont les suivantes :

- l'éducation pour la santé ;
- la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles ;
- l'approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base ;
- la santé maternelle et infantile, y compris la planification familiale ;
- la vaccination contre les grandes maladies infectieuses ;
- la prévention et le contrôle des endémies locales ;
- le traitement des maladies et lésions courantes ;
- la fourniture de médicaments essentiels (2).

(1) Voir la composition de ce Comité National au niveau du gouvernement ivoirien à la page suivante.

(2) Série "Santé pour tous", N° 3, idem.

4 4 8

A T T E S T A T I O N

Le SECRETAIRE GENERAL DU GOUVERNEMENT

certifie que le Conseil des Ministres, au cours de sa séance du 18 mai 1983, a donné son accord aux conclusions de la communication présentée par le Ministre de la Santé publique et de la Population, relative à la création d'un Comité National de soins de Santé Primaires.

La composition de ce Comité est la suivante sur le plan gouvernement :

- Ministre de la Santé publique et de la Population (Président)
- Ministre de l'Agriculture et le Secrétaire d'Etat responsable de la production vivrière
- Ministre de l'Information
- Ministre du Plan et de l'Industrie
- Ministre de l'Economie et des Finances
- Ministre des Travaux publics
- Ministre de la Construction et de l'Urbanisme
- Ministre de l'Environnement
- Ministre de la Production animale
- Ministre de l'Education nationale
- Ministre de l'Enseignement technique et de la Formation professionnelle
- Ministre des Eaux et Forêts
- Ministre des Affaires sociales
- Ministre de la Condition féminine
- Ministre de l'Intérieur.

Accord est également donné à la tenue, à Abidjan d'un Séminaire national de soins de santé primaire dans la première quinzaine de juillet 1983 sous l'égide de l'O.M.S.

La dépense est à la charge de l'O.M.S.

Fait à ABIDJAN, le 18 mai 1983



Comme le mentionne si bien clairement la définition des Soins de Santé Primaires, les objectifs nationaux de cette troisième décennie de 1980 à 1990 se voient ainsi orientés et canalisés en direction des activités des Soins de Santé Primaires.

Il va sans dire que la politique sanitaire de cette période reste en priorité axée sur ces activités ; campagnes de sensibilisation et actions préventives surtout en faveur des mères et des enfants : allaitement maternel, lutte contre les maladies diarrhéiques, éducation nutritionnelle, campagnes élargies de vaccination, assainissement, espacement des naissances etc...

A observer de près, il est permis de constater que contrairement aux décennies précédentes, la médecine préventive commence à gagner du terrain.

Et ce, grâce à cette politique des "Soins de Santé Primaires". Néanmoins, l'importance de la médecine curative n'est pas tout à fait à perdre de vue ; la poliomyélite, le paludisme, la fièvre jaune, l'onchocercose, la méningite...etc persistent toujours.

Cette persistance ardente des endémies locales relève des réalités d'ordre sociologique, psychologique, anthropologique, démographique et socio-économique propres au contexte ivoirien.

De plus, à cet inventaire de la pathologie traditionnelle, faudrait-il également ajouter les "maladies du siècle" ; le cancer, le SIDA, le diabète, l'alcoolisme, le tabagisme, la toxicomanie... C'est pour cette raison que les programmes conçus par le Ministère de la Santé Publique et de la Population prennent corps sous multiples formes, en vue de cerner et juguler toutes ces difficultés sanitaires.

2 - Les programmes d'activités

En rapport avec les objectifs sanitaires mentionnés, les programmes d'action cherchent à identifier des cadres opératoires, ensuite à dégager les moyens financiers, humains et matériels adéquats afin d'atteindre ces objectifs. Cette élaboration méthodologique constitue les programmes d'action. A ce titre, nous relevons les rencontres périodiques, l'éducation pour la santé, la création des services de sécurité sociale, la recherche médicale, et la dotation d'un budget de fonctionnement au Ministère de la Santé Publique.

a - Les rencontres périodiques

Il s'agit de toutes les formes de réunions organisées dans le cadre du développement sanitaire.

Ces réunions sont le fait des professionnels de la santé, des autorités sanitaires et des pouvoirs publics.

Mais parallèlement à ces initiatives internes de portée nationale, des organisations à caractère international se manifestent et renforcent ainsi les activités du programme sanitaire.

1°) Au plan national ; nous notons :

- Les Journées Médicales et Pharmaceutiques d'Abidjan

Cette tradition médicale est instituée en 1967 à l'initiative de la Faculté de Médecine d'Abidjan.

Elle est organisée tous les 3 ans.

Son but est de faire une mise au point sur la recherche médicale concernant des cas d'affection bien déterminés.

- Les états généraux de la santé

Ils ont été organisés pour la première fois à YAMOOUSSOUKRO en mars 1984.

Ils étaient destinés à faire des propositions concrètes en vue de résoudre les problèmes généraux qui constituent des blocages au bon fonctionnement du système de santé en Côte d'Ivoire.

Nous pouvons dans ce même cadre national, citer quelques autres organes qui mènent surtout des campagnes d'information et de sensibilisation. Il y a :

- Les Journées des Internes des hôpitaux d'Abidjan ;
- Les Journées de psychiatrie et de psychologie médicale.

2°) Au plan international, nous relevons :

- Le séminaire de formation des Directeurs Régionaux ;

C'est en 1985 que le processus de recyclage des Directeurs Régionaux de la santé a démarré.

Il se circonscrit dans le cadre de la coopération entre les pays membres du Conseil de l'Entente (1).

L'objectif de cette activité est d'initier ces gestionnaires des hôpitaux au système de planification et de coordination des programmes et activités hospitalières.

- La Journée Mondiale de la Santé

Elle se déroule le 7 avril de chaque année.

Elle est consacrée à la célébration de l'anniversaire de l'Organisation Mondiale de la Santé créée le 7 avril 1948.

Cette célébration correspond en fait à une action de sensibilisation des populations sur un problème de santé bien précis.

- La Journée Mondiale des Léproux

Le père fondateur de cette institution est RAOUL FOLLEREAU.

Celle-ci est créée en 1953.

Elle est organisée le dernier dimanche du mois de janvier tous les ans.

(1) Pays membres du Conseil de l'Entente :

Bénin, Côte d'Ivoire, Burkina-Faso, Niger, Togo.

L'objectif poursuivi est de créer les conditions morales et psychologiques favorables à l'intégration sociale des malades de la lèpre.

Tous ces organes de formation et de perfectionnement des professionnels de la santé, d'information et de sensibilisation de la population ne constituent que le premier élément du programme d'actions sanitaires.

En second lieu, il y a l'action de l'Education pour la Santé.

b - L'Education pour la Santé

Elle s'inscrit dans l'optique de la prévention en général.

Selon l'O.M.S., l'Education pour la Santé consiste à "aider les gens à acquérir la santé par leur propre comportement et leurs propres efforts".

De façon explicite, les éléments de base de cette éducation pour la santé sont la bonne nutrition, et le respect des règles d'hygiène.

En d'autres termes, il faut manger bien, boire de l'eau potable, vivre dans un environnement propre, porter des vêtements sains, s'abstenir devant la tentation de la consommation abusive des stupéfiants...

En résumé, l'éducation pour la santé se définit comme le mode d'information qui incite toutes les couches de la population à observer les règles d'hygiène corporelle, alimentaire et l'hygiène publique. La finalité de ce mode d'information est l'amélioration des conditions d'existence des individus.

En Côte d'Ivoire, les supports officiels de cette éducation sanitaire reposent essentiellement sur les mass-médias.

1°) La radio

Sur la chaîne nationale, elle diffuse une émission intitulée : "SANTÉ MAGAZINE".

Celle-ci se produit en langue française une fois par semaine ; soit tous les soirs de lundi de 21h à 22h.

Cette émission aborde les sujets relatifs aux modes de traitement de certaines affections, à la définition de certaines spécialités de la médecine conventionnelle, et à la présentation des structures sanitaires du Ministère de la Santé Publique.

Après celui-ci, l'autre support de cette éducation sanitaire est la télévision.

2°) La Télévision

L'émission spécialisée en la matière est le "DROIT A LA SANTÉ" devenue "PRIORITE-SANTÉ"...

Elle s'opère sur la première chaîne nationale. Elle est éditée une fois par mois. Le jour retenu pour la diffusion porte également sur le lundi, entre 21h et 22h.

Elle se préoccupe en partie à présenter les locaux des formations sanitaires, les infrastructures installées, et l'état de propreté de ces locaux.

Elle aborde aussi souvent des sujets qui ont trait à la physiologie et à l'anatomie.

Dans ce cas, le langage utilisé relève par conséquent du domaine pur de la science médicale.

La troisième voie de cette éducation pour la santé est la presse écrite.

3°) Les journaux spécialisés

Il existe un journal ivoirien spécialisé en tant que support de l'éducation pour la santé.

Il s'intitule le magazine "NOTRE SANTE".

Créé en mars 1985, il apparaît une fois tous les deux mois.

Il comporte des rubriques concernant la MEDECINE (informations sur les maladies), les FEMMES (grossesse, stérilité, ménopause) les ENFANTS, l'ALIMENTATION...etc.

Le prix de l'unité s'élève à 350 francs CFA.

A la suite de tous ces réseaux d'information organisés dans le sens de l'éducation pour la santé, nous découvrons par ailleurs, l'oeuvre des services de sécurité sociale dans le programme des activités sanitaires.

C - LES SERVICES DE SECURITE SOCIALE

On est d'abord tenté de se poser la question : Qu'est-ce que la sécurité sociale ?

D'après le dictionnaire "Lexique de termes juridiques", la sécurité sociale est "l'ensemble des institutions tendant à protéger l'individu contre les événements qui entraînent une perte ou une diminution de son revenu (...) et à l'aider à assumer ses charges familiales" (1).

Les événements dont il est question sont la maladie, l'invalidité, la maternité, la vieillesse...

Autrement dit, la sécurité sociale apparaît comme une organisation institutionnelle dont le but est de remédier à une charge sociale spécifique.

Dans le domaine médical qui nous occupe singulièrement, nous retenons la MUTUELLE GENERALE des FONCTIONNAIRES et la CAISSE NATIONALE de PREVOYANCE SOCIALE.

1°) La MUTUELLE GENERALE des FONCTIONNAIRES

Elle est créée en 1973. Elle regroupe tous les fonctionnaires et agents de l'Etat ivoirien. La cotisation est mensuelle. A l'origine, elle s'élevait à 3 % du salaire de base des adhérents. Ce retenu couvre les frais de médicaments, de prothèses dentaires et de remboursement des frais pharmaceutiques.

(1) GUILLIEN (R) et VINCENT (J) : Lexique de termes juridiques.

Dalloz, Paris 1978, P. 353.

Le taux de remboursement est de 70 %. Cela traduit le fait que l'adhérent paye les 30 % des frais à la caisse de la pharmacie. La qualité d'adhérent est justifiée par la présentation d'une carte d'adhésion conçue à cet effet.

Elle donne droit à une fiche spéciale appelée "bon de mutuelle". Sur cette fiche, le médecin traitant mentionne la liste des médicaments utiles au malade.

Cet organisme de prestations sociales a connu des difficultés de gestion entre 1983 et 1989. De fait, le montant des prestations était supérieur au montant des cotisations (1).

Initialement gérée par le Ministère de la Fonction Publique, ce dernier se désengage en octobre 1989 du fait du déficit chronique. Ce désengagement de l'Etat fait suite à une suspension des activités qui reprennent le 30 avril 1990.

A cet effet, le taux de cotisation passe désormais de 3 % à 5 % par adhérent mensuellement. L'équilibre financier semble être retrouvé.

La gestion se trouve confiée à présent aux mutualistes.

Cet organisme se distingue de la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sur plusieurs points.

(1) Consulter le tableau n° 3 : Evolution de la Mutuelle de 1975 au 31.8.88.

Tableau n° 3 : Evolution de la Mutuelle de 1975 au 31.8.1988

	Nombre d'adhérents	Nombre de bénéficiaires	Montant des cotisations	Nombre de bons réglés	Montant des prestations	Nombre de fournisseurs (TOTAL)
1975	54.980	112.838	888.515.244	19.032	32.709.606	56
1976	62.159	147.074	1.258.859.644	121.946	246.528.954	70
1977	68.444	165.524	1.361.457.895	229.636	489.409.460	77
1978	83.062	190.130	2.173.483.258	321.510	483.033.452	83
1979	92.666	209.009	4.021.889.820	306.855	884.315.889	86
1980	117.150	239.366	552.660.968	364.993	861.471.698	92
1981	112.030	234.829	4.865.940.338	445.865	1.201.734.265	107
1982	126.529	253.267	3.748.187.555	560.020	1.960.603.619	119
1983	136.167	270.921	2.165.112.789	727.627	2.482.566.566	168
1984	147.039	285.383	4.358.386.549	738.614	2.988.249.889	192
1985	164.932	322.272	3.137.387.590	1.084.325	3.987.734.665	212
1986	183.400	351.856	5.921.483.139	1.338.801	5.672.098.323	239
1987	183.818	379.436	7.250.486.896	1.556.667	7.679.103.665	270
Fin Août 1988	192.572	206.372	4.763.988.978	1.173.531	5.194.109.464	277

Source : "IVOIR'SOIR" N° 391 du 30/11/1988, P. 5.

2°) La CAISSE NATIONALE de PREVOYANCE SOCIALE (CNPS)

C'est la loi n° 68-595 du 20 décembre 1968 portant Code de Prévoyance sociale qui institue la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale.

La vocation de cette institution est de servir des prestations en espèces et en nature à ses assurés.

Ceci se traduit concrètement par une protection sociale au salarié du secteur privé et à sa famille.

En général, les prestations sont définies à l'intérieur de trois branches précises :

- les prestations familiales ;
- les accidents du travail et maladies professionnelles ;
- la retraite.

En ce qui concerne le régime des accidents du travail et maladies professionnelles, le taux de cotisation varie entre 2 à 5 % à la charge de l'employeur.

Sa variation dépend du risque supposé de la branche d'activité à laquelle appartient l'unité de production.

Il se calcule sur la base des salaires plafonnés à 70.000 francs CFA.

L'institution compte près de 500.000 assurés dans l'état actuel des choses.

Les bénéficiaires des prestations ont le devoir de constituer un dossier qui se compose des pièces suivantes :

- trois exemplaires d'un imprimé spécial appelé "Déclaration d'accident du travail" que l'employeur remplit et joint à une lettre de transmission ;
- un carnet d'accident du travail rempli par l'employeur et le médecin traitant de la victime ;
- un double du bulletin de salaire du mois précédant l'accident du travail ;
- un récépissé de la Déclaration d'accident délivré par le commissariat de police du ressort, s'il s'agit d'un accident de trajet ;
- un certificat médical de constatation des blessures ;
- un certificat médical de guérison.

Tels sont en gros, les contours du régime des accidents du travail et des maladies professionnelles définis par la CNPS.

A la lumière de ce bref résumé des deux services de sécurité sociale, il ressort que le mode de couverture sociale semble être partiel.

Les prestations qu'ils offrent ne se limitent en partie, qu'aux frais des médicaments.

La consultation et l'hospitalisation restent à la charge des adhérents.

Cette situation de déséquilibre a donné naissance à une généralisation des contrats d'assurance complémentaires avec les compagnies privées.

Nous notons dans ce chapitre, le cas :

- . des enseignants du primaire avec la Société Ivoirienne d'Assurance Mutuelle (SIDAM) ;
- . la corporation des sages-femmes avec la SIDAM ;
- . le personnel du Ministère de l'Agriculture et des Eaux et Forêts avec la Nationale d'Assurance...etc.

En dépit de cette insuffisance mise en évidence, il convient de retenir tout de même que ces services de sécurité sociale jouent un rôle assez important dans la politique nationale de santé en Côte d'Ivoire.

Parce qu'au plan médical, ils constituent une forme d'assistance sociale pour les adhérents et aux membres de leur famille.

Cet aspect social de la politique sanitaire n'exclut pas la mise en place d'une structure pour la recherche médicale.

d - La recherche médicale

Elle concerne l'ensemble de toutes les investigations scientifiques entreprises dans le domaine de la santé.

Dans l'état actuel des connaissances, il existe au moins trois voies de recherche en matière de santé.

Elles sont notamment :

- l'investigation clinique ;
- la recherche biomédicale ;
- et la santé publique.

On retrouve ces différentes voies de recherche médicale en Côte d'Ivoire.

1°) L'investigation clinique

Son cadre d'évolution est l'hôpital au contact des patients.

Elle s'effectue par les médecins au cours du traitement.

Elle consiste à observer l'évolution de la maladie, à recueillir des données et à analyser de façon rigoureuse, les différentes réactions sur les patients pendant l'intervention.

En Côte d'Ivoire, cette investigation clinique s'opère :

- à la Faculté de Médecine de l'Université d'Abidjan, pendant la préparation des travaux de thèse de doctorat d'Etat en médecine ;
- au Centre d'épidémiologie et de recherches biomédicales, à l'hôpital protestant de Dabou ;
- à l'Institut de cardiologie d'Abidjan dans le domaine des maladies cardiaques et pulmonaires ;
- au Centre anti-tuberculeux dans le domaine de la tuberculose ;
- à l'Institut Raoul Follereau dans le domaine de la lèpre.

A cette approche clinique, s'ajoutent les structures de l'approche biomédicale.

2°) La recherche biomédicale

Elle est l'oeuvre de médecins, de physiciens, de chimistes, de botanistes, de biologistes... Il s'agit-là d'une recherche purement fondamentale.

Les travaux sont effectués en Côte d'Ivoire par :

- l'Institut National de Santé Publique ; particulièrement dans le domaine des maladies sexuellement transmissibles (MST) ;
- le laboratoire de physiologie de la Faculté des Sciences et Techniques d'Abidjan ;
- la Faculté de Pharmacie de l'Université d'Abidjan surtout à partir des thèses de doctorat d'Etat en pharmacie ;
- l'Institut Pasteur d'Abidjan.

Après ces deux premières approches clinique et biomédicale, la troisième voie ouverte est la santé publique.

3°) La santé publique

Cette voie d'approche se caractérise par l'intervention de plusieurs spécialistes : biologistes, médecins, économistes, chimistes, psychologues, anthropologues, démographes, sociologues etc...

Elle couvre les domaines de l'hygiène corporelle, publique et alimentaire.

Son objectif vise particulièrement la prévention.

Les structures créées à cet effet sont :

- le Laboratoire National de la Santé Publique.
Il intervient dans l'expertise alimentaire, toxicologique industrielle et médico-légale.
Il est également chargé de contrôler la qualité des aliments, des eaux minérales, des vaccins et médicaments ;
- l'Institut d'hygiène dans le domaine de l'eau potable et de l'assainissement en général.

Au terme de ce bref examen des structures de la recherche médicale, il ressort que seule la recherche clinique bénéficie particulièrement du maximum des ressources existantes (humaines, financières et matérielles).

C'est au vu de ce constat de déséquilibre que nous abordons le chapitre du financement du Ministère de la Santé Publique.

e - Le budget du Ministère de la Santé

Avant tout, il importe de faire remarquer que la conduite d'une politique de santé exige en toute évidence, une disponibilité en ressources financières.

C'est pourquoi, depuis la création du Ministère de la Santé Publique et de la Population, l'Etat de Côte d'Ivoire met chaque année, un budget à la disposition de ce Ministère en vue d'exécuter les activités du programme élaboré.

Le budget comporte deux aspects ; le Budget Général de Fonctionnement (BGF) et le Budget Spécial d'Investissement et d'Equipement (BSIE).

1°) Le Budget Général de Fonctionnement (BGF)

Il concerne le financement des dépenses de personnel et d'exploitation.

Nous le présenterons comparativement au Budget Général de Fonctionnement de l'Etat, afin de mieux apprécier son évolution. Cette évolution concerne les mouvements des dix dernières années.

Elle ressort dans le tableau n°4* qui suit.

Tableau n° 4 : Comparaison B.G.F. santé et B.G.F. de 1980 à 1989

Année	B.G.F. santé	B.G.F. Etat	$\frac{\text{B.G.F. santé} \times 100}{\text{B.G.F. Etat}}$
1980	23.870,400	338.400,000	7 %
1981	28.853,000	376.000,000	7,6 %
1982	31.574,800	420.700,000	7,5 %
1983	32.853,300	435.250,000	7,5 %
1984	31.439,500	445.100,000	7 %
1985	29.168,110	418.130,000	7 %
1986	31.560,642	433.620,000	7 %
1987	35.743,087	480.980,000	7 %
1988	36.231,306	493.500,000	7 %
1989	38.456,575	499.477,000	7,6 %

Source : B.O.G. Ministère de la santé.

2°) Le budget spécial d'investissement et d'équipement (B.S.I.E.)

Comme son nom l'indique, il est consacré au financement des dépenses d'investissement et d'équipement.

Ces prévisions comportent les dépenses d'encadrement et de formation et des dépenses en matériel.

Au regard du tableau d'évolution du budget de fonctionnement de la santé, nous nous apercevons que ce budget s'élève en moyenne à 7 % annuellement par rapport au budget général de l'Etat.

En revanche, le taux d'accroissement de la population progresse continuellement chaque année.

Entre 1965 et 1975, ce taux est de 4 % ; entre 1975 et 1985, il passe à 4,07 (1).

Ce rapprochement montre une évolution en sens inverse des deux données ; c'est-à-dire pendant que la population s'accroît, les ressources financières affectées à la santé baissent. Ceci traduit une augmentation des besoins en santé, mais une réduction progressive des moyens de satisfaction.

En effet, l'implication sociologique de cet état de fait sera l'incapacité probable de l'Etat, à atteindre les objectifs fixés en priorité.

(1) Dian Boni, Yves Le Doze, Kouadio SARAKA : Géographie de Côte d'Ivoire.
CEDA, Abidjan 1985, P. 39.

En tout état de cause, des personnes physiques, morales, des Organismes Non Gouvernementaux (O.N.G.) se rendent compte de cette désarticulation manifeste.

Dès lors, elles réagissent d'une manière ou d'une autre dans le sens d'apporter leur aide à l'Etat.

Ce sont des oeuvres de bienfaisance. C'est l'ensemble de ces oeuvres de toute nature que nous appelons les "Actions complémentaires des O.N.G." dans la politique sanitaire de l'Etat ivoirien.

3 - Les actions complémentaires des O.N.G.

Les éléments appartenant au groupe des O.N.G. sont de nature variée.

On retrouve parmi ceux-ci, des personnes physiques, des entreprises, des club-services, des communautés villageoises, des groupes familiaux, des associations de jeunesse, des communautés religieuses, des groupes d'étudiants...etc.

Les oeuvres accomplies se répartissent en gros, entre trois rubriques :

- les dons ;
- les prestations de services et campagnes de sensibilisation ;
- et l'action médicale des institutions spécialisées.

Voyons le contenu de ces différentes rubriques.

a - Les dons

Ils se composent d'éléments très variés.

Il s'agit de dons en espèces, des appareils d'examen médical, des ambulances, des fauteuils roulants pour handicapés, des effets vestimentaires, des lots de médicaments...

Le tableau n° 5 nous montre sommairement quelques aspects de la nature de ces dons (1).

A côté de ces divers dons, nous comptons également les prestations de services.

b - Les prestations de services et les campagnes de sensibilisation

En règle générale, cette seconde gamme d'activités se résume dans l'exécution de certains travaux de façon ponctuelle ;

Exemple : la construction d'appatam dans l'enceinte des hôpitaux, les campagnes épisodiques d'assainissement etc...

Ces activités sont connues sous les appellations génériques de "Opération coup de balai", "Opération coup de serpillière" ainsi de suite...

D'autre part, elles prennent forme dans l'organisation des conférences ou des tables-rondes.

(1) Voir le tableau n°51 : Quelques aspects des dons par les O.N.G.

Tableau n° 5 : Quelques aspects des dons par les O.N.G.

N°	Donateurs	Bénéficiaires	Nature des dons	Année
1	Habitants de SAVERNE en ALSACE (France)	4 dispensaires de la paroisse de TANKESSE : (TIENKOIKRO, ADOUKRO, N'DAKRO, AGNIBILEKRO)	12 tonnes de matériels et de médicaments de 5 millions de francs.	1985
2	LIONESS CLUB "STRELITZIA" d'Abidjan	Soeurs de l'Enfant Jésus de SASSANDRA	300.000 francs de médicaments	1986
3	CROIX-ROUGE	Hôpitaux	Sang	Mai 1986
4	LIONESS-CLUB	Ministère de la Santé	3.000 sachets de sel de réhydratation	Juillet 1986
5	Mme Anne ALLANGBA (institutrice retraitée)	Centre de santé d'Adjamé	1 réanimateur 1 sac à oxygène 1 aspirateur de mucosité 1 tensiomètre 1 chauffe-eau 1 poupinai	Juillet 1988
6	La Commune de MONT de MARSAN (France)	Centre de santé de Botro	1 ambulance	Février 1989
7	Sociétés SAPH et SOGB	Centre de prématurés de Cocody	1 couveuse	Juillet 1989
8	CLUB UNESCO du CREUZOT (France) Société RMO (Relations Main-d'Oeuvres)	- Institut National de la lèpre R.F. d'Adzopé - Dispensaire de Memni (Alépé)	3 tonnes de matériel médical ; à 20 millions de francs	Juillet 1989
9	N'DAYA Côte d'Ivoire	Village SOS d'Abobo	34 cartons de médicaments	Septembre 1989
10	Etudiants de la Faculté de Pharmacie	Hôpital de Jacquerville	1,2 million de francs de médicaments	1989

N.B. : Document confectionné par nous-même.

Dans ce cas, les thèmes des débats se rapportent assez souvent à des sujets d'intérêt commun.

C'est par exemple l'avortement, les MST, la contraception, la drogue, le SIDA...

Ces deux rubriques relatives aux dons et aux prestations de services se distinguent naturellement de l'action des institutions spécialisées.

c - L'action médico-sociale des institutions spécialisées

Dans le cadre du développement sanitaire, les institutions spécialisées à caractère médico-social, installées en Côte d'Ivoire sont peu nombreuses.

Les activités sont principalement portées contre les effets du tabagisme et de l'alcoolisme.

1°) Contre le tabagisme

Le tabac est un stupéfiant. L'usage abusif de ce produit est nocif. En conséquence, cette nocivité est l'effet du **tabagisme**.

Dans l'état actuel des connaissances, l'unique organe permanent de lutte contre le tabagisme est le "PLAN de CINQ JOURS".

Celui-ci est initié par l'organisme privé français appelé "La LIGUE VIE et SANTE".

Il a été institué en Côte d'Ivoire en 1976. Il est établi à Abidjan au quartier Williamsville dans la Commune d'ADJAME.

En pratique, le "PLAN de CINQ JOURS" est une méthode qui permet d'aider les personnes victimes de tabagisme, de cesser de fumer après un traitement en cinq jours.

Il est organisé chaque année à Abidjan et à Bouaké, sous le parrainage du Ministère de la Santé Publique.

Chaque PLAN s'adresse à un nombre compris entre 100 et 300 personnes à la fois.

Contre l'effet de l'alcoolisme, s'est édifiée une autre institution.

2°) Contre l'alcoolisme

L'alcoolisme se définit comme le fait de consommer de façon abusive, les boissons alcoolisées.

A ce titre, l'alcoolisme apparaît comme une nuisance pour la santé de l'homme.

L'une des ONG compétentes dans le domaine de la lutte contre l'alcoolisme est le centre de la "CROIX BLEUE".

Ce centre se trouve également implanté à Abidjan au quartier Williamsville.

Son but est de désintoxiquer l'organisme du corps humain et ensuite d'aider la victime à supporter la suppression de l'alcool.

Les conditions d'intégration à ce centre sont de deux ordres :

1°) Etre alcoolique et accepter de se faire traiter ;

2°) Accepter de donner une contribution de 1.000 francs CFA par jour pour les frais divers (soins et nourriture).

La méthode comporte essentiellement deux phases :

- la première consiste à désintoxiquer effectivement l'organisme du sujet ;
- la deuxième est d'ordre psycho-sociologique.

Elle comporte un aspect de socialisation du sujet par des activités manuelles, et par un aspect spiritualiste basé sur une éducation à caractère religieux.

Ce centre de la "CROIX BLEUE" est secondé dans cette tâche par le groupe "ALCOOLIQUE ANONYME" (groupe AA), installé à son tour, à Williamsville.

En plus de ces interventions à caractère inopiné sous forme de dons, de prestations de services, et d'actions médico-sociales, il faut d'autre part, mentionner l'importante assistance de l'Organisation des Nations-Unies (ONU) à travers ses organes spécialisés.

d - L'intervention des organes de l'ONU

Cette intervention s'inscrit dans le cadre de la coopération internationale.

Sous cette rubrique, nous citerons principalement l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds des Nations-Unies pour l'Enfance (UNICEF).

1°) L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé)

Son bureau local est installé à Abidjan en 1961. Son but est la mise en oeuvre rapide des stratégies de la santé pour tous, basées sur les Soins de Santé Primaires.

De plus, ce bureau est chargé de gérer les activités de coopération technique, puis d'aider l'Etat ivoirien à coordonner les ressources internes disponibles au service du développement de la santé.

Ce bureau local travaille en collaboration avec l'UNICEF.

2°) L'UNICEF (Fonds des Nations-Unies pour l'Enfance)

Ses activités sont surtout d'ordre éducatif et financier.

Cet organisme fournit du matériel médical, des véhicules, des vaccins, des médicaments...

Ses préoccupations sont axées sur les campagnes de promotion de l'allaitement maternel, le problème du planning familial et de l'espacement des naissances, de l'éducation nutritionnelle...etc.

Pour terminer, il convient de souligner que certes, la politique nationale de santé en Côte d'Ivoire définit des objectifs judicieux dans le sens d'une justice et de paix sociales.

Tout compte fait, force est de reconnaître que l'Etat éprouve des difficultés pour atteindre ces objectifs.

C'est pourquoi nous assistons à une intervention importante des oeuvres de bienfaisance et d'assistance par des personnes physiques et organisations institutionnelles.

Mais malgré tout, des difficultés semblent persister dans l'état actuel des choses.

Alors s'agit-il réellement d'une insuffisance des ressources mobilisées ? ou bien y-a-t-il d'autres paramètres ?

De ce point de vue, nous sommes amené à analyser la structure organisationnelle des formations sanitaires.

B - L'ORGANISATION DU PATRIMOINE HOSPITALIER

Cet aspect constitue le second volet important du système de santé.

Le patrimoine hospitalier désigne l'ensemble de toutes les formations sanitaires implantées sur le territoire ivoirien.

L'organisation de ce patrimoine hospitalier indique comment les différents services médicaux sont structurés à l'intérieur de ces formations sanitaires.

En bref, cela revient à se demander quel est le modèle d'organisation des différentes formations sanitaires.

Pour y répondre, disons d'abord que les éléments qui composent ce patrimoine hospitalier sont ; les hôpitaux, les bases de secteur de santé rurale, les institutions spécialisées et la médecine privée.

1 - Les hôpitaux

D'une manière générale, les hôpitaux sont des établissements de soins qui fournissent essentiellement des prestations curatives.

Dans l'organisation du système de santé, ils représentent le maillon de la médecine curative.

Mais suivant la nature des soins et des fonctions assignées aux éléments qui composent cette structure, nous y retrouvons quatre catégories.

On les nomme Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) ; Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) ; Hôpitaux de 1ère catégorie (H1) et Hôpitaux de 2ème catégorie (H2).

a - Les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU)

Les fonctions dévolues à cette catégorie d'hôpitaux relèvent de la médication, de l'enseignement et de la recherche universitaire.

A ce niveau, il convient de faire remarquer que cette catégorie d'hôpitaux est supposée renfermer toutes les spécialités médicales de la médecine conventionnelle.

L'hospitalisation demeure ici comme un principe fondamental. Dans l'état actuel des choses, le système de santé de Côte d'Ivoire compte au total, 3 CHU.

- Le CHU de Treichville ; créé en 1976 ;
- Le CHU de Cocody ; ouvert en 1970 et rattaché à la faculté de médecine.
- Le CHU de Yopougon ; qui se situe encore dans sa phase de démarrage.

Après les CHU, la seconde composante qui apparaît est l'ensemble des CHR.

b - Les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR)

C'est le décret n° 84-722 du 30 mai 1984 qui crée cette structure et définit ses fonctions.

De fait, les CHR sont répartis sur l'ensemble du territoire national selon des critères géo-administratifs.

Ils assurent des fonctions d'ordre médical et pédagogique.

Au plan des soins médicaux, ces hôpitaux sont appelés à jouer le même rôle que les CHU au niveau de la localité départementale.

Néanmoins, une différence fondamentale demeure.

Cette différence relève de la limitation des moyens techniques disponibles, et de la réduction des services de spécialité par rapport aux CHU.

Par ailleurs, les CHR exercent également des activités pédagogiques bien que celles-ci restent tout de même limitées.

Elles concernent le stage pratique des infirmiers, infirmières et sages-femmes.

Le décret du 30 mai 1984 répartit tout le territoire de la Côte d'Ivoire entre 8 Directions Régionales sanitaires :

- Région du Nord ; siège : Korhogo ;
- Région du Centre-Nord ; siège : Bouaké ;
- Région du Centre-Ouest ; siège : Daloa ;
- Région du Centre-Sud ; siège : Yamoussokro ;
- Région du Sud-Est ; siège : Abidjan ;

- Région du Sud-ouest ; siège : Divo ;
- Région de l'Ouest ; siège : Man ;
- Région de l'Est ; siège : Abengourou.

Ces différents sièges ci-dessus énumérés représentent les principales villes où se trouvent effectivement implantés les Hôpitaux régionaux ou CHR.

A la suite de ces CHR, arrivent les hôpitaux de 1^{ère} catégorie.

c - Les hôpitaux de 1^{ère} catégorie (H1)

En général, les H1 sont des centres de soins qui regroupent les services de médecine générale, de maternité et de chirurgie.

Les services de spécialité sont rares. De ce fait, leurs activités principales ne se réduisent qu'à la prestation curative.

Ils constituent le maillon de la chaîne qui joue le rôle d'intermédiaire entre les autres unités de base et les CHR.

Tout le territoire ivoirien compte dans l'état actuel des choses, 20 hôpitaux de 1^{ère} catégorie. Ceci n'est pas le cas au niveau des H2.

d - Les hôpitaux de 2^{ème} catégorie (H2)

Ils comportent simplement la médecine générale et le service de maternité.

L'intervention chirurgicale n'y est pas pratiquée.

L'hospitalisation concerne les cas de maladie sans grand danger.

Les H2 jouent essentiellement un rôle de triage des malades vers les H1, les CHR ou les CHU selon le degré de gravité de la maladie.

Au niveau national, il existe actuellement un total de 53 H2 répartis entre les 8 Directions régionales de la santé.

Parallèlement à cette hiérarchie de la chaîne hospitalière, il subsiste une autre structure dont la fonction est fondamentalement différente de la médecine curative.

C'est la structure constituée par les bases de secteur de santé rurale.

2 - Les bases de secteur de santé rurale

Les bases de secteur sont des services de santé publique qui s'occupent en substance, de la médecine **préventive** et mobile dans les zones rurales.

Cette vocation préventive et mobile dérive de la doctrine du docteur Jamot de l'époque coloniale qui consistait à "aller au-devant du malade".

Cette doctrine mise en application en Côte d'Ivoire vers 1925, devient en 1960, le service médical appelé "les grandes endémies".

Aujourd'hui encore, cette appellation demeure et se confond avec ce service dénommé "la base de secteur de santé rurale".

Ainsi donc, les deux appellations désignent cette même structure sanitaire dont les activités se résument en cinq points notamment :

- la prospection et le dépistage de la maladie ;
- le diagnostic sur le terrain ;
- le traitement des maladies dépistées ;
- la surveillance des malades traités ;
- la prophylaxie.

Les bases de secteur ou secteurs de santé rurale s'occupent, principalement des maladies dites tropicales ; ce sont la bilarziose, la lèpre, l'onchocercose, la tuberculose, la trypanosomiase etc...

Le territoire national de la Côte d'Ivoire se subdivise en 26 bases de secteur.

Chaque base de secteur se situe dans un chef-lieu du département et couvre plusieurs sous-préfectures (1).

Elle est dirigée par un médecin-chef.

Les activités du médecin-chef et de son équipe consistent à identifier les types de maladies endémiques de la localité, à diriger les opérations de vaccination et à effectuer des tournées de supervision et d'information auprès des infirmiers des centres de santé rurale.

(1) Consulter le tableau n°6 : Les bases de secteur de santé rurale.

Tableau n° 6 : Les bases de secteur de santé rurale

N°s D'ORDRE	DIRECTION REGIONALE	BASE SECTEUR DE SANTE RURALE	DEPARTEMENTS COUVERTS	OBSERVATIONS
1	<u>SUD</u> ABIDJAN	Abidjan Aboisso Adzopé Tiassalé	Abidjan Aboisso Adzopé, Agboville Tiassalé, Grand-Lahou	
2	<u>SUD-OUEST</u> DIVO	Divo San-Pédro Sassandra	Divo San-Pédro, Tabou Sassandra, Soubré	
3	<u>CENTRE-OUEST</u> DALOA	Bouaflé Daloa Gagnoa	Bouaflé, Sinfra, Zuénoula Daloa, Issia, Vavoua Gagnoa, Lakota, Oumé	
4	<u>OUEST</u> MAN	Danané Man Séguéla Touba	Danané, Duékoué, Guiglo Man, Bangolo, Biankouma Séguéla, Mankono Touba	
5	<u>NORD</u> KORHOGO	Boundiali Ferkéssédougou Korhogo Odienné	Boundiali, Tengrela Ferkéssédougou Korhogo Odienné	
6	<u>CENTRE-NORD</u> BOUAKE	Bouaké Dabakala	Bouaké, M'Bahiakro Sakassou*, Yamoussokro* Dabakala, Katiola	

N°s D'ORDRE	DIRECTION REGIONALE	BASE SECTEUR DE SANTE RURALE	DEPARTEMENTS COUVERTS	OBSERVATIONS
7	<u>CENTRE-SUD</u> YAMO USSOKRO	Dimbokro Yamoussokro	Dimbokro, BONGOUANOU Daoukro Yamoussokro, Béoumi, Sakassou*, Toumodi	Certains départements appartiennent aux BSSR Bouaké et de Yamoussokro à la fois
8	<u>EST</u> ABENGOUROU	Abengourou Bondoukou Bouna Tiassalé	Abengourou Bondoukou Bouna Tanda	

NB : Les départements portant l'astérisque * sont ceux dont certaines localités appartiennent à une BSSR et d'autres à une autre base Ex. SAKASSOU appartient à la fois à BOUAKE et à YAMO USSOKRO.

Source : Direction de la planification et des statistiques sanitaires.

Chacune des bases de secteur recouvre plusieurs centres de santé.

Elles représentent en effet les services coordinateurs des opérations de tous les centres de santé de la localité.

Le centre de santé.

C'est une unité composée de deux éléments : le dispensaire et la maternité.

Dans une zone rurale de plusieurs villages, le centre de santé est implanté dans le village centre. Toutes les populations des villages périphériques doivent donc se faire soigner dans ce centre.

Le centre est généralement dirigé par un infirmier.

Il est aidé dans sa tâche par un ou deux garçons de salle.

Les interventions à ce niveau se limitent à la surveillance des parturientes, à l'éducation sanitaire auprès des populations, à l'administration de soins élémentaires, et à l'évacuation vers la base de secteur ou à l'hôpital.

Au total, nous pouvons retenir que la structure hospitalière et les bases de secteur de santé rurale constituent deux entités complémentaires dans le système de santé.

La première est d'ordre curatif, la seconde d'ordre préventif.

Mais l'organisation du patrimoine hospitalier de la Côte d'Ivoire ne s'arrête pas là.

On y compte également des institutions autonomes qui se définissent par rapport à la nature de leur spécialité.

3 - Les institutions spécialisées

Elles sont aussi appelées les Etablissements publics nationaux (E.P.N.).

Cela veut dire des institutions créées par l'Etat mais dont le mode de fonctionnement s'apparente sous la forme du régime privé des entreprises.

Leurs activités se résument en trois parties :

- la recherche ;
- la formation ;
- les prestations de soins.

Ces institutions sont les suivantes :

a - L'Institut National de Santé Publique (INSP)

Il est créé en 1970 et installé à Abidjan dans la Commune d'Adjamé.

Il se consacre surtout à la recherche dans les domaines des maladies transmissibles, du diabète et des maladies de carence.

Il sert également de cadre privilégié pour les stages de formation des infirmiers, infirmières, sages-femmes et assistants sociaux.

Il collabore avec l'Institut Pasteur dans le domaine des maladies diarrhéiques.

b - L'Institut Pasteur

Il est implanté dans la ville d'Abidjan en novembre 1985.

Il est constitué de deux antennes.

La première se situe dans les locaux du CHU de Cocody.

Elle effectue essentiellement des analyses médicales (examen de sang, selles, urines...) des malades en provenance des CHU, des PMI et des maternités. Ses activités principales sont la biochimie, la bactériologie et la parasitologie. La seconde antenne est installée à Adioupodoumé. Elle s'occupe essentiellement de virologie et de microbiochimie.

c - L'Institut de cardiologie

Il est ouvert le 24 novembre 1976.

Il se trouve implanté à Treichville près du CHU

Il traite les maladies cardiaques et pulmonaires.

Les hospitalisations ici sont souvent nécessaires.

Dans la sous-région Ouest-africaine, il constitue une référence de marque.

d - Le Centre de transfusion sanguine

Il est créé en 1958. Il se trouve également installé à Treichville, non loin du CHU.

On l'appelle aussi la "banque de sang". Ce qui traduit déjà son rôle dans le système de santé.

Il recueille le sang des donateurs volontaires, effectue des analyses, procède à une classification des groupes sanguins et redistribue ce sang aux hôpitaux.

En somme, les infrastructures sanitaires installées sur le territoire national relèvent d'une importance quantitativement et qualitativement appréciable.

Mais l'ensemble des prestations de la santé publique ne semble pas couvrir tous les besoins.

C'est la raison pour laquelle le domaine de la médecine privée connaît aujourd'hui une expansion assez considérable.

4 - Le domaine de la médecine privée

La médecine privée est l'ensemble constitué par les institutions médicales reposant sur l'initiative privée.

Les éléments qui composent ce secteur sont les complexes confessionnels de santé, les infirmeries privées, les cabinets médicaux et les cliniques privées.

a - Les complexes confessionnels

Leur création relève pour la plupart, de l'initiative des membres des communautés religieuses chrétiennes installées. Il s'agit notamment de la communauté catholique et protestante européenne.

La grande majorité de ces centres de soins sont implantés dans les zones rurales. Ils effectuent des consultations et administrent des soins.

D'un point de vue théorique, cette unité est en apparence semblable au centre de santé rurale installé par le Ministère de la Santé Publique.

Mais au fond, la caractéristique particulière qui fait la différence est le niveau de qualification du personnel soignant. Ce sont en fait, des médecins, des sages-femmes et des infirmiers qualifiés qui exercent au sein de ces centres.

Cependant, au niveau des centres de santé rurale, seul l'infirmier est le personnel qualifié.

Cette situation est différente dans le cas des infirmeries privées.

b - Les infirmeries privées

Ce groupe d'institutions se rencontre presque dans tous les quartiers des grands centres urbains.

Leurs locaux sont parfois confondus avec les appartements d'habitation.

On les trouve assez rarement dans les zones rurales.

Selon la réglementation, elles restent sous la responsabilité des infirmiers qualifiés. Leur rôle effectif se limite à la prescription des médicaments et aux injections intramusculaires.

D'après les informations de la Direction de la planification et des statistiques sanitaires, le nombre total d'infirmeries privées installées en Côte d'Ivoire s'élève à 524.

Leurs activités sont soutenues et complétées par celles des cabinets médicaux.

c - Les cabinets médicaux

Ils relèvent de la compétence exclusive des médecins agréés. leur rôle principal est la consultation.

Selon les estimations des services statistiques sanitaires, la Côte d'Ivoire compte aujourd'hui à peu près 133 cabinets médicaux dont 60 % exercent dans la seule ville d'Abidjan.

A cet effectif, il faut également ajouter 51 cabinets dentaires. Ici l'hospitalisation n'est pas de règle. Ce qui est différent dans le cas des cliniques.

d - Les cliniques privées

C'est la forme de la médecine libérale la plus développée en Côte d'Ivoire.

Le service de la statistique de la santé publique estime qu'il existe environ une cinquantaine de cliniques privées sur tout le territoire national.

Mais 80 % se répartissent entre les dix communes de la ville d'Abidjan (1).

Leur création résulte généralement de l'association de plusieurs médecins.

Elles jouent en fait le rôle parfait d'hôpitaux privés en ce sens qu'elles effectuent des consultations et des hospitalisations.

(1) cf. Les annexes II.

En définitive nous devons dire que le système de santé en Côte d'Ivoire dispose d'un nombre important de formations sanitaires (cf. tableau ci-dessous).

Tableau n° 7 : Récapitulation des formations sanitaires de la santé publique de 1960 à 1990

Période	Quantité	Catégories
Patrimoine acquis de 1960 à 1986	3	CHU
	7	CHR
	20	H1
	53	H2
	26 bases de secteur	487 dispensaires ruraux 218 maternités
	46	centres de santé scol. et univ.
	85	centres de santé urbaine
	73	PMI
	8	CAT
	15	centres et instituts spécialisés
	5	hyposeries
	8	lèproseries
	13.000	lits
	En voie d'équipement	119
Année budgétaire 1987-1988	62	maternités rurales
En attente d'équipement	487	dispensaires
Année budgétaire 1989-1990	228	maternités
	46	centres de santé scol. et univ.
	76	PMI

Source : Emission télévisée "A LA UNE" le 5/1/89

Déclaration du Pr DJEDJE MADY, Ministre de la Santé Publique.

Mais cette composante ne suffit pas à elle seule pour apprécier ou mesurer l'efficacité de ce système de santé. Car nous devons compter avec ce dernier, la qualification du personnel médical et paramédical.

C - LA FORMATION DU PERSONNEL MEDICAL ET PARAMEDICAL

Le personnel médical désigne l'ensemble des médecins chirurgiens et pharmaciens ; le personnel para-médical comprend les infirmiers, sages-femmes, agents supérieurs, assistants sociaux, techniciens de santé etc...

1 - Les médecins

L'école de médecine est créée en 1967.

Elle devient faculté de médecine en 1969.

La formation est assurée aux étudiants pour une durée de 7 ans après l'obtention du baccalauréat.

Cette formation est répartie en 3 cycles et sanctionnée à la fin par le doctorat d'Etat en Médecine.

Ce grade universitaire est obtenu à la suite d'une soutenance de thèse préparée sous la direction d'un professeur titulaire.

Cette méthode pédagogique constitue l'aspect important en matière de recherche clinique.

Cette faculté se rattache depuis 1978 à l'Institut d'Odonto-Stomatologie qui est un centre d'enseignement et de recherche et de soins à partir du décret n°78-431 du 10 Mai 1978.

Le nombre des diplômés par année dans les deux départements peut être respectivement apprécié dans les tableaux (n°s 8 et 9) ci dessous.

Tableau n°8 : Effectifs de la Faculté de Médecine

Effectif par Année Année scolaire	1ère année	2ème année	3ème année	4ème année	5ème année	6ème année	7ème année	Thèse	Total
1983-1984	213	145	201	169	120	104	121	199	1.272
1984-1985	210	205	169	168	154	123	-	-	1.029
1985-1986	233 y compris les dentaires	189	231	148	152	153	137	150	1.393
1986-1987	260 y compris les dentaires	193	235	169	131	144	184	229	1.545
1987-1988	292	207	219	208	135	127	196	232	1616
1988-1989	408 y compris les dentaires	292	286	180	175	125	212	-	-

Source : Direction de la planification et de la statistique sanitaires.

Tableau n°9 : Effectifs de l'Institut d'Odonto-Stomatologie

Année scolaire \ Effectifs par année	1ère année	2ème année	3ème année	4ème année	5ème année	Total
1982-1983	44	32	25	27	-	128
1983-1984	52	34	27	25	-	138
1984-1985	40	40	34	43	24	181
1985-1986	-	44	30	37	30	141
1986-1987	-	45	44	-	-	89
1987-1988	31	50	44	-	-	125

Source : Direction de la planification et de la statistique sanitaires.

2 - Les Pharmaciens

L'école de pharmacie est créée en 1977.

Elle devient faculté de pharmacie à l'Université d'Abidjan en 1985.

La durée de la formation est de 6 ans après le baccalauréat.

Cette formation est sanctionnée par le diplôme de doctorat d'Etat en pharmacie à l'issue de la soutenance d'une thèse sous la direction d'un professeur.

Les possibilités d'accueil et de sortie des diplômés par an sont indiquées par le tableau n°10 qui suit :

Tableau n°10 : Effectifs de la Faculté de Pharmacie

Effectifs par année Année scolaire	1ère année	2ème année	3ème année	4ème année	5ème année	Total
1982-1983	30	22	21	13	9	95
1983-1984	39	24	21	18	10	112
1984-1985	44	29	25	19	12	129
1985-1986	45	34	30	16	20	145
1986-1987	45	32	28	31	24	160
1987-1988	85	31	35	35	21	207
1988-1989	119	78	41	33	20	291

Source : Direction de la planification et de la statistique sanitaires.

3 - Les infirmiers (ières) et sages-femmes

En 1961 est instituée l'Ecole des infirmiers et sages-femmes.

Les caractéristiques des entrées et sorties de cette école paramédicale sont exprimées dans les deux tableaux (n°s 11 et 12) ci-dessous. Ces mouvements concernent seulement l'école d'Abidjan.

Tableau n°11 : Effectifs de l'école des infirmiers (ières) (Abidjan)

Effectifs par année Année scolaire	1ère année	2ème année	3ème année	Total
1982-1983	191	185	157	533
1983-1984	208	176	183	567
1984-1985	113	201	163	477
1985-1986	203	123	197	523
1986-1987	183	204	120	507
1987-1988	275	216	196	687
1988-1989	339	212	209	760

Source : Direction de la planification et de la statistique sanitaires

Tableau n°12 : Effectifs de l'école des sages-femmes (Abidjan)

Effectifs par année Année scolaire	1ère année	2ème année	3ème année	Total
1982-1983	114	114	99	327
1983-1984	97	127	101	325
1984-1985	52	114	111	277
1985-1986	104	65	102	271
1986-1987	127	104	65	296
1987-1988	275	106	99	480
1988-1989	339	108	96	543

Source : Direction de la planification et de la statistique sanitaires

Nous signalons par la même occasion qu'une seconde école paramédicale vient d'ouvrir ses portes en 1987 à BOUAKE.

Au total le tableau n°13 ci-dessous nous permet de découvrir les résultats du processus de la formation du personnel médical et paramédical du système sanitaire.

**Tableau n°13 : Tableau synthétique des personnels du Ministère
de la Santé par catégorie professionnelle au
16/06/1989**

Catégorie professionnelle Statut	Effectif de personnel		Total	%
	Hors CHU	CHU		
Fonctionnaires et agents Temporaires				
Personnel médical	648	304	952	07
Personnel paramédical	3.975	741	4.716	35
Administratifs et autres	1.591	215	1.806	13
Sous/total	6.214	1.260	7.474	55
Journaliers	5.384	810	6.194	45
TOTAL GENERAL	11.598	2.070	13.668	100

Source : B.O.G. Ministère de la Santé.

En outre après avoir examiné la définition de l'orientation de la politique générale, la constitution du patrimoine hospitalier et la mise en place des structures de formation du personnel médical et paramédical, il reste à voir maintenant les circuits de distribution des médicaments du système sanitaire.

D - LES CIRCUITS DE DISTRIBUTION DES MEDICAMENTS.

Au plan du système de santé, le circuit de distribution des médicaments dans un pays concerne tout le parcours qu'effectuent

tous les produits pharmaceutiques depuis l'usine de fabrication jusqu'aux consommateurs ; c'est à dire toutes les étapes intermédiaires situées entre le producteur et le patient.

En Côte d'Ivoire, il existe légalement deux principaux circuits de distribution des médicaments ; le circuit public et le circuit privé.

1 - Le circuit public

Ce circuit est celui instauré par l'Etat. Son point de départ est le Groupe RHONE-POULENC SANTE et ROUSSEL-UCLAF de France.

Les produits pharmaceutiques importés arrivent à la pharmacie de la Santé Publique de Côte d'Ivoire.

Cette unité d'approvisionnement représente la seconde étape. Elle demeure ainsi la société grossiste des médicaments. Son rôle est de distribuer les médicaments aux formations sanitaires (hôpitaux et bases de secteur).

C'est à partir de ces formations sanitaires que les médicaments sont remis aux patients. Ce premier circuit ne peut suffire à combler tous les besoins en produits pharmaceutiques.

Raison pour laquelle il est secondé par le secteur privé.

2 - Le circuit privé

Il est constitué principalement par deux sociétés privées de ravitaillement et par une unité industrielle pharmaceutique.

a - Les sociétés privées de ravitaillement

Elles ont pour nom LABOREX et GOMPCI (Groupement Outre-Mer Pharmaceutique Côte d'Ivoire).

Ces deux sociétés importent également les produits pharmaceutiques d'Europe (France, Allemagne) et d'Amérique. Elles ravitaillent directement les pharmacies privées et cliniques.

Ces dernières distribuent à leur tour les médicaments à la population selon les modalités conventionnelles de vente (cf tableau n°14).

Tableau n°14 : Les officines et dépôts de pharmacie en fonctionnement
1988

Régions	Officines	Dépôts	Total
Abidjan	139	-	139
Reste Sud-Est	25	40	65
Sud-Ouest	9	25	34
Ouest	9	36	45
Centre-Ouest	18	29	47
Centre Nord (BOUAKE)	19	20	39
Centre-Sud (YAMOOUSSOUKRO)	11	37	48
Nord	9	31	40
Est	7	25	32
Ensemble du Pays	246	243	489

Source : Direction de la planification et de la statistique sanitaires.

b - L'industrie pharmaceutique locale

Elle est inaugurée le 5 Mai 1988. Elle est de statut privé. Elle a pour sigle : "CIPHARM" ; ce qui veut dire "Côte d'Ivoire Pharmacie".

A l'origine, la participation nationale aux actions s'élève à 48 % (GOMPCI, LABOREX et autres particuliers).

La participation étrangère se situe à 52 % (RHONE POULENC SANTE , ROUSSEL-UCLAF....).

La production actuelle concerne les médicaments de première nécessité en forme sèche. Il s'agit des comprimés de nivaquine, flavoquine, quinimax, de l'aspirine, de l'aloïne du cortancyl...

Ces produits sont vendus à la pharmacie de la Santé Publique et aux officines.

Pratiquement cette production locale couvre environ 15 % du marché des aspirines, 90 % pour la nivaquine et plus de 95 % pour la flavoquine et le quinimax.

Pour finir, nous pouvons faire remarquer que la dépendance vis à vis de l'extérieur en produits pharmaceutiques reste encore très forte.

Environ 2,5 milliards de francs CFA sont annuellement consacrés à l'achat de ces médicaments d'après la déclaration du Professeur DJEDJE Mady, Ministre de la Santé Publique en son temps.

Ce chiffre est énorme. Il situe la Côte d'Ivoire en deuxième position, après l'Algérie sur le continent africain.

Quelles solutions faudrait-il envisager afin de le faire diminuer et améliorer parallèlement l'état de santé de la population ivoirienne ?

En effet la recherche de solutions viables à cet état de chose doit nécessairement passer par l'examen des lois de contradictions internes à ce système de santé. Parce qu'au terme final de cet exposé sur le processus d'organisation du système sanitaire en Côte d'Ivoire, nous pouvons faire remarquer que des variables d'indicateurs font apparaître des lois de contradictions à trois niveaux essentiellement.

1°) Au plan des structures sanitaires officielles, il est donné de constater que la médecine africaine autochtone qui demeure la médecine originelle pour les Africains, se trouve apparemment écartée du cadre d'institutionnalisation du système des soins de santé.

Par rapport à l'ensemble du contexte socio-culturel africain, il transparait logiquement à ce niveau, une contradiction d'ordre culturel au sein du système officiel de santé.

2°) Au plan de la politique sanitaire, il subsiste également une inadéquation flagrante entre l'engagement politique de l'Etat et les ressources nationales dégagées pour le développement sanitaire.

Ce sont les actions de bienfaisance des ONG et l'aide de coopération internationale qui réduisent une proportion importante de ce déséquilibre.

La règle de contradiction qui apparaît ici se situe au niveau socio-économique.

3°) Au plan de l'organisation des infrastructures sanitaires, la population rurale en général apparaît comme la couche sociale qui se trouve quelque peu rejetée à la marge des soins de santé de meilleure qualité.

La distance physique engendrée par la pyramide hospitalière et la concentration de toutes les formations sanitaires de haute performance dans la seule ville d'Abidjan restent les facteurs explicatifs essentiels de cette marginalisation. La nature de cette contradiction relève de l'ordre géo-organisationnel.

En définitive ce sont ces différentes variables d'ordre culturel, géo-organisationnel, et socio-économique qui viennent expliquer l'hypothèse de la contradiction entre l'organisation socio-culturelle et le système de médication adopté en Côte d'Ivoire. Le prochain chapitre de l'analyse se donne pour tâche, d'explicitier cette logique de contradictions.

CHAPITRE 2 : LE SYSTEME DE SANTE EN COTE D'IVOIRE ET SA LOGIQUE DE CONTRADICTIONS

La logique de contradictions sous-entend le rapport d'incohérence qui existe entre le mode de fonctionnement du système de santé et l'ensemble du système socio-culturel de la population ivoirienne. L'orientation théorique de ce volet pose la problématique du rapport :

SANTE - POPULATION

Il s'agit exactement de montrer dans quelles conditions le système sanitaire entretient le rapport de contradictions avec la population-cible au plan culturel, géo-organisationnel, et socio-économique.

I - LA CONTRADICTION AVEC LA LOGIQUE CULTURELLE

La contradiction par rapport à la logique culturelle se situe ici dans l'ordre de la marginalisation de la médecine africaine par le système national de santé. Cette médecine africaine ne fait donc nullement partie intégrante du système sanitaire officiel.

Seule, la médecine conventionnelle d'origine européenne est reconnue légale. Mais comment cette marginalisation de la médecine africaine est-elle apparue dans l'histoire du système de santé en Côte d'Ivoire ?

Pour y répondre, suivons d'abord les étapes de l'évolution de cette médecine africaine dans le cadre plus général de l'Afrique.

A - L'EVOLUTION CONCEPTUELLE DE LA MEDECINE AFRICAINE EN AFRIQUE

La médecine africaine est la forme originale de la médecine pratiquée par le peuple africain.

Les termes qui identifient couramment cette formation sont :

"médecine traditionnelle" ;

"médecine africaine"

"médecine populaire" ;

"médecine orale" ;

"médecine traditionnelle africaine" ;

"médecine primitive" etc...

Au fond, tous ces différents termes désignent cette même et unique réalité qui a pour but, de préserver la santé ou de restituer cette santé en cas de nécessité. Autrement dit, "la médecine africaine serait l'ensemble de toutes les connaissances et pratiques explicables ou non, pour diagnostiquer, prévenir ou éliminer un désé-

équilibre physique, mental ou social en s'appuyant exclusivement sur l'expérience vécue et l'observation transmise de génération en génération, oralement ou par écrit" (1).

A ce titre, nous employerons indifféremment dans ces travaux, les groupes de mots "médecine africaine" ou "médecine traditionnelle africaine". Parce que nous pensons que ces termes se rapprochent beaucoup plus du contexte de cette réalité médicale.

Dans une perspective historique, cette médecine africaine a été initialement, la seule formation médicale pour la population africaine avant la colonisation.

Mais dans l'état actuel des connaissances, l'évolution de la médecine africaine se caractérise essentiellement par la succession de trois étapes différentes. Ce sont :

- l'étape du statut institutionnel et légitime ;
- ensuite l'étape du statut d'illégitimité ;
- et enfin le caractère mitigé du statut qui est la troisième étape.

(1) : Définition proposée par le Bureau Régional de l'Afrique de l'O M S.

1 - La médecine africaine en tant qu'institution sociale légitime

Cette première étape commence depuis l'origine de la formation de cette médecine originale, et prend fin vers les années 1940.

Il s'agit donc de la longue période qui s'étend de l'antiquité, à la période coloniale.

Cette étape comprend deux phases :

a - La première phase : Légitimité intégrale de la médecine africaine (des origines à 1885).

Pendant cette première phase, les populations africaines n'avaient recours à aucune autre forme de médecine.

La médecine africaine se présentait comme le seul et unique système médical en Afrique noire au Sud du Sahara.

Mais à partir de la période de la colonisation, la médecine européenne fait son apparition.

C'est alors le début de la coexistence des deux modes de médecine ; c'est-à-dire de la médecine africaine et de la médecine européenne.

Ainsi, cette situation correspond déjà à la deuxième phase de l'évolution du statut légitime de la médecine africaine dans son cadre naturel.

b - La deuxième phase : Rapport de coexistence entre la médecine africaine et la médecine européenne (1885-1940).

Cette seconde phase se caractérise par la "situation d'interface" entre les deux systèmes (1) ; c'est-à-dire la médecine africaine d'un côté, et la médecine européenne de l'autre. Ces deux systèmes évoluent séparément dans un rapport parallèle.

Mais de façon objective, l'impact de la médecine européenne progressait difficilement.

Et vers les années 1940, avec la "mission civilisatrice" et "EVANGELISATRICE" de l'Europe, la pratique de la médecine africaine se trouve officiellement arrêtée. Parce qu'à cette époque, un interdit général est jeté sur le "fétichisme africain" par les missionnaires occidentaux (2).

Cette interdiction concerne aussi bien les pratiques magiques, les rites initiatiques que toutes les formes de manifestation de la médecine africaine.

La deuxième étape du processus d'évolution de cette médecine africaine vient donc d'être entamée.

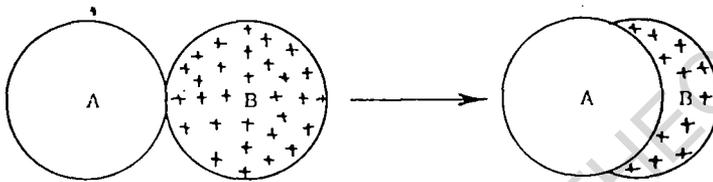
(1) Logmo B. : Médecine traditionnelle chez les basa du Cameroun. Approche anthropologique et perspectives éducatives. Thèse méd. Bordeaux 1975, n° 206. (Consulter le schéma à la page suivante).

(2) Voir MARIE-ANDRE du S.C. : La condition humaine en Afrique noire. Grasset, Paris 1953, PP. 189-196.

i) Situation d'interface : au début de l'ère coloniale, chaque médecine A et B évoluait pour son propre compte.

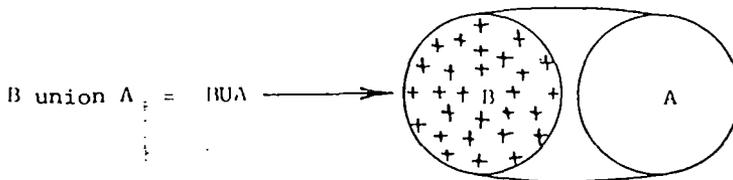
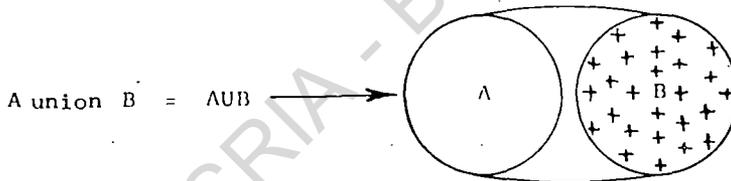


Ensuite, quand il s'est établi une relation coercitive, A en contact de B a donné :



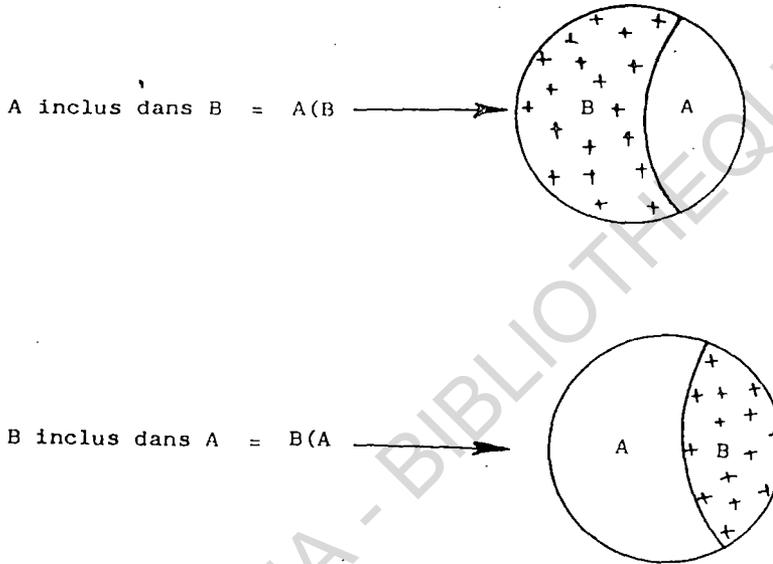
Cette situation peu souhaitable a périclité.

ii) Situation d'union : l'union de la médecine moderne à la médecine traditionnelle et vice versa est une situation séduisante, mais en pratique, difficilement réalisable dans l'immédiat; cette union aboutit au schéma :



- A : médecine moderne ;
- B : médecine traditionnelle.

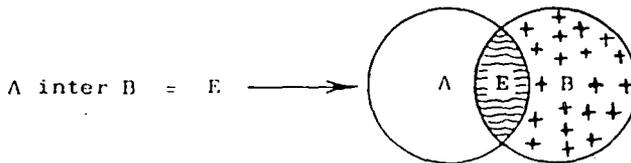
iii) Situation d'inclusion : il est possible d'inclure des activités ou pratiques de la médecine moderne, en développant d'une façon restrictive l'un des aspects de la médecine traditionnelle, c'est le cas de l'ethno-psychiatrie, ce qui aboutirait à un appauvrissement des autres structures :



Cela est envisageable car la médecine est un tout.

iv) Situations d'injection et de bijection : on retrouverait en cas d'injection toutes les structures de l'un entièrement dans l'autre et en cas de bijection réciproquement la même structure dans l'une comme dans l'autre. Cela est peu probable.

v) Situation d'intersection ou d'interrelation : théoriquement et pratiquement, la seule qui puisse permettre à chacune des techniques de garder son originalité.



2 - Le statut d'illégalité totale de la médecine africaine (1940-1970)

D'une manière générale, en Afrique de l'Ouest, cette seconde étape coïncide avec l'intégration de l'élite africaine au processus d'organisation du système de santé.

La base fondamentale de ce système d'organisation demeure la médecine européenne par excellence.

Ainsi donc, cette médecine européenne se retrouve imposée à la population noire autochtone. En parallèle, le principe de l'interdit sur le "fétichisme africain" se renforce.

Aussi, la médecine africaine se trouve-t-elle condamnée et rejetée.

En définitive, la méfiance et la clandestinité deviennent les seuls moyens d'existence pour cette médecine africaine authentique.

Voilà alors comment celle-ci intègre le statut d'illégitimité et d'illégalité totale.

En dépit du "caractère impérialiste" de cette médecine européenne, les problèmes généraux de santé resurgissent dans le cours de la construction nationale.

Ceux-ci se trouvent davantage aggravés par les phénomènes d'urbanisation et les nouvelles conditions socio-économiques naissantes : hygiène publique, endémies, différenciations sociales, sorcellerie, pauperisation...etc.

Le problème de la santé en Afrique n'apparaît plus simplement comme un problème de médication.

Il s'engage dans un processus dynamique de complexification. La communauté internationale en est sensibilisée.

L'interdit sur le "fétichisme africain" semble alors lui-même, entrer dans une situation de déphasage.

Le projet de réhabilitation de la médecine africaine devient une préoccupation officielle.

Voilà comment se présente le contexte général qui fait naître la troisième étape de l'évolution de cette médecine originale.

3 - Le caractère mitigé du statut de la médecine africaine (1970-1990)

Cette troisième étape intervient à la suite de l'accession des pays africains à l'Indépendance politique.

Celle-ci correspond en gros, à la période des années 1970.

En fait, le projet officiel de réhabilitation de la médecine africaine authentique s'impose comme une nécessité.

Il relève de l'initiative de plusieurs organismes internationaux.

En voici quelques-uns de ces organismes avec leurs activités.

- L'Organisation de l'Unité Africaine (OUA)

Ses programmes d'activités et de sensibilisation se sont déroulés de la façon suivante :

mai 1968 : premier symposium inter-africain tenu à Dakar (Sénégal) sur les plantes médicinales et la pharmacopée traditionnelle africaine.

Ce symposium se répète en juillet 1975 au Caire (Egypte), puis en septembre 1979 à Abidjan en Côte d'Ivoire...

- Le Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur (CAMES)

Ses activités de soutien au projet de réhabilitation de la médecine africaine prennent forme dans l'organisation effective d'une série de colloques.

Les différentes références sont les suivantes :

1974 à Lomé (Togo) ; 1976 à Niamey (Niger) ; 1977 à Kigali (Rwanda) ; 1982 à Brazzaville (Congo)...

- L'Agence de Coopération Culturelle et Technique (ACCT)

En matière de médecine africaine, c'est le chapitre des études ethno-botaniques et floristiques locales qui intéresse cet organisme. A cet effet, il publie des ouvrages de la série "MEDECINE TRADITIONNELLE et PHARMACOPEE" se rapportant aux pays suivants :

1977 en République Centrafricaine ; 1978 au Rwanda et Mali ; 1979 au Niger ; 1982 au Gabon...

- L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

C'est en 1976 que l'OMS annonce la contribution indispensable de la médecine africaine aux systèmes des soins.

En 1977, la Trentième Assemblée Mondiale de la Santé recommande ainsi aux gouvernements africains intéressés, d'accorder "une importance adéquate à l'utilisation de leurs systèmes traditionnels de médecine selon une réglementation appropriée dans le contexte de leurs systèmes sanitaires nationaux" (1).

Dans cette perspective, les fonctions que s'assigne l'OMS dans ce domaine sont : l'évaluation, l'intégration, la formation et aussi la coordination des travaux de recherche sur les plantes médicinales.

Tels sont en bref, quelques éléments d'intervention en faveur de la réhabilitation de la médecine africaine après une dizaine d'années d'Indépendance des pays africains.

Eu égard à ces nombreuses activités, certains gouvernements estiment utile et nécessaire de conférer à cette médecine africaine, un statut légal incontestable.

Dans ce cas, le principe du "fétichisme africain" disparaît. Et le "caractère impérialiste" de la médecine européenne s'atténue.

(1) Chronique OMS, Vol. 38, N° 2, P. 85.

Par contre, pour d'autres pays, le principe de l'interdit sur le "fétichisme africain" devient force de loi.

La médecine africaine reste en effet, encore retranchée dans l'illégalité et la clandestinité.

C'est cette divergence d'attitude et de comportement contradictoire des Etats africains qui fonde aujourd'hui, le caractère mitigé ou ambigu du statut de cette pratique médicale.

Pour tout dire, nous remarquons que dans l'état actuel des choses, la médecine africaine se trouve reconnue et adoptée officiellement par ici, mais reprimée et interdite par-là.

L'unanimité n'existe pas encore autour de la question.

Pour ce faire, elle constitue un secteur structuré et formalisé par-ci, mais inorganisé et informel par-là.

Qu'en est-il dans le cas particulier de la Côte d'Ivoire ?

B - L'EVOLUTION CONCEPTUELLE DE LA MEDECINE AFRICAINE EN COTE D'IVOIRE

D'entrée de jeu, nous mentionnons que le schéma d'évolution de cette médecine africaine au niveau de l'Afrique en général, ne diffère guère du schéma d'évolution au niveau de la Côte d'Ivoire en particulier.

Le processus est celui-ci :
légitimité intégrale avant la colonisation - illégalité pendant la période coloniale - et statut mitigé après l'Indépendance politique.

Qu'est-ce à dire ?

La situation de la médecine africaine en Côte d'Ivoire évolue de la façon suivante :

- la première étape d'évolution a connu les deux phases successives ; d'abord la phase de la légitimité intégrale avant 1885 ; ensuite celle de la "situation d'interface" entre 1885 et 1940 ;
- puis arrive la seconde étape comprise entre 1940 et 1970.

C'est la période de l'impact du principe de l'interdit sur le "fétichisme africain".

La médecine européenne est imposée de force par les missionnaires européens.

La pratique de la médecine africaine se trouve par conséquent interdite et reprimée.

Cette dernière devient donc une activité illégale et clandestine.

- A partir de 1970, commence la troisième étape.

C'est le début de l'époque des campagnes de sensibilisation à l'échelle internationale, en vue de la réhabilitation de cette médecine africaine.

En revanche, l'Etat ivoirien élabore en 1972, le "programme de substances naturelles à usage pharmaceutique et cosmétique".

- . Des travaux de recherche s'ouvrent sur des études ethno-botaniques et des recettes médicamenteuses au Centre National de Floristique créé en 1973.
- . Les "Etats généraux de la santé" s'organisent en mars 1984 à Yamoussoukro.

Au chapitre de la médecine africaine, il est décidé de "tracer le cadre dans lequel les tradipraticiens pourront désormais évoluer sans nuire à la médecine officielle".

- . Le Comité Inter-ministériel des soins de santé primaires se réunit en septembre 1986 à Abidjan.

Un atelier de travail se constitue au nom de la médecine africaine. C'est l'atelier n° 2. Le thème de réflexion proposé s'intitule :

"La médecine traditionnelle peut-elle s'intégrer dans un programme national des soins de santé primaires ? Si oui, comment ?"

En outre, d'autres institutions spécialisées abordent parallèlement cette problématique de la médecine africaine dans un cadre différent.

A cet effet, nous relevons :

- les travaux de l'Institution Association KAYDARA

- . En janvier 1989, cette institution organise un colloque sur "l'ésotérisme". Un thème de communication relatif à la question s'inscrit sous le titre de : "médecine sacrée et psychiatrie".

- . En juillet 1989, cette même institution propose encore un séminaire sur le sujet. Le centre d'intérêt est libellé : "spiritualité, société et psychopathologie. Contribution à l'hygiène mentale".

Hormis les programmes d'activités de la fondation KAYDARA, le Cercle International de Recherches Culturelles et Spirituelles (CIRCES) organise à son tour, un colloque portant sur cette médecine africaine. Celui-ci se déroule en mai 1990 à Abidjan.

Au total, nous nous rendons compte que les activités organisées dans le cadre du projet de réhabilitation de la médecine africaine en Côte d'Ivoire, s'avèrent **apparemment** importantes.

Néanmoins, en dépit de cette volonté politique de l'Etat, cette pratique médicale semble toujours s'enfermer dans le principe de l'interdit sur le "fétichisme africain" de 1940.

Car, aucun texte de loi dans la réalité, ne protège encore celle-ci dans ce pays.

Elle demeure ainsi donc illégale vis-à-vis de la législation.

En conséquence, la seule issue probable qui s'affirme pour l'exercice de ce modèle médical reste la clandestinité.

Et pourtant, nous venons **tout** à l'heure d'observer que cette médecine paraît être bien acceptée officiellement dans les forums politiques et académiques.

Voici en définitive, comment s'explique le caractère mitigé et ambigü du statut de cette médecine africaine en Côte d'Ivoire à l'état présent.

Du même coup, c'est ce qui traduit le caractère contradictoire du système sanitaire ivoirien avec la logique culturelle. Et de quelle manière ?

Parce que la médecine africaine est une médecine originale. De ce fait, elle constitue le support théorique et pratique à partir duquel se définissent les cadres de référence de la symptomatologie et de l'interprétation des maladies chez les populations ivoiriennes.

Et pourtant, ces schèmes culturels de référence se trouvent littéralement rejetés et écartés du système de santé officiellement institutionnalisé.

Pour ainsi dire, c'est à travers les langues et les schémas européens d'interprétation des symptômes de maladie, que ces populations de Côte d'Ivoire expriment leurs états de morbidité en vue de rechercher des réponses thérapeutiques.

En définitive, nous en déduisons au plan théorique, que cette interférence culturelle nous paraît épistémologiquement fautive et contradictoire.

Car les systèmes de représentation de la maladie, de la santé et de la guérison typiquement européens, ne sauraient en aucun cas, se substituer a priori, à ceux que l'on retrouve dans les sociétés africaines de Côte d'Ivoire. Tel est le fondement de la contradiction du système sanitaire avec la logique culturelle. Aussi, à côté de cette première observation de la contradiction au plan culturel, apparaît-il une seconde qui cette fois, se situe au niveau géo-organisationnel.

II - LA CONTRADICTION AVEC LA LOGIQUE GEO-ORGANISATIONNELLE

La Côte d'Ivoire est un pays qui couvre une superficie de 322.462 km². Et par rapport à cette unité géo-politique, l'Etat entreprend d'organiser le système sanitaire sur une base géo-administrative afin de mieux rapprocher les infrastructures sanitaires de toutes les couches sociales de la population.

C'est pour cette raison que tout l'ensemble du territoire se trouve découpé en huit directions régionales sanitaires selon le décret n°84-722 du 30 Mai 1984 (1).

A l'intérieur de chaque Direction Régionale, nous trouvons une unité de la médecine hospitalière et une unité de la médecine préventive.

Et à chacune de ces unités, est déployé un effectif de personnel médical et para-médical, chargé des actions médicales des localités respectives.

C'est donc par rapport à cet ensemble de dispositif régional que nous allons dans ce cadre précis, montrer le second volet de la logique de contradiction dans le rapport SANTE-POPULATION.

Pour ce faire, l'élément de référence que nous retenons pour cette analyse est l'organisation de la médecine hospitalière.

(1) - voir la carte du découpage des Directions Régionales à la page suivante

Carte n° 5 : Présentation des Directions Régionales Sanitaires en Côte d'Ivoire.



- Chef-lieu de Sous-préfecture
 - Chef-lieu de Sous-préfecture et Commune
 - Commune
 - Chef-lieu de Préfecture
 - Chef-lieu de Préfecture et Commune
 - Yamoussoukro, Capitale administrative et politique, Chef-lieu de Préfecture et commune
 - Ville d'Abidjan (comprend 10 Communes) Chef-lieu de Préfecture
- Direction Régionale (D.R.) Sanitaire
- Siège des D.R. Sanitaires

Le choix de cette composante spécifique se justifie par rapport à un objectif précis. cet objectif consiste à identifier les populations ivoiriennes les plus isolées par rapport aux infrastructures hospitalières de premier rang. C'est-à-dire localiser concrètement les populations les plus éloignées des CHR et des CHU d'Abidjan, car d'après la pyramide hospitalière établie en Côte d'Ivoire, ce sont les CHR qui représentent d'abord les structures de pointe au plan local et ensuite les CHU, les unités de référence au plan national.

Dans cette perspective, nous présentons en premier lieu ces structures de pointe, et nous montrerons ensuite la logique de contradiction.

A - PRESENTATION DES STRUCTURES SANITAIRES DE POINTE DE LA MEDECINE HOSPITALIERE

1 - Les C.H.U. de la Région Sanitaire du Sud-Est

C'est dans la ville d'Abidjan qu'ils se trouvent implantés. Ils sont au nombre de trois.

Ce sont les CHU de Treichville, de Cocody et de Yopougon.

Ils assurent des fonctions pédagogiques et médicales.

En effet au plan médical, ils comportent chacun un nombre important de services médicaux spécialisés. Mais chacun de ces éléments présente des caractéristiques qui lui sont propres.

a - Le C.HU. de Cocody

Les caractéristiques de celui-ci apparaissent sur le tableau n°15 de la page suivante.

Tableau n°15

Année 1986

C.H.U. DE COCODY

SITUATION DU PERSONNEL ET DES LITS PAR SERVICE

SERVICES	NOMBRE DE LITS	PERSONNEL				TOTAL
		MEDECINS ET ASSISTANTS	PARA MEDICAUX	GARCONS ET FILLES DE SALLE	AUTRES	
MEDECINE GENERALE	93	19	22	19	5	65
PNEUMOPHTISIOLOGIE	60	6	9	13	0	28
CHIRURGIE (9ème étage)	62	20	12	13	2	47
CHIR. B. OP. (1)	32	10	7	18	1	26
NEPHROLOGIE GEN. & UROLOG.	72	19	12	14	6	51
OPHTHALMOLOGIE	26	19	11	5	6	41
LABO. & CH. M. FA (2)	21	6	9	6	3	24
R.L.	40	10	11	5	4	30
GYNECO-OBSTETRIQUE	74	47	93	47	5	192
PEDIATRIE	86	15	30	22	4	71
CHIRURGIE INFANTILE	6	5	6	2	2	15
URO-CHIRURGIE	11	0	0	0	0	0
UROLOGIE	23	8	13	9	3	33
EDUCATION	0	2	1	1	0	4
MEDECINE D'URGENCE	20	2	8	13	1	24
LABO. SERV. DE SOINS	22	0	0	0	0	0
LABO. DE TRAVAIL	0	11	3	3	3	20
LABO. BIOLOGIE	0	0	0	0	0	0
LABO. ANA-PATH	0	6	2	1	2	11
LABO. BACT. SERV. (3)	0	3	9	7	2	21
LABO. BIOCHIMIE (IP)	0	3	10	6	1	20
LABO. CYTOLOGIE	0	2	4	2	0	8
LABO. ELECTROMYOG.	0	1	0	0	2	3
LABO. PHYSIOLOGIE	0	7	7	0	-	14
LABO. IMMUNOLOGIE	0	13	11	9	1	34
LABO. BIOCH. MEDIC.	0	7	4	4	1	16
LABO. PHARMACOLOGIE	0	5	1	0	1	7
AUTRES SERVICES	0	0	0	0	277	277
TOTAL	628	236	295	219	332	1.082

N.B. (1) : URGENCES CHIRURGICALES ET BLOCS OPERATOIRES
 (2) : STOMATO. ET CHIRURGIE MAXILO-FACIALE
 (3) : LABO. BACTERIOLOGIE INSTITUT PASTEUR

SOURCE : Direction de la planification et de la statistique sanitaires.

Ce tableau n°15 fait remarquer un nombre important de laboratoires. Soit au total neuf (9) laboratoires spécialisés. Parmi ceux-ci, celui d'immunologie se fait particulièrement distinguer en raison de l'importance de l'effectif du personnel médical et para-médical mobilisé dans ce service. Il est de vingt et un dont onze médecins et assimilés et dix agents paramédicaux.

De plus, parmi les autres services spécialisés qui sont une vingtaine au moins, on note une activité beaucoup plus intense dans les services de gynéco-obstétrique, de chirurgie, de médecine générale, de pédiatrie, d'ophtalmologie, de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale puis de neurologie ; car ces différents services sont ceux qui portent un nombre plus important en personnel médical et para-médical. N'empêche que les activités des services de médecine d'urgence, de réanimation et de radiologie soient également soulignés.

Aussi faudrait-il préciser que pour le fonctionnement de ces divers services, cet hôpital compte un total de 236 médecins et de 295 agents paramédicaux, et dispose de 628 lits pour l'hospitalisation des malades.

b - Le C.H.U. de Treichville

La caractéristique apparente ici est la grande capacité d'accueil des malades. Cette forte capacité est indiquée par 852 lits disponibles.

Et comparativement au CHU de Cocody, le CHU de Treichville présente un nombre moins important en personnel médical et para-médical. Les effectifs sont respectivement portés à 102 et 288.

Cette situation ne justifie nullement que les actions médicales paraissent moins importantes ; car les services de spécialités sont également en nombre très important ici. Les services de médecine, de chirurgie, de maternité, de laboratoire, de dermatologie et des maladies infectieuses sont très développés. Ces caractéristiques apparaissent sur le tableau n°16 relatif à la situation du personnel et des lits de ce CHU.

Tableau n°16

Année 1988

C.H.U. DE TREICHVILLE

SITUATION DU PERSONNEL ET DES LITS PAR SERVICE

SERVICES	NOMBRE DE LITS	PERSONNEL				TOTAL
		MEDECINS ET ASSISTANTS	PARA-MEDICAUX	GARCONS ET FILLES DE SALLE	AUTRES	
MEDECINE PPH	100					
MEDECINE 1	36	3	8	11		22
MEDECINE 2	25	2	9	11		22
MEDECINE 3	32	3				3
CLINIQUE MEDIC.	24	3	12	15	3	33
LABORATOIRES MEDIC.	8	0	5	5		10
CHIRURGIE 1	44	4	8	11		23
CHIRURGIE 2	44	3	10	10		23
CHIRURGIE 3	35	4	7	7	1	19
CLINIQUE CHIRURGIE 1	18	5	7	9	1	22
CLINIQUE CHIRURGIE 2	18	4	10	8	4	26
CLINIQUE CHIRURGIE 3	15	4	8	8	1	21
CHIRURGIE R.	12		12	7	1	20
NEPHROLOGIE	7	2	7	4	1	14
ENTOMOLOGIE	15	4	10	4	2	20
LABOR.	28	5	12	8	2	27
LABORATOIRE E.	36	1	12	5		18
LABORATOIRE R.	33	2	14	11		27
LABORATOIRE REA.	14	2	13	7		22
LABORATOIRE E.	82	5	17	11	1	34
LABORATOIRE REZ. CH.	78	3	19	11	7	40
LABORATOIRES INFECTIEUSES	108	10	35	25	8	78
LABORATOIRE	50	10	17	16	5	48
LABORATOIRE		1	2		1	4
LABORATOIRE DENTAIRE		5	8	5	1	19
LABORATOIRE		7	8	8	4	27
LABORATOIRE		10	19	13	6	48
LABORATOIRE					51	51
LABORATOIRE					162	162
T A L	852	102	288	241	262	883

SOURCE : Direction de la planification et de la statistique sanitaires

Par ailleurs, il convient d'ajouter que depuis Avril 1989, le CHU de Treichville bénéficie d'un complexe complémentaire appelé le CIDSI : "Centre Intégré de Diagnostic et de Soins Intensifs".

Ce Centre comprend les spécialités suivantes :

- . la fibroscopie digestive, l'échographie abdominale, la scannographie totale, la radio diagnostic et les soins intensifs.

Telles sont les données objectives qui définissent le contenu matériel du CHU de Treichville.

Mais à côté du CHU de Cocody et de celui de Treichville, il importe de présenter le troisième implanté dans la commune de Yopougon.

C - Le CHU de Yopougon.

Tableau n°17 : CHU de Yopougon

Année 1989

SITUATION DU PERSONNEL ET DES LITS PAR SERVICE

SERVICES	NOMBRE DE LITS	PERSONNEL				TOTAL
		MEDECINS ET ASSISTANTS	PARA-MEDICAUX	GARCONS ET FILLES DE SALLE	AUTRES	
CHIRURGIE PED.	30	5	16	8	4	33
GYNECO-OBST.	120	9	69	30	12	120
PEDIATRIE MED.	60	8	31	16	7	62
REANIMATION	10	5	28	8	3	44
URGENCES MEDIC.	10	4	16	8	3	31
SALLE REVEIL	8					
AUTRES SERVICES	60					
TRAUMATO-ORTH.	90	11	47	24	9	91
HEMATOLOGIE	30	4	14	8	4	30
NEO-NATALOGIE	30	5	26	8	4	43
CHIR. GLE. DIGES	30	5	16	8	4	33
NEPHROLOGIE	30	4	14	8	4	30
TOTAL	508	60	277	126	52	515

SOURCE : Direction de la planification et de la statistique sanitaires.

Celui-ci présente une gamme moins diversifiée de services spécialisés. Cela est certainement dû à son processus de démarrage des activités en cours. Aussi la capacité d'accueil des malades n'est elle pas à sous-estimer.

A ce niveau, les services de Gynéco-obstétrique, de traumatologie orthopédique et de pédiatrie occupent une place de choix. Cela se remarque d'abord avec les effectifs importants du personnel médical et paramédical qui y sont déployés ; soit 9 , 11 et 8 respectivement. Ensuite par le nombre de lits assez élevé ; soit respectivement 120, 90 et 60 lits. Dans tous les cas, ce sont ces trois services qui passent apparemment au premier rang des activités de ce CHU. Aussi, faudrait-il noter que l'effectif du personnel médical demeure encore moins important que dans les deux autres CHU.

Ici, le CHU de Yopougon ne compte que 60 médecins et assimilés.

A côté de ces divers services déjà cités, ce CHU comporte également d'autres spécialités de grande importance.

Il s'agit notamment des domaines de la chirurgie, de la réanimation, de la néphrologie, des urgences et d'hématologie.

Au terme de ce bref exposé sur les CHU de la ville d'Abidjan, il convient de souligner effectivement, que de façon apparente, la Direction Régionale sanitaire du Sud-Est de la Côte d'Ivoire se trouve être quantitativement et qualitativement bien desservie en infrastructures sanitaires.

L'aspect quantitatif reste d'abord lié au nombre des CHU qui s'élève à trois et regroupant près de 1988 lits. Puis il y a les effectifs du personnel médical et para-médical.

D'après les informations fournies par la direction des statistiques sanitaires l'on note que les trois CHU occupent environ 30 % des médecins et assimilés et 35 % des agents para-médicaux exerçant en Côte d'Ivoire.

L'aspect qualitatif s'explique par la gamme très variée des spécialités que l'on rencontre à travers les trois éléments de cette unité hospitalière. Ils jouent ensemble, un rôle complémentaire qui, du diagnostic au traitement thérapeutique d'un sujet, offrent plusieurs possibilités entre l'utilisation des outils de la médecine conventionnelle classique et l'usage de la technologie informatique médicale contemporaine (la scannographie, l'échographie cardiaque etc...).

Ainsi, par rapport à l'objectif qui vise à apprécier la qualité du rapprochement SANTE-POPULATION, il convient à présent de voir quelle distance physique la population de cette région du Sud-Est doit parcourir et quel temps elle doit mettre en vue d'atteindre les CHU installés dans la ville d'Abidjan.

Tout compte fait, avant d'aborder cet aspect particulier de l'analyse, une mise au point préalable s'avère nécessaire.

Celle-ci concerne les moyens techniques utilisés en vue d'évaluer cette distance et cette durée de parcours.

- La distance à parcourir.

Il s'agit de la distance physique qui sépare la ville d'accueil des CHU (Abidjan) des autres localités périphériques de la région sanitaire indiquée. Cette distance est évaluée en kilomètres. A propos des localités périphériques, il faut préciser que l'élément de référence choisi est le Département ; c'est-à-dire, l'ensemble des Départements pris séparément par rapport au lieu d'implantation des Centres Hospitaliers à l'intérieur d'une même Direction Régionale Sanitaire.

Car le choix des sous-préfectures ou des localités villageoises aurait donné une liste beaucoup trop longue de données ; ce qui rendrait l'exploitation de ces données difficile dans le contexte de cette étude.

Par ailleurs, nous devons signaler également que les chiffres mentionnés dans le cadre de cette distance sont ceux mis au point par les travaux de la société Michelin. Ces chiffres figurent officiellement sur une carte géographique conçue à cet effet (1).

- La durée moyenne du parcours ; l'élément essentiel de référence ici est la durée du parcours par voie routière. Le choix de la voie routière s'explique par le fait que les autres moyens de transport (chemin de fer, transport aérien et navigation fluviale) n'existent pratiquement pas entre les différentes localités du pays. Sauf la voie routière reste le seul moyen de communication le plus développé. C'est pour cette raison que ce moyen de transport est retenu.

En effet, cette durée moyenne est évaluée d'après la formule mathématique :

$\frac{\text{distance totale existant entre chef lieu de département et lieu d'implantation du C.H.U. ou (C.H.R.)}{80}$

Sachant que la distance est celle indiquée par la carte MICHELIN ; et le nombre 80, la vitesse moyenne parcourue par un véhicule en une heure.

Ce nombre 80 a été retenu parce qu'il représente une vitesse ordinaire ; c'est à dire une vitesse qui n'est ni trop élevée (l'excès de vitesse) ni trop basse.

(1) carte de géographie élaborée par la société pneumatique MICHELIN, Côte d'Ivoire 1990.

Aussi devons-nous ajouter qu'en Côte d'Ivoire, toutes les voies routières ne présentent pas du tout le même état. Il existe des routes bitumées qui permettent aux conducteurs d'avancer plus vite.

Tandis qu'ailleurs, ce sont des pistes sur lesquelles la progression s'effectue très difficilement compte tenu de leur étroitesse, des multiples nid-de-poules, de la poussière ou de la boue, des pentes et des virages très dangereux.

Nous ne disposons, ni le temps suffisant, ni les moyens matériels appropriés pour une investigation sur le terrain en vue de spécifier ainsi chaque cas au sein des différentes régions sanitaires.

Voici les raisons pour lesquelles le critère 80 km à l'heure (80 Km/h) est retenu uniformément pour apprécier la durée moyenne de parcours entre les centres hospitaliers et leurs départements respectifs.

Cette formule appliquée à la direction régionale sanitaire du Sud-Est reste donc valable pour toutes les autres directions régionales sanitaires du pays.

A partir de cette mise au point méthodologique, examinons maintenant le rapport santé-population de cette région sanitaire du Sud-Est.

d - Le rapport SANTE-POPULATION dans la Direction Régionale
sanitaire du Sud-Est.

La qualité de ce rapport Santé-Population va être appréciée à travers les données du tableau n°18 suivant.

Tableau n° 18 : Rapport Santé-Population de la Direction Régionale
du Sud-Est (ABIDJAN)

DEPARTEMENTS	POPULATION (1)		CHU D'ABIDJAN	
	V.A.	%	Distance moyenne à parcourir (Km)	Durée moyenne de parcours (H)
Abidjan DPT	2.485.847	74,45	-	-
Aboisso	225.895	6,76	114	1 H 25 mn
Adzopé	237.870	7,12	112	1 H 20 mn
Agboville	203.493	6,10	87	1 H 10 mn
Tissalé	133.708	4,00	126	1 H 30 mn
Grand-Lahou	52.559	1,57	142	1 H 45 mn
T O T A L	3.339.372	100,00	-	-

SOURCE : Tableau réalisé par nous-même.

Au regard de ce tableau n°18, il est à noter qu'au sein de la région sanitaire du Sud-Est de la Côte d'Ivoire, tous les Départements se situent à une distance comprise entre 87 et 142 km. Ceci suppose que les populations de cette région ont une durée moyenne de parcours située entre 1 H 10 et 1 H 45 mn.

Il s'agit des populations résidant dans les départements d'Aboisso, d'Adzopé, d'Agboville, de Grand-Lahou et de Tiassalé.

(1) Les chiffres de population relèvent du dernier recensement effectué en 1988.

On peut affirmer que cette durée de parcours de plus d'une heure ne rapproche pas tout à fait les populations des localités périphériques aux CHU implantés dans la ville d'Abidjan.

En revanche, nous pouvons en déduire que les populations véritablement proches de cette unité hospitalière sont celles résidant dans les dix communes d'Abidjan et de quelques autres populations rurales des villages environnants.

Car toutes les sous-préfectures ne sont pas placées à une même distance égale par rapport au chef lieu du Département qui est la ville d'Abidjan.

Aussi, devons-nous souligner que cet ensemble de population considérée relativement proche des CHU est estimé à 74,45 %. Apparemment, cette proportion paraît énorme. Mais elle ne concerne que l'aspect du rapprochement physique des locaux sanitaires. Ce qui ne signifie nullement l'accès automatique aux prestations des CHU. Car il y a les facteurs culturels (déjà mentionné plus haut) et les conditions socio-économiques qui déterminent la capacité des uns et des autres par rapport à ce système de santé. Nous aborderons cet aspect socio-économique plus loin. En outre, la référence à cet élément nous a paru ici essentiel pour insister sur le fait que les 74,45 % de la population proche physiquement des CHU d'Abidjan ne doivent en aucun cas, être considérés comme les plus privilégiés du système sanitaire.

Et, de cette même façon, nous allons également examiner le cas de la population des zones rurales par rapport aux CHR.

Nous commençons par la région sanitaire de l'Est.

2 - La région sanitaire de l'EST (ABENGOUROU)

Nous présenterons d'abord le CHR de la région sanitaire avant de montrer le rapport Santé-Population.

a - Présentation du CHR de la Région Sanitaire de l'EST

La région sanitaire de l'EST de la Côte d'Ivoire ne comporte nullement de CHU. La composante hospitalière de pointe implantée dans cette région est le CHR. La ville d'Abengourou est le lieu d'implantation de ce CHR. Mais il est installé pour la population des cinq départements qui composent cette région sanitaire : Abengourou, Bouna, Bondoukou, Tanda et Agnibilékrou.

Il est à retenir que le CHR d'Abengourou ne présente pas les mêmes infrastructures que les CHU d'Abidjan. En voici les éléments indicateurs d'après le tableau n°19.

Tableau n°19 : CHR D'ABENGOUROU

SITUATION DU PERSONNEL ET DES LITS PAR SERVICE : Année 1988

SERVICES	NOMBRE DE LITS	PERSONNEL				TOTAL
		MEDECINS ET ASSIMILES	PARA-MEDICALE	G. & F. SALLE	AUTRES	
MEDICINE GENERALE	27	2	4	4	-	10
PNEUMOLOGIE	20	-	1	2	-	3
PEDIATRIE	27	2	4	4	-	10
CHIRURGIE	52	2	11	8	-	21
RADIOLOGIE	-	-	1	1	-	2
MATERNITE	54	-	9	7	-	16
ADMINISTRATION	-	-	-	-	3	3
AUTRES SERVICES	-	-	-	-	2	2
DONTOLOGIE	1	2	-	1	-	3
PHARMACIE	-	1	-	-	-	1
LABORATOIRE	-	-	2	1	-	3
SERVICE GENERAL	-	-	-	-	16	16
TOTAL	181	9	32	28	21	90

SOURCE : Direction de la planification et de la statistique sanitaires.

Ici, d'après le tableau n°19, nous pouvons remarquer que le nombre des services médicaux spécialisés paraît assez limité.

En effet, par rapport à l'effectif du personnel médical et para-médical, il apparaît que les services les plus développés au CHR d'Abengourou sont d'abord ceux de la chirurgie où l'on mentionne la présence de deux médecins et de onze agents para-médicaux ; ensuite la médecine générale et la pédiatrie qui comportent le même effectif en personnel ; soit deux médecins et assimilés avec quatre agents para-médicaux, puis viennent les services de maternité, d'odontologie et de pneumologie.

Ce Centre Hospitalier d'Abengourou regroupe au total 181 lits, 9 médecins et assimilés et 32 agents para-médicaux (infirmiers, sages-femmes, agents techniques).

Aussi convient-il à présent de montrer la qualité du rapport Santé-Population de cette région sanitaire d'Abengourou.

b - Le rapport Santé-Population dans la région de l'EST (ABENGOUROU)

Cet aspect de la question va également prendre pour support d'analyse, le croisement des variables "Population-distance" et "durée de parcours" pour rejoindre le CHR.

Pour ce faire, il s'avère nécessaire de se référer au tableau n°20 ci-dessous.

Tableau n°20 : Rapport Santé-Population de la Direction Régionale
de l'EST

DEPARTEMENTS	POPULATION		CHR D'ABENGOUROU	
	V.A.	%	Distance moyenne à parcourir (Km)	Durée moyenne du parcours. (h)
Abengourou	216.058	25,40	-	-
Bondoukou	174.251	20,50	210	2 H 40 mn
Bouna	135.813	16	390	5 H 00
Tanda	239.639	28	153	2 H 00
Agnibilékrou	84.349	10,10	70	50 mn
T O T A L	850.110	100,00	-	-

Source : Tableau réalisé par nous-même.

A la lecture du tableau n°20, il apparaît que 25,40 % de la population résident dans le département d'Abengourou, là où est implanté le CHR de la région de l'EST. En dehors de cette première observation, il ressort d'autre part que le département d'Agnibilékrou, le plus proche de la localité d'Abengourou rassemble 10,10 % de la population de cette région sanitaire.

Cette population se situe à 70 Km en moyenne du lieu d'implantation du CHR ; ce qui porte la durée de parcours à 50 minutes environ.

On en déduit qu'à peu près 35,50 % de la population de la région sanitaire de l'EST se situent en moyenne, à moins d'une heure de parcours du CHR de cette localité. Il s'agit précisément des populations résidant dans les départements d'Abengourou et d'Agnibilékrou.

Par contre, les départements de Tanda, de Bouna et de Bondoukou qui regroupent les 64,50 % de cette population locale, se situent à une distance moyenne comprise entre 153 et 390 kms. du CHR. Ce qui amène cet ensemble de population à rejoindre ce Centre Hospitalier de haut rang après une durée comprise entre 2 et 5 heures de parcours.

Il reste donc établi dans cette région sanitaire, que la plus forte majorité de la population (64 %) se situe à la plus grande distance du CHR de la localité ; pendant que les infrastructures de ce CHR présentent un caractère manifestement modeste.

Qu'en est-il de la région sanitaire du Centre-Nord ?
Nous passons ainsi à la troisième région du pays.

3 - LA REGION SANITAIRE DU CENTRE NORD (BOUAKE)

a - Présentation du CHR du centre Nord.

La région sanitaire du Centre-Nord comporte six départements. Ce sont : Bouaké, Béoumi, Dabakala, Katiola, M'bahiakro et Sakassou.

La ville de Bouaké en est le siège ; car c'est là qu'est installé le CHR de la Direction Régionale sanitaire du Centre-Nord.

Le CHR de Bouaké compte plusieurs services spécialisés. Mais ils ne sauraient être comparables à ceux des CHU d'Abidjan. Et ceci en raison de l'effectif réduit du personnel médical et para-médical en activité au sein de cette composante hospitalière. Les services de cet hôpital se présentent au tableau n°21 suivant.

Tableau n°21

Année 1987

C.H.R. DE BOUAKE

SITUATION DU PERSONNEL ET DES LITS PAR SERVICE

SERVICES	NOMBRE DE LITS	PERSONNEL				TOTAL
		MEDECINE ET ASSIMILES	PARA-MEDICALE	G. & F. SALLE	AUTRES	
MEDICINE GENERALE	89	4	5	13	2	24
PNEUMOLOGIE	45	1	4	10	-	15
PEDIATRIE	57	2	3	11	1	17
- OPHTALMOLOGIE	27	3	14	7	-	24
NEPHROLOGIE	22	2	4	4	-	10
DERMATOLOGIE	9	2	1	4	-	7
CHIRURGIE	112	6	19	22	4	51
REANIMATION	15	-	-	-	-	-
GYNÉCO-OBSTETRIQUE	70	3	14	14	1	32
RADIOLOGIE	1	-	-	-	-	-
LABORATOIRES PERIPHERIQUES	74	-	22	-	-	22
LES SERVICES						
T O T A L	521	33	115	149	96	393

Source : Direction de la planification et de la statistique sanitaires

De fait, d'après ce tableau n°21, nous remarquons que les services les plus développés au CHR de Bouaké sont les services de chirurgie, de l'O.R.L., de médecine générale, d'ophtalmologie, de pédiatrie, de cardiologie, de gynéco-obstétrique et de maternité.

De plus, nous avons à côté de ce premier groupe de services d'autres activités moyennement développées. Tels que les services de pneumologie, de dermatologie, de réanimation et de radiologie.

En fin de compte retenons que le CHR de Bouaké compte au total 521 lits, 33 médecins et assimilés puis 115 agents para-médicaux.

En effet, comment se présente la qualité des rapports Santé-Population au sein de cette région sanitaire du Centre-Nord ?

b - Le rapport Santé-Population dans la région du Centre-Nord (BOUAKE)

La qualité de ce rapport va être également apprécié à partir des variables "distance" et "durée de parcours" des populations du Centre-Nord.

Tableau n°22 : Rapport Santé-Population de la Direction Régionale du Centre-Nord

DEPARTEMENTS	POPULATION		CHR DE BOUAKE	
	V.A.	%	Distance moyenne à parcourir (Km)	Durée moyenne du parcours en H
Bouaké	450.594	49,23	-	-
Béoumi	90.327	9,86	62	50 mn.
Dabakala	81.820	8,93	118	1 H 30 mn
Katiola	130.635	14,30	54	45 mn
M'Bahiakro	102.531	11,20	92	1 H 10 mn
Sakassou	59.362	6,48	42	30 mn
T O T A L	915.269	100,00	-	-

SOURCE : Tableau réalisé par nous-même.

Au regard du tableau n°22, nous constatons d'abord que le département de Bouaké à lui seul, réunit déjà 49,23 % de la population de la région sanitaire ; c'est-à-dire la région départementale à l'intérieur de laquelle se trouve implanté le CHR.

De plus, nous constatons que trois autres départements de la localité n'ont guère une distance qui excède 62 Kms. Il s'agit exactement des départements de Sakassou (42 Km) de Katiola (54 Km) et de Béoumi (62 Km). Cela se traduit par une durée de trajet de moins d'une heure pour la population de ces départements cités.

Et la proportion de la population concernée par cette situation est de 79,87 %, y compris celle du département de Bouaké (le siège).

Par conséquent, seuls les départements de Dabakala et de M'Bahiakro se situent respectivement à 118Km et à 92 Km du CHR.

Ce qui amène les populations de ces localités à effectuer un parcours compris entre 1 H 10 mn et 1 H 30 mn de durée.

Cette dernière situation concerne les 20,13 % de la population de cette région sanitaire de Centre-Nord.

En définitive, il convient de retenir que cette région sanitaire apparaît comme une région où, la qualité du rapport Santé-Population est fort appréciable pour deux raisons :

- D'abord, il est à remarquer que la gamme des services spécialisés au sein du CHR est relativement élargie.

- Ensuite, il ressort que la plus forte proportion de la population (79,87 %) de cette région sanitaire se situe à moins d'une heure de parcours pour joindre le CHR installé dans le but de répondre à leurs besoins spécifiques de santé. Voici donc ce qui explique la qualité appréciable du rapport Santé-Population dans cette localité.

Et c'est après examen de cette région sanitaire de Bouaké que nous passons à celle de Daloa.

4 - La région sanitaire du Centre-Ouest (DALOA)

Présentons d'abord le CHR de la région sanitaire.

a - Présentation du CHR du Centre-Ouest

Nous devons avant tout, signaler que la région sanitaire du Centre-Ouest comporte neuf départements. Ce sont : Daloa, Bouaflé, Gagnoa, Issia, Lakota, Sinfra, Oumé, Vavoua et Zuénoula.

Le siège de cette région sanitaire est Daloa. Car c'est dans la ville de Daloa qu'est implanté le CHR de la Région sanitaire du Centre-Ouest.

Et d'après le tableau n°23 relatif à la situation du personnel et des lits par service, il nous est donné de constater que les services de plus grandes activités sont ceux de la chirurgie, de gynéco-obsétrique, de médecine générale, de pédiatrie et de maternité. A ces divers services cités, s'ajoutent ceux de la pneumologie et de la radiologie.

Tableau n°23

Année 1988

C.H.R. DE DALOA

SITUATION DU PERSONNEL ET DES LITS PAR SERVICE

SERVICES	NOMBRE DE LITS	PERSONNEL				
		MEDEC. & ASSIMI.	Para-Médic.	G. & F. salle	Autres	Total
MÉDECINE GÉNÉRALE	40	2	6	6	-	14
PNEUMOLOGIE	47	-	4	1	-	5
PEDIATRIE	28	1	5	6	-	12
CHIRURGIE	70	4	14	9	1	28
GYNÉCO-OBSTÉTRIQUE	33	2	12	9	1	24
NEPHROLOGIE	-	-	1	-	-	1
LABORATOIRE	33	-	20	9	-	29
ADMINISTRATION	-	-	-	-	12	12
AUTRES SERVICES	-	2	3	4	20	29
T O T A L	251	11	65	44	34	154

Source : Direction de la planification et de la statistique sanitaires.

Mais l'effectif du personnel reste ici très réduit. Pour finir, nous devons noter que pour les neuf départements concernés, le CHR de Daloa compte au total 251 lits, 31 médecins et assimilés et près de 65 agents para-médicaux.

Au vue de cet ensemble de dispositif, il importe maintenant d'analyser la qualité du rapport Santé-Population.

b - Le rapport Santé- Population dans la région du Centre-Ouest (DALOA)

Cette analyse partira encore du croisement des variables "population", "distance" et "durée de parcours".

Tableau n°24 : Rapport Santé-Population de la Direction Régionale du Centre-Ouest

DEPARTEMENTS	POPULATION		CHR DE DALOA	
	V.A.	%	Distance moyenne à parcourir en km	Durée du parcours en heure
Daloa	359.733	21,67	-	-
Bouaflé	165.822	10	82	1 H
Gagnoa	276.217	16,64	143	1 H 50 mn
Issia	195.663	11,78	49	35 mn
Lakota	116.771	7,03	190	2 H 20 mn
Sinfra	121.903	7,34	88	1 H 05 mn
Oumé	141.268	8,51	153	1 H 55 mn
Vavoua	168.292	10,13	58	45 mn
Zuenoula	114.027	6,90	95	1 H 10 mn
T O T A L	1.659.716	100,00	-	-

SOURCE : tableau réalisé par nous-même.

D'après le tableau n°24 relatif au rapport Santé-Population de la région du Centre-Ouest, il apparaît que le département d'accueil du CHR regroupe une proportion de 21,67 % de la population de la région sanitaire ; c'est le département de Daloa.

En plus de ce département de Daloa, il faut aussi signaler que sur les huit autres, seulement deux se trouvent à une distance relativement plus proche du Centre hospitalier. Ce sont : les départements d'Issia et de Vavoua. Ils se situent respectivement à 49 et à 58 km de la ville de Daloa.

Ces différentes localités réunissent au total les 43,58 % de la population, y compris celle de Daloa. Cet ensemble de population se situe dans la fourchette de 35 à 45 minutes de parcours pour accéder au CHR de Daloa.

Par contre, les populations résidentes des départements de Bouaflé, de Gagnoa, de Lakota, de Sinfra, d'Oumé et de Zuénoula se localisent à la périphérie du CHR sur une distance comprise entre 82 et 190 km. Ces départements périphériques regroupent 56,42 % de la population. Cette proportion de la périphérie devra faire un parcours d'une heure à 2 heures 30 minutes environ pour accéder au CHR de Daloa ; Ce qui paraît très significatif au plan du taux d'accès au Centre Hospitalier local.

En somme, il importe de retenir que la région sanitaire du Centre-Ouest présente une proportion assez faible de sa population, proche du CHR, soit les 43,58 %. En plus il apparaît nécessaire de faire remarquer simultanément le caractère assez limitatif des services spécialisés existant au sein de ce CHR.

Cet ensemble de conditions sanitaires paraît insuffisant dans la mesure où la population totale qui s'élève à 1.659.716 habitants, fait supposer que la multiplicité des maladies probables est une éventualité à envisager. Cependant, le tableau n°23 qui fait état des services du Centre Hospitalier passe sous silence, plusieurs autres disciplines médicales telles que l'O.R.L., l'ophtalmologie, la dermatologie et la réanimation. Ce qui fait de ce CHR, un hôpital dont le contenu ne correspond guère au standing défini ; parce que les infrastructures y restent encore très limitées.

Après la région sanitaire de Daloa, examinons maintenant celle de Divo.

5 - La Région Sanitaire du Sud-Ouest (DIVO)

Commençons par présenter le CHR du Sud-Ouest.

a - Présentation du CHR du Sud-Ouest

Le CHR de la région sanitaire du Sud-Ouest regroupe autour de lui, cinq départements. Il s'agit notamment des départements de Divo, de San-Pédro, de Sassandra, de Soubré et de Tabou.

La ville de Divo est le lieu d'implantation du CHR. Ce Centre Hospitalier montre ses caractéristiques au tableau n°25 suivant.

Tableau n°25

C.H.R. DE D I V O

Année 1987

SITUATION DU PERSONNEL ET DES LITS PAR SERVICE

SERVICES	NOMBRE DE LITS	PERSONNEL				TOTAL
		MEDEC. & ASSIMIL.	PARA MEDIC.	G. & F. SALLE	AUTRES	
MEDECINE GENERALE	32	1	8	3	-	12
PEDIATRIE	16	1	4	2	-	7
CHIRURGIE	32	3	12	8	-	23
REANIMATION	1	-	-	-	-	-
GYNECO-OBSTETRIQUE	16	1	4	3	-	8
RADIOLOGIE	-	-	1	-	-	1
MATERNITE	30	-	10	3	-	13
PHARMACIE	-	-	2	2	-	4
CABINET-DENTAIRE	-	1	-	-	-	1
CUISINE	-	-	-	-	3	3
BUANDERIE	-	-	-	-	3	3
ADMINISTRATION	-	-	-	1	10	11
AUTRES SERVICES	7	-	-	-	6	6
TOTAL	134	7	41	22	22	92

Source : Direction de la planification et de la statistique sanitaires.

D'après le tableau n°25, ce Centre hospitalier se caractérise par une activité assez intense dans les domaines de la chirurgie, de la maternité, de la médecine générale, de la pédiatrie, de la gynéco-obstétrique et du domaine dentaire ; et ce, en raison de l'importance relative du personnel exerçant dans ces services. Aussi doit-on avancer que les infrastructures de ce CHR demeurent-elles assez limitées.

A cet effet, les domaines de réanimation et de radiologie paraissent secondaires. C'est la raison pour laquelle le nombre de lits relativement réduit, est porté à 134, avec un effectif de 7 médecins et assimilés, plus 41 agents para-médicaux.

Il reste maintenant à voir dans quelles conditions cette unité hospitalière répond aux besoins de santé de la population du Sud-Ouest.

b - Le rapport Santé-Population dans la région du Sud-Ouest

(DIVO)

Cette démarche nous renvoie à l'analyse des données du tableau n°26 suivant.

Tableau n°26 : Rapport Santé- Population de la Direction Régionale du Sud-Ouest

DEPARTEMENTS	POPULATION		CHR de DIVO	
	V.A	%	Distance moyenne à parcourir en km	Durée de parcours en heure
Divo	397.106	38,00	-	-
Sassandra	108.090	10,34	184	2 H 20 mn
San-Pédro	170.669	16,35	245	3 H 00 mn
Soubré	310.790	29,75	196	2 H 30 mn
Tabou	58.147	5,56	938	11 H 45 mn
T O T A L	1.044.802	100,00	-	-

SOURCE : Tableau réalisé par nous-même.

D'après les données du tableau n°26, nous pouvons remarquer que le département de DIVO rassemble à lui seul 38 % de la population de la région du Sud-Ouest. Cette frange de la population est celle qui réside dans le département d'implantation du CHR de la région sanitaire. Aussi, celle-ci est-elle la même qui est estimée être la plus proche de ce centre hospitalier régional. Car la distance qui sépare les autres départements de ce CHR varie entre 184 et 938 km.

Par conséquent, les populations concernées par cette position périphérique représentent les 62 % des habitants de la région sanitaire. Ces populations devront ainsi effectuer un parcours d'une durée comprise entre 2 heures 20 minutes et 11 heures 45 minutes.

En définitive, il ressort de cette analyse que la région sanitaire du Sud-Ouest apparaît comme l'une des régions où la majorité de la population (62 %) est située à une plus grande distance (184 à 938 km) du CHR local. La question du rapport Santé-Population apparaît dans ce contexte comme une véritable interrogation qui nécessite des solutions appropriées.

A présent, il nous appartient d'aborder la région sanitaire de Korhogo.

6 - La Région Sanitaire du NORD (KORHOGO)

a - Présentation du CHR de la Région Sanitaire du Nord

De fait, la région sanitaire du Nord de la Côte d'Ivoire est constituée de cinq départements. Ce sont les départements de Korhogo, de Ferké, de Boundiali, de Tengrela et d'Odienné.

L'élément de référence sanitaire de toute la population de cette région est le CHR. Il est basé dans la ville de Korhogo. Les caractéristiques de ce Centre Hospitalier sont exposées par le tableau n°27 relatif à la situation du personnel et des lits par service.

C.H.R. DE KORHOGO

SITUATION DU PERSONNEL ET DES LITS PAR SERVICE

SERVICES	NOMBRE DE LITS	PERSONNEL				TOTAL
		MEDECINS ASSIMILES	PARA-MEDICAUX	G. & F. SALLE	AUTRES	
MEDECINE GENERALE	68	3	5	14	1	23
CHIRURGIE GLE-URO	120	4	15	32	1	52
PEDIATRIE	60	1	5	19	1	26
CARDIOLOGIE	-	1	-	-	-	1
ORL-CH-MAXILLO-FAC.	30	2	4	8	1	15
OPHTHALMOLOGIE	30	1	2	8	1	12
GYNECOLOGIE	-	3	-	3	1	7
REANIMATION	6	2	4	7	-	13
GYNECO-OBSTETRIQUE	60	3	33	31	-	67
MATERNITE KOKO-TON	30	-	4	6	-	10
DERMATOLOGIE - VENERO.	-	1	-	-	-	1
PNEUMOLOGIE	22	-	1	2	-	3
NEURO-PSYCHIATRIE	30	1	1	6	1	9
PHARMACIE	-	1	1	3	1	6
LABORATOIRE	-	1	2	4	1	8
RADIOLOGIE	-	-	-	3	1	4
URGENCES MEDICALES	6	-	4	3	-	7
ADMINISTRATION	-	-	1	1	28	30
SERVICES GENERAUX	-	-	-	-	42	42
T O T A L	462	24	82	150	80	336

SOURCE : Direction de la planification et de la statistique sanitaires.

Au regard de ce tableau, l'on remarque une liste assez étoffée des services médicaux existant au sein de cette institution.

Et parallèlement à cette liste étendue des services mentionnés, s'établit un nombre relativement important en personnel. A cet effet, nous avons par ordre d'importance décroissante, le personnel

de la chirurgie générale, de la gynéco-obstétrique, de la pédiatrie, de la médecine générale, de la réanimation, de l'O.R.L., de la neuro-psychiatrie, du laboratoire, de la radiologie, de l'ophtalmologie etc...

Au regard de ces multiples services en activité effective, nous sommes amené à penser que le CHR de Korhogo demeure l'un des Centres hospitaliers régionaux les mieux équipés du pays.

Et cette position prestigieuse se trouve vérifiée à travers quelques données chiffrées que présente le tableau n°27. Pour ainsi dire, cet hôpital régional compte au total 24 médecins et assimilés, 82 agents para-médicaux et 462 lits.

De fait, quelle est la qualité des rapports entre ce CHR et la population de la région du Nord ?

b - Le rapport Santé-Population dans la région sanitaire du Nord

(Korhogo)

Ce rapport va être évalué comme les cas précédents; c'est-à-dire, par le croisement des variables "Population", "distance" et "durée de parours" par rapport aux départements périphériques pour accéder au CHR.

Examinons pour ce faire, le tableau n°28 qui mentionne les éléments de la qualité de ce rapport.

Tableau n°28 : Rapport Santé-Population de la Direction Régionale
du Nord

DEPARTEMENTS	POPULATION		C H R DE KORHOGO	
	V.A.	%	Distance moyenne à parcourir en km	Durée du parcours en heure
Korhogo	390.229	42,62	-	-
Boundiali	127.847	13,96	98	1 H 10 mn
Ferké	172.893	18,88	53	45 mn
Odienné	169.764	18,54	234	3 H
Tengrela	54.847	6,00	215	2 H 30 mn
T O T A L	915.580	100,00	-	-

SOURCE : Tableau réalisé par nous-même.

Nous devons d'abord noter que ce sont 42,62 % de la population que rassemble le département de Korhogo. Nous estimons que pour la plupart, l'accès au CHR de Korhogo n'exige pas le parcours d'une très longue distance.

Et c'est à cette fraction de la population, qu'il faut ajouter celle du département de Ferké qui se trouve à 53 km de Korhogo. Ce département réunit 18,88 % de la population de la région du Nord.

Nous aboutissons ainsi au résultat qu'à peu près 61,5 % de la population de la région sanitaire du Nord ont accès au CHR de Korhogo pour un temps de déplacement relativement court.

Cette proportion de population concerne les habitants des départements de Korhogo et de Ferké.

Quant aux départements de Boundiali, d'Odienné et de Tengrela, il faut d'abord dire que la distance de parcours par rapport à la ville de Korhogo varie de 98 à 234 km. Ils réunissent 38,5 % de la population. Ce dernier ensemble de population se situe entre 1 h 10 mn et 3 heures de parcours pour accéder au CHR de Korhogo.

Au vu de tout ce qui précède, il est à retenir que le CHR de la région sanitaire du Nord reste l'un des mieux équipés compte tenu de l'existence de nombreux services spécialisés avec un personnel médical et para-médical assez important en nombre.

De plus, près de 61,5 % de la population devront parcourir une distance relativement moins importante pour trouver solution à leur problème de Santé.

Ces caractéristiques de la région sanitaire du Nord diffèrent de celles de la région sanitaire de l'Ouest. Qu'en est-il au niveau de cette dernière ?

7 - La région sanitaire de l'Ouest (Man)

a - Présentation du CHR de la Région sanitaire de l'Ouest

La région sanitaire de l'Ouest ivoirien compte 9 départements. Nous avons les départements de Man, de Danané, de Duekoué, de Bangolo, de Biankouma, de Guiglo, de Mankono, de Seguéla et de Touba. Le Centre hospitalier régional est implanté dans la ville de Man. Les caractéristiques de ce CHR sont apparentes sur le tableau n°29.

Tableau n°29

Année 1988

C.H.R. DE M A N

SITUATION DU PERSONNEL ET DES LITS PAR SERVICE

SERVICES	NOMBRE DE LITS	PERSONNEL				TOTAL
		MEDEC. & ASSIMIL.	PARA-MEDICAUX	G. & F. SALLE	AUTRES	
MEDECINE GENERALE	52		8	5		13
PNEUMO-(CAT)	25					
PEDIATRIE	25	1	4	6		11
CHIRURGIE	43	2	11	5		18
RADIOLOGIE				2		2
GYNECO-OBSTETRIQUE		1		1		2
ODONTOLOGIE		2	2	2		6
MATERNITE	30		9	9		18
REANIMATION			3			3
ADMINISTRATION			1	37	12	50
PHARMACIE - LABORATOIRES		1	3	8		12
T O T A L	175	07	38	78	12	135

Source : Direction de la planification et de la statistique sanitaires.

A l'observation des faits, nous découvrons au premier abord, que les services spécialisés mentionnés sont assez limités. En second lieu, le personnel médical et para-médical porte un nombre assez réduit. Il s'agit respectivement de 7 et de 38. Et cet hôpital compte 175 lits au total.

Au niveau médical, nous pouvons mentionner que ce sont les services de chirurgie, d'odontologie, de maternité, de pédiatrie et de gynéco-obstétrique qui semblent avoir des activités beaucoup plus intensifiées.

Car ce sont ces différents services qui présentent davantage de personnel qualifié.

Mais à côté de ceux-ci, il faut aussi noter la présence des services de médecine générale, de pneumonie, de radiologie et de réanimation qui paraissent être détenus par des agents paramédicaux. Outre ces diverses caractéristiques de ce CHR de l'Ouest ivoirien, il convient de montrer maintenant la qualité des rapports entre ce Centre hospitalier et la population locale.

b - Le rapport Santé-Population dans la région sanitaire de l'Ouest

(Man)

La qualité des rapports du Centre hospitalier à la population va être schématisée dans le tableau n°30 qui suit.

Tableau n° 30 : Rapport Santé-Population de la Direction Régionale de l'Ouest

DEPARTEMENTS	POPULATION		CHR DE MAN	
	V.A.	%	Distance moyenne à parcourir en km	Durée du parcours en heure
Man	294.724	22,81	-	-
Bangolo	79.949	6,20	50	40 mn
Biankouma	98.236	7,60	44	35 mn
Danané	222.839	17,29	79	1 H 00 mn
Duékoué	102.168	7,90	92	1 H 10 mn
Guiglo	170.321	13,18	124	1 H 30 mn
Mankono	94.633	7,33	208	2 H 35 mn
Seguéla	121.235	9,38	137	1 H 45 mn
Touba	107.886	8,35	115	1 H 20 mn
T O T A L	1.291.991	100,00		

SOURCE : Tableau réalisé par nous-même.

Au regard du tableau n°30, on s'aperçoit que seulement deux départements se placent à une distance relativement proche de la ville de Man ; localité d'accueil du CHR de la Région sanitaire de l'Ouest. Ces deux départements concernés sont Bangolo et Biankouma. Ils se situent respectivement à 50 et à 44 km de la ville de Man

En effet, la population estimée plus proche du CHR de Man s'élève à 36,61 % y compris celle du département de Man.

Ceci signifie que la majorité de la population de cette région sanitaire, soit les 63,39 % se trouvent à une distance qui nécessite une longue durée de parcours pour accéder à cet hôpital de Man.

En fait, cette condition spécifique de longue durée de parcours s'impose à la population résidant dans les départements de Danané, de Duékoué, de Guiglo, de Mankono, de Séguéla et de Touba. Cette durée varie d'une heure à 2 H 35 mn de voyage.

Mais nous devons retenir en fin de compte, que la région sanitaire de l'Ouest présente d'abord un Centre hospitalier local aux infrastructures assez réduites, ensuite le rapport de rapprochement de cette unité hospitalière de la population ne concerne qu'environ 36,61 % des habitants. Ceci démontre que la qualité du rapport santé-population demeure encore peu appréciable.

Cette réalité diffère de celle que nous rencontrons dans la région sanitaire de Yamoussoukro.

8 - La région sanitaire du Centre-Sud (Yamoussoukro)

Présentons d'abord cette région sanitaire.

a - Présentation du CHR de la région sanitaire du Centre-Sud

Signalons d'abord que la région sanitaire du Centre-sud comprend cinq départements ; il s'agit précisément de Yamoussoukro, de Bongouanou, de Daoukro, de Dimbokro et de Toumodi. La ville de Yamoussoukro reste le siège de cette région sanitaire. Ce qui veut dire qu'elle demeure la ville d'accueil du CHR.

Les caractéristiques de ce CHR apparaissent sur le tableau n°31 qui suit.

Tableau n°31

Année 1987

C.H.R. DE YAMOUSSOUKROSITUATION DU PERSONNEL ET DES LITS PAR SERVICE

SERVICES	NOMBRE DE LITS	PERSONNEL				TOTAL
		MEDECINS ET ASSIMILES	PARA- MEDICAUX	G. & F. SALLES	AUTRES	
MEDICINE GENERALE	32	2	11	14	1	28
PEDIATRIE	32	2	5	6	-	13
CHIRURGIE	64	3	12	16	-	31
GYNECO-MATERNITE	90	2	12	15	-	29
LABORATOIRE	-	1	1	6	-	8
CABINET-DENTAIRE	-	3	2	2	-	7
PHARMACIE	-	1	1	3	-	5
RADIOLOGIE	1	-	-	4	-	4
ADMINISTRATION	-	-	-	-	16	16
MARQUE AUTO	-	-	-	-	5	5
MECANIQUE	-	-	-	-	6	6
SERVICE GENERAL	-	-	-	-	5	5
BOULANGERIE	-	-	-	-	2	2
LAVANDERIE	-	-	-	-	2	2
BOURGNE	-	-	-	-	2	2
TOTAL	219	14	44	66	39	163

SOURCE : Direction de la planification et de la Statistique Sanitaires

Les services médicaux spécialisés ne constituent pas une liste assez étendue. Néanmoins les infrastructures et l'effectif du personnel semblent relativement bien fournis.

C'est ainsi que cet hôpital local de haut rang comporte au total 219 lits, 14 Médecins et assimilés et 44 agents para-médicaux.

A cet effet, cet hôpital compte parmi ses acquis, les services de chirurgie, de médecine générale, de pédiatrie, de gynécologie-maternité, de laboratoire et d'un cabinet dentaire qui accomplissent les activités les plus intenses.

Ces divers services font penser que ce Centre hospitalier apparaît comme un hôpital de performance moyenne. Aussi convient-il maintenant d'apprécier la qualité du rapport entre ce CHR et la population de la localité.

b - Le rapport Santé-Population dans la région sanitaire du Centre-Sud (YAMOOUSSOUKRO)

Le support méthodologique de cette appréciation reste le croisement des variables "population", "distance" et "durée de parcours" pour accéder au CHR. Ces éléments d'appréciation sont contenus dans le tableau n°32.

Tableau n°32 : Rapport Santé-Population de la Direction Régionale du Centre-sud

DEPARTEMENTS	POPULATION		CHR DE YAMOOUSSOUKRO	
	V.A.	%	Distance moyenne à parcourir en km	Durée moyenne du parcours en heure
Yamoussoukro	281.442	34,50	-	-
Bongouanou	224.958	27,60	149	1 H 45 mn
Daoukro	86.494	10,60	214	2 H 40 mn
Dimbokro	80.802	9,90	88	1 H 05 mn
Toumodi	141.968	17,40	46	35 mn
T O T A L	815.664	100,00		

SOURCE : Tableau réalisé par nous-même.

A l'observation du tableau n°32, il ressort que seul le département de Toumodi se situe à une distance relativement proche de la ville de Yamoussoukro ; lieu d'implantation du CHR de la Région.

La population de ce département de Toumodi correspond à 17,40 % de la population totale de la région. Celle-ci se trouve à peu près à 35 mn de parcours pour accéder à la ville d'implantation du CHR. Mais si l'on ajoute cette proportion à celle de Yamoussoukro, nous obtenons ainsi une fraction de population de 51,90 % proche du CHR de la Région Sanitaire.

En revanche les 48,10 % résidant dans les départements de Bongouanou, de Daoukro et de Dimbokro se placent à une distance comprise entre 88 et 214 kilomètres de la ville d'accueil du CHR. La durée de parcours pour accéder à la formation hospitalière locale pour cette dernière catégorie de population se situe entre 1 H 05 mn et 2 H 40 mn. Cette condition d'accès apparaît objectivement peu convenable.

Ainsi pour finir, il est à préciser que les infrastructures disponibles au sein de ce CHR du Centre-Sud et le personnel médical et para-médical qui y est déployé appartient quantitativement à un niveau moyen, en dépit du nombre apparemment limité des services spécialisés. Aussi de la même façon, ce CHR reste-il proche de près de 51,90 % de la population totale de la région sanitaire, ce qui fait noter que la qualité des rapports Santé-Population de la région du Centre-Sud , apparaît à juste titre appréciable.

En somme, nous venons d'examiner cas par cas, la situation des infrastructures sanitaires au niveau du secteur tertiaire de la pyramide hospitalière, puis la qualité des rapports entre cette composante sanitaire et la population qu'elle est censée desservir.

Il ressort de cette analyse qu'au plan de l'équipement, les Centres hospitaliers les mieux dotés en infrastructures et en personnel (médical et para médical) sont les trois CHU d'Abidjan puis les deux CHR de Bouaké et de Korhogo.

Par ailleurs, au plan de la qualité des rapports : Centre Hospitalier - population, il apparaît que ce sont les Centres Hospitaliers des régions du Sud-Est (Abidjan), du Centre-Nord (Bouaké), du Nord (Korhogo) et du Centre-Sud (Yamoussoukro) qui paraissent relativement plus rapprochés de leurs populations locales. Mais c'est à partir de cet état de fait qu'il se dégage la logique de contradiction du système sanitaire au plan géo-organisationnel.

B - LA LOGIQUE DE CONTRADICTION DU SYSTEME DE SANTE AU PLAN GEO-ORGANISATIONNEL

Cette logique de contradiction se situe à deux niveaux essentiellement.

1 - Au niveau local

Nous avons un état récapitulatif de la situation des infrastructures sanitaires des Centres hospitaliers au tableau n°33 suivant.

Tableau n°33 : Tableau récapitulatif de la situation des Centres Hospitaliers

CARACTERISTIQUES CHR	LITS	MEDECINS ET ASSIMILES	PARA- MEDICAUX	POPULATION PROCHE (%)	POPULATION TOTALE
-Est (CHU d'Abidjan)	1988	398	860	74,45	3.339.372
-Ouest (CHR de Divo)	134	7	41	38	1.044.802
Centre-Nord (CHR de Bouaké)	521	33	115	79,87	915.269
Centre-Sud (CHR de Yamoussoukro)	219	14	44	51,90	815.664
(CHR d'Abengourou)	181	9	32	35,50	850.110
Est (CHR de Man)	175	7	38	36,61	1.291.991
Centre-Ouest (CHR de Daloa)	251	11	65	43,58	1.659.716
Nord (CHR de Korhogo)	462	24	82	61,50	915.580
T O T A L	3.931	503	1.277	56,28	10.832.504

SOURCE : Tableau réalisé par nous-même.

A l'exception de la localité d'Abidjan, ce sont les régions sanitaires les plus peuplées qui sont les moins dotées en infrastructures sanitaires, les moins pourvues en personnel médical et para-médical et qui en même temps, présentent une faible proportion de population plus proche des CHR d'après le tableau n°33.

Il s'agit notamment des régions sanitaires suivantes :

- Le Centre-Ouest (Daloa) qui, pour 1.659.716 habitants, dispose de 251 lits, 11 médecins, 65 agents para-médicaux et 43,58 % de la population proche du CHR.

- L'Ouest (Man) qui, pour 1.291.991 habitants, présente 175 lits, 7 médecins, 38 agents para-médicaux et seulement 36,61 % de la population proche du CHR.

- Le Sud-Ouest (Divo) qui pour 1.044.802 habitants, comporte 134 lits, 7 médecins, 41 agents para-médicaux avec a peu près, 38 % de la population proche du CHR. Encore que le taux de population proche ne demeure qu'une estimation. Ce qui veut dire que la réalité concrète peut présenter un taux inférieur.

2 - Au niveau national

Il est question de situer la qualité des rapports entre les CHU d'Abidjan et la population globale de chaque Direction Régionale sanitaire.

Nous prendrons pour support méthodologique, le précédent procédé qui consiste à opérer le croisement entre les variables "unité hospitalière" , "distance à parcourir" et la "la durée de parcours". Ces divers éléments sont ceux qui constituent le tableau n°34 suivant .

Tableau n°34 : Le rapport CHU - Population des Directions Régionales
sanitaires

Direction Régionale Sanitaire	POPULATION		CHU D'ABIDJAN	
	V.A	%	Distance mo- yenne à par- courir en (km)	Durée de parcours en (h)
Sud-Est (Abidjan)	3.339.372	30,82	-	-
Sud-Ouest (Divo)	1.044.802	9,65	196	2 H 30 mn
Centre-Sud (Yamoussoukro)	815.664	7,53	253	3 H 10 mn
Centre-Nord (Bouaké)	915.269	8,45	359	4 H 45 mn
Est (Abengourou)	850.110	7,85	224	2 H 45 mn
Ouest (Man)	1.291.991	11,92	589	7 H 20 mn
Nord (Korhogo)	915.580	8,45	643	8 H
Centre-Ouest (Daloa)	1.659.716	15,33	394	5 H
T O T A L	10.832.504	100,00		

SOURCE : Tableau réalisé par nous-même.

A la lecture de ce tableau n°34, il apparait que toutes les régions sanitaires demeurent beaucoup éloignées de la ville d'Abidjan ; l'unique ville d'accueil des trois CHU du pays.

La distance à parcourir par toutes les populations des différentes localités se situe entre 196 et 643 km. Ce qui amène ces différentes populations à effectuer un voyage allant de 2 heures 30 minutes à 8 heures de parcours.

Cette situation particulière apparaît comme un facteur limitatif du taux d'accès de la population ivoirienne aux institutions hospitalières de meilleure performance. Puisque le CHU est considéré comme l'élément de référence par excellence dans la pyramide hospitalière du système de santé.

Pour terminer, nous devons retenir que par rapport au modèle géo-organisationnel élaboré, le système sanitaire en Côte d'Ivoire connaît à présent une logique de contradiction qui se manifeste à un double niveau.

— Premièrement, il ressort qu'au plan régional, les localités les plus peuplées (Sud-Ouest, Ouest, et Centre-Ouest) sont celles qui bénéficient d'un équipement infrastructurel et d'un effectif de personnel assez dérisoire (1).

— Deuxièmement, au plan national, le taux d'accès aux formations sanitaires de meilleure performance est d'autant plus réduit que les trois CHU du sommet de la pyramide hospitalière se trouvent exclusivement concentrés dans la seule ville d'Abidjan, située à l'extrême Sud du pays.

Les centaines de kilomètres à parcourir par les populations des autres régions sanitaires constituent l'un des facteurs limitants du système sanitaire.

Après cette loi de contradictions liée à la distance physique, apparaît une autre qui se situe au plan socio-économique.

(1) Cf. reportage du quotidien "Fraternité-Matin" à la page suivante.

VILLES ET VILLAGES

MANKONO

Ni bloc chirurgical, ni laboratoire à l'hôpital

Le manque de bloc chirurgical, de laboratoire, de cabinet dentaire et l'insuffisance de praticiens font sérieusement obstacle au bon fonctionnement de l'hôpital de Mankono.



FRATERNITE MATIN/VENDREDI 20 JUIN 1986/PAGE 10

VILLES ET VILLAGES

FRATERNITE MATIN/VENDREDI

KOUBILY

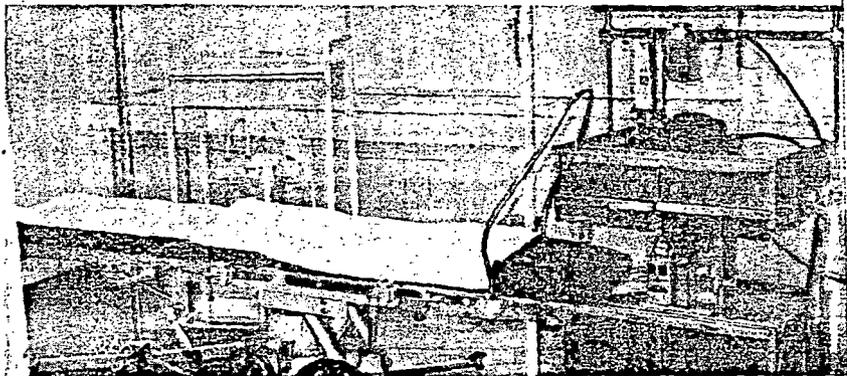
SANTÉ

11 SEPTEMBRE 1987/PAGE 11

L'hôpital de Kouibly, sous la direction du D^r Béatingar Gaston, est un complexe à trois structures: le bâtiment abritant les différents services médicaux et le bureau du médecin-chef, le pavillon d'hospitalisation d'une trentaine de lits et la maternité. C'est une formation sanitaire gaie et avenante que nous avons découverte quand nous nous y sommes rendus récemment. A la faveur d'une visite technique du D^r Tré Kouko, directeur régional de la Santé à l'Ouest. Il était accompagné du Capitaine des FANCI, Lorougnon Horé Félix, médecin-chef du Centre de santé militaire de Man.

A son arrivée aux environs de 11 h dans cette formation sanitaire, le D^r Tré a marqué sa surprise: il n'y avait pas un seul patient à l'hôpital. Surprise d'autant plus justifiée que le directeur régional tenait à ce que cette visite technique ait tout son sens. Cependant, le personnel, lui, était là au complet autour de son médecin-chef. Une quinzaine d'agents: quatre infirmiers, deux sages-femmes (une était permissionnaire), une aide-infirmière, un

Un hôpital bien tenu mais mal équipé



A cause du sous équipement de cet hôpital de nombreux malades sont évacués dans d'autres formations sanitaires.

III - LA CONTRADICTION AVEC LA LOGIQUE SOCIO-ECONOMIQUE

Les éléments de référence de la logique de contradictions au plan socio-économique sont au nombre de trois.

Ces éléments sont respectivement liés à l'augmentation des frais d'hospitalisation, à la progression du tarif des examens cliniques de laboratoire et à l'attitude de désengagement de l'Etat en matière de politique de médicaments.

A - L'AUGMENTATION DES FRAIS D'HOSPITALISATION

D'après l'enquête menée dans les locaux du CHU de Cocody, les frais d'hospitalisation se situent à leur quatrième étape d'évolution dans l'état actuel des choses. Les étapes sont les suivantes :

1°) La première étape : de 1970 à 1977

Le point de départ est l'année 1970.

Et les tarifs sont fixés selon la catégorie des chambres ;

- chambres de 1ère catégorie : 3.000 Francs par jour.
- chambres de 2ème catégorie : 2.000 Francs par jour.
- chambres de 3ème catégorie : 1.000 Francs par jour.

A la date du 6/6/1977, le conseil des Ministres propose de nouveaux tarifs. C'est la deuxième étape de l'évolution qui commence.

2°) La deuxième étape : de 1977 à 1986

En effet, les nouveaux tarifs appliqués après la décision du Conseil des Ministres du 6/6/1977 sont les suivants :

- chambres de 1ère catégorie : 10.000 Francs par jour
- chambres de 2ème catégorie : 6.000 Francs par jour
- chambres de 3ème catégorie : 2.000 Francs par jour

La logique de progression nous fait ainsi passer du simple au triple du prix pour les chambres de 1ère et de 2ème catégorie. Et pour ce qui concerne les chambres de la 3ème catégorie, nous passons du simple au double.

Mais à partir de 1987, intervient une nouvelle variation. C'est le début de la troisième étape.

3°) La troisième étape : de 1987 à 1990

Cette troisième étape voit la tarification subir une légère réduction. A cet effet, les prix des différentes catégories de chambres sont fixés de la façon suivante.

- chambres de 1ère catégorie : 6.000 Francs par jour
- chambres de 2ème catégorie : 4.000 Francs par jour
- chambres de 3ème catégorie : 1.500 Francs par jour.

En réalité, cette réduction ne correspond qu'à une simple apparence. Car de fait, il s'agit de la mise en application du tarif double de la première étape ; c'est à dire, deux fois le tarif de l'année 1970 pour les chambres de la 1ère et de la 2ème catégories, et d'une augmentation de 50 % pour les chambres de la 3ème catégorie de la même année (1970).

Cette situation se prolonge ainsi jusqu'en Octobre 1990.

Et à partir de cette période, intervient une nouvelle redistribution des tarifs. Nous atteignons par conséquent, la quatrième étape.

4°) La quatrième étape : en cours à partir du 30/10/1990

Cette étape apparaît comme la dernière dans le processus de la variation. Parce qu'elle représente celle dont les tarifs restent encore appliqués à l'état présent :

Ces tarifs se répartissent de la manière suivante ;

- chambres de 1ère catégorie d'un lit : 6.000 Francs par jour
- chambres de 1ère catégorie de 2 lits : 4.000 Francs par jour
- chambres de 2ème catégorie de 3 lits : 2.500 Francs par jour
- chambres de 2ème catégorie de 4 lits : 2.000 Francs par jour
- chambres de 3ème catégorie de plus de 4 lits : 1.500 Francs par jour

Cette nouvelle redistribution des tarifs ne correspond nullement à aucune véritable diminution.

Nous retrouvons encore à cette étape en cours depuis le 30 Octobre 1990, les mêmes caractéristiques de tarification de 1987. C'est à dire une fourchette de prix comprise entre 1.500 et 6.000 francs par jour, ce qui correspond d'autre part, au double des tarifs de 1970.

Cette situation n'est guère différente dans les deux autres CHU de la ville ; celui de Treichville et de Yopougon.

En définitive, eu égard à cet ensemble d'indicateurs entre 1970 et 1990, les frais d'hospitalisation n'ont connu aucune réelle

réduction en Côte d'Ivoire. Ils présentent bien au contraire, une courbe d'évolution qui tend sensiblement à la hausse. Et cette caractéristique n'est pas très différente de celle constatée dans le domaine des analyses médicales.

B - LA PROGRESSION DU TARIF DES EXAMENS CLINIQUES DE LABORATOIRE

Le tarif des examens cliniques relevé dans cette étude est celui appliqué à l'Institut Pasteur de Cocody.

Car ce tarif, considéré comme "Social", est celui supposé moins coûteux économiquement pour la grande majorité de la population.

Cela veut dire qu'il s'agit d'un tarif qui a pour population-cible, les couches sociales aisées et les couches sociales moins aisées.

Et c'est essentiellement pour cette raison que les prix des analyses médicales de cette institution ont été retenus dans le cadre de ces travaux.

Dans ce contexte, la série des examens relevés comprend au total, trois rubriques.

Nous avons les examens du service de la biochimie, ceux du service de la parasitologie, puis du service de la bactériologie;

Le processus de tarification correspond à ce jour, à deux périodes d'évolution. La première période s'étend de 1985 à 1986. Puis la seconde qui, commencée depuis 1987, se poursuit encore dans l'état actuel des choses (en 1990).

TARIF SOCIAL DES ANALYSES BIOLOGIQUES
DE L'INSTITUT PASTEUR DE COCODY

1 - 1ère Période : 1985-1986

a - SERVICE DE BIOCHIMIE

<u>SANG</u>		<u>URINES</u>	
1 - Urée-Glycémie	: 1000 F	21 - Recherche d'Albumine-sucre	: 500 F
2 - Créatinine	: 1000 F	22 - Dosage d'albumine ou sucre	: 1000 F
3 - Ionogramme (3 auf chlorure)	: 1000 F	23 - Créatinine U	: 1000 F
4 - Phosphore	: 1000 F	24 - Sodium) Potassium) Iono Chlorures)	: 1000 F
5 - Magnésium	: 1000 F	25 - Calcium U	: 1000 F
6 - Acide Urique	: 1000 F	26 - Phosphore	: 1000 F
7 - Amylase	: 1000 F	27 - Acétone	: 500 F
8 - Transamunase (GO) (GP)	: 1000 F	28 - Acide urique U	: 1000 F
9 - Phosphate alcaline	: 1000 F	29 - Amylase	: 1000 F
10 - L.D.H.	: 1000 F	30 - Sels et Pigments Biliaires	: 500 F
11 - L.P.K.	: 1000 F	31 - Urobiline	: 500 F
12 - Bilirubine T & C	: 1000 F	32 - Urobilinogène	: 500 F
13 - Lipides	: 1000 F		
14 - Cholestérol	: 1000 F		
15 - Triglycérides	: 1000 F		
16 - Lipidogramme	: 2000 F		
17 - Phosphate alcaline	: 1000 F		
18 - Protides	: 1000 F		
19 - Protidogramme	: 2000 F		
20 - Hyperglycémie -P	: 3000 F		
		<u>L. C. R.</u>	
		33 - Albumine	: 500 F
		34 - Glucose	: 500 F
		35 - Chlorures	: 500 F

b - SERVICE DE PARASITOLOGIE

1 - Toxoplasmose	: 2000	francs
2 - Amibiase	: 2000	francs
3 - Ascaridiose	: 2000	francs
4 - Hydatidose	: 2000	francs
5 - Toeniasis	: 2000	francs
6 - Trypanosomiase	: 2000	francs
7 - Distomotose	: 2000	francs
8 - Aspergillose	: 2000	francs
9 - Bilharziose	: 2000	francs
10 - Pentastomose	: 2000	francs
11 - Loase	: 2000	francs
12 - Onchocercose	: 1000	francs
13 - Biopsie Cutanée (SNIP)	: 500	francs
14 - Paludisme	: 1000	francs

SELLES

15 - Recherche de parasites et autres	: 500	francs
---------------------------------------	-------	--------

URINES

16 - Recherche de parasites	: 500	francs
-----------------------------	-------	--------

SANG

17 - Recherche de parasites	: 500	francs
-----------------------------	-------	--------

MYCOLOGIE

18 - Recherche de mycoses	: 1000	francs
19 - Sérologie aspergillose	: 2000	francs

C - SERVICE DE BACTERIOLOGIE

1	Prélèvement Urétral	: 1000	francs
2	E.C.B.U. ou Uroculture	: 1000	"
3	Prélèvement Vaginal	: 1000	"
4	Coproculture	: 1000	"
5	Pus	: 1000	"
6	H.L.M.	: 500	"
7	Antibiogramme	: 1000	"
8	Recherche de B.K. sur lame	: 500	"
9	Liquide Pleural	: 1000	"
10	Tubage Gastrique	: 1000	"
11	L.C.R.	: 1000	"

LABORATOIRE D'IMMUNO HEMATOLOGIE

12	Antigène australien	: 2000	francs
13	Rubéole	: 2000	"
14	Numération formule V S	: 1000	"
15	Groupe Sanguin	: 1000	"
16	Electrophorèse d'HB	: 3000	"

S E R O L O G I E

17	Sérodiagnostic de Widal	: 1000	francs
18	A S L O	: 1000	"
19	Waler Rose	: 1000	"
20	B. W	: 1000	"

21	Rage (4 examens)	3000	francs
22	Hépatite	3000	"

A l'observation du tarif des différents examens, nous constatons en général, que l'ensemble des prix varie dans une fourchette de 500 à 3.000 Francs CFA. Mais analysons les faits, service par service.

Le service de la biochimie

A travers cette répartition, il se trouve que sur les 35 types d'examens que nous avons dans le domaine de la biochimie, un seul type coûte 3.000 Francs. C'est celui appelé "l'hyperglycémie-P" (n°20). En dehors de ce cas, le tableau nous présente 8 autres examens fixés à 500 francs chacun ; ce qui représente 22,85 % de l'ensemble des examens.

D'autre part, nous avons encore 24 examens fixés à 1.000 Francs par cas ; ce qui correspond à 68,57 % des examens de cette première rubrique. L'évidence qui apparait est que les examens évalués à 1.000 Francs sont les plus nombreux (68,57 %).

Le service de la parasitologie

Quant au domaine de la parasitologie, la majorité des prix se trouve fixée à 2.000 Francs par examen.

Pour les 19 examens que compte cette rubrique, 12 parmi ceux-ci sont estimés à 2.000 Francs chacun ; ce qui correspond à 63,15 % de l'ensemble des examens. Par contre, ceux estimés à 500 Francs sont au nombre de 4 ; ce qui représente les 11,42 % du total des examens de ce domaine. Dans ce cadre présent, le tarif le plus fréquent est celui de 2.000 Francs (63,15 %).

Le service de la bactériologie

Ce domaine de la bactériologie ne présente que deux

examens de 500 francs. Il s'agit précisément de la "recherche de B. K. sur lame" et de "H. L. M.". Le tarif est différent dans les autres cas. Ainsi, il y a 15 examens qui valent 1.000 Francs chacun ; cela correspond à 68,18 % de l'ensemble des examens de ce secteur qui en compte 22 au total. En revanche, le tarif le plus élevé est de 3.000 Francs (Rage, Hépatite et Electrophorèse d'HB). Et c'est à la suite de ce cas que nous rencontrons 2 autres examens fixés à 2.000 Francs chacun. Le tarif le plus régulier ici est de 1.000 francs , soit 68,18 % de l'ensemble des examens de ce service.

D'après toutes ces données statistiques, nous pouvons en déduire que le service de la parasitologie est celui qui présente les tarifs les plus élevés à l'Institut Pasteur au cours de la période 1985-1986.

Car 63,15 % des examens de ce service coûtent 2.000 francs chacun. Tandis que les services de la bactériologie et de la biochimie ont respectivement 68,18 % et 68,57 % de leurs examens qui valent chacun 1.000 Francs CFA.

Qu'en est -il de la période suivante ?

2 - 2ème période : tarifs en cours depuis 1987

a) Examens Parasitologiques

Selles

1 - examen direct.....	1.000 Francs
2 - examen spécial.....	1.500 Francs

Sang

3 - Frottis sanguin + G.E.	1.000 Francs
4 - Recherches microfilaires.....	1.000 Francs
5 - Recherches Trypanosomes.....	1.000 Francs

Urines

6 - Recherches d'oeufs de bilharzie.....	500 Francs
--	------------

Peau

7 - SNIP.....	500 Francs
---------------	------------

Crachats

8 - Recherches d'oeufs de douves.....	500 Francs
9 - Examens mycologiques.....	2.000 Francs
10 - Sérologie parasitaire.....	1.000 Francs

Sérologie parasitaire

11 - Amibiase	2.500 Francs + seringue 5 cc aiguille verte
12 - Aspergillose	2.000 Francs + seringue 5 cc aiguille verte
13 - Toxoplasmose	500 Francs + seringue verte aiguille verte
14 - SNIP (Mardi 7 H 15 mn)	500 Francs

N.B. : Tous les examens sont payants sans exception même pour le personnel.

b) Examens bactériologiques

1) - Cytobactériologie des prélèvements de pus	2.000 Francs
2) - " " d'urine.....	2.000 Francs
3) - " " du sang (Hémoculture)..	2.000 Francs
4) - " " des selles (copro-culture).....	2.000 Francs
5) - " " liquide céphalo-rachidien	2.000 Francs
6) - " " de gorge	2.000 Francs
7) - " " du sperme (spermoculture).....	2.000 Francs
8) - " " du crachat	2.000 Francs
9) - " " des liquides de ponction.....	2.000 Francs
10) - Compte d'addis.....	1.000 Francs
11) - Bilan M.S.T.	3.000 Francs
12) - Roubéole.....	3.000 Francs

Sérologie bactérienne

13) - Sérodiagnostic de Widal et Félix	2.000 Francs
14) - " de Wright	2.000 Francs
15) - Anti-streptolysine (A. S. L. O.).....	2.000 Francs
16) - B. W. (VDRL-TPHA).....	1.500 Francs
17) - LEPTOSPIRE.....	1.500 Francs
18) - WAALER ROSE.....	1.500 Francs
19) - ARTHRI-SLIDEX	1.500 Francs
20) - SEROLOGIE de CHLAMYDIAE	2.000 Francs

Sérologie virale

21 - Mini-test	1.500 Francs
----------------------	--------------

Au cours de cette seconde période, nous constatons d'abord que le chapitre de la biochimie a disparu. En fait, c'est parce que les examens cliniques relevant de ce domaine précis ont été transférés au CHU de Cocody. Ainsi donc, le "tarif social" ne concerne désormais, que les examens parasitologiques et bactériologiques à l'Institut Pasteur.

Au chapitre des examens parasitologiques

Il est donné de faire remarquer que 4 examens ont un prix fixé à 500 francs ; ils constituent 28,57 % de tous les examens de ce service.

Les examens de 1.000 Francs sont au nombre de 5, et ceux compris entre 1.500 et 2.000 francs s'élèvent à 5 également. Ce qui, pour chacun de ces deux derniers cas, donne le pourcentage de 35,71 %.

Ainsi, dans ce contexte de l'évolution des tarifs, il est à retenir la remarque suivante :

Les examens dont les prix étaient fixés à 2.000 Francs en 1985-1986, représentaient 63,15 % de l'ensemble des examens. Au cours de la seconde période de 1987 à 1990, la proportion des examens de 2.000 francs ne représente que 35,71 %.

Nous en déduisons une baisse sensible de 27,44 % des examens aux tarifs de 2.000 Francs.

Cette réduction est relativement appréciable..

Mais comment évoluent les tarifs du service de la bactériologie ?

. Au chapitre des examens bactériologiques

C'est le mouvement contraire qu'il est donné d'observer. En voici les faits. Sur le total des 21 examens mentionnés, nous n'en rencontrons qu'un seul évalué à 1.000 francs ; c'est celui dénommé le "compte d'addis". Par la suite, les tarifs des examens fixés à 1.500 francs s'élèvent au nombre de 5 ; cela correspond à 23,80 % des examens de ce service.

Par ailleurs, ce service de la bactériologie compte 14 examens dont les prix sont compris entre 2.000 et 3.000 Francs. Cette dernière catégorie représente 66,67 % de l'ensemble des examens de ce domaine. Nous pouvons retenir que par rapport à la période précédente (1985-1986), ce secteur de la bactériologie présente apparemment une augmentation de 100 % du prix de tous ses examens au cours de cette seconde période (1987-1990). Ainsi, dans l'état actuel des choses, ce service apparaît comme celui qui enregistre le "tarif social" le plus élevé à l'Institut Pasteur ; ce qui était le cas du domaine de la parasitologie au cours de la période antérieure (1985-1986).

Au regard de tous ces mouvements économiques des examens cliniques, nous devons en définitive, mentionner que cette évolution ne correspond nullement en réalité, à aucune regression significative du tarif des examens.

Cette évolution tend plutôt vers une progression. Car, la quasi-totalité des examens complémentaires effectués dans les laboratoires du CHU ne s'établissent pas sur la base du caractère "social" des tarifs. Quelques exemples relevés au CHU de Cocody illustrent bien cette réflexion.

<u>types d'examens</u>	<u>prix</u>
- Audiogramme.....	5.000 Francs CFA
- Electrocardiogramme (E.C.G.).....	5.000 Francs CFA
- Fibroscopie	10.000 Francs CFA
- Coloscopie.....	20.000 Francs CFA

Pour ainsi dire, si la diminution du tarif des examens du service de la bactériologie entraîne l'augmentation du prix des examens du service de la parasitologie, l'on ne saurait parler dans ce cas d'une véritable diminution.

Il n'y a qu'une alternance qui, au fond, ne traduit qu'une augmentation compte tenu du caractère "non social" du tarif des examens complémentaires des CHU.

Hormis cette question des examens cliniques, le volet des produits pharmaceutiques constitue un aspect socio-économique important du système de santé.

C - LA POLITIQUE SOCIO--ECONOMIQUE DE L'ETAT EN MATIERE DE MEDICAMENTS

D'une manière générale, c'est par rapport à la période des dix dernières années que la politique économique de l'Etat en matière de médicaments va être appréciée.

Et pour ce faire, il apparaît nécessaire de présenter l'évolution des crédits dégagés pour l'achat des médicaments depuis l'année 1980. Ces crédits annuels sont présentés au tableau n°35 suivant.

Tableau n°35 : Evolution des crédits des médicaments

ANNEE	MONTANT (FRANCS CFA)	VARIATIONS (%)
1980	2.700.000	-
1981	2.950.000	+ 9,25 %
1982	3.000.000	+ 1,70 %
1983	2.794.000	- 6,85 %
1984	-	-
1985	1.000.000	- 64,21 %
1986	1.264.000	+ 26,21 %
1987	1.345.000	+ 6,40 %
1988	1.196.000	- 11,07 %
1989	1.300.000	+ 8,70 %
1990	1.300.000	00 %

SOURCE : Tableau réalisé par nous-même.

D'après ce tableau n°35, nous pouvons remarquer au cours des dix dernières années, que le montant en valeur absolue de ces crédits subit un mouvement général caractérisé par une tendance à la baisse.

Le montant le plus élevé est de 3.000.000 francs correspondant à l'année 1982.

Le montant le plus bas est de 1.000.000 Francs affecté à l'année 1985. Alors que c'est l'année précédente, soit en 1984 que l'Etablissement public national dénommé la Pharmacie Nationale de la Santé Publique a été créé.

Cet établissement est chargé de la gestion et de la distribution des produits pharmaceutiques de la santé publique. Mais malgré l'autonomie relative de celle-ci, le budget alloué à ce secteur du système de santé reste encore insuffisant.

Ainsi, cette baisse sensible de la somme dégagée pour l'achat des médicaments apparaît beaucoup plus significative lorsque nous passons de 2.700.000 francs en 1980 à 1.300.000 francs en 1990. L'écart du montant entre ces deux dates s'élève à 1.400.000 francs en moins pour la dernière année. Ce qui correspond à une réduction de 51,85 % par rapport au budget de 1980. Cela veut dire que la tendance à la baisse se ressent également en valeur relative.

En effet, cet état de fait démontre bien ici une attitude de désengagement de l'Etat dans le domaine précis des médicaments en matière de politique sanitaire.

De fait, les conséquences sociologiques de cette situation sont multiples : pénurie de produits pharmaceutiques dans les formations sanitaires ; augmentation du prix des médicaments dans les pharmacies privées ; fraude au niveau de la mutuelle des fonctionnaires etc....

Tout compte fait, nous venons de constater à travers cette brève analyse, que l'hospitalisation, les examens cliniques de laboratoire, et les produits pharmaceutiques connaissent une augmentation constante de leurs tarifs depuis près de dix ans.

Mais par rapport à cette politique générale de hausse du tarif des besoins de santé, il ne s'en suit nullement aucune politique sociale d'augmentation du pouvoir d'achat de la population ivoirienne.

A l'examen de la situation socio-économique de cette population, nous nous rendons compte bien au contraire, que le pouvoir d'achat de celle-ci évolue en sens inverse de la situation économique des besoins de santé.

Et de quelle manière ?

En voici les faits

Depuis 1983 jusqu'à cette année 1990, le traitement des agents de l'Etat et des fonctionnaires demeure soumis à une condition statique ; c'est le phénomène du blocage des salaires.

Par ailleurs, le revenu annuel des paysans agricoles tend à la baisse. Parce que le prix du kilogramme des produits de base (café, cacao, palmier à huile, coton...) subit également la même logique de la décroissance. La tableau n°36 ci-dessous traduit bien cette tendance à la baisse.

Tableau n°36 : Evolution du prix du kilogramme aux paysans de quelques produits agricoles (en francs CFA)

Année	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Produit agricoles											
CAO (en francs)	250	300	375	400	400	400	400	400	400	200	200
CAFÉ CERISES (en francs)	190	190	200	200	200	100	100	100	100	100	100
Graine (palmier à l'huile) en francs	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	12

SOURCE : Tableau réalisé par nous-même.

Au niveau du cacao, l'on constate que le prix du kilogramme aux paysans passe de 400 francs en 1984 à 200 francs en 1990 ; le café, de 200 francs à 100 francs ; la graine du palmier à huile, de 14 francs à 12 francs....

Qu'est-ce à dire ?

En voici un exemple concret qui illustre bien la logique de contradictions du système sanitaire au plan socio-économique. En 1985, pour une analyse médicale des selles (la coproculture), le paysan devait fournir 2 kilogrammes et demi de cacao.

Mais en 1990, pour le même type d'examen, le même paysan doit maintenant produire 10 kilogrammes de cacao.

Cela veut dire que le paysan devra désormais produire quatre fois plus aujourd'hui qu'en 1985 afin d'avoir accès aux soins de santé. Parce que le prix de cet examen (la protoculture) qui était de 1.000 francs en 1985, est passé à 2.000 francs en 1990 ; pendant que le prix du kilogramme de cacao qui s'élevait à 400 francs en 1985, est descendu à 200 francs.

Cette progression en sens contraire du coût financier des besoins de santé par rapport à la réduction du pouvoir d'achat de la grande majorité de la population, est le fait de la logique de contradiction du système sanitaire ivoirien au plan socio-économique.

Au plan théorique, il convient de retenir que cet ensemble de lois de contradictions relevé au plan culturel, géo-organisationnel, et socio-économique représente en fait, des risques de résistances sociologiques de la population face à ce système sanitaire.

Et ces incohérences sociologiques ne peuvent se traduire que par des comportements multi-formes de cette population dans le domaine général de la santé.

Cet ensemble de comportements diffus constitue par conséquent, l'expression des implications socio-culturelles de ces lois de contradictions.

C'est ce qu'il convient maintenant de voir dans le chapitre qui suit.

CHAPITRE 3 : LES IMPLICATIONS SOCIO-CULTURELLES DES LOIS DE CONTRADICTIONS DU SYSTEME DE SANTE EN COTE D'IVOIRE

Nous entendons par implications socio-culturelles des lois de contradictions, les incidences manifestes ou latentes issues de la logique de contradictions du système de santé.

Les incidences paraissent quelque fois directes, ou bien quelque fois indirectes.

Elles sont directes lorsque la logique de contradictions entraîne de façon déterminante, des phénomènes sociaux nouveaux observables dans le domaine de la santé. C'est par exemple le cas de la formation des marchés de plantes médicinales, la grande publicité de quelques praticiens de la médecine africaine, la vente des produits pharmaceutiques sur les trottoirs etc...

Elles sont indirectes lorsque la logique de contradictions éveille ou contribue à activer la manifestation d'autres phénomènes sociaux à l'état latent.

Nous avons par exemple, le cas de la vente des produits médicamenteux par les nomades peuls, le phénomène du charlatanisme etc...

Ceci veut dire que les composantes de ce champ d'action relatif aux implications socio-culturelles ne doivent en aucun cas, être perçues comme étant les résultantes systématiques, ou du moins, comme un système de rapports de cause à effet avec d'autres phénomènes sociaux. Les lois de contradictions ont certes constitué un facteur déterminant dans la formation du secteur informel de la santé, mais d'autres facteurs importants ont également joué dans le processus de formation de ces composantes informelles.

C'est l'effet de la loi universelle de la dynamique socio-culturelle ; jeu dialectique des facteurs endogènes et des facteurs exogènes.

Mais dans tous les cas, c'est-à-dire conséquences directes, ou indirectes, les lois de contradiction du système sanitaire font découvrir trois ordres d'implications dans le domaine de la santé.

Il s'agit précisément des implications d'ordre culturel, socio-économique, et psycho-sociologique.

I - L'IMPLICATION CULTURELLE : LA DIALECTIQUE DES RAPPORTS

ENTRE LA MEDECINE AFRICAINE ET LA MEDECINE OFFICIELLE

Cette implication culturelle concerne la dynamique des rapports entre la médecine africaine originelle et la médecine officielle. Cette dynamique des rapports se trouve schématisée à la page...217 de cette étude. A l'opposé de l'évolution conceptuelle précédente,

Ce deuxième type d'évolution dont il est à présent question, porte sur les modes réactionnels de la médecine africaine face à la médecine officielle importée d'Europe.

Cette préoccupation s'adresse donc surtout, aux changements survenus sur la structure organique de la médecine traditionnelle africaine.

Voici pourquoi les deux schémas évolutifs présentent des caractéristiques différentes (cf. l'évolution conceptuelle P. 130). Ceci dit, nous poursuivons l'analyse pour faire remarquer tout de même, que la dynamique des rapports entre la médecine africaine et la médecine officielle reste intimement liée à l'évolution du statut juridique de cette médecine africaine.

Nous rappelons d'abord que les différentes étapes de cette évolution juridique s'élèvent au nombre de trois.

Elles ont été chronologiquement identifiées de la façon suivante :

- la légitimité intégrale ;
- ensuite le statut d'illégalité totale ;
- puis le caractère mitigé du statut.

Examinons la dynamique de la structure organique de cette médecine africaine à travers ces étapes de l'évolution juridique.

A - LA PREMIERE ETAPE

Elle s'étale sur toute la période pré-coloniale.

Cette période s'étend de l'antiquité aux années 1885. C'est la phase de la "légitimité intégrale" de la médecine africaine. Parce que la médecine européenne n'existait pas encore en Côte d'Ivoire.

Par conséquent, le statut du guérisseur se définissait comme une position intégralement acquise.

Cela veut dire que tous les membres de sa communauté lui reconnaissent cette qualité et le rôle de guérisseur confirmé.

Les attributs qui se rattachent à cette position sociale sont le prestige et la liberté.

La pratique de la médecine africaine se constitue donc comme une institution sociale intégrée au fonctionnement normal du système social d'ensemble.

En passant de cette condition sociale prestigieuse à l'insertion intégrale du guérisseur au sein de la structure hiérarchique, nous débouchons sur une sécurité psychologique de celui-ci dans l'exercice de sa profession.

A travers ce contexte socio-historique particulier, la forme spécifique de la médecine africaine dénommée "A" sur le schéma, se caractérise par le sanctuaire, le prestige du guérisseur et sa discrétion.

Mais à partir de la période coloniale, débute la seconde étape. Parce que la situation commence à changer.

B - LA DEUXIEME ETAPE

En gros, elle se situe entre le début de la colonisation et les dix premières années après l'Indépendance politique.

C'est concrètement la période qui s'écoule entre 1885 et 1970.

Deux phases sont à considérer au cours de cette séquence :

phase 1

Elle commence en 1885 et prend fin en 1940.

La médecine africaine existait déjà comme une tradition institutionnelle reconnue au sein de la communauté autochtone.

La médecine moderne européenne désignée par la lettre "M" sur le schéma, entame son processus d'implantation.

Cette première phase se singularise ainsi donc par la "situation d'interface" entre les deux modèles médicaux A et M.

D'un côté la médecine africaine "A" avec ses traditions et ses coutumes propres. Puis de l'autre la médecine officielle européenne "M" avec son caractère impérialiste et sa "mission civilisatrice".

Nous pouvons à juste titre, en déduire le début d'une situation de crise surtout au plan psychologique.

Car, le prestige et la liberté antérieurs du guérisseur africain vont maintenant se circonscrire dans un cadre conflictuel latent de partage avec le médecin européen.

En tout état de cause, cette analyse postule une hypothèse à deux volets contradictoires :

1°) une attitude de repli des guérisseurs sur eux-mêmes.

Ceci se justifiera par un sentiment de méfiance et de préservation sans faille de tous leurs privilèges antérieurs.

2°) une attitude d'agitation manifeste qui se traduira par la multiplication intense des activités des guérisseurs.

Ceci, en vue de supplanter visiblement la suprématie de la médecine européenne, et par conséquent, réaffirmer la position initiale acquise.

Somme toute, la médecine africaine "A" paraît conserver sa structure organique initiale. Elle reste sans changement apparent.

C'est à partir de 1940 que cette crise à l'état latent, commencera à montrer ses manifestations.

La première phase est ainsi achevée.

phase 2

Cette seconde phase s'établit entre 1940 et 1970. Parce qu'en 1940, l'impérialisme européen annonce le principe de l'interdit sur le "fétichisme africain".

Ainsi, au plan religieux, seule la religion judéo-chrétienne doit faire autorité.

L'idéologie de la "mission évangélisatrice" se met en route.

Ce faisant, la pratique de la médecine africaine devient une activité sociale illégale.

La médecine européenne est imposée à la communauté africaine autochtone.

Elle demeure la médecine officielle légale et valable pour tous.

Voilà pourquoi "M" reste "M" de 1940 à 1970.

Par conséquent, les guérisseurs commencent à perdre leur liberté professionnelle et leur prestige.

Ils empruntent la voie de la clandestinité.

Sur le schéma, grand "A" devient alors petit "a".

A cette situation conflictuelle manifeste, correspondent des implications sociologiques particulières.

De fait, le problème spécifique qui se pose au niveau des guérisseurs est de savoir comment retrouver la position sociale acquise antérieurement (avant 1885) ?

En d'autres termes, comment sortir la médecine africaine de la situation de répression et de la clandestinité ?

La réponse envisagée par ses praticiens selon le contexte socio-historique du moment est la solution de la métamorphose.

De quoi s'agit-il ?

Soulignons avant tout, que la solution de la métamorphose s'entend, le changement de la structure organique de la médecine africaine.

Mais au fond, celle-ci reste identique à elle-même du point de vue contenu.

Cela veut dire que seulement l'aspect extérieur de cette médecine authentique va se transformer.

Cette transformation est le fait de prendre comme support de manifestation, certaines caractéristiques de la religion judéo-chrétienne imposée par l'ambition évangélistrice d'Europe. C'est par exemple la référence à l'évangile, la lutte contre le fétichisme, la chasse aux sorciers...

Cette nouvelle couverture apparente lui donne le caractère d'un syncrétisme religieux qui répondra en partie, aux idéaux de la "mission évangélistrice" des missionnaires.

De cette manière, la médecine africaine "A", pour pouvoir s'adapter au nouveau contexte historique hostile, devient "R". C'est-à-dire une médecine africaine originale apparemment voilée et camouflée par une couverture de la religion chrétienne.

En somme, entre 1940 et 1970, la médecine africaine "A" se ramifie en petit "a" et en grand "R".

Petit "a" représente la médecine africaine devenue marginale et minoritaire au plan juridique ; c'est la forme clandestine de cette pratique sociale.

"R" correspond à la médecine africaine ayant changé sa structure organique pour s'adapter à la situation nouvelle.

Dans l'histoire de l'évolution de cette médecine africaine, les exemples qui confirment cette hypothèse de la métamorphose de "A" en "R" sont notamment les cas du prophète Albert ATCHO, le prophète TAKARI GBEDA MOISE, KOUDOU JEANNOT dit GBAHIE, le seigneur EUGENE 1er ...etc.

D'un point de vue théorique, cette formation historique "R" qui résulte des rapports dialectiques entre la médecine africaine et la médecine européenne va être dénommée dans le cadre de cette étude : la médecine syncrétique africaine.

Et pour quelles raisons ?

Tout simplement à cause de son rapprochement apparent avec le syncrétisme religieux en vogue à l'époque.

Mais après tout, une différence fondamentale existe entre cette forme de la médecine africaine et les cultes syncrétiques proprement dits.

Cette différence se situe au niveau des idéaux sociaux que visent les uns et les autres.

D'une part, les cultes syncrétiques réels se définissent comme des projets sociaux à dominance politico-religieuse, cherchant à reconstruire la société sur de nouvelles bases.

Leur option est d'asseoir un nouvel ordre politique, économique, social et culturel intégré, en vue de libérer les sociétés africaines des oppressions coloniales.

Quelques exemples dans l'histoire sont bien connus. Ce sont : le Harrisme, le Dehima, le culte d'Adahé, le christianisme céleste...

D'autre part, la forme syncrétique de la médecine africaine se donne pour unique mission, de soigner et de guérir des maladies physiques, psychiques et psychosomatiques.

Les doctrines politiques font presque rarement partie de leur idéal de base.

Au vu de tout ce qu'il est donné d'observer aujourd'hui, peut-on affirmer que la mutation de la médecine africaine authentique sous la forme syncrétique a-t-elle réellement permis aux guérisseurs de s'adapter aux nouvelles conditions présentes ?

Pour y répondre, examinons les faits de la troisième étape de cette évolution.

Parce que la deuxième étape s'achève avec l'érection de la médecine africaine en deux pôles distincts :

- le pôle de la forme marginale et clandestine appelée petit "a" ;
- le pôle de la forme syncrétique appelée "R".

C - LA TROISIEME ETAPE

Elle s'ouvre à partir des années 1970. Mais son processus d'évolution se poursuit encore dans l'état actuel des choses.

L'événement marquant de cette troisième étape est le projet international de la réhabilitation de cette médecine africaine.

En Côte d'Ivoire, cette initiative de réhabilitation prend forme à travers les études ethno-botaniques dont le Centre National de Floristique a la charge.

Mais la pratique de la médecine africaine en tant que telle, ne paraît pas tout à fait légalement autorisée. C'est la période du "statut mitigé" de cette médecine africaine.

Quelles implications engendre cette situation quelque peu contradictoire ?

Du côté de la médecine africaine, les guérisseurs frustrés et déstructurés de la hiérarchie sociale, continuent à exercer dans la clandestinité et la méfiance totale ; petit "a" reste petit "a" de 1970 à 1990.

La forme syncrétique "R" conserve son identité et poursuit toujours ses activités sous la couverture de la religion chrétienne.

Disons que d'après le schéma d'évolution, R reste R de 1970 à 1990.

Mais entre ces deux pôles petit "a" et "R", de nouvelles formations font leur apparition.

Elles sont distinctes les unes des autres.

Comment se caractérisent-elles ?

Nous avons :

- Les groupes d'associations de guérisseurs que nous dénommons "G".

Il s'agit des praticiens authentiques qui ne peuvent, ni se transformer en formation syncrétique "R", ni supporter la clandestinité parfaite petit "a".

C'est le cas du "Centre de soins indigènes" de Gbaloho que nous avons visité. Il se situe à 5 km de la ville de Korhogo, sur la route de Boundiali (1).

(1) Voir la lettre adressée aux Autorités locales en vue d'obtenir l'autorisation d'ouverture du cabinet (à la page suivante).

Monsieur le préfet du Département
de KORHOGO
S/C de Mr Le S/préfet central de
K O R H O G O

Après maintes réflexions, nous les guérisseurs, avons décidé nous réunir pour travailler dans un seul endroit commun.

Nous voulons aider le gouvernement ivoirien pour lutter contre certaines maladies infectieuses à l'intermédiaire du médicament indigène. Il y a des maladies à l'hôpital on leur dit de venir chercher des médicaments indigènes, mais par manque de connaissance, ils souffrent atrocement dans la ville. Pourquoi, parce que quand la personne ait manqué de connaissance, et quand celle-ci arrive à n'importe qui celui-ci lui dit qu'il connaît le médicament et il cherche le médicament qui ne servira à rien.

Avant que le malade arrive au bon guérisseur, il n'a plus l'argent c'est la cause pour laquelle nous nous sommes réunis pour former le club des guérisseurs. Là ci les infirmiers sont au courant, ci un tel cas se présente, ils les orienteront chez nous.

Alors nous nous sommes présentés chez Monsieur le secrétaire général SEYDOU COULIBALY pour qu'il nous aide à trouver une bonne place où nous pourrions faire nos travaux. Il est venu voir le chef de village de GBALOHU Mr KANIGUI COULIBALY qui a accepté la demande et nous a donné cette place au sein du dit village. Quand Mr Le secrétaire SEYDOU a donné la place, Mr SYLLA, c'était le S/préfet de KORHOGO et Mr MORICOUNADI CISSE l'ancien secrétaire de la ville étaient allés voir ce coin et nous avons aussi commencé le travail sous le nom de "l'hôpital KAFONNON". Le travail a donc commencé le 1er JUILLET 1979 à GBALOHU.

...../.....
Coulibaly Kadjic BRAHINA

- Les marchés de plantes médicinales ; c'est un cadre de vente et d'achat des plantes médicinales.

On y retrouve toute sorte d'espèces végétales sous forme de feuilles, de tiges, de fleurs, de fruits, de racines.

Les acteurs sociaux ici ne sont pas nécessairement des guérisseurs.

Ce sont en général des commerçants dont le seul souci est le gain.

Nous les identifions par la lettre "C" sur le schéma.

- Les composantes conjoncturelles du secteur informel de la santé ; ce sont des unités périphériques de la médecine africaine ; c'est-à-dire la médecine nomadiste, la médecine publicitaire ou autres.

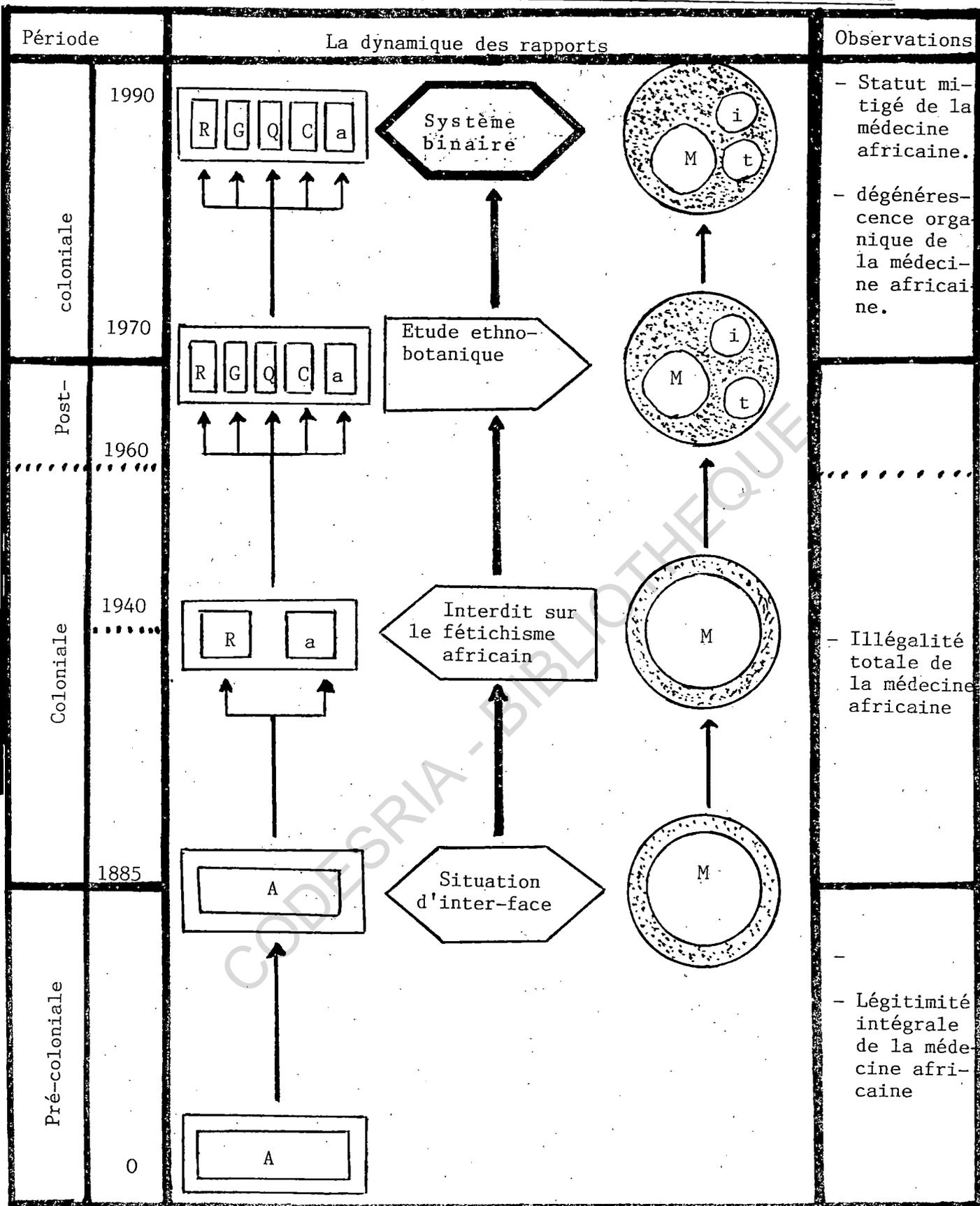
Elles ne représentent pas en réalité des structures issues de la médecine africaine.

Néanmoins, ce qu'il est important de retenir particulièrement, c'est que la naissance de ces composantes conjoncturelles est surtout favorisée par ce rapport dialectique entre la médecine africaine et la médecine européenne. L'ensemble de ces composantes conjoncturelles est indiqué par la lettre "Q" sur le schéma.

D'autre part, sous l'effet de la dialectique, du côté de la médecine officielle, le développement de la "pharmacie ambulante" s'intensifie.

Nous la désignons par l'initiale "t" ; de plus les institutions médicales clandestines - appelées "i" - prennent de l'ampleur (cabinets et infirmeries clandestins).

TABEAU N° 37 : ÉVOLUTION DES RAPPORTS; MEDECINE AFRICAINE - MEDECINE OFFICIELLE



légendes

A : médecine africaine authentique
 a : forme clandestine de la médecine africaine
 R : médecine synchrétique africaine
 G : groupes d'associations de guérisseurs
 C : marché de plantes médicinales
 Q : médecine publicitaire

M : médecine officielle
 t : pharmacie ambulante
 i : institutions médicales clandestines

En voici schématiquement présentés, les rapports dialectiques et leurs implications que suscite l'interaction entre la médecine africaine et la médecine officielle en Côte d'Ivoire.

Au total, la médecine africaine humiliée et marginalisée ("a"), la forme synchrétique de cette médecine africaine ("R"); les Associations de guérisseurs ("G") et le commerce de plantes médicinales ("C") constituent les résultantes structurelles des rapports dialectiques entre les deux modèles médicaux (1).

Telles sont les caractéristiques essentielles des implications de la logique de contradictions au plan culturel.

Hormis ce volet culturel, nous avons en second lieu, le volet socio-économique.

II - L'IMPLICATION SOCIO-ECONOMIQUE : LA FORMATION DES COMPOSANTES DU SECTEUR INFORMEL DE LA SANTE

Nous entendons par secteur informel de la santé, toutes formes de médecines identifiables par des caractéristiques extérieures, mais non régies par le code de la santé publique.

Ces formes médicales originales ne disposent d'aucun statut juridique officiel.

Leur mode organisationnel ne repose sur aucune structure formalisée tels l'école des infirmiers et sages-femmes, les facultés de pharmacie et de médecine, les dispensaires, les CHR, les CHU etc... par définition, le secteur informel de la santé est l'ensemble de toutes les formes médicales apparentes, qui ne possèdent ni statut

(1) Voir photo n°.....¹.... Marché de plantes médicinales à Adjamé (Abidjan) - page suivante.



Photo n° 1 : Marché de plantes médicinales à Adjamé (Abidjan).

juridique, ni structure organisationnelle, et qui s'opposent à la structure officielle de la médecine européenne.

De ce point de vue, le secteur informel de la santé s'étend de la médecine africaine, aux circuits spontanés de commercialisation des produits pharmaceutiques hors des officines légales de pharmacie.

Mais par rapport au contexte de la logique de contradictions du système de santé, nous aurons à examiner trois éléments essentiels de ce secteur informel.

Nous les désignons dans le cadre de cette étude, par les termes de : "médecine nomadiste" ; "pharmacie ambulante" ; et "médecine publicitaire".

La "médecine africaine" étant considérée comme une médecine originelle, mais non un phénomène social généré en Côte d'Ivoire par le fait des contradictions du système de santé, mérite qu'on lui consacre un chapitre à part. Pour ce faire, passons en revue ces divers éléments de ce secteur informel.

A - LA MEDECINE NOMADISTE

1 - Identification

En apparence, cette forme de médecine signale sa présence d'abord à partir des traits extérieurs assez originaux de ses praticiens. Ce sont des hommes et des femmes. S'agissant des hommes, ils sont généralement vêtus de grands boubous, la tête bandée d'un voile épais, et l'épaule scelée d'un petit colis semblable à une gibecière.

Quant aux femmes, elles marquent la différence avec les oreilles parées de larges bijoux, le petit colis posé sur la tête, et les jambes à demi découvert. Très souvent, ils marchent.

Ils vont en petits groupes ; les hommes à part, les femmes à part. Ils partagent le même trait de civilisation : le nomadisme.

Leur mode de vie se trouve soumis à la condition du nomadisme. Ce sont des ressortissants du Niger.

Le Niger est un pays sahélien de l'Afrique de l'Ouest, enclavé entre le Nigéria, le Tchad, la Libye, l'Algérie, le Mali, le Burkina-faso, et le Bénin.

En effet, ce sont les conditions physiques, climatiques et socio-économiques qui déterminent cette condition de nomadisme.

Voilà pourquoi la médecine originale qu'ils pratiquent au cours de leur périple est appelée dans le cadre de cette étude la "médecine nomadiste".

Quel peuple du Niger pratique cette médecine originale ? Quels en sont les facteurs déterminants ?

2 - Originalité et facteurs déterminants

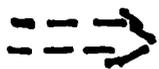
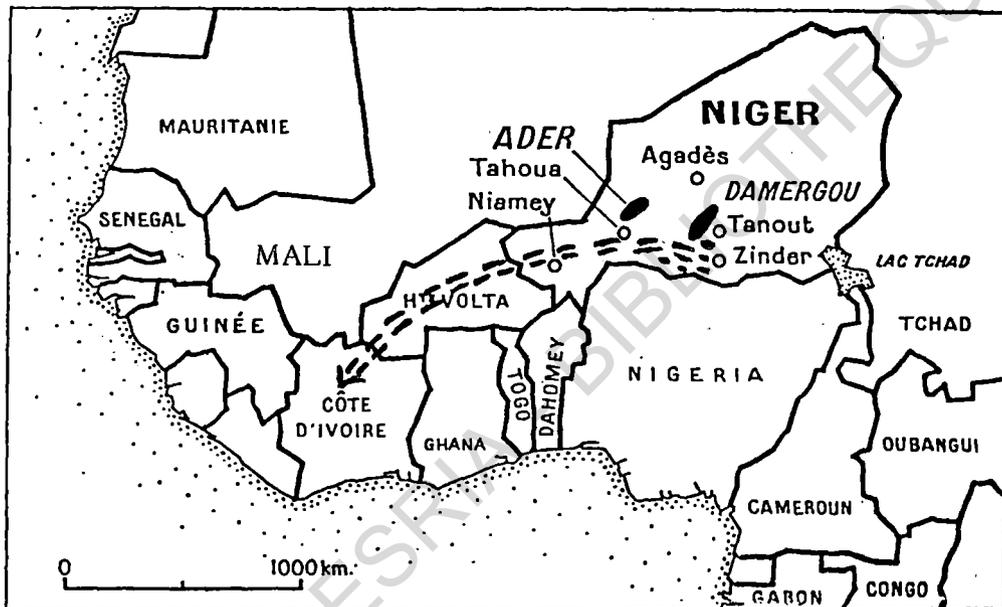
D'après les informations reçues auprès des ressortissants nigériens résidant en Côte d'Ivoire, les groupes sociaux concernés par cette "médecine nomadiste" sont un sous-groupe de la communauté ethnique Peul. Il s'agit notamment des wodabé. Ils se localisent en gros dans la partie Sud-Est du Niger ; c'est-à-dire dans les départements de Maradi, Zinder et Diffa à l'Est (1).

A l'origine, le peuple Wodabé est un peuple d'éleveurs de bovins.

Aussi, par la condition de vie de nomade, les membres de cette communauté ethnique se trouvent en permanence au contact de la nature.

(1) : Voir carte n°6 à la page suivante.

Carte n°6 : Itinéraire de la "médecine nomadiste".



Itinéraire de la "médecine nomadiste".

Source : Carte adaptée par l'auteur.

Leur souci permanent est de découvrir de l'herbe fraîche en vue de faire paître leur bétail.

Pour cette raison, ils prennent le surnom de "hanagamba". D'autres peuples les appellent "BORORODJI" ou "bororo" (1).

"Hanagamba" signifie littéralement "ce qui détruit l'herbe" en langue haoussa.

A partir de cette donnée ethnolinguistique, nous pouvons en déduire que la connaissance médicale des Wodabé relève du fait de leur contact permanent avec la flore locale.

Ce contact permanent prédispose ceux-ci à la culture approfondie de la science médicale basée sur les plantes.

D'un point de vue historique, il importe ici de rappeler que l'histoire médicale des Wodabé en Côte d'Ivoire remonte initialement à la vente des médicaments contre la morsure des serpents.

En ce temps, lorsque les Wodabé arrivent en Côte d'Ivoire, ils passent de village en village et de ville en ville, munis de grandesalebasses rondes.

A l'intérieur de cesalebasses, se trouvent enfermés plusieurs serpents de diverses espèces.

(1) Le groupe ethnique Ashanti de Côte d'Ivoire les appelle "Adropapa" ; ce qui veut dire "bon médicament" : voir photo n° 2 à la page suivante.



Photo n° 2 : Une femme "bororo" en quête de clients.

Ces allogènes jouent ainsi aux charmeurs de serpents.

Le tarif du spectacle se situe entre 25 et 50 francs .

A la fin de la séance, ils proposent en retour aux clients intéressés, leurs produits contre la morsure des serpents. Aujourd'hui nous constatons que les données ont changé.

Les calebasses à serpents ont disparu.

Ce sont les produits médicamenteux en exclusivité qui sont directement proposés aux clients. Ces produits concernent tous les cas de morbidité : les maux de tête, les maux de ventre, les vers, la stérilité, l'impuissance sexuelle, les accidents de véhicules, le paludisme etc...

Ils sont vendus généralement au prix de 200 à 1500 francs selon la quantité demandée.

Ils se présentent sous la forme d'écorces de bois, des racines, de la poudre, des colliers, des bracelets, des bagues...

Comment peut-on aujourd'hui expliquer ce changement brutal et avec ce renforcement impressionnant de l'effectif des praticiens ?

Pour y répondre, il convient de se référer à l'histoire écologique et socio-économique du Niger à partir des années 1970.

1°) Le facteur d'ordre écologique :

Le Niger est un pays sahélien qui a connu dans un intervalle de 10 ans, deux grandes sécheresses très catastrophiques.

La première sécheresse - la plus atroce - s'est déroulée entre 1973 et 1974.

Elle a décimé la quasi-totalité des bétails de la région des Wodabé.

La seconde grande sécheresse a fait son apparition entre 1983 et 1984.

Les éleveurs ont encore perdu tout leur bétail.

En remplacement de cette activité d'élevage, beaucoup ont préféré faire fructifier leur savoir médical.

2°) Le facteur d'ordre économique

Le nombre de vendeurs de plantes médicinales devient de plus en plus important pour le même nombre de clients au Niger.

Le déséquilibre entre l'offre et la demande s'accroît sur le marché.

En revanche, le seul moyen qui permet d'échapper au déséquilibre et/ou au chômage est l'exode.

C'est le périple à travers des villages, des villes et des pays ; notamment le Burkina-Faso, le Ghana, le Mali, le Bénin, le Nigeria, le Tchad... et aussi la Côte d'Ivoire.

Cette activité nouvelle répond bien et intègre la condition d'existence nomade initiale.

Voici en définitive, les facteurs déterminants qui expliquent la pénétration massive des praticiens de la "médecine nomadiste" en Côte d'Ivoire.

La période propice à ce périple est la période comprise entre les mois de novembre et de janvier.

Car c'est la période qui succède à la saison des pluies, favorable à la régénérescence des plantes végétales au Niger.

Ainsi donc, la cueillette s'effectue en octobre, et le long voyage débute en novembre.

Quel est l'impact de cette forme de médecine sur la population de Côte d'Ivoire ?

3 - Impact de la médecine nomadiste

L'impact traduit ici le degré d'adhésion de la population à ce mode médical.

Le problème qui se pose est de savoir comment mesurer cet impact sur cette population globale.

Il n'existe aucune donnée statistique de la commercialisation des produits de cette médecine.

Pour contourner cette difficulté, nous avons été amené à nous tourner vers les praticiens.

Il était question de leur demander combien ils gagnent après la vente de leurs médicaments, à l'intérieur de quelles catégories sociales spécifiques ils rencontrent le maximum de clients ; et pour quel genre de maladies.

De fait, sur les 16 "bororoji" interrogés (12 femmes et 4 hommes), la question relative au gain est restée sans réponse précise.

"Nous ne venons pas pour chercher de l'argent..." nous retorque-t-on ; ou bien ils répondent simplement : "nous ne gagnons rien du tout".

Une appréciation à ce niveau est difficile à porter.

Pour cette raison, le recours à des ressortissants Nigériens non "bororoji" était indispensable.

Ces Nigériens non praticiens étaient au nombre de 4.

A tour de rôle, 3 parmi ceux-ci nous révèlent qu'en ce qui concerne les jeunes femmes, "celles-ci se débrouillent en dehors de la vente de leurs médicaments".

Cette expression sous-entend une activité annexe exercée par ces femmes. Mais cette activité secondaire demeure voilée.

En conséquence, nous estimons que la variable "gain" nous permettrait difficilement d'apprécier le niveau d'adhésion de la population.

Nous l'avons écartée pour nous référer à celle relative à la couche sociale la plus fréquente au sein de la clientèle.

Pour cette seconde variable, 9 "bororoji" sur les 16 interrogés (soit 56,25 %) affirment que les personnes qui payent le plus fréquemment leurs produits sont les femmes de ménage. Parmi celles-ci, il y a :

- d'abord celles qui ressentent assez régulièrement des malaises particuliers en période de grossesse (nausée, arrière-goût...) et celles qui subissent assez souvent les cas d'avortement naturel ;
- ensuite viennent celles qui ont des enfants souffrant chroniquement de certaines maladies tels que les retards de croissance, l'asthme... etc ;
- enfin arrivent les femmes qui sont présumées stériles et les hommes impuissants sexuellement.

En définitive, c'est par rapport à cet ordre hiérarchique de fréquentation que nous apprécions ici, l'impact de la "médecine nomadiste" sur la population de Côte d'Ivoire.

Cette appréciation ne donne qu'une tendance théorique fondée sur la convergence de l'opinion des 56,25 % des "bororoji" interrogés. Mais comment se justifient les fondements de cet impact de la "médecine nomadiste" ?

4 - Fondements de l'impact de la "médecine nomadiste"

Poser le problème de la justification de l'impact de cette catégorie médicale, c'est rechercher les fonctions sociales qu'elle remplit dans le contexte socio-culturel des populations ivoiriennes. A cet effet, nous distinguons les fonctions manifestes des fonctions latentes de cette médecine .

a - Fonctions manifestes de la "médecine nomadiste"

Nous entendons par fonctions manifestes au sens de Merton, les conséquences objectives conscientes d'un comportement social donné. Autrement dit, pour les couches sociales clientes, la "médecine nomadiste" représente objectivement pour elles, une catégorie qui remplit une fonction médicale spécifique de façon efficace ; la gynécologie obstétrique et la pédiatrie notamment.

De ce point de vue, elle constitue ainsi un prolongement des structures officielles installées, ou un substitut original de ces structures officielles qui s'avèrent inadaptées à l'environnement socio-culturel. Mais en dehors de ceci, il existe encore d'autres fondements voilés.

b. - Fonctions latentes de la "médecine nomadiste"

Les fonctions latentes correspondent quant à elles, aux conséquences objectives, mais inconscientes ou involontaires du comportement des groupes sociaux.

Dans ce cas particulier, il convient d'indiquer que la fonction latente de la "médecine nomadiste" se situe à deux niveaux :

1°) Au niveau du groupe des acteurs

Il s'agit en fait des "bororoji" eux-mêmes. L'histoire sommaire décrite plus haut montre que la condition d'existence de cette activité reste fondamentalement liée à un facteur psycho-social. Cela se démontre par le fait que ce n'est pas essentiellement la variable "gain" qui motive les acteurs de cette activité, mais plutôt la logique de leur "attachement à la nature" ou au cadre naturel à travers leur civilisation de nomadisme. C'est donc par rapport à cette logique de lien intime avec le cadre naturel que leurs propos prennent tout leur sens : "Nous ne venons pas pour chercher de l'argent... nous ne gagnons rien du tout..."

Ainsi à la suite des calamités naturelles catastrophiques survenues successivement en 1973 et 1983, les membres du groupe ethnique Wodabé passent des activités pastorales initiales fondées sur la transhumance à travers la nature, aux activités médicales avec des déplacements perpétuels à travers des pays et un contact permanent avec la nature par le biais de la cueillette des plantes médicinales.

En effet, nous entrevoyons à travers cette dialectique de structure, une dynamique réelle au plan socio-économique ; soit de l'élevage à la médecine, mais une véritable statique au plan mental ; soit le contact permanent avec le cadre naturel et

la vie de nomadisme. Tel est le fondement psycho-social latent chez les acteurs de la "médecine nomadiste".

2°) Au niveau de la clientèle

D'après l'ordre hiérarchique de fréquentation établi, il ressort implicitement que ce n'est pas tant, le procédé thérapeutique fondé sur la médication physico-chimique qui détermine le succès réel de cette "médecine nomadiste", mais plutôt la "formule d'efficacité symbolique" qu'elle propose à la clientèle dans son approche.

Cette logique de raisonnement se justifie dans la mesure où nous trouvons d'abord que les procédés symboliques de cette catégorie médicale sont nombreux ; ce sont les bracelets, les colliers, les bagues et divers rituels auxquels le mental africain reste très sensible.

Ensuite selon la nature des cas d'affection des clients jugés fidèles (femmes en grossesse, les victimes d'avortements naturels fréquents, de stérilité et les hommes présumés impuissants sexuellement...) Nous nous apercevons qu'il s'agit essentiellement d'une catégorie de personnes qui en général, se trouvent vouées à des préoccupations d'ordre affectif ou à des cas d'insécurité psychologique, et qui vivent certainement des états de névroses assez sérieux. De ce point de vue, nous en déduisons que la "médecine nomadiste" apparaît comme une institution sociale qui remplit fondamentalement une fonction psychothérapeutique auprès de la catégorie de personnes prédisposées aux perturbations d'ordre psychique.

En voici le fondement inconscient de l'impact de cette structure médicale informelle dans le système socio-culturel spécifique en Côte d'Ivoire. Qu'en est-il du cas de la pharmacie ambulante ?

B. LA PHARMACIE AMBULANTE

La pharmacie ambulante est l'un des éléments les plus imposants du secteur informel de la santé.

Elle commence à se faire connaître en Côte d'Ivoire sitôt après la Déclaration d'ALMA ATA en 1978 : "Santé pour tous en l'an 2000". Pour pouvoir mieux cerner ses données de base, observons d'abord comment elle se manifeste.

1 - Caractéristiques générales

La "Pharmacie ambulante" est le groupe de produits pharmaceutiques d'origine chimique ou synthétique de la médecine conventionnelle, vendus en dehors des cadres non recommandés par la réglementation officielle.

Pour la plupart, ce sont des jeunes femmes analphabètes qui vendent ces produits sur les marchés, les trottoirs, et dans les boutiques.

En raison de ces traits caractéristiques, ces produits sont aussi appelés "pharmacie par terre" ; "marché noir de la médecine" ; "pharmacie du trottoir" ; "médicaments en vrac"...etc.

Ces médicaments varient selon leur forme et leur nature.

C'est ainsi qu'on retrouve parmi ceux-ci :

- des solides ; ce sont des comprimés de toutes sortes et des gélules de toutes gammes ;
- des semi-solides ; il s'agit des différentes variétés de baume ;
- et sous la forme liquide.

L'appellation "pharmacie ambulante" se justifie par le caractère mobile et ambulante de la majorité des personnes qui vendent ces produits (1).

2 - Origines et circuit d'écoulement

Selon les informations reçues au cours de la pré-enquête, une grande partie de ces produits pharmaceutiques seraient d'origine des pays limitrophes.

En l'occurrence le Ghana et le Nigéria.

Pour établir la validité de cette hypothèse, nous nous sommes en personne rendu au Ghana en vue d'y effectuer une enquête.

Ce faisant, cette enquête a été opérée dans la capitale Ghanéenne à Accra.

Elle a eu lieu au sein de trois usines de fabrication de produits pharmaceutiques ; de deux pharmacies privées et de deux hôpitaux.

Les usines visitées sont :

- DANAFCO INDUSTRIES LIMITED-DUMEX ACCRA ;
- THE LETAP COMPANY - ACCRA.
- GIHOC PHARMACEUTICAL CO - LTD - ACCRA.

Les pharmacies sont :

- PHARMACY OF ABRAKADA ;
- DRUGS STOCK.

(1) Voir Photo n°3 à la page 238 -

Les hôpitaux se nomment :

- POLICE HOSPITAL - ACCRA ;
- CATHEDRAL CLINIC - ACCRA.

L'objectif de cette enquête était d'étudier le circuit de distribution des médicaments au Ghana, afin de découvrir les facteurs exogènes qui favorisent la "Pharmacie ambulante" du secteur informel en Côte d'Ivoire.

Partant, le réseau de distribution des médicaments au Ghana est ainsi schématiquement représenté :

Niveau 1

- usines locales de fabrication ;
- importation de produits pharmaceutiques étrangers.

Niveau 2

Approvisionnement des :

- pharmacies,
- cliniques privées,
- hôpitaux,
- dépôts pharmaceutiques - "chemical sellers" -.

Niveau 3

Distribution des médicaments à la population par les pharmacies, cliniques, hôpitaux et dépôts pharmaceutiques.

L'opération de circulation est la suivante :

- au niveau 1 ; le pays importe des produits pharmaceutiques d'autres pays étrangers. De plus, les industries locales de fabrication en produisent également ;

- au niveau 2, tous ces produits du niveau 1 sont ensuite distribués dans les pharmacies, les hôpitaux, les cliniques privées et les dépôts pharmaceutiques des zones rurales.

C'est à partir de ces unités médicales du niveau 2 que la population ghanéenne entre en contact avec les produits pharmaceutiques au niveau 3.

Au terme de cette étude, plusieurs faits significatifs concourent à la confirmation de l'hypothèse. Autrement dit, une grande partie de ces produits pharmaceutiques du secteur informel de la santé en Côte d'Ivoire proviennent du Ghana.

Quels sont les faits ?

1°) Les initiales

D'abord il y a les initiales marquées sur les produits.

Celles-ci indiquent naturellement l'usine de fabrication du médicament.

Nous avons en effet, retrouvé des initiales de certaines usines de fabrication en Côte d'Ivoire dans le circuit de la "pharmacie ambulante".

Citons pour le Ghana :

. Dexacortin 100c

Ghana Drug House Production LTD

Kumassi, Ghana ;

. Amlcortin

AML - For AMALCOS LTD

Kumassi, Ghana.

Pour le Nigeria :

. Alabukun

Made in Nigeria, by SEGUN ODULATE & Co.

. Phenesic

BEECHAM Limited

20 industrial Avenue

Ilupeju, Lagos, Nigeria

under licence from

BEECHAM Products

BRENTFORD, ENGLAND.

. Miraderm

MIRAPHARM ST MIRA Nigeria

Lagos, Nigeria

etc...

2°) Le facteur ethno-linguistique

Il y a d'autre part, l'histoire de l'appellation d'un sous-groupe de ces médicaments qui ne portent aucune initiale.

Ce sous-groupe est constitué par l'ensemble des gélules appelés populairement "toupaye" en Côte d'Ivoire.

A l'usine de fabrication, ces produits sont connus sous l'appellation de "capsules" en anglais.

Partant, "toupaye" est un mot composé de la langue "twi" du groupe **ethnique** Ashanti du Ghana.

Dans la langue "twi", "tou" signifie : "qui s'ouvre" ; et "paye" représente une onomatopée qui imite le son ou le bruit qui produit la cassure du médicament.

Ainsi, "toupaye" voudrait signifier "qui s'ouvre facilement" (1).

A partir de ce vocable d'origine ghanéenne et des initiales d'usine de fabrication présentées, il reste établi que les produits pharmaceutiques de la "pharmacie ambulante" proviennent du Ghana et aussi du Nigeria.

Mais par quelles voies se sont-ils introduits en Côte d'Ivoire ?

"C'est par la voie de la contre-bande" répond le Directeur Général de la société DANAFCO Industries LTD à Accra.

Cette affirmation est d'autant plus vraie qu'il n'existe aucun accord de coopération officielle entre le Ghana et la Côte d'Ivoire en matière de produits pharmaceutiques.

Comment ces produits ont-ils pu créer le secteur informel de manière massive ?

(1) Voir Photo n° 4 à la page suivante.



Photo n° 3 : La pharmacie ambulante en activité.



Photo n° 4 : Un étalage de "toupaye" sur le marché.

Au cours de notre enquête, il a été révélé par les responsables des usines de fabrication que, le Ghana dispose d'au moins, une cinquantaine d'usines de fabrication de produits pharmaceutiques.

Et plus encore, la quasi-totalité de la production est destinée à l'autoconsommation.

En dépit de cet état de fait, certaines pharmacies privées et le Ministère ghanéen de la santé importent encore d'autres médicaments.

En tout état de cause, le marché des produits pharmaceutiques au Ghana arrive aussitôt à une situation de saturation.

Est-ce le fait d'une surproduction ? ou bien s'agit-il d'un fait de sous-consommation ?

A ce niveau, nous ne saurions être affirmatif.

Ce qui transparaît ici en toute évidence, c'est le problème du principe fondamental de la loi d'équilibre entre l'offre et la demande en matière économique.

Autrement dit, la production ne semble pas s'adapter à la consommation intérieure.

En conséquence, comment établir cet équilibre afin que toutes les unités intéressées (usines, pharmacies, dépôts...) puissent faire face à leurs engagements ?

Voici alors le fondement de la problématique de la "pharmacie ambulante" du secteur informel en Côte d'Ivoire.

Selon le schéma du circuit de distribution des médicaments au Ghana, les agents revendeurs qui gèrent les dépôts pharmaceutiques installés en zone rurale, paraissent jouer un rôle très déterminant dans ce réseau.

Ce sont les "Chemical sellers". Ceux-ci munis de leur autorisation de vente, s'approvisionnent en gros dans les pharmacies privées et dans les usines de fabrication.

La population est habilitée à acheter auprès de ceux-là, la quantité désirée de produits sans ordonnance de médecin.

En revanche, l'hypothèse d'après laquelle ces unités de "dépôts pharmaceutiques" constituent la porte de sortie des produits pharmaceutiques vers le territoire ivoirien, semble très plausible.

De ce point de vue, la "pharmacie ambulante" en Côte d'Ivoire apparaît comme un prolongement logique de ces unités basées au Ghana.

Et ce, par la voie de la contre-bande.

Néanmoins, force est de reconnaître que cette "pharmacie ambulante" ne se réduit guère à cette contre-bande organisée de l'extérieur.

A l'intérieur du pays en Côte d'Ivoire, les cas de fraude existent au niveau des pharmacies privées, des hôpitaux et par le biais des cartes de mutuelle.

Raison pour laquelle nous retrouvons au sein de ce même circuit, des médicaments de première nécessité connus de tous ; la nivaquine, l'aspirine, le sédaspir, le finidol, et bien d'autres produits.

On pourrait à présent se demander quel impact cette catégorie de médicaments exerce sur la population ivoirienne, et quelle serait leur qualité ?

3 - Impact et validité des produits

Ce chapitre impose au préalable des précautions et donc une mise au point.

Notre objectif ici n'est point de faire la publicité ou la contre-publicité d'un système médical donné.

Et encore moins de faire une campagne de dénigrement d'un produit pharmaceutique.

Nous voudrions simplement montrer comment se forme le secteur informel sanitaire en Côte d'Ivoire, et quelles pourraient être les conséquences de ce phénomène.

L'analyse en cours doit donc être strictement située et comprise dans le contexte spécifique du secteur informel de la santé de ce pays.

Ceci dit, examinons-en d'abord le volet de la validité des médicaments.

a - Validité des médicaments

Il est question ici de montrer surtout le niveau de fiabilité et d'efficacité de ces produits pharmaceutiques.

D'un point de vue méthodologique, cette analyse sera faite à partir de deux questions de l'enquête menée dans les trois usines de fabrication au Ghana.

Ces deux questions sont les suivantes :

1°) "Quelle est la durée moyenne de validité des médicaments ?"

2°) "Les couleurs des capsules sont-elles imposées par rapport aux vertus des médicaments ?"

A la première question, les chiffres avancés sont : 3 ans ; 3 ans et 4 ans.

Cela signifie que la durée moyenne de validité de ces médicaments s'élève à 3 ans.

A la deuxième question relative au lien entre la couleur et la vertu, tous les trois responsables des usines ont unanimement répondu "Non".

Les couleurs des "capsules" ou gélules sont choisies au hasard.

Elles n'ont aucun rapport avec la vertu des médicaments.

Et d'après le responsable de la société "the LETAP COMPANY", cela veut dire que :

"Le choix des couleurs des capsules et comprimés dépend du fabricant (usine). Il n'y a pas de couleurs fixes pour les spécifier.

Une usine peut choisir par exemple les couleurs bleu-blanc pour un médicament, une autre usine peut choisir le vert-noir pour la même qualité de médicament.

Cependant, il y a des couleurs internationalement reconnues ; par exemple les capsules rouge-noir qui représentent l'Ampicilline 250".

A partir de ces données, nous pouvons en déduire qu'il paraît difficile de la part des vendeuses du secteur informel, de maîtriser l'identité réelle et la date de péremption de ces produits. Car dans ce contexte singulier, ces produits pharmaceutiques ne comportent aucune notice précisant ces indications.

De façon empirique, les vendeuses avancent par exemple que toutes les couleurs rouge-noir sont destinées contre le paludisme ; les rouge-jaune contre les maux de ventre ; les bleu-blanc contre les chaudières ; les A.P.C. contre les maladies vénériennes ; les jaune-noir contre les parasites intestinaux...

En plus, de par leur état d'analphabète, ces vendeuses ne possèdent aucune notion de la posologie, du conditionnement et des effets secondaires de ces produits pharmaceutiques.

Pourtant, "la prescription de ces médicaments dépend de l'âge et du poids des malades. Ce sont des antibiotiques. Ils sont donc dangereux" déclare le docteur Mensah de l'hôpital CATHEDRAL CLINIC - ACCRA.

En toute objectivité, le problème de la fiabilité de ces produits se pose.

Il en est de même pour tous les comprimés et autres produits sortis frauduleusement des pharmacies installées en Côte d'Ivoire, et vendus dans ce secteur informel.

Pour terminer, examinons comment la population se comporte vis-à-vis de ces produits.

b - Impact des produits

L'évaluation de l'impact ne pourrait se faire qu'à partir des recettes journalières recueillies par les vendeuses ; parce que nous ne disposons pas d'éléments chiffrés fiables nous permettant d'apprécier cet impact.

Dans ce cas, 16 vendeuses ont été interrogées. 8 dans la ville d'Abidjan et 8 en zone rurale (soit 4 à Montézo et 4 à Grand-Alépé).

Les résultats obtenus sont mentionnés dans le tableau qui suit.

Lieu de vente Recettes journalières	Abidjan		Village		Total	
	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%
0 - 500 f	2	25 %	2	25 %	4	25 %
500 f - 1000 f	3	37,5 %	2	25 %	5	31,25 %
1000 f - 1500 f	2	25 %	3	37,5 %	5	31,25 %
1500 f et plus	1	12,5 %	1	12,5 %	2	12,5 %
Total	8	100 %	8	100 %	16	100 %

N.B. : V.A. signifie "Valeur absolue". % "pourcentage".

Cet échantillon, sans être représentatif du comportement de toute la population ivoirienne, nous décrit approximativement la tendance de ce comportement.

Dans la ville d'Abidjan, la majorité des vendeuses obtiennent une recette journalière comprise entre 500 et 1000 francs ; soit une proportion de 37,5 % de l'ensemble des vendeuses.

En zone rurale, la recette journalière de la majorité se situe entre 1000 et 1500 francs ; soit encore 37,5 %.

Dans tous les deux cas, cette recette journalière apparaît basse.

Ceci s'explique par la vente en détail de ces médicaments.

Un comprimé peut être vendu à 15 francs, à 25 francs, à 50 francs ou à 100 francs.

D'autre part, si la recette journalière par vendeuse à Abidjan reste moins élevée que la recette journalière des zones rurales, c'est parce que la ville d'Abidjan comporte une multiplicité de vendeuses.

De plus, il faut souligner que tous les autres secteurs informels et officiels y sont représentés.

Les clients, de ce fait, se dispersent à travers toutes ces différentes composantes.

Par contre, en zone rurale, quand la pharmacie ambulante s'installe, elle représente le seul point de recours en cas de nécessité. Car il n'y existe pas souvent de dépôt de pharmacie. Dans ces conditions particulières, le problème de la "distance sociologique" est résolu pour la population.

Par ailleurs, considérons les mêmes tranches de recettes journalières ; 500 à 1000 francs pour Abidjan, et 1000 à 1500 francs pour la zone rurale.

Ensuite, supposons que chaque comprimé coûte 50 francs. Et que tout client qui se présente achète deux comprimés. Cela revient à dire que chaque client dépense 100 francs à l'achat.

Nous aboutissons au résultat que pour une somme comprise entre 500 et 1000 francs par jour, la vendeuse reçoit un nombre compris entre 5 et 10 clients par jour.

En milieu rural, pour une recette comprise entre 1000 et 1500 francs par jour, la vendeuse accueille un nombre compris entre 10 et 15 personnes par jour.

En définitive, c'est à partir de cette fréquence de la clientèle que nous évaluons ici le niveau de l'impact de la "pharmacie ambulante".

Soit 5 à 10 personnes fréquentent chaque vendeuse de cette composante du secteur informel chaque jour dans les centres urbains ; mais ce taux de fréquentation est porté entre 10 et 15 personnes par jour et par vendeuse dans les zones rurales qui en disposent.

Ces considérations théoriques ne reflètent pas certainement tout à fait la réalité. Mais, elles ont le mérite de faire remarque que la "pharmacie ambulante" canalise une proportion assez importante de la population ivoirienne.

Comment peut-on justifier ce succès réel de cette "pharmacie ambulante" auprès de cette population ivoirienne ?

4 - Fondements de l'impact de la "pharmacie ambulante"

Nous abordons également ici, les chapitres de la fonction manifeste et de la fonction latente de cette structure informelle de la santé.

a - Fonctions manifestes de la "pharmacie ambulante"

Nous venons de montrer que l'impact de cette structure médicale, en dépit des risques d'intoxication qu'elle présente et du phénomène de la résistance qu'elle est susceptible d'engendrer au plan organique par le biais de l'automédication, se révèle comme une véritable structure de contrainte dans le contexte sanitaire ivoirien. Cette situation se justifie dans la mesure où nombreuses sont les personnes qui considèrent les gélules appelés "toupaye" par exemple comme une panacée. Et la dynamique linguistique de cette unité pharmaceutique le montre bien ; l'appellation "toupaye" passe à "tout passe", qui devient à son tour "sur place".

Cette dynamique linguistique d'identification tend donc consciemment ou inconsciemment à survaloriser ces produits ou à montrer surtout un statut supérieur de la vertu de ces produits dans l'échelle d'efficacité ; car le terme "sur-place" pourrait bien traduire le caractère instantané ou immédiat de l'effet désiré.

Par ailleurs, ce qui apparaît également important à souligner, c'est le fait que cette catégorie médicale, de par son caractère mobile dans l'espace, répond de façon cohérente pour la population, d'abord au besoin de rapprochement des structures de la médecine conventionnelle, ensuite correspond au souci de cette population de bénéficier des prestations de soins de santé à moindres frais et ce, en rapport avec le contexte du marasme économique qui sévit. A cette fonction explicite de la "pharmacie ambulante" s'ajoutent encore des fonctions latentes.

b - Fonctions latentes de la "pharmacie ambulante"

Tout compte fait, le circuit d'écoulement des produits de la "pharmacie ambulante" se présente comme un réseau économique objectif quoique non reconnu légalement.

En effet, par le truchement des personnes qu'il recrute pour les tâches respectives de démarcheurs, de livreurs, de main d'oeuvre, de comptables, de vendeurs grossistes, demi-grossistes et de vendeurs détaillants, etc... il correspond à une véritable société commerciale organisée, et structurée de la base au sommet. Sous ce rapport, la "pharmacie ambulante" constitue une réelle matrice d'attente qui répond dialectiquement bien à la question préoccupante du chômage sévissant dans la conjoncture de récession économique actuelle que traverse la Côte d'Ivoire. Ainsi au plan théorique, cette "pharmacie ambulante" dans sa fonction latente socio-économique, apparaît comme une structure originale pourvoyeuse d'emplois à une frange importante de la population en chômage.

En définitive, c'est donc la double fonction de raccourcissement du circuit de distribution des produits pharma-

ceutiques et de résonance socio-économique qui fonde le succès et l'impact de cette structure médicale informelle en Côte d'Ivoire. A la suite de ces fonctions sociales de la "pharmacie ambulante", nous abordons maintenant la structure informelle appelée "médecine publicitaire" dans le cadre de cette étude.

C. LA MÉDECINE PUBLICITAIRE

La caractéristique particulière qui met celle-ci en évidence est la grande publicité. C'est là le fondement de cette appellation : la "médecine publicitaire".

Comment se présente-t-elle ?

1 - Identification

La médecine publicitaire peut être perçue sous plusieurs formes de manifestation.

Dans la majorité des cas, c'est à l'intérieur des centres urbains que l'on la retrouve. La forme la plus vulgarisée est celle qui s'installe dans les coins de rue ou sur les lieux publics.

Elle est souvent accompagnée de grands tableaux qui mentionnent des slogans à sensation (1).

Ces tableaux constituent quelque fois des supports de plusieurs planches. Ces planches symbolisent la plupart du temps, des affections très redoutées. Toutes ces instructions tendent généralement à préciser et à spécifier la spécialité du praticien. Par exemple :

"Docteur africain spécialiste en hémorroïdes, paludisme, caries dentaires, diabète etc...".

Il y a des praticiens qui se distinguent aussi par des discours sans fin, des refrains de chansons, des sons de clo-

(1) Voir la photo n° 5 à la page suivante.

chette et autres moyens pour attirer l'attention des passants.

D'autres se contentent simplement de poser des prospectus sur un tronc d'arbre ou sur un mur et d'attendre les clients à côté (1).

En face d'eux s'étend leur étalage.

Les produits vendus sont très variés.

Ils sont liquides, solides, semi-solides.



Photo n° 5 : Caractère dominant de la "médecine publicitaire".

(1) Voir une autre forme d'expression sur le prospectus :
Médicaments indigènes à la page suivante.

MEDICAMENTS INDIGENES

Traitez-vous par les Médicaments Indigènes qui guérissent toutes maladies telles que:-

Anémie, Asthme, Brûlures Intérieure Cœur, Cancers, Constipation, Convulsion, Diabète, Diarrhée, Dents, Epilepsie, Fatigues générales, Foie, Maladies des Femmes (Règles, Enfants, Entretien, etc.), Pour Grossir ou Maigrir, Hemorroïdes, Hernie, Indigestion, Insomnie, Immunisation Contre Maladies, Maladies des Enfants, Maladies de la Peau, Vénériennes, Nerveuses, Poitrine, Poumons, Oreilles, Maladies des Yeux, Voies Urinaires, Paralysie, Paludisme, Prostitution Involontaire, Rhumatisme, Reins, Rougeoles, Maux de Tête, Mauvaise Odeur, Transpiration à l'excès, Tuberculose, Ulcers, Maux de Ventre, Vessie, Contre Tous Vers, Troubles Sexuelles, Maladies Cachées, Maladies Sans Nom, Maladies Chroniques. etc, etc !!!

***CONSULTEZ "MEDICAMENTS INDIGENES
GUERISSENT TOUTES MALADIES"***

Derrière Restaurant Beyrouth à l'Habitat Belleville

Avenue 21, Rue 47.

B. P. 11488 ABIDJAN

Ils relèvent de toutes origines ; végétale, minérale, animale et synthétique.

C'est pour cette raison qu'on retrouve dans cet univers, des produits de la pharmacopée africaine sous forme de racines, de feuilles, de poudre, d'écorces d'arbres, de fruits, de tiges...

Mais quelle est la provenance de cette médecine publicitaire?

2 - Origine et spécificité

La particularité de la médecine publicitaire ressort du fait qu'elle n'appartient nullement à aucune origine géo-spatiale et socio-culturelle précise. Elle comporte des praticiens issus de cultures variées et de nationalités diverses.

Parmi celles-ci, nous rencontrons des Ivoiriens, des Burkinabés, des Togolais, des Béninois, des Maliens, des Ghanéens...

La plupart des produits vendus sont des stimulants appelés aphrodisiaques. On note également plusieurs médicaments contre les accouchements difficiles, la stérilité, les accidents d'auto, etc...

Les aphrodisiaques sont communément appelés "démarreurs" ou bien "mari changé". Parce que d'après les vendeurs, ils accroissent surtout la virilité chez les hommes.

Quelles sont les conditions particulières qui ont engendré cette formation du secteur informel ?

Cette question préoccupante nous a conduit à interroger plusieurs praticiens.

Ils sont au nombre de 16.

Sur notre guide d'entretien, la variable la plus significative a été celle relative à la condition socio-économique de ces praticiens.

. A ce niveau, 4 affirment être des guérisseurs professionnels.

Ils ne disposent d'aucune autre activité annexe ;

5 avouent exercer cette activité provisoirement, parce qu'ils désirent accomplir une oeuvre sociale au plan médical ;

. Pour une dernière catégorie, il s'agit simplement d'une activité commerciale.

Ils sont au nombre de 7.

Ils travaillent sous l'autorité d'un Maître, ou bien la vente des produits médicamenteux leur a été confiée.

En effet, la vente de ces produits représente pour ceux-là, une sorte d'activité professionnelle sans aucune connaissance médicale.

Somme toute, l'analyse des données nous permet de découvrir que parmi les 16 personnes interrogées, 12 exercent cette activité à titre occasionnel.

Elles le pratiquent pour des raisons essentiellement économiques.

Cette activité constitue certainement pour ces praticiens, une réponse à la situation de crise économique et financière qui sévit.

En conclusion, nous sommes amené à penser que l'émergence spontanée de la "médecine publicitaire" au sein du système de santé est le fait de la situation du marasme socio-économique que subit l'ensemble des pays africains.

Cette formation informelle représente en quelque sorte, une échappatoire au problème social du chômage pour les praticiens.

Voici ce qui explique par ailleurs, la diversité des formes de cet élément du secteur informel.

De ce fait, quel est le niveau d'efficacité des produits de la "médecine publicitaire" ? et comment se comporte la population vis à vis de ces produits ?

3 - Efficacité et impact de la médecine publicitaire

Cet environnement aussi vaste qu'hétérogène de la médecine publicitaire, pose des problèmes d'appréciation au plan méthodologique.

Ainsi donc, nous retiendrons particulièrement le type de produit le plus vulgarisé.

Celui-ci est le groupe des aphrodisiaques.

Pour ce qui concerne cette catégorie de produits, l'échantillon de population qui se porte client n'ose pas déclarer son adhésion complète. A la question :

"Trouvez-vous efficaces ces médicaments ?"

Réponse :

"Ah mon frère..., j'ai acheté ce médicament tout simplement parce qu'on m'a dit d'essayer. Sinon, moi-même je me dis toujours que ce sont (les vendeurs) des escrocs" déclare un client.

En partie, c'est la forme impersonnelle qui transparaît dans les réponses.

Nous décelons dans ce contexte, un facteur psychologique difficile à interpréter.

S'agit-il d'un état de timidité ou est-il question d'un sentiment de discrétion par rapport à la maladie dont souffrent ces clients ?

De fait, les préjugés sociaux exercés autour de cette formation médicale sont déterminants.

Ces préjugés conditionnent inévitablement l'attitude et le comportement des clients.

En conséquence, ces derniers subissent une pression psychologique assez forte.

De plus, d'un point de vue ethnologique, la stérilité ou l'impuissance sexuelle que ces produits sont supposés soigner, apparaissent comme des facteurs de rejet ou de marginalisation des individus au sein des groupes sociaux.

Au total, voilà pourquoi il est objectivement difficile d'apprécier le niveau d'adhésion de la population à l'égard de ces médicaments aphrodisiaques du secteur informel.

Néanmoins, cette conclusion n'est nullement synonyme d'indifférence ou de négligence de cette population face à ces produits.

Les clients passent par des moyens détournés pour y accéder.

C'est par exemple le cas des rendez-vous nocturnes au domicile des vendeurs. Voilà ce que nous confie l'un des praticiens.

Au terme de cette brève analyse, il ressort que la "médecine publicitaire" présente une variété très étendue dans sa forme d'expression.

Elle semble être générée dans le système sanitaire en Côte d'Ivoire par le fait de la situation de crise économique et financière qui sévit.

La publicité tapageuse en est la caractéristique fondamentale.

La composante la plus imposante dans ce cadre particulier est constituée par les produits aphrodisiaques.

Ces derniers semblent aussi bien intégrés et acceptés que tous les autres produits médicamenteux.

Mais si leur niveau d'efficacité et leur degré d'insertion s'avèrent difficiles à évaluer, c'est parce qu'ils s'exposent généralement dans les milieux publics.

Pourtant ils sont censés soigner une maladie qui se trouve entourée d'une pesanteur sociologique assez forte.

En dehors des implications d'ordre culturel et socio-économique, il est un autre domaine qui ne relève d'aucun secteur spécifique de la structure sociale.

Ce domaine résulte d'un amalgame de pratiques aux origines diverses. C'est pour cela que nous intitulos cette rubrique, l'implication psycho-sociologique, c'est-à-dire lié au mental des individus.

III - L'IMPLICATION PSYCHO-SOCIOLOGIQUE : L'EMERGENCE DES

DEVIATIONS MEDICALES

D'abord entendons par "déviation" le fait de s'écarter du droit chemin. La déviation suppose donc la conduite contraire aux principes pré-établis. Ensuite par analogie à la notion de "déviations sexuelles" qui désigne en psychologie, l'ensemble des états pathologiques de la sexualité (homosexualité, masturbation, masochisme etc...), le vocable "déviations médicales" signifie dans ce cadre présent, toutes expériences physiques, physiologiques, chimiques et magico-religieuses accomplies à des fins présumées médicales.

Ainsi, la déviation médicale se présente comme une forme improvisée de la médication dont la base objective ne correspond nullement aux normes médicales en général.

Les formes d'expression sont le charlatanisme et les perversions diverses.

A - LE CHARLATANISME

Les adeptes du charlatanisme sont appelés les "charlatans". D'après le dictionnaire du français vivant-Bordas, "Charlatan" vient du mot italien "ciarlatano" de "ciarlare" qui veut dire "bavarder".

Il s'agissait autrefois, de marchand de drogues ou autres produits dont ce marchand vantait les propriétés.

En somme, ceci signifie bien que les praticiens du charlatanisme; c'est-à-dire les charlatans, sont de nos jours, des personnes de peu de scrupule qui, à partir de leurs pratiques médicales douteuses, promettent la guérison aux patients qu'ils abordent.

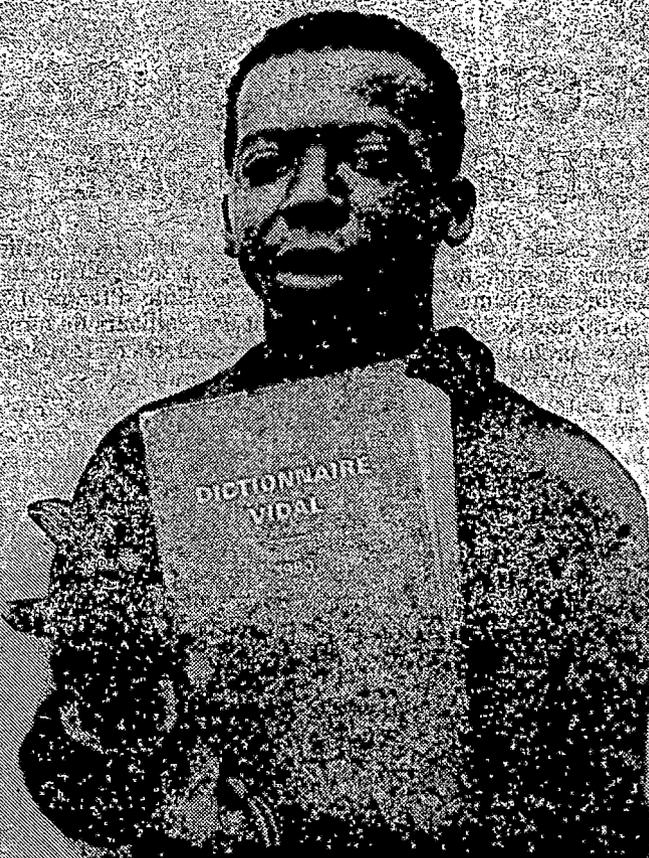
Ce sont en fait, des personnes qui n'ont pour seul souci, que d'impressionner en vue de duper pour de l'argent. A cet effet, elles usent de plusieurs moyens remarquables pour attirer l'attention de la population.

Et dans les centres urbains par exemple, bon nombre parmi elles utilisent la méthode des écriteaux :
"Docteur vérité", ou bien "Ici Docteur africain, guérit toutes les maladies"...

Cela va sans dire que les charlatans se rencontrent en partie dans la catégorie des praticiens de la médecine publicitaire. Néanmoins, il existe aussi des charlatans qui se rencontrent du côté de la médecine officielle (1).

Dés à présent, l'on peut se poser la question de savoir dans quelles conditions des individus deviennent des charlatans. D'après les informations recueillies, nous retenons trois principales conditions au moins .

(1) Voir reportage du journal Fraternité-Matin à la page suivante.



Kouadio Kouao, le pseudo Docteur Gynécologue disposait également de matériels de travail qui le faisaient passer pour un vrai praticien.

(Photo: ANDRÉ AKPO)

Le faux médecin voulait épater les filles

Kouadio Kouao René né en 1961 à Allongo, sous-préfecture de M'Batto, se faisait passer pour un docteur gynécologue fraîchement sorti de l'Université Nationale d'Abidjan. Il possédait même à ce propos une fausse attestation. C'est à ce titre qu'il s'est présenté le 20 novembre à la Clinique Dadié d'Abengourou pour solliciter une embauche. Mais, ainsi que l'a raconté le témoin Adjame Tiémélé à l'audience du 13 décembre, «l'attitude de Kouadio Kouao n'inspira pas confiance à son patron, le docteur Dadié qui, simplement, lui a répondu qu'il ne désirait pas engager quelqu'un pour l'instant».

Notre docteur ne se découragea pas pour autant. Il est revenu à la

charge. Cette fois, il va rencontrer M. Zemblé Bi Ballo, infirmier d'Etat au CHR d'Abengourou, à qui il s'est présenté comme faisant partie de la médecine (sic).

Le lendemain, celui-ci le reçoit à son service, et le présente à ses collègues. Toutefois, le langage qu'il tient Kouadio Kouao est fort incohérent pour un docteur. Ce qui ne manquera pas d'éveiller des doutes.

Parallèlement à toutes ces supercheries, Kouadio Kouao René a aussi traité illégalement deux jeunes filles, mais fort heureusement sans incident.

Devant le tribunal, la première victime du pseudo docteur a déclaré qu'elle venait d'avorter d'une grossesse de trois mois et ressentait des douleurs au bas-ventre.

1°) Certaines personnes deviennent charlatans parce qu'elles ont entamé une initiation de guérisseur dont elles n'ont pu terminer le cycle complet.

Les raisons de cette interruption sont nombreuses. Soit parce que le maître est décédé dans le processus de l'initiation ; soit parce que le disciple démissionne de lui-même à mi-chemin de l'initiation.

2°) Aussi, y-a-t-il le cas des individus qui servent d'abord de vendeurs de produits médicamenteux auprès de guérisseurs.

En effet, ils rompent subitement les liens de subordonnés au maître et s'installent dorénavant à leur propre compte au titre de guérisseur..

Parce que leur séjour auprès des maîtres leur permet d'identifier quelques plantes curatives, sans en maîtriser toutes les vertus et les effets secondaires.

3°) Enfin la dernière catégorie de charlatans serait constituée tout simplement de personnes désœuvrées.

L'intention de celles-ci est de duper afin de pouvoir survivre ; faute de ressources permanentes.

Dans ce cas, elles se renseignent et s'informent tacitement auprès des guérisseurs, auprès des malades, et à travers des ouvrages spécialisés dans le domaine de la pharmacopée africaine.

Au fond, cette formation sans encadrement rigoureux reste tout de même incomplète et fait de ces personnes, des charlatans tout à fait indiqués par opposition aux guérisseurs authentiques et aux médecins confirmés.

En résumé, nous pouvons retenir que les charlatans sont des individus sans initiation, ni formation rigoureuse et complète à la science médicale, mais qui s'improvisent en praticiens.

Somme toute, ils parviennent assez souvent à tromper la vigilance de leurs clients aux moyens des tours de passe-passe. C'est pour cette raison qu'ils introduisent assez fréquemment, à l'insu des patients, des cachets de comprimé dans leurs recettes médicamenteuses afin de prouver leur efficacité à ces malades, révèle-t-on.

En fin de compte, nous pouvons en déduire que le charlatanisme tel qu'il se manifeste dans ce contexte social ivoirien, apparaît comme le résultat d'un processus lié à l'histoire du mode de fonctionnement du système sanitaire, et aux conditions économiques et socio-culturelles de la Côte d'Ivoire.

En outre, à côté de ce phénomène du charlatanisme, nous retenons également d'autres pratiques sociales dans le cadre des déviations médicales que nous convenons d'appeler les perversions médicales diverses.

B - LES PERVERSIONS MEDICALES DIVERSES

Les perversions médicales diverses désignent dans cette étude, toutes les méthodes médicales inauthentiques, employées par les populations en vue de résoudre des problèmes de santé.

Elles paraissent surtout fréquentes au niveau de l'avortement mais aussi, au niveau de certains cas spécifiques de morbidité.

Nous ne présenterons que les recettes recensées au cours de l'enquête.

1 - Perversions médicales et avortements provoqués

D'après les personnes interrogées (les jeunes filles en majorité), les méthodes ci-après citées sont supposées efficaces dans le cas des avortements provoqués.

Etant donné que les articles 366 et 369 de la loi n° 81-640 du 31 juillet 1981 du code pénal de Côte d'Ivoire soumettent les coupables de l'avortement provoqué à des sanctions punitives, la clandestinité demeure la seule voie ouverte aux personnes contraintes à cette action.

A cet égard, cette opération clandestine est le fait de médecins avides d'argent, ou du ressort de la perversion médicale.

Les quelques procédés techniques sont les suivants :

- consommation de vin de table bouilli et sucré ;
- consommation de potasse infusée ;
- absorption d'une grande quantité de jus de citron au vinaigre bouilli ;
- lavement avec des feuilles de coton macérées ou triturées ;

- lavement avec de la cendre mélangée aux feuilles macérées de tomate ;
- lavement avec de l'écorce macérée de colatier et absorption d'une grande quantité de la boisson hygiénique "coca-cola" ;
- lavement avec des tessons de bouteilles pulvérisés ;
- introduction d'un à deux cachets de nivaquine dans l'utérus ;
- conduite d'une nervure découpée de "ploplo" dans l'utérus (1) ;
- chutes libres volontaires (sauter par exemple d'une table au sol) ou voyages en autocar sur une piste semée de nid de-poules...

Hormis ces méthodes clandestines d'avortements provoqués, d'autres procédés marginaux ont été signalés dans le cas d'états morbides divers.

2 - Perversions médicales et états morbides

- contre la constipation : lavement avec de la mousse de savon en poudre (savon OMO par exemple) ;
- contre les vers intestinaux : absorption de deux cuillerées d'essence ordinaire ;
- contre la dysenterie : application de la pommade "vicks" dans le rectum sous forme de suppositoires ;
- pour la rupture rapide du cordon ombilical des nouveaux-nés : application de la potasse et de l'ingrédient culinaire "cube maggi" ;
- contre les poux de cheveux : usage des insecticides "Timor", "Fly-Tox"...

Telles sont les différentes pratiques recensées dans le domaine des perversions diverses des déviations médicales.

(1) "**Ploplo**" : nom de la plante en langue Akan.
nom scientifique : jatropha curcas.

Elles ne constituent sans nul doute, un inventaire exhaustif.

Mais l'essentiel à noter est que l'émergence de cet état de faits nuisibles à la santé des populations résulte en partie de la logique des contradictions du système sanitaire installé.

Que faut-il retenir à la fin de la première partie de cette étude ?

CONCLUSION PARTIELLE

Au terme de l'examen de cette première articulation de l'étude, nous nous rendons effectivement à l'évidence, qu'il se dégage des rapports de contradictions entre les lois de fonctionnement du système officiel de santé, et le système d'organisation des structures sociales en Côte d'Ivoire.

En fait, les éléments de vérification de cette hypothèse de contradiction relèvent de trois ordres.

- Le premier élément concerne la logique culturelle.

Dans ce cadre précis, la contradiction apparaît dans la mesure où, pour une population africaine en majorité rurale et analphabète, le système national de santé se sert comme support exclusif de fonctionnement, de la médecine officielle qui est conçue sur la base des langues européennes, avec des modèles de symptomatologie, des schémas de représentation et d'interprétation de maladie, étrangers au système culturel africain.

- Le second élément de contradiction est relatif à la logique géo-organisationnelle. S'agissant de cet aspect particulier, la contradiction se spécifie dans la mesure où l'organisation géo-administrative du système sanitaire n'accorde le privilège au niveau national, qu'à une seule localité située à l'extrême Sud-Est du pays. C'est la ville

d'Abidjan. La quasi-totalité des infrastructures sanitaires de meilleure performance selon la hiérarchie hospitalière, se trouve concentrée au sein de cette seule localité.

A cet effet, les populations résidant dans les régions du Nord, de l'Est, de l'Ouest, et au Centre deviennent des "laissés pour compte" par rapport à ces infrastructures de haute performance. Parce que l'accès aux CHU d'Abidjan leur exige le parcours de très longues distances pour une très longue durée.

Contradiction d'autant plus frappante encore qu'au niveau local, ce sont les régions sanitaires les plus peuplées qui présentent une infrastructure moins développée, avec un effectif de personnel médical et para-médical sensiblement réduit (Daloa , DIVO, MAN).

- Le troisième élément de contradiction est lié à la logique socio-économique. A propos de ce dernier point, la contradiction du système de santé se vérifie dans la mesure où le coût de la santé en pleine croissance, évolue en sens inverse du pouvoir d'achat qui regresse de plus en plus au niveau des couches sociales démunies de la population. De fait, les frais d'hospitalisation, le tarif des analyses médicales et le prix des médicaments augmentent continuellement pendant que les revenus des agents et fonctionnaires de l'Etat et des paysans restent statiques ou baissent considérablement.

Au plan théorique, avec cette première hypothèse de la contradiction des rapports : Médication-société, nous aboutissons à la notion de "distance sociologique" du système sanitaire par rapport à la grande frange de la population.

Cette "distance" est dite "sociologique" parce que le système de santé ivoirien repose logiquement sur des structures d'incohérences qui sont le fait de "lacunes sociologiques".

Lacune au plan culturel, parce que distance culturelle pour les populations analphabètes ; lacune au plan géographique, parce que distance physique énorme pour les populations périphériques des CHR et des CHU ; enfin lacune économique, parce que distance socio-économique pour les populations démunies.

Cet état de fait a pour corollaire, l'éclatement organique de la médecine africaine authentique, l'émergence multiforme du secteur informel de la santé et l'avènement des déviations médicales diverses. La première hypothèse de recherche se trouve ainsi vérifiée.

. Conséquence théorique

La marginalisation de la médecine africaine, liée à l'institutionnalisation de la médecine européenne en Côte d'Ivoire apparaît comme un facteur de blocage sociologique pour un système de soins de santé accessible à la grande majorité de la population.

Reste maintenant à voir dans la seconde articulation qui suit, les formes de manifestation de la médecine de tradition africaine à travers le processus des mutations sociales.

DEUXIÈME PARTIE

**LA MÉDECINE AFRICAINE
DANS LE
PROCESSUS DES MUTATIONS
SOCIO-CULTURELLES
EN CÔTE D'IVOIRE**

Nous abordons ici dans cette seconde partie de l'étude, les formes de manifestation de la médecine africaine à travers le processus des mutations socio-culturelles. Il s'agit de l'examen de l'aspect de la problématique : Médecine-culture africaine.

Cela dit, concrètement nous montrerons quelles sont les bases fondamentales objectives et subjectives de cette médecine originelle ; comment ces différents aspects réagissent face à la dynamique socio-culturelle, et quels sont à l'intérieur de chacune des aires socio-culturelles d'étude, les facteurs qui accélèrent ou retardent le processus dynamique.

Cette direction indiquée nous impose en retour, l'élaboration d'un schéma d'analyse articulé en trois points.

- 1°) Les facteurs déterminants de la santé et de la science médicale africaine ;
- 2°) Les pratiques originales de la médecine africaine et leurs perspectives dynamiques ;
- 3°) L'univers invariant de la médecine africaine.

CHAPITRE 4 : LES FACTEURS DETERMINANTS DE LA SANTE ET DE LA MEDECINE AFRICAINE

Ce chapitre consiste à présenter et à analyser les données recueillies au cours de l'enquête dans les localités villageoises.

La méthode de travail est l'approche comparative entre

les deux espaces socio-culturels choisis (Alépé et Korhogo)

Son but est de faire ressortir les facteurs qui déterminent les principes de base de cette médecine africaine. Ces facteurs se retrouvent dans l'environnement écologique, social et culturel.

I - LES DONNEES OBJECTIVES DE LA MEDECINE AFRICAINE

A - LA ZONE DE FORET EN PAYS AKIE D'ALEPE

1 - Situation géo-physique et économique du champ d'investigation

a) Localisation et aspects physiques

La région d'Alépé représente l'une des sous-préfectures que couvre administrativement le Département d'Abidjan (la capitale).

Cette zone sous-préfectorale se situe à une soixantaine de kilomètres au Nord-Est de son département.

Elle se localise dans la région côtière au Sud-Est de la Côte d'Ivoire.

32 villages constituent cette unité administrative dont 17 en pays Akié. Parce qu'au sein de cette sous-préfecture, il existe également d'autres sous-groupes ethniques comme les M'GBATTO et les Agni. Ils font tous partie du grand groupe ethnique AKAN.

Parmi ces 17 villages Akié, nous retenons le quart pour notre champ d'étude.

Cette unité statistique se justifie par le principe de la méthode des quotas. Le champ d'investigation se compose ainsi donc de 4 villages (1).

Ce sont : Ahoutoué, Grand-Alépé, Montézo et Memni.

Ils se caractérisent par une uniformité géologique et climatique dans un même espace géographique.

Concernant le relief, cette localité se recouvre d'une plaine à basse altitude (- 200 m).

Elle bénéficie d'un climat équatorial humide, dominé surtout par une pluviométrie abondante.

La saison sèche est de courte durée (de janvier à avril).

L'harmattan manifeste sa présence entre décembre et janvier. La température se situe autour de 28°C dans cette période.

Le cadre naturel se trouve entouré de plusieurs cours d'eau et lagune importants. Ce sont le fleuve Comoé, la Mé, le Kossan, la lagune Ebrié.

Il existe en revanche, une multitude de petites et grandes rivières présentes à toutes saisons.

(1) cf : L'approche méthodologique pour la procédure du choix, P. 33

Citons-en quelques unes : "n'guiéchie", "noumien", "tchibié" "dohôfouhò", "mounté", ces caractéristiques géologiques particulières imposent une végétation de forêt dense à cette région.

Leur incidence sur les activités économiques n'apparaît pas moins importante.

b - Activités économiques

L'agriculture domine toute la vie économique de cette région. On y rencontre tous les deux aspects traditionnels : les cultures vivrières et les cultures d'exportation.

Les cultures vivrières constituent une économie d'auto-subsistance. Elles sont représentées par les féculents : manioc, banane plantain, taro, igname etc...

Le manioc demeure l'aliment de base sous forme de foutou ou d'attiéké.

Cette activité agricole basée sur les produits vivriers occupe au moins, les 90 % des femmes de la localité.

Tandis que les hommes, quant à eux, se tournent vers les cultures d'exportation. Ce sont le cacao, le café et le palmier à huile. Ces cultures les occupent également à plus de 90 %.

Le rendement de cette dernière catégorie de produits s'obtient annuellement. Pendant que l'exploitation des denrées vivrières peut être programmée et échelonnée sur toute l'année civile. Hormis l'agriculture, l'économie de la région d'Alépé ne connaît aucune autre activité prépondérante.

L'abondance des eaux de rivière ne se prête point à une activité de pêche intéressante.

Les caractéristiques physiques du cadre naturel ne favorisent pas non plus un élevage rentable.

Le commerce des grandes marchandises reste en partie, l'affaire des allogènes installés dans la région.

Quant au petit commerce de condiments et de produits vivriers, celui-ci revient aux femmes de ménage qui s'y intéressent de manière sporadique.

Cette réalité socio-économique n'empêche guère à ces populations rurales Akié d'organiser leur système socio-culturel en fonction de leurs idéologies particulières.

2 - Système d'organisation sociale de la population

Soulignons ici qu'avant tout, le pays Akié d'Alépé représente un sous-groupe du grand ensemble Akié.

Ce sous-groupe d'Alépé qui nous occupe particulièrement a pour nom : "nindé".

Partant, l'organisation sociale chez les Akié nindé d'Alépé repose historiquement sur deux éléments communs :

- le système de parenté appelé "wo" en Akié ;
- et la structure des classes d'âge désignée par le terme "bié".

Quel est le contenu de chacune de ces réalités ? et quel rôle jouent-elles à l'intérieur du système social ?

a - Le système de parenté ou "wo"

La parenté constitue la structure essentielle du système social. Elle relève de la combinaison de deux réalités distinctes : l'alliance et la filiation.

L'alliance se définit comme la relation d'union entre un homme et une femme. Ces deux éléments forment en effet un couple conjugal. Cette relation sociale fondamentale obéit à des principes particuliers à l'intérieur de chaque communauté.

Ces règles de conduite de l'alliance dépendent à leur tour, d'un ensemble de système de représentation établi par la société au plan moral, religieux, politique et socio-économique.

C'est ainsi qu'en pays Akié de la région d'Alépé initialement, les principes de base de l'alliance se réfèrent surtout à des critères d'ordre moral, socio-économique et politique.

- Référence d'ordre moral ; parce qu'un couple uni, assure en toute évidence, la pérennité et le prolongement d'une ascendance donnée.

Cette lignée historique est reconnue et identifiée à travers une vertu sociale ou une éthique spécifique. Par exemple le courage, la sagesse, l'intégrité etc.

Par conséquent, elle en jouit depuis toujours, des privilèges bien précis.

Il apparaît donc inadmissible qu'un partenaire présentant une moralité contraire, vienne perturber impunément ces valeurs.

Ceci explique bien une des raisons du monopole des parents, concernant le choix de la future épouse ou du futur époux, pour leurs enfants en âge de se marier.

- Référence d'ordre socio-économique ; pour mieux traduire ici notre pensée, reprenons à notre compte, la "déclaration de philadelphie" citée par SANKALE :

"La pauvreté, où qu'elle existe, constitue un danger pour la prospérité de tous" (1).

Dans notre contexte précis, ceci sous-tend l'idée que la situation socio-économique du futur conjoint ou de la future conjointe n'est pas à négliger.

Plus l'un ou l'autre est déshérité, plus les charges sont grandes, et plus l'aisance sociale est menacée. Et les populations rurales Akié ont conscience de cette loi socio-économique fondamentale.

En revanche, l'alliance entre deux futurs conjoints amène généralement les membres de chacun des deux groupes, à réfléchir sur des règles de probabilité qui débouchent en définitive sur une véritable délibération.

- Référence d'ordre politique ; ceci nous renvoie à cette prescription selon laquelle les liens conjugaux doivent toujours se nouer en dehors du groupe d'appartenance. Il s'agit-là donc d'une alliance fondée sur le principe de l'exogamie.

(1) SANKALE (M) : Médecins et action sanitaire en Afrique.

Présence africaine, Paris 1969, P. 383.

Les groupes de lignage à l'intérieur desquels s'opèrent ces relations sociales sont au nombre de 6 :

- "beu" ;
- "bofontchè" ;
- "dzô" ;
- "gnè"
- "gnon" ;
- "keu".

Pour être plus concret, disons qu'à l'origine, un garçon issu du lignage "bofontchè" ne peut prétendre demander la main à une fille "bofontchè". Le choix ne peut se faire qu'à l'intérieur des 5 autres groupes.

Mais en ce qui concerne la résidence conjugale, c'est la patri-localité qui prime. La femme vit sous le toit de son conjoint avec ses enfants.

Outre, la ligne de transmission de la parenté obéit au principe du matrilineage. Cela veut dire que les enfants qui naissent appartiennent automatiquement au groupe de la mère.

Par exemple un homme du lignage "beu" épouse une femme "gnè". Le groupe d'appartenance des enfants issus de cette union est nécessairement "gnè".

Et pour quelles raisons ?

Les sages le justifient par le fait qu'un cas éventuel d'infidélité de la femme peut trahir le principe du lignage, si l'enfant doit appartenir à la lignée de l'homme.

Par contre, du côté de la femme, il est naturellement établi que l'enfant porte nécessairement en lui, des gènes de la mère. Donc il demeure membre du lignage de celle-ci.

Ainsi, le sens du vecteur de l'héritage en pays Akié s'établit entre oncles maternels et nouveaux utérins.

b - La structure des classes d'âge ou "bié"

Si le système de parenté constitue la base de l'organisation sociale des communautés Akié, la structure des classes d'âge le complète et le parachève.

Les deux éléments représentent ainsi, un même ensemble intégré et forment le système social total.

De quelle manière ?

De fait, les classes d'âge ou "bié" se définissent comme des "rites de passage" - au sens de Arnold Van Gennep - du groupe d'adolescents au groupe d'adultes.

L'initiation et l'intégration à une classe d'âge confèrent un statut de prestige, et en même temps définissent des droits et des devoirs au sein de la communauté pour chacun des membres.

Ainsi, à l'intérieur de la communauté Akié d'Alépé, il existe 5 classes d'âge qui sont établies selon un ordre décroissant des naissances de frères consanguins ; c'est-à-dire réparties entre les frères du même père, de l'aîné au cadet.

Ces 5 classes d'âge sont les suivantes :

- "guihèyoueuh" ;
- "tchôgba" ;
- "bontoh" ;
- "assoungba" ;
- "agbri".

Celles-ci appartiennent à la fois, à une même génération donnée.

Il existe en fait, 3 générations qui se relaient perpétuellement avec la même structure des classes d'âge. Ces générations sont : gnadô, djigbo, m'blessué.

La durée moyenne d'une génération varie entre 25 à 30 ans.

Au fond, le système de classes d'âge accomplit dans sa mission, diverses fonctions qui sont d'ordre religieux, politique et militaire.

- Fonction d'ordre religieux ; parce que c'est la génération au pouvoir qui assure la sécurité spirituelle par le biais du culte des ancêtres et du bois sacré au sein du groupe.

Le culte du bois sacré ne s'opère qu'une seule fois l'année. C'est en général au mois de septembre. Il correspond à une expérience de renouvellement de l'existence déjà perturbée et souillée des membres de la communauté. Le rituel devient alors synonyme de régénérescence, de purification et de sainteté.

Celui-ci va de pair avec la fête des ignames dans la région concernée.

- Fonction d'ordre politique et administratif ; dans la mesure où le changement social s'opère à travers les luttes conflictuelles politiques, entre différentes générations d'une part ; et oppositions entre classes d'âge d'une même génération d'autre part.

Le pouvoir politique est exercée par la génération au pouvoir.

C'est à ce niveau que la structure des classes d'âge fait la jonction avec le système de parenté.

Généralement, les chefs sont choisis dans les lignages "bofontché" ou "keu" en raison de leur pouvoir économique, de l'importance numérique de leurs membres et de leur sagesse reconnus de tous.

Néanmoins, il ne s'agit pas de n'importe quel membre des "bofontchè" ou des "keu".

Le chef est recherché parmi les classes d'âge "guihèyoueuh" ou "agbri". Et pour cause, ceux-ci sont supposés plus calmes et, moins nerveux selon les anciens.

Quant aux "bontoh", ils se trouvent d'emblée écartés, parce que tous sont censés détenir des "forces intangibles".

- Fonction militaire ; parce que cette initiation présente un caractère contraignant et obligatoire pour tous les membres d'une génération donnée.

Elle s'adresse en exclusivité aux hommes. Et ceux-ci sont tenus de répondre à l'appel de leurs autorités en cas d'agression ou de menace à l'égard des intérêts de la communauté.

Son rôle à ce niveau revient à assurer la sécurité et la défense des membres de toute la collectivité.

Par conséquent, la discipline et la conscience d'appartenance au groupe constituent les premières vertus exigées aux membres de ces classes d'âge.

En somme, cette structuration sociale liée au système de parenté et à l'organisation des classes d'âge, constitue le fondement essentiel de l'organisation sociale.

C'est par et à travers cette organisation sociale que se reproduit l'identité culturelle de la société Akié.

Malgré tout, au sein de ce système de reproduction, il n'y a pas que la structure sociale qui joue.

Il existe d'autres facteurs essentiels qu'il importe de mentionner. C'est par exemple le facteur religieux.

3 - Le domaine de la croyance religieuse

La religion africaine en pays Akié reconnaît l'existence d'un Etre suprême, créateur des êtres vivants et de tout l'univers. Cet Etre au-dessus de tout appelé "dzeu" ou "odôminga", peut être assimilé au "Dieu" Tout-Puissant de la religion judéo-chrétienne.

"Odôminga" réside dans le Très-Haut.

L'accès à ses faveurs exige des cultes qui passent nécessairement par des intermédiaires.

Les intermédiaires sont les génies de la forêt et les esprits des ancêtres défunts.

Quelques uns de ces génies intermédiaires sont :

- "assama angbé" ;
- "kaman" ;
- "wuinè".

Les Akié matérialisent souvent ces esprits anthropomorphes. Dans ce cas, les supports prennent la forme de statuettes, des rivières, du bois sacré...

Ce faisant, les cultes se pratiquent pendant des jours spéciaux sur les 6 que compte la semaine Akié.

En effet, généralement les jours convenables sont "koé" ou "tsimpé". Les autres jours de la semaine se nomment : "tsin, pitsé, kui et tchuin".

Ces cultes authentiques peuvent être individuels, familiaux ou communautaires.

Dans le cas de la communauté, nous avons par exemple "yabè" qui représente le culte annuel de toute la collectivité pendant la fête des ignames.

Aussi, convient-il de souligner que ce sont ces conditions d'existence en zone de forêt, caractérisées par un climat équatorial humide, par une abondante pluviométrie, par une alimentation basée sur des féculents et par des valeurs socio-culturelles particulières qui prédisposent la population à la fréquence d'un certain nombre de maladies spécifiques organiques et psychopathologiques. En fait, ces maladies sont entre autres :

- le rhumatisme articulaire ;
- les parasitoses intestinales ;
- les affections cutanées
- les différentes formes de maladies mentales...

Et c'est l'ensemble de tous ces facteurs interdépendants qui déterminent les données objectives de la médecine africaine en pays Akié. Cet ensemble de facteurs n'a nullement gardé un caractère statique.

La Société Akié connaît une loi dynamique de fonctionnement des facteurs écologiques et des structures sociales.

Et c'est le caractère dynamique de tous ces facteurs qui permet de montrer la dynamique des données objectives de la médecine africaine de cette société.

4 - La dynamique des données objectives de la médecine africaine en pays Akié

Les éléments de cette dynamique sont les données écologiques, socio-culturelles et religieuses.

a - La dynamique au plan écologique

Au niveau écologique, il est à noter que les cultures d'exportation s'accaparent aujourd'hui, environ des 80 % des terres cultivables des localités d'Ahoutoué, de Grand-Alépé, de Montézo et de Memni.

Cette situation trouve son explication dans le processus général de la monétarisation engendrée par l'éducation scolaire qui devient de plus en plus chère, la vie économique plus coûteuse, et les effets de démonstration aidant, les besoins de la population paysanne s'accroissent irréversiblement.

Et pourtant, l'unique source de richesse de cette couche :

sociale est la terre. Cette catégorie sociale se voit ainsi dans l'obligation de mettre la grande majorité de ses propriétés terriennes en valeur, afin de pouvoir couvrir les besoins créés.

Il se produit alors le phénomène de la "déforestation industrielle" au profit de la culture industrielle d'exportation : le café, le cacao, et le palmier à huile. En effet, la disparition progressive de la forêt dense au bénéfice de ces cultures de rente apparaît comme un fait incontournable dans la dynamique sociale de la société Akié. D'autre part, cette loi dynamique de cette société s'observe également au plan des valeurs culturelles.

b - La dynamique au plan socio-culturel

A l'état présent, il est donné de constater que les structures sociales subissent la pression du processus des mutations imposées de dehors aux sociétés africaines.

Par voie de conséquence, les règles d'alliance en pays Akié échappent à nos jours, au contrôle des parents.

D'un côté, l'endogamie s'installe ; cela veut dire que l'union conjugale à l'intérieur de son groupe d'appartenance tend de plus en plus à s'imposer.

De l'autre côté, le principe d'accès à l'héritage fondé sur la loi vectorielle oncle - neveux, devient quelque fois une loi vectorielle de père en fils ou de père à oncle.

A ce facteur socio-culturel de la dynamique sociale, devons-nous également ajouter le facteur religieux.

c - La dynamique au plan religieux

Depuis vers 1900, le catholicisme s'est implanté avec le débarquement des missionnaires dans la région.

Entre 1913 et 1915, le prophète WILLIAM WADE HARRIS y pénètre avec le harisme. Et depuis quelques années, le protestantisme, le christianisme céleste et d'autres cultes synchrétiques s'installent et recrutent leurs adeptes parmi toutes les couches de la population.

De plus, parallèlement à ces divers changements au plan social, faudrait-il aussi compter le facteur éducationnel qui apporte sa contribution dans ce domaine de la santé.

d - La dynamique au plan éducationnel

Les éléments de cette composante relèvent de l'avènement des infrastructures sociales à caractère collectif:

A ce niveau, nous devons noter que les localités qui nous occupent à Alépé comptent au total 7 écoles primaires, 3 centres de santé, puis elles bénéficient d'une adduction d'eau courante et de l'installation du courant électrique.

De fait, eu égard à ce facteur du changement social général, il apparaît inévitable que les espèces pathologiques et la médecine en pays Akié subissent elles-mêmes, cette loi dynamique au plan de la forme et du contenu.

Mais avant d'aborder cet aspect précis de la médecine africaine en général, il est nécessaire de présenter d'abord, les modes de la dynamique sociale de la localité de Korhogo.

B - LA ZONE DE SAVANE EN PAYS SENOULO DE KORHOGO

1 - Situation géophysique et économique du champ d'investigation

a - Localisation et aspects physiques

Cet espace culturel est composé de Sénoufo. Les Sénoufo constituent un sous-groupe du grand ensemble Voltaïque qui occupe la partie Nord de la Côte d'Ivoire. Ils comportent en leur sein, une multitude de subdivisions dont les Tiembara, localisés dans la région de Korhogo (1).

C'est à l'intérieur de ce sous-groupe Tiembara de la zone de Korhogo que se situe le second élément de notre champ d'étude après la région d'Alépé.

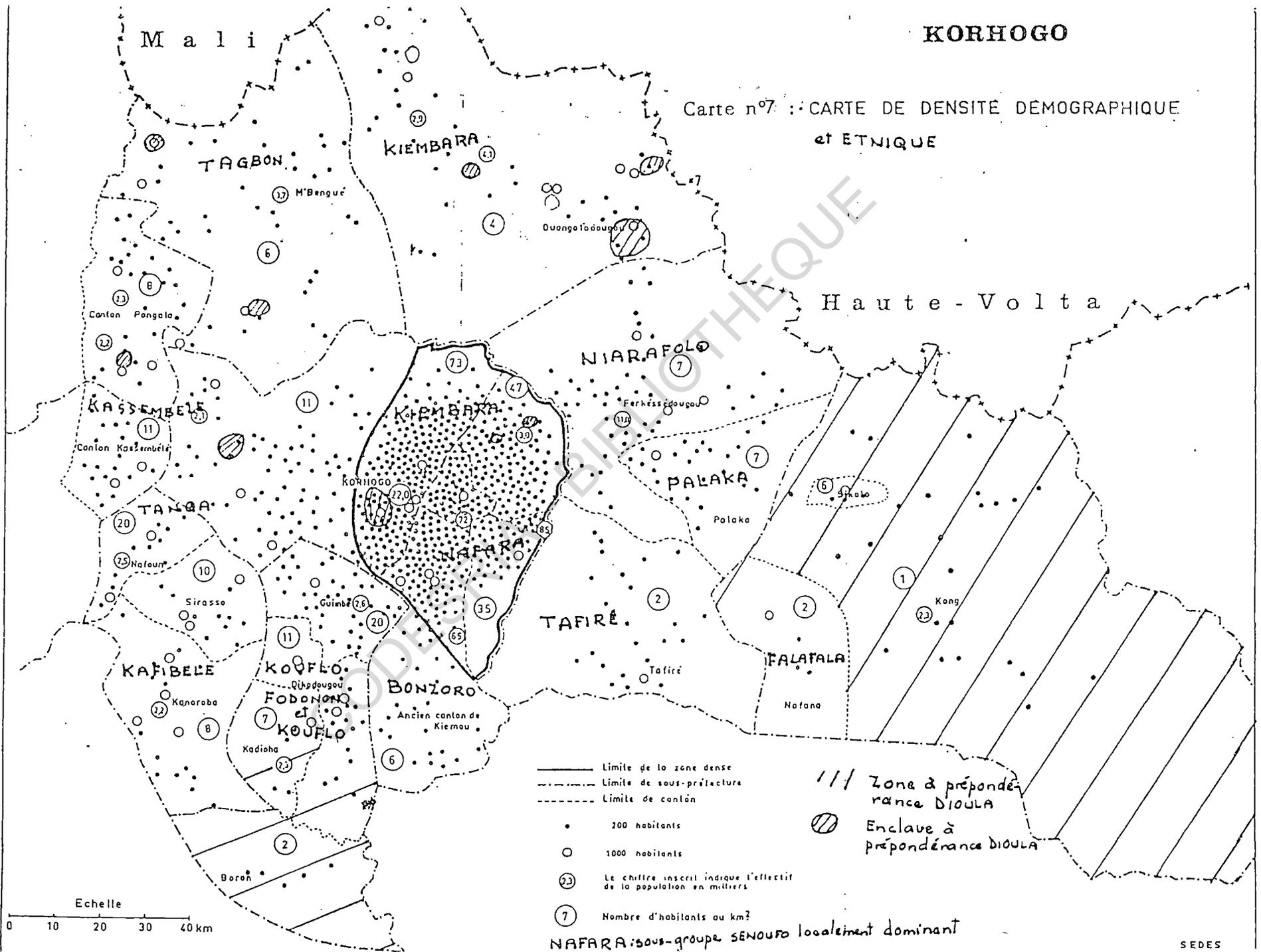
Les villages retenus ont pour nom :

KANTAVOGO n°1, KANTAVOGO n°2, KAHAPAHA, SOROVOGO, DASSOUNGBO et PION.

(1) : Voir l'emplacement des Tiembara (Kiembara) sur la carte n° 7 à la page suivante.

KORHOGO

Carte n°7 : CARTE DE DENSITE DEMOGRAPHIQUE ET ETHNIQUE



Ils se trouvent à une vingtaine de kilomètres au Sud-Ouest de Korhogo. Ils sont au nombre de 6. Ce qui représente environ 1/30 sur les 175 villages que compte la sous-préfecture.

Cette limitation sous-tendue par la méthode des quotas, répond à un besoin d'attentive observation du phénomène de la médecine africaine.

Un nombre plus élevé comporterait le risque de dispersion et nécessiterait certainement davantage de moyens financiers et de temps ; ce que nos possibilités réelles n'auraient pu permettre.

Ces 6 villages se regroupent dans un même espace physique, écologique, économique et culturel.

Le relief se spécifie par la présence des plateaux hauts de 100 à 500 m en moyenne et surmontés de quelques collines par moments.

Il est dominé par un climat de type soudanais. La saison sèche est la plus longue. Elle est comprise entre décembre et Juin. La période d'harmattan avoisine une température de moins de 20°C.

Ces conditions physiques imposent une végétation savaneuse à cette localité de la Côte d'Ivoire.

Il s'agit précisément de la savane herbeuse. Ce qui entraîne une rareté de pluie et de cours d'eau, bien que le fleuve Bandama traverse la région.

Les populations se servent en effet d'eau de puits.

En conséquence, la saison sèche marque la période la plus difficile de l'année pour le ménage à cause du tarissement des points d'eau.

Cet ensemble de facteurs géophysiques sous-tend des activités économiques bien appropriées.

b - Les activités économiques

Elles se limitent essentiellement à l'agriculture et à l'élevage.

L'agriculture comprend la culture industrielle d'exportation et de plusieurs cultures céréalières d'auto-consommation.

Le coton représente la principale culture d'exportation de la région.

Il occupe en moyenne 90 % des hommes.

Le domaine d'exploitation par personne peut être évalué à 6 ha en moyenne.

Après cette agriculture d'exportation, il y a le riz, le maïs, l'igname, le mil qui constituent les cultures d'auto-consommation.

Celles-ci occupent au moins 90 % des femmes Sénoufo Tiembara.

La culture originale qui apparaît dans cette région de Korhogo est le beurre de karité. Il est extrait par les femmes et commercialisé dans les centres urbains, à Korhogo notamment.

Comme précédemment mentionné, pour le cas d'Alépé, le rapport de complémentarité entre culture vivrière et culture d'exportation se découvre également dans cette zone de savane.

La rente annuelle provient de la culture du coton. Alors que les céréales servent à la subsistance quotidienne.

Néanmoins, à côté de ces activités agricoles, coexiste l'élevage de bovins.

Cette dernière activité se tient en général par des allogènes. Cette coexistence pose le délicat problème des rapports de cohabitation entre les deux catégories sociales ; c'est-à-dire entre agriculteurs et éleveurs.

Ceci ne signifie nullement que tous les rapports sociaux sont conflictuels.

Les Tiembara de Korhogo recherchent perpétuellement l'entente, l'harmonie et la cohésion à travers des normes sociales codifiées et basées solidement sur leur propre vision du monde.

C'est ce qui nous permet de déboucher sur leur système d'organisation sociale.

2 - Organisation sociale de la population

L'organisation sociale en pays Tiembara repose particulièrement sur les rapports établis entre parenté, village et rites initiatiques.

a - La parenté

Ici la parenté se laisse également guider par le principe du matrilineage. Elle repose ainsi sur la notion fondamentale de "narigbaha". Ce qui veut dire "famille élargie" en langue Tiembara.

En effet, le "narigbaha" regroupe tous les descendants utérins d'une même ancêtre. Mais les membres du lignage ne sont pas appelés à vivre nécessairement dans la même concession qui a pour nom "KATIOGUELE".

Compte tenu du morcellement des villages Sénoufo, l'on peut retrouver les membres d'une même famille dispersée à travers plusieurs villages.

Ce qui implique qu'en retour, nous pouvons également rencontrer à l'intérieur d'une même concession, des membres d'autres familles. Ce sont par exemple les épouses du frère, des cousins, des amis et autres. Ces mouvements interfamiliaux n'ont aucun fondement anarchique. De fait, ils suivent fondamentalement des règles très précises du système d'organisation sociale en place.

La première de ces règles qui sous-tendent ces multiples déplacements est la loi de l'exogamie qui prime en pays Sénoufo. Les membres d'une même famille ne peuvent sous aucun prétexte, contracter un mariage entre eux au sein de cette société.

Mieux, les prétendants sortent de leur village lorsque les conditions d'entretenir un foyer se réunissent. Ainsi, choisissent-ils leur conjointe dans un autre village.

Au sein de la cour, le chef de famille est généralement le plus âgé.

Son autorité, sa sagesse et son prestige qui lui confèrent ainsi ce privilège, viennent de sa qualité d'initié aux trois cycles complets du poro et de son sens de responsabilité à l'égard des membres de la grande famille.

Cette seconde règle établit de droit dans ce contexte, le principe de la patrilocalité en pays Sénoufo.

L'épouse rejoint le domicile du mari après les rituels d'alliance accomplis. Elle y vit avec celui-ci. Mais cette notion de patrilocalité est à nuancer par mesure de précaution. Généralement, lorsque le Sénoufo est nanti d'un pouvoir économique assez important, il devient souvent polygénique ; c'est-à-dire qu'il épouse plusieurs femmes à la fois. Entre 6 à 10 femmes.

Dans ce cas, les données changent. La notion de patrilocalité devient difficile à systématiser.

Parce que toutes ces épouses ne vivent pas ensemble sous le même toit que le mari.

Un système de visite cyclique s'organise chez le mari. Pour ce faire, une femme peut passer seulement 1 à 2 semaines dans le foyer conjugal par semestre ; soit 1 à 2 mois pendant une année. Et en dehors de cette période de visite au foyer conjugal, elle s'installe chez des frères, chez des soeurs ou chez ses propres parents.

Voilà pourquoi nous voulons faire savoir que la notion de la patrilocalité en pays Sénoufo nécessite beaucoup de réserves et de précaution. Elle n'est évidente que lorsque le mari épouse une seule femme. Mais dans tous les cas, le mari demeure le chef de famille selon les références plus haut mentionnées.

Les attributions du chef de famille s'étendent très souvent au-delà du noyau familial et s'exercent également dans l'appareil politique du village.

C'est ainsi que se dégage le lien entre le système de parenté et le village dans l'organisation sociale en pays Sénoufo.

b - Le village

Il résulte de la somme de tous les "katioguélé" réunis dans le même espace géographique.

Mais chez les Tiembara de Korhogo, tout groupement humain dans un espace donné ne constitue pas automatiquement un village.

Le statut de village proprement dit comme les cas de KANTAVOGO N° 1 ou DASSOUGBO relève de l'existence de trois conditions bien précises ; la création d'un cimetière, d'un panthéon et du bois sacré.

- Le cimetière est le lieu de l'enterrement des défunts. Il est considéré comme la résidence des membres de la communauté décédés.
- Le panthéon ou la "case des morts" désigne le local de l'esprit des défunts. Il représente ainsi le lieu du culte des ancêtres.
- Le bois sacré demeure le cadre d'initiation des jeunes néophytes et des rites religieux du village. C'est le cadre du poro.

De plus, à cette notion de village, s'ajoutent les points d'eau, et l'espace aménagé pour les dépotoirs appelés les "kadié". Il s'agit-là donc de tout l'espace humanisé où s'opèrent toutes les activités domestiques quotidiennes.

Par ailleurs, la cohésion sociale que présuppose ce système d'organisation à l'intérieur du village reste surtout attachée au facteur religieux, lié aux activités rituelles du poro.

c - le poro

D'après les recherches effectuées en pays Sénoufo par l'historien Ouattara Tiona, le mot "poro" veut dire "chose que l'on ne connaît que par une initiation" (1).

Ce contenu littéral que donne le terme lui-même, traduit en toute évidence, le caractère sacré de cette institution sociale sénoufo.

De visu, le bois sacré qui symbolise l'existence physique du poro, se caractérise par une étendue de l'ancienne flore locale, close dans une forme circulaire de trois hectares environ.

De ce fait, elle renferme plusieurs espèces végétales de cet environnement.

C'est à l'intérieur de cet espace sacré que s'opèrent les rites initiatiques des néophytes.

Les maîtres de cette initiation se recrutent parmi les anciens initiés ayant d'abord terminé complètement les 3 phases que comporte cette institution, ensuite faisant partie de la classe dirigeante villageoise.

(1) Ferdinand TIONA : Moyens et méthodes de l'histoire des SENOUFO :
Appréciations critiques de l'oeuvre de Bohumil HOLAS,
ethnologue des Sénoufo.
in la revue GODOGODO (I.H.AAA) n^os 4 et 5, mai 1979,
Université d'Abidjan, P. 131.

Tout compte fait, les fonctions manifestes du "poro" sénoufo rejoignent similairement l'institution des classes d'âge en pays Akié.

Il s'agit notamment des fonctions d'ordre religieux, éducationnel, politique et militaire.

- Fonction d'ordre religieux ; parce que le bois sacré, en tant que symbole vénéré de l'espace physique authentique, constitue le trait d'union entre le monde extérieur visible des hommes, et le monde invisible des esprits.

C'est pour cela que les jeunes garçons et seulement les femmes en ménopause y rentrent profanes, et en sortent en humains accomplis. Ce qui voudrait signifier le passage de l'adolescence à l'âge adulte.

- Rôle éducatif ; dans la mesure où les maîtres de l'initiation sont des anciens initiés.

En effet, force est de communiquer aux néophytes en cours d'initiation, les secrets, les savoirs, les savoir-faire et les lois de la communauté. Ce en vue de pouvoir assurer ce même enseignement aux générations futures et permettre à la société de préserver son identité dans le changement social constant.

- Rôle politique et militaire ; il va de soi, les jeunes en cours d'initiation ont une tranche d'âge qui varie entre 20 et 40 ans.

C'est la frange de la population la plus dynamique, la plus vigoureuse et la plus forte numériquement.

En effet, l'une des fonctions les plus évidentes dévolues aux "élèves" du poro équivaut à la défense des intérêts de la communauté et à la protection de tous les membres de cette communauté en cas d'agression extérieure.

Néanmoins en temps de paix, les élèves travaillent dans les champs des conseillers du chef de village.

De plus, les plus grandes décisions qui engagent l'avenir ou les intérêts du village, sont prises par les maîtres du poro au bois sacré.

En définitive, il est certain que toutes ces différentes épreuves exigent de la part des adeptes du poro, une conscience aigüe d'appartenance au groupe et une observance attentive des principes fondamentaux établis par celui-ci.

Ainsi, apparaît-il comme l'un des plus importants éléments du système de l'organisation sociale en pays Sénoufo.

Malgré tout, son caractère religieux ne couvre point du tout, l'univers global assez complexe des cultes Sénoufo.

En conséquence, nous sommes à présent amené à examiner cet univers des cultes religieux.

3 - Le domaine de la croyance religieuse

Les Sénoufo Tiembara placent au-dessus de toutes les créatures, un Dieu-Puissant répondant au nom de "koulotiolo".

Aux dires des Tiembara, "koulotiolo" incarne bien toutes les propriétés que le Dieu judéo-chrétien.

Il est par conséquent omniscient, omnipotent et omniprésent ; ce qui signifie qu'il sait tout, il est tout puissant et est partout.

Ainsi donc, bien que le siège de "koulotiolo" soit littéralement situé dans le ciel, celui-ci veille sur tout, et se prête volontiers attentif aux supplications des uns et des autres dans le malheur.

Néanmoins, l'accès à celui-ci nécessite aussi la présence d'intermédiaires qui sont représentés par les génies connus sous le nom de "Katienguélé".

Quelques-uns des "katienguélé" sont :

- bandéguélé ;
- iguefolo ;
- kassingué ;
- nékambélé...

Ces esprits se retrouvent incarnés à travers des statuettes, des rochers, des sources....

Mais en somme, les cultes des "katienguélé" revêtent particulièrement un caractère individuel ou familial contrairement au culte du bois sacré du poro.

En outre, l'espace religieux ne se limite pas en exclusivité au domaine des "katienguélé".

Les Sénoufo de Korhogo pratiquent également le culte des ancêtres.

Dans ce contexte précis, la "case des morts" en tant que l'une des conditions déterminantes de la création d'un village symbolise la présence de ce culte.

C'est en réalité une petite case construite, supposée consigner les esprits des défunts du village.

On y garde quelques affaires des morts. Et la responsabilité se voit souvent confiée à une femme d'un âge assez avancé du village.

Ce culte a lieu à chaque prise de décision importante et à chaque rite funéraire. Le culte des morts diffère du culte des ancêtres symboliques du village, représentés par "Katiéléo" et "Sienléo".

Ces derniers n'ont réellement connu aucune existence physique.

Ils incarnent tout simplement la même origine commune de la population villageoise. Ce qui fait de cette population villageoise, une seule famille symbolique, basée sur l'esprit de solidarité et d'entraide mutuelle.

En rapport avec la géographie de la santé, nous devons signaler que la spécificité des conditions d'existence de cette localité de savane herbeuse, caractérisée par son climat chaud de type soudanais, des habitudes alimentaires basées sur les céréales, ses longues saisons sèches avec la rareté des cours d'eau et son système culturel spécifique, prédisposent ici la population Sénoufo à la fréquence de certaines maladies tels que le goitre, la lèpre, la tuberculose, la trypanosomiase, la méningite et des maladies psychiques particulières. Et c'est l'ensemble de tous ces facteurs particuliers d'ordre géo-physique, socio-économique, et pathologique

local, qui déterminent les données objectives spécifiques de la médecine Sénoufo.

Mais à l'instar de la société Akié de forêt, cette communauté culturelle Sénoufo de savane se trouve également soumise à la loi de la dynamique sociale.

4 - LA DYNAMIQUE DES DONNEES OBJECTIVES DE LA MEDECINE AFRICAINNE EN PAYS SENOULO

Cette dynamique s'observe au plan religieux, socio-culturel et écologique.

a - La dynamique au plan religieux

La religion étrangère la plus répandue dans le milieu Tiembara est l'Islam. Depuis après le passage de SAMORY TOURE vers la fin du XIXème siècle, le peuple Sénoufo de la région adopte la religion musulmane. Cette religion occupe aujourd'hui près de 50 % de la population.

Mais contrairement à la localité du Sud, les religions chrétiennes et autres cultes syncrétiques n'ont encore pu accéder à cet environnement culturel Tiembara.

b - La dynamique au plan socio-culturel

A ce niveau de la dynamique des valeurs socio-culturelles, des changements sont intervenus dans le domaine de l'initiation au poro. Cette dynamique se trouve liée aux exigences de l'école européenne

qui est considérée comme prioritaire au plan national.

En effet, la forme et le contenu de l'enseignement dispensé dans ce cadre ne s'articulent point du tout sur ceux du poro.

Ce qui a entraîné une réduction des 21 ans d'initiation, et donc une briéveté de l'enseignement sacré du poro aux néophytes de nos jours. Par contre, au plan des équipements sociaux collectifs, il faut dire que le processus de la dynamique sociale apparaît encore relativement lent, car, au sein de cette localité des 6 villages, nous en comptons un seul en voie d'équipement au niveau du centre de santé. Il s'agit de Dassoungbo ; deux qui possèdent chacun un établissement scolaire primaire ; ce sont Pion et Dassoungbo. Mais il n'y existe nullement d'adduction d'eau, ni d'installation de courant électrique.

Tout ceci amène à supposer que la prévalence des affections dues à la mauvaise qualité et à l'insuffisance de l'eau demeure encore très plausible. Par ailleurs, le système écologique subit la loi de la transformation.

c - La dynamique au plan écologique

Cette dynamique de l'environnement écologique se trouve surtout liée à l'exploitation des vastes domaines terriens au profit de la culture du coton, mais aussi aux longues périodes de la saison sèche au cours de l'année.

En définitive, pour terminer cet épisode consacré aux données objectives qui contribuent à générer une médecine Akié authentique et une médecine Sénoufo originale, il convient de retenir que les facteurs locaux sous-jacents apparaissent différemment de

part et d'autre. Cela veut dire en clair, que les facteurs déterminants et les espèces pathologiques en zone de forêt chez les Akié au Sud, se distinguent de la spécificité des facteurs et de la variété pathologique en zone de savane chez les Sénoufo au Nord.

Aussi de la même manière, constate-t-on deux processus d'acculturation engagés différemment à l'intérieur des deux systèmes socio-culturels.

En effet, le processus en cours au sein de la société Akié semble beaucoup plus accéléré que celui rencontré dans le milieu culturel Sénoufo.

Et c'est à partir de ce constat que nous allons à présent, examiner le volet relatif aux données subjectives qui entrent dans la constitution de la médecine africaine.

II - LES DONNEES SUBJECTIVES DE LA MEDECINE AFRICAINE

Il s'agit des données conceptuelles ou des systèmes de représentation qui constituent le noyau central de la science médicale africaine. Ce sont :

La personne humaine, la santé, la maladie et la mort.

A - LA NOTION DE PERSONNE HUMAINE

L'être humain fait partie du règne des êtres vivants qui sont les animaux et les végétaux. Mais comment se représente-t-il lui-même au sein de cet univers ?

- Les éléments de réponse à cette question font appel aux principes vitaux qui définissent celui-ci, et au pouvoir ontologique qui le détermine. Cette analyse prendra pour cadre de référence les systèmes socio-culturels d'investigation.

1 - Les principes vitaux de la personne humaine

La notion de personne humaine en Afrique noire ne se réduit nul doute, à la conception dualiste judéo-chrétienne corps-âme.

Les principes vitaux constitutifs prennent leur source dans l'univers invisible, divin et s'étendent à tout l'environnement physique et social du monde visible auquel l'homme reste apparemment attaché.

De là découle le caractère sacré de la personne humaine.

Cette conception philosophique de l'homme en Afrique noire explique deux attitudes bien quotidiennes.

A la naissance, le nouveau-né est généralement emmené chez un devin pour consultation.

Ce rituel consiste à identifier la devise, l'interdit ou l'ancêtre réincarné.

Cette "loi d'identification" constitue ainsi le premier élément de la personnalité du nouveau-né.

Puis durant toute la vie de l'individu, tous les effets lui appartenant (vêtements, assiettes....) et tous les éléments susceptibles d'être détachés des parties de son corps (rognure d'ongles, sang, cheveux, crachats) font partie de lui.

La vie de l'individu s'exprime là où se trouve un quelconque élément intime de sa personne.

Outre ces éléments isolés, il y a les corps vitaux proprement dits.

Chez les Akié d'Alépé, tout comme chez les Tiembara de Korhogo, nous distinguons quatre éléments fondamentaux qui entrent dans la composition de la personne humaine.

De l'aspect matériel à l'aspect immatériel, il y a d'abord :

- le corps physique.

Il est appelé "djantô" en Akié et "tyer" en Tiembara.

Il représente le support matériel et visible à partir duquel l'on distingue le féminin du masculin.

Il est fait de chair et nous permet d'entrer en relation directe avec le monde extérieur qui nous entoure, grâce à nos cinq sens : le toucher, le goût, l'ouïe, l'odorat et la vue.

Par conséquent, il représente le siège des plaisirs et des douleurs, de la joie et de la souffrance, du bon et du mauvais état.

Ensuite arrive la catégorie des éléments immatériels.

Parmi ceux-ci, il y a avant tout : la "force vitale". Elle est le souffle en nous. Cet élément se nomme "Ouansin" en Akié et "si" en tiembara. Il correspond à l'entité par laquelle le corps physique se rattache à l'esprit de l'univers.

Ainsi paraît-il comme la source de vie, intégrant tout l'être humain. C'est pourquoi les Akié le considèrent comme "l'ombre" ou le "double" de la personne humaine.

De ce point de vue, le "Ouansin" ou le "si" pourrait être assimilé à "JE" ou "EGO" de la personnalité individuelle. Il demeure à cet effet, l'essence absolue et donc, immortel dans la personne humaine.

Après la "force vitale", apparaît encore un second élément immatériel.

C'est le "neme sin" en Akié et le "pil" en Tiembara.

Dans le contexte Akié, "nemesin" peut littéralement être traduit par les termes de "Compagnon" ou de "gardien". Chez les Tiembara, "pil" est considéré comme la "substance réincarnable".

En somme, cet élément reste également immortel même après la disparition du corps physique.

Mais à côté de ces deux corps subtils, existe encore un troisième.

On l'appelle "nin nin gnui chi" en Akié et "neri" en Tiembara.

"Nin-nin-gnui-chi" qui veut dire littéralement "grand-mère mâne", se réclame comme la "tutrice" invisible du nouveau-né.

Cette "tutrice" peut retirer son protégé au cas où la mère visible du monde sensible s'affirme implacable dans la méchanceté à l'égard de l'enfant.

Quant au "neri" sénoufo, comme le souligne SORO TIORNA Remy, c'est "la voix de la conscience, le remords qui poursuit tout criminel après son forfait" (1). Nous constatons là que le "neri" constitue une menace permanente pour la vie.

Par conséquent, il devient impératif de s'en débarrasser par des rituels bien définis dit-on.

A la lumière de cette spécificité du troisième élément immortel vital, deux remarques particulières méritent d'être mentionnées :

- tout d'abord, "nin-nin-gnui-chi" et "neri" ne semblent pas faire partie intégrante de la personnalité individuelle. Ils entretiennent des rapports particuliers avec celle-ci, mais vivent en dehors d'elle. Parce que dans un cas, l'une est "tutrice" et dans l'autre, une "composante encombrante" dont il faut nécessairement se débarrasser ;
- ensuite, la seconde remarque se situe au niveau de la perpétuelle menace de disparition de la vie que suppose la présence de ces constituants. "Tutrice menaçante" par ici, "substance maléfique" par là, ces corps subtils nous amènent à suggérer l'existence d'une "dialectique originelle" dans la constitution humaine à l'intérieur de ces aires culturelles akié et sénoufo.

(1) : SORO TIORNA :

Quelques aspects de la pensée des Sénoufo
autour de la notion d'espace et du problème
de la mort.

Mémoire de maîtrise, Poitiers, 1971.

La recherche permanente de l'équilibre et de la perfection qui caractérise la condition humaine sur ce monde physique et matériel, paraît être une implication logique de cette "dialectique originelle", car l'être humain n'est pas un être absolu. Ontologiquement parlant, il ne peut en aucun cas égaler l'Être parfait, immatériel et immortel.

Voilà pourquoi les pouvoirs qu'il manipule se trouvent circonscrits sur ce monde extérieur par les facteurs espace-temps.

2 - Le pouvoir ontologique de la personne humaine

Nous entendons par pouvoir ontologique, la croyance selon laquelle certaines personnes disposent naturellement à la naissance, des "forces intangibles" dont elles se servent soit pour le bien, soit pour le mal dans le monde physique.

Ce pouvoir n'est pas le fait d'une initiation humaine.

Les hommes naissent avec, vivent avec et meurent avec. En un mot, c'est un don.

Certains de ces détenteurs sont bien connus par la communauté parce que des lois sociales sont préétablies pour les identifier.

Chez les Akié du peuple Akan, le fichier des détenteurs du pouvoir ontologique comprend :

- les albinos : personnes ayant une pigmentation de la peau qui leur fait apparemment ressembler aux européens ;
- les N'guessan : troisième enfant utérin de même sexe que les deux premiers ;
- les N'dri : quatrième enfant utérin de même sexe que les trois premiers ; ;

- les Kindô : cinquième enfant utérin de même sexe que les quatre premiers ;
- les jumeaux : naissance simultanée de deux enfants par une même femme ;
- les Anoma : première naissance utérine consécutive aux jumeaux ;
- les Okondjè : deuxième naissance utérine après les jumeaux ;
- les Gnagnoa ; troisième naissance utérine après les jumeaux ;
- les Brou : le dixième enfant d'une même femme.

Du côté des Tiembara en pays sénoufo, la liste des "tuteurs de puissance" est la suivante :

- les hambél potan 'han : les jumeaux
- les tchokolô : cadets des jumeaux.

En dehors de cette liste préétablie, bien d'autres personnes peuvent naître avec le pouvoir ontologique.

Mais ces dernières ne peuvent se faire repérer qu'à des circonstances bien particulières.

Au total, la nature de ce pouvoir peut se résumer en trois points :

- 1°) le pouvoir de vision ou de protection ;
- 2°) le pouvoir de guérison ;
- 3°) le pouvoir de sorcellerie.

Les moyens d'expression de ces pouvoirs varient d'un individu à un autre.

Les plus connus relèvent des rêves prémonitoires chez certains et d'intuition ou de la force de la parole chez d'autres.

- Les rêves prémonitoires appartiennent à la catégorie des rêves effectués qui tendent à prédire des événements importants ou à indiquer des plantes médicinales efficaces.
- L'intuition se manifeste sous-forme de présentiment. Ce mécanisme psychique aboutit également très souvent à la prédiction de l'avenir, ou rend compte des faits passés à d'autres lieux.
- Quant à la force du verbe, elle se retrouve chez ceux qui en sont spécialistes, dans la malédiction ou dans la bénédiction qui tend à se réaliser assez souvent.

De plus, nos informateurs ajoutent que si le don spécifique n'apparaît pas manifeste chez ces personnes citées, cela ne signifie nullement qu'elles en sont privées.

Ce qui est sûr, c'est que le pouvoir existe quand même à l'état latent.

Quitte à ces personnes - si elles le désirent - d'activer le principe en consultant un spécialiste ; un devin ou un guérisseur par exemple. La célébration du rituel qui s'en suivra, suffira à tout éveiller.

D'autre part, les informateurs soulignent avec insistance qu'à l'opposé du caractère latent des cas précédents, il arrive que la théorie des ensembles joue en faveur de quelques uns de ces "tuteurs de puissance". Cela veut dire que ces derniers peuvent posséder les trois pouvoirs à la fois ; la vision, la guérison et la sorcellerie. Ou bien seulement deux éléments de cet ensemble s'associent chez la même personne.

Somme toute, la vie de ces détenteurs de pouvoir se trouve périodiquement marquée par des rituels personnels bien définis, de peur que le pouvoir ne s'échappe ou ne se retourne contre leur propre personne en mal.

Cette dernière alternative traduit ici le caractère ambivalent de la "force intangible" innée chez la personne humaine.

Elle ne sert pas uniquement au bien.

Elle peut également servir au mal.

En résumé, la personne humaine dans la pensée africaine se définit par rapport à trois ordres de réalité :

- réalité d'ordre physique ;
- réalité d'ordre spirituel ;
- et réalité d'ordre éthique.

Cette conclusion entraîne conséquemment une conception spécifique de la notion de santé en matière de médecine africaine.

B - LA NOTION DE SANTE

Le concept de "santé" en tant que tel n'existe pas dans la langue des communautés qui nous occupent.

Autrement dit, il n'y a pas un mot qui désigne cette réalité "santé" dans le système de pensée de nos populations cibles.

De ce fait, l'état de santé - bon ou mauvais - d'un individu se traduit toujours à travers les préceptes d'usage ; c'est-à-dire au cours des échanges des nouvelles ou des salutations entre deux personnes par exemple.

"Mè djan ka-ka" disent les Akié.

"Mi tchologo" répondent les Tiembara.

Et ceci pour signifier : "je me porte bien".

Aussi, la notion de la "bonne santé" chez ces groupes sociaux est-elle conçue comme le bien-être physique, mental, et social, intégré à l'harmonie existant entre ces divers aspects objectifs du corps physique, et les aspects subjectifs des corps subtils de l'être humain.

Par contre, la rupture de cette harmonie à un quelconque niveau, crée des perturbations dont la nature peut correspondre à un état de maladie.

C - LA NOTION DE MALADIE

Par définition, la maladie se présente comme l'anti-thèse de la "bonne santé".

Et historiquement, elle se reconnaît par le déséquilibre qu'elle provoque au niveau du fonctionnement de l'organisme humain, avec la manifestation de signes extérieurs bien précis.

Elle relève ainsi donc d'une réalité objective.

Ses formes et ses origines apparaissent très variées.

Pour ce faire, nous découvrons au cours de notre enquête effectuée, que les populations Akié et Sénoufo élaborent un schéma conceptuel commun d'identification des origines de la maladie.

1 - Origines de la maladie

L'identification originale de la pathologie locale intègre parfaitement le système idéologique établi par ces différents groupes sociaux.

En effet, ces populations considèrent la maladie comme un mal qui résulte des rapports de l'homme avec la nature, avec le système des croyances et avec le système des relations sociales.

Aussi de façon concrète, avons-nous recensé quelques cas :

a - Au plan de la nature :

A ce niveau, faisons remarquer que les maladies peuvent être d'origine végétale, animale ou minérale ; nous a-t-on révélé.

. maladies d'origine végétale

- chez les Akié :

- . le taro provoquerait la démangeaison sur la peau, ou des hémorroïdes ;
- . le gombo provoquerait également la démangeaison sur la peau ;
- . l'arachide déclencherait le rhume ou l'**angine**

- chez les Tiembara :

- . le gombo frais pourrait aggraver la toux ;
- . le maïs frais pourrait provoquer le paludisme ;
- . l'arachide provoquerait la diarrhée.

. maladies d'origine animale

- chez les Akié :
 - . la chair de la biche pourrait activer le rhumatisme ;
 - . les escargots sont considérés comme source de démangeaison ou de gales.

- chez les Tiembara :
 - . l'escargot attribuerait des gales ;
 - . la chair de biche donnerait la varicelle ;
 - . l'oeuf serait à la base de convulsions chez les enfants ;
 - . les matières fécales du canard seraient à l'origine de la lèpre.

b - Au plan de la croyance

Dans ce volet, les pathologies se retrouvent de la même façon chez les Akié que chez les Tiembara.

- . L'envoûtement : c'est un mal par lequel la victime pense souffrir de la présence de corps étrangers dans son organisme (pointes, dents d'animaux, cadenas...).
- . L'ensorcellement : il désigne l'état pathologique selon lequel la victime souffre d'une impression d'être vidée de sa "force vitale".
- . La malédiction : ici la victime souffre de l'obsession d'un avenir hypothéqué ou de la fatalité.

c - Au plan des relations sociales

Là encore, les systèmes de pensée se rejoignent entre Akié et Sénoufo.

. L'adultère incestueux ; en Akié, on l'appelle "n'bichia" ; en Tiembara, elle se nomme "foutchéné".

Les signes de manifestation seraient les pipis au lit ou l'état permanent de somnolence chez les Akié ; et l'obésité ou "grossesse masculine" chez les Sénoufo.

. Les rancunes entretenues dans un rapport de voisinage.

Pour ce qui concerne les maladies relatives aux denrées alimentaires, nous trouvons ici en dehors de la théorie totemique, l'explication de nombreux interdits pour la consommation de certaines plantes alimentaires et de certains animaux en Afrique noire.

Cette prescription diététique paraît encore plus stricte pour les femmes en état de gestation.

Dans la région d'Alépé, il est interdit aux femmes en état de grossesse de consommer la chair des singes et du pangolin.

Dans la région de Korhogo, cette restriction s'observe également au niveau de la catégorie des femmes du même état pour la consommation de la chair des rats, des singes, et des escargots.

De loin ou de près, il semble que la notion de "microbe" ou de "virus" jusqu'alors, n'apparaît pas dans l'univers pathologique de ces deux types de société.

Les informateurs ne reconnaissent pas l'existence de cet agent pathogène dans leurs langues locales respectives.

Néanmoins, ils avouent être persuadés du caractère contagieux de certaines maladies.

En effet, comment cela se passe-t-il dans leur conception ?

2 - Processus de transmission de la maladie

D'après les individus interrogés, les voies de transmission de la maladie relèvent de quatre ordres en gros :

- . Il y a d'abord l'hérédité : c'est le mode de transmission le plus important.

Cette thèse héréditaire de la transmission classe ainsi automatiquement, certains sous-groupes lignagers de la communauté d'après des états morbides spécifiques.

De fait, "il existe des clans bien réputés pour l'hernie, comme d'autres pour la lèpre, la surdité, l'épilepsie, des tares physiques... que nous connaissons bien au sein de notre collectivité." Confirme une vieille dame Akié nommée Apo.

- La seconde voie de transmission soulignée est le "déplacement de la maladie" d'un proche à un autre.

Cette thèse tend à personnifier la maladie qui se transporterait aux individus à tour de rôle, à l'intérieur d'un même cercle social donné. C'est par exemple le cas de la varicelle ou de la variole qui passe d'un enfant à un autre au sein de la même concession. Il s'agit-là certainement des maladies contagieuses à caractère épidémique.

- Ensuite, arrive en troisième lieu, le mode de transmission par voie sexuelle ; selon nos informateurs, il est établi sans équivoque que ce mode constitue la voie privilégiée de transmission des maladies vénériennes.

Mais en dehors de cette première catégorie, il est d'autres maladies du corps physique qui se transmettent à autrui par relation sexuelle. C'est par exemple la jaunisse ou l'ictère dit-on.

- Enfin, le dernier mode de transmission de la maladie mis en évidence est l'effet de contact entre un sujet sain et un sujet atteint ; simplement par la vue, l'odorat, ou le toucher.

Sous cette rubrique, les exemples cités sont les maux d'yeux qui se transmettent rien qu'à travers le regard d'un sujet atteint.

La forte odeur dégagée par un cadavre humain en décomposition ou pour avoir découvert ce cadavre humain sur son passage.

Dans la même perspective, une femme en grossesse qui regarderait assez longuement un individu anormalement constitué, ou bien victime d'une maladie répugnante, pourrait ainsi contaminer l'enfant qu'elle porte en son sein...etc.

De tout ce qui précède, il en dérive visiblement que cette nomenclature circonscrite du processus de la contagion des maladies, ne fait nullement mention de la théorie microbienne de façon explicite.

Toutes les voies de contagion de la maladie mettent l'accent sur le système des relations sociales :

- thèse héréditaire de la transmission ;
- thèse géo-communautaire de la transmission ;
- thèse sexuelle de la transmission ;
- thèse psycho-somatique de la transmission.

D'un point de vue théorique, cet état de fait montre bien clairement que la médecine africaine met ainsi en évidence, une théorie inter-relationnelle de transmission de la maladie, aux dépens de la théorie microbienne de la médecine officielle.

Par conséquent, l'homme se trouve à la fois au début et à la fin de la maladie ; c'est-à-dire à la fois comme cause et effet. Dans ce contexte des maladies contagieuses, la maladie devient elle-même un rapport des rapports sociaux mais non, un rapport de cause à effet systématique.

C'est la raison pour laquelle lorsqu'une maladie se déclenche au sein d'un lignage de la communauté, elle devient automatiquement une source de crainte et d'angoisse de tous les membres du lignage.

Ce n'est pas tellement la mort prochaine de l'individu en tant que tel qui explique cette crainte ou cette angoisse, mais la question de savoir :

"Qui est à la base de cette maladie ?"

Et cette attitude ne contredit guère les origines de la maladie que nous avons examinées plus haut ; la croyance aux forces mystiques, les relations sociales et les interdits qu'un membre de la communauté peut faire transgresser à autrui à son insu.

Partant, revenons à la question de la théorie microbienne.

Est-ce à dire que la science médicale africaine méconnaît-elle complètement la loi de la transmission basée sur les agents pathogènes ?

La théorie microbienne de la transmission de la maladie transparaît en toile de fond, dans le comportement et les attitudes des membres de la communauté qui fréquentent le malade.

- Les Akié par exemple ne gardent pas en héritage, les biens usuels (vêtements et ustensiles de cuisine) utilisés quotidiennement par une victime de la tuberculose, de la variole, de la lèpre...

Ces éléments sont mis en terre ou brûlés automatiquement après le décès du malade.

- Chez les Tiembara, c'est l'isolement systématique de l'individu dans une case construite à l'écart, dès que la maladie est constatée. Quand il s'agit bien entendu de maladie contagieuse.

Qu'est-ce à dire ?

Ici, il paraît très hâtif et erroné d'affirmer que les sociétés africaines ignorent complètement l'existence des microbes. Quand bien même leurs langues locales ne stigmatisent pas cette notion. La logique de la bio-chimie n'existant pas au sein de ces communautés, la théorie microbienne de la transmission de la maladie apparaît ainsi donc comme une "théorie suggérée" mais "non-explicitée".

Peut-être consciemment ou inconsciemment, ceci pour privilégier les rapports sociaux. Cette vision explicative particulière de la transmission de la maladie a entraîné en retour, une conséquence limitative du contenu de la notion d'hygiène.

La notion d'hygiène

- chez les Akié d'Alépé, lorsqu'une mouche, se jette dans un repas, il est même recommandé de la laisser dans le repas, et de consommer ce repas avec appétit. Car cet événement marque le signe d'un bonheur très prochain ou d'une chance imminente dans les affaires. Hypothèse d'autant plus renforcée que lorsque vous retrouvez en même temps, deux grosses mouches bleues se traînant dans le repas.
- chez les Tiembara de Korhogo, nous avons constaté par exemple, que les cases rondes familiales ne disposent qu'une pièce unique Avec une petite ouverture sous forme de fenêtre.

Cette unique pièce sert de chambre à coucher à tous les membres de la famille.

Et de plus, très souvent, les volailles du chef de famille doivent également prendre place aux côtés des hommes pendant la nuit, à l'intérieur de cette même pièce.

En définitive, ici et là, la notion d'hygiène apparaît comme une réalité sociale dont le contenu demeure variable dans l'espace et aussi dans le temps.

Elle ne se présente pas ainsi donc comme une donnée absolue qui obéit partout et toujours aux mêmes normes de la santé.

Cette conception relativiste de l'hygiène en est de même pour les "états de maladie".

3 - Etats de maladie et états de non-maladie

L'"état de maladie" est la qualité morbide de l'organisme à partir de laquelle la collectivité trouve la vie de la victime en danger. Parce que cet état morbide peut entraîner la mort du sujet. C'est "l'anormal" en d'autre mot. Il y a donc effectivement maladie.

C'est par exemple la tuberculose, la lèpre, la méningite, etc...

Par contre, il existe des états morbides pour lesquels la collectivité n'éprouve aucun sentiment d'inquiétude ; et le sujet atteint, aucune crainte.

Parce que dans ce cas, il est estimé que la vie du sujet concerné n'est pas en danger. L'état en effet n'est point considéré comme pathologique. Il est donc "normal".

Il s'agit-là d'"état de non-maladie".

A l'intérieur de nos systèmes socio-culturels Akié et Sénoufo, il existe bel et bien des exemples d'"états de non-maladie".

-chez les Akié d'Alépé, nous avons retenu à titre d'exemples, deux cas.

1°) Les crises hystériques ; pour les membres de la communauté autochtone, ces états momentanés de transe signifieraient tout simplement que le sujet qui les endure est un "élu" des esprits (les génies).

Il est ainsi donc prédisposé à exercer la profession de guérisseur ou de devin. Ce n'est donc pas un malade.

2°) Les états diarrhéiques des nourrissons au cours de leurs premiers pas.

D'après les femmes Akié de la région d'Alépé, cet état morbide n'est pas un état pathologique. Il s'agirait plutôt d'un signe du passage de la "position couchée et assise" de l'enfant, à la "position debout". L'enfant n'est donc pas malade.

Cette diarrhée se trouve donc intégrée dans la logique de l'évolution normale de l'homme. Elle est par conséquent normale ; parce que supposée disparaître sitôt après la période de transition.

D'un point de vue théorique, comment pourrait-on expliquer cette distinction des états morbides entre "états de maladie" et "états de non-maladie" ?

Un bref rappel de la notion de maladie peut nous mettre sur la voie.

En effet, nous avons déjà défini la maladie en général comme un phénomène social objectif, reconnu à partir du déséquilibre qu'elle produit au niveau de l'organisme humain.

Sa présence se signale toujours par des signes extérieurs appelés symptômes.

La maladie ainsi définie, présente deux aspects indissociablement liés :

- un aspect objectif, physique, observable, qui est l'expression du dysfonctionnement physiologique ou mental ;
- puis un aspect subjectif, symbolique, qui est l'expression des signes extérieurs : les douleurs, les taches, les odeurs... ce sont les symptômes.

Pour les communautés humaines, à chaque symptôme particulier, correspond un état morbide de maladie ou de non-maladie.

Parce que les symptômes sont des données significatives à partir desquelles la collectivité établit des interprétations qui essaient d'identifier les causes et les origines de la morbidité.

Ces interprétations correspondent ainsi à une élaboration théorique effectuée à partir de la réalité objective que constitue l'état de morbidité.

Sous ce rapport, l'esprit humain émet une typologie qui consiste à regrouper une première partie des états morbides dans la classe des "états de maladie", et une deuxième partie dans la classe des "états de non-maladie".

Le contenu de cette classification n'est pas une donnée universelle. Elle est d'ordre culturel.

Par ailleurs, poursuivons notre analyse pour dire qu'au niveau des "états de maladie" proprement dits, il s'opère encore une dichotomie entre "maladie pour hôpital" et "maladie pour guérisseur" sous l'action des systèmes de représentation et d'interprétation des symptômes.

Pour mieux éclaircir cette nouvelle conceptualisation, nous nous reportons au volet de la croyance déjà mentionné plus haut, dans le cadre des origines de la maladie.

De fait, dans les sociétés Akié et Sénoufo, il est établi que l'envoûtement, la malédiction, l'ensorcellement etc... relèvent effectivement des "états de maladie".

Les symptômes manifestes s'expriment à travers les états de transe, les fugues, les angoisses...

Alors, dit-on, les victimes auraient été des cibles atteintes par des sorciers, des féticheurs, des envoûteurs...

En somme, il faut dire que les personnes victimes de ces cas d'espèce présentent là des types de "maladie pour guérisseur". Parce que selon le système d'interprétation des communautés Akié et Sénoufo, ces états morbides ne sont ni d'ordre physique, ni d'ordre mental. Ils relèveraient d'un ordre purement mystique.

Et dans l'état actuel des connaissances, la médecine officielle avec ses appareils techniques, ses produits chimiques et ses machines sophistiquées, n'a encore pu faire preuve d'efficacité en ce qui concerne ces cas pathologiques d'ordre mystique.

D'où ils ne sauraient faire l'objet de la compétence du médecin d'hôpital.

Alors, ce ne sont pas des "maladies pour hôpital".

En revanche, à partir de ce qui précède, nous pouvons définir la "maladie pour guérisseur" comme tout cas pathologique relevant exclusivement d'origine spirituelle selon le système d'interprétation des symptômes dans les sociétés africaines. Et la "maladie pour hôpital", comme tous les autres cas concernant les maladies d'origine physique ou mentale. C'est par exemple le paludisme, l'angine, les maladies vénériennes, les fractures...etc.

Au total, retenons pour finir que la notion de maladie renferme un contenu très complexe. En plus, ce contenu varie lui-même d'un système culturel à l'autre. Tel est le fondement du principe de la relativité du normal et du pathologique. Dans le contexte africain, la maladie ressort d'une origine naturelle, sociale, spirituelle et mentale. Mais tous les cas pathologiques ne sont pas identiques partout. Le système d'interprétation des symptômes emprunte les cadres de référence idéologique propres à chaque type de société.

De plus, l'analyse tend à montrer que le contenu des systèmes idéologiques des sociétés africaines reste prédominé en partie, par ses aspects spirituels.

Ce qui entraîne par voie de conséquence, le privilège accordé à la "théorie inter-relationnelle" de la transmission de la maladie aux détriments de la "théorie microbienne".

A un deuxième niveau, survient une distinction fortement marquée entre "maladie pour guérisseur" et "maladie pour hôpital".

Mais le contenu de la science médicale africaine lui-même ne se limite pas à la notion de maladie.

Il prend en considération, comment les Africains conçoivent également dans leur système de pensée, la notion de mort.

D - LA NOTION DE MORT

Le problème de la notion de mort est de comprendre dans la pensée des groupes sociaux considérés, la question fondamentale : Que devient l'Homme au-delà de cette vie du monde visible ?

Selon la version des Akié et Sénoufo, la mort suppose certes, l'altération du corps physique "djantô" ou "tyer".

Elle présuppose également l'évasion du souffle ou de la "force vitale" "ouan sin" ou "si".

Mais cette situation ne doit pas être comprise comme anormale ou illogique.

"la mort est le fait de tout individu qui naît. Elle est en nous tous" affirme notre informateur, le vieux Soro du village de Pion.

Cette conception de l'immanence de la mort se traduit à notre avis, par le fait de la "dialectique originelle" insinuée au sein des composantes subtiles de la personne humaine.

Ainsi donc, la mort se révèle ici comme un stade d'évolution de la personnalité.

Par conséquent, elle paraît évidente et inhérente à l'existence. Car "même si l'être humain est sacré, il n'est pas une divinité" ajoute le vieux Soro.

Donc l'Homme est mortel parce qu'il n'est pas parfait comme l'Etre suprême.

Par ailleurs, cette conception cosmogonique ne suggère pas la mort comme la fin dernière.

Au sujet de la vie et de la mort, les Akié et Sénoufo établissent une analogie entre le jour et la nuit.

Pour être plus explicite, disons que, pour ces sociétés africaines, l'existence humaine demeure sans fin. Elle correspond de fait à une véritable navette entre le monde visible et le monde invisible dont le fondement se retrouve dans le changement de la "peau" ; c'est-à-dire l'enveloppe charnelle.

Qu'est-ce à dire ?

Pour toutes ces communautés culturelles, l'hypothèse de la réincarnation constitue le principe de base ou le moteur de ce processus cyclique, entre le monde visible des "vivants" et le monde invisible des "morts".

Pour ce faire, les rites funéraires ont un rôle important à jouer.

De quelle façon ?

- chez les Akié d'Alépé, les funérailles sont célébrées une semaine après les obsèques. Ce rituel populaire se nomme "tsan lô fou" ; sens littéral : "verser de l'alcool". Cela se traduit par la "bénédiction" par opposition à la "malédiction". L'esprit du défunt est béni. Il y a là, la force du verbe qui recommande aux esprits des ancêtres, de bien vouloir accepter l'intégration de celui qui arrive, dans la paix et l'harmonie.

Et c'est à ce titre que l'alcool est utilisé pour l'invocation de la communauté des invisibles qui reçoit le "nouvel arrivant". Ce rituel baigné apparemment d'une ambiance de fête, demeure intrinsèquement religieux. Parce que le symbole est sacré.

- chez les Tiembara de Korhogo, les rites funéraires se tiennent généralement un an après les obsèques du défunt.

C'est un paradoxe apparent qui transparait. Car les rites se déroulent dans une ambiance de fête également. Mais au fond, le système de pensée sénoufo estime qu'il s'agit-là d'un culte religieux dont la finalité est de permettre l'accès de l'esprit du défunt, au "champ des morts" appelé "koussée".

Cet esprit y retrouvera les ancêtres qui l'ont précédé.

Dans tous les deux cas - Akié et Sénoufo - la mort est ainsi acceptée et intégrée dans les structures mentales, non pas comme une négation de la vie, mais plutôt comme un continuum logique de notre existence sur un autre plan. C'est pourquoi cette symbiose existe bien entre ces deux plans visible et invisible de l'univers.

Une éventuelle prédestination à la damnation de l'Homme ne prévaut nullement dans cette cosmogonie.

Les esprits du monde invisible participent ainsi donc activement aux activités du monde visible.

Ils veillent sur les vivants et les aident dans leurs différentes préoccupations.

A cet égard, ils se manifestent alors à travers les rêves, les cultes, et la voyance.

Sous ce rapport, le domaine de la science médicale ne constitue pas un laissé pour compte.

Bien au contraire, celui-ci ressort comme le champ privilégié d'intervention de ces esprits, dans leur souci d'aider constamment les humains du monde visible.

De quelle manière ?

C'est ce que nous verrons bien dans les pratiques originales de la médecine africaine.

Que retenir du chapitre des facteurs déterminants de la santé et de la médecine africaine ?

En résumé, l'objectif de cet exposé était de mettre en relief, les données objectives et subjectives constitutives de la médecine africaine en pays Akié et en pays Sénoufo.

En effet, l'analyse nous a permis d'aboutir aux résultats suivants :

1°) En ce qui concerne les données objectives constitutives de la médecine africaine des sociétés concernées, il est apparu que ces données objectives relèvent de l'interdépendance entre l'environnement écologique, les systèmes d'organisation sociale, religieux, les habitudes alimentaires et la prévalence de certaines espèces pathologiques.

Ces divers éléments sous-jacents subissent à l'intérieur de chacune des communautés culturelles, une loi dynamique qui comporte des implications qu'il conviendra de saisir plus tard, au niveau de la forme et du contenu de la médecine africaine.

2°) S'agissant des données subjectives constitutives de cette médecine africaine, il importe de souligner que ce volet relève du système de représentation des notions de santé, de la personne humaine et de la maladie. Il présente une structure similaire entre la société Akié et la société Sénoufo. Somme toute, ceci ne signifie nullement que les systèmes d'interprétation des symptômes de la maladie se perçoivent de façon identique.

Et c'est à partir de cet aspect précis de la question qu'apparaît la relativité du normal et du pathologique entre la médecine Sénoufo et la médecine Akié.

Cela va sans dire que pour une maladie donnée, les mêmes symptômes se trouvent souvent variablement interprétés, à telles enseignes que cette même maladie est perçue différemment d'une société à une autre. Et c'est cette théorie de la relativité du normal et du pathologique qui explique la coexistence de l'efficacité et de l'échec au sein d'un modèle médical donné. car, à travers les divers domaines de la pathologie, la scientificité des méthodes thérapeutiques prime quelque fois sur la subjectivité. Néanmoins, il apparaît inversement assez souvent que, c'est la subjectivité qui prend le pas sur la scientificité. Ainsi donc, eu égard à cette théorie de la relativité du normal et du pathologique sous-jacente à la constitution de toute médecine authentique, il ne saurait exister une Médecine humaine infaillible. C'est pourquoi nous allons maintenant aborder concrètement les bases méthodologiques de la médecine africaine.

CHAPITRE 5 : LES PRATIQUES ORIGINALES DE LA MEDECINE AFRICAINE

L'objectif que nous poursuivons dans ce chapitre consiste à mettre en évidence, les différents aspects méthodologiques utilisés par la médecine africaine, en vue de cerner ses potentialités ou perspectives d'efficacité et ses insuffisances internes.

L'étude présentera ainsi donc, les conditions dans lesquelles elle se forme, ensuite ses modes de traitement, et enfin ses perspectives dynamiques.

I - LA FORMATION DE LA MEDECINE AFRICAINE

Dans l'état actuel des connaissances, la médecine africaine telle que nous la définissons par ses aspects matériels et immatériels dans le contexte culturel africain, ne dispose pas encore d'une véritable étude historique, faisant mention de sa genèse, de ses étapes d'évolution, et de ses spécialités déjà acquises, de sorte que celui qui l'aborde, sache où il se situe et où il s'oriente.

Les références bibliographiques existantes n'ont encore fait cas d'un quelconque progrès donné.

Est-ce à dire que tous ces aspects historiques énumérés n'existent-ils pas de façon interne à la médecine africaine ?

Notre préoccupation n'est point de restituer ce manque à gagner dans ce cadre présent. Seulement, nous souhaitons que cette parenthèse formulée sous-forme d'interrogation, constitue un champ d'investigation où les hommes de science peuvent trouver matière à réflexion.

Pour ce qui nous concerne ici, il s'agira de situer, à partir de l'histoire de la médecine officielle et de la tradition orale de nos zones d'enquête, les conditions d'apparition de la médecine africaine, faute de documents originaux.

A - NAISSANCE DE LA SCIENCE MEDICALE

D'après les historiens de la science médicale, la médecine officielle actuelle des hôpitaux dérive de la "médecine primitive" qui englobe historiquement la médecine africaine.

Examinons donc les origines de la "médecine primitive".

1 - Les théories des origines de la "médecine primitive"

La "médecine primitive" encore appelée la "médecine des origines" se présente comme la forme originelle des moyens de guérison de l'Homme ; c'est-à-dire la médecine initiale des premiers hommes.

Comment cette médecine est-elle apparue ?

Dans le domaine de l'histoire de la science médicale, deux thèses controversées y répondent :

- la première thèse, celle des rationalistes du XIX^e siècle, pose l'hypothèse que les premières manifestations de la médecine humaine reposent sur une base empirique. A cet effet, les tenants de cette thèse citent les substances dont les "primitifs" ; c'est-à-dire les premiers hommes, faisaient usage : la quinine, l'ipécéa, l'opium, la cocaïne etc...

C'est par la suite que la magie s'est introduite dans cet univers médical à partir des "élucubrations magiques", concluent-ils. Contre cette première théorie des origines de la "médecine primitive", s'élabore une seconde en inversant les perspectives.

- Il s'agit de la thèse de l'auteur ARTELT (W.) (1).

(1) ARTELT (W.) : Ein führung in die Medizinhistorik.

F. Enke, Stuttgart 1949, "ossa mandibulae inferioris duo"

Sudhoffs Arch 39 (1955) 3, 193-215, cité par

LICHTENTABLER (ch.) dans : histoire de la médecine
Fayard, Paris 1978. P 63.

Celui-ci part de l'hypothèse que l'utilisation des premiers remèdes par l'homme repose sur la force de l'instinct.

Ces remèdes sont essentiellement des plantes. Il en est de même pour les animaux qui se dirigent vers les plantes lorsqu'ils ressentent un malaise. Par conséquent, c'est donc plus tard qu'est venu l'empirisme médical par expérience et observation.

De fait, la question est de savoir : Quelle serait l'origine de la médecine africaine proprement dite ?

Avouons que nous ne saurions ici trancher le problème de façon systématique et ranger les origines de la médecine africaine dans une catégorie théorique donnée.

Plusieurs raisons concourent à cette prise de position particulière.

1°) Nous estimons que les deux théories constituent deux aspects complémentaires d'un même processus : l'instinct et l'empirisme.

L'instinct se réfère à la spontanéité, à l'impulsion sans calcul ; tandis que l'empirisme se base sur l'habitude, la répétition. Ce dernier peut donc se servir des résultats de l'instinct.

Nous aboutissons ainsi à la conclusion que l'instinct précède logiquement l'expérience. Et pourtant, "les vertus médicinales des plantes peuvent être reconnues à partir des besoins d'alimentation et sans nécessairement avoir l'idée préalable de rechercher un médicament..." suggère une informatrice.

Nous retrouvons à partir de cette remarque de notre informatrice, que l'expérience peut être à l'origine d'une découverte médicale.

2°) Notre deuxième motif de réserve se base sur la formulation pertinente d'une autre hypothèse tout à fait différente des deux premières. Celle-ci est le pouvoir originel de guérison.

2 - Les dons

Il s'agit dans le contexte spécifique de la médecine africaine, du facteur singulier du pouvoir originel de l'Homme.

Au cours de l'enquête, des informateurs nous ont révélé qu'il a existé des "tuteurs de puissance particulière" qui jouissaient des pouvoirs de guérison.

Et leurs moyens d'intervention se basaient sur des éléments ordinaires de la nature : l'eau, les minéraux, les plantes...

Ces éléments étaient indiqués à travers des rêves. C'est la raison pour laquelle les lotions et les traitements à base d'eau (l'hydrothérapie) existent encore dans les pratiques de la médecine africaine aujourd'hui.

"Au commencement de la médecine africaine existait le don..." affirment nos informateurs Sénoufo avec insistance.

"Le don n'est pas arrivé sur terre après l'Homme. Il est né en même temps que toutes les autres créatures de l'univers et en même temps que l'Homme" renforce vieux Soro.

Revenons ainsi à la question initiale relative à l'origine de la médecine africaine.

En raison de la pertinence de cette dernière hypothèse, il s'avère objectivement difficile de se vouer uniquement soit à la thèse fondée sur l'instinct de l'Homme vers les plantes, soit à la thèse de l'empirisme à l'égard des plantes.

La médecine africaine pose le problème à la fois, en termes de mystique (le don) et de variabilité des sources de guérison (l'eau, les minéraux, le soleil, les plantes...).

C'est par la suite au cours de l'histoire, que d'autres facteurs ont contribué à la formalisation de cette science.

3 - Les conditions historiques

Il ressort des propos de nos informateurs, que la mise au point de la pharmacopée (des méthodes et des techniques de la médecine africaine actuelle) provient des formes variables de contacts occasionnés avec d'autres groupes culturels.

Il s'agit notamment des guerres, des rapports de voisinage, des échanges commerciaux, et des visites simples.

Dans le cadre de ces relations inter-groupes, les populations Akié affirment avoir été initiées à plusieurs recettes médicamenteuses des groupes Agni, Abey, Baoulé...etc, et inversement, elles soutiennent avoir enseigné à des membres de ces groupes, certaines techniques et méthodes qui étaient initialement les leurs.

Du côté des Tiembara, le même "effet diffusionniste" a été observé mutuellement au contact des Malinké, des Tagbana, des Lobi...

Du point de vue méthodologique, il apparaît dommage de ne pouvoir citer des exemples concrets.

Parce que pour la majorité des cas, les recettes médicamenteuses africaines n'ont d'identité nominale que par rapport à la dénomination des maladies.

Par exemple, toutes les recettes qui servent à soigner le paludisme seront appelées "médicament de paludisme" ; contre les vers, on dira "médicament de vers" ; contre la folie, on dira "médicament de folie"...etc.

Sous ce rapport, il s'avère très difficile de mentionner ici, des exemples d'emprunts de recettes entre les divers groupes sociaux ; faute de vocabulaire rigoureux et approprié aux recettes médicales africaines.

Au niveau des plantes utilisées, il faut dire que chaque groupe social attribue une appellation particulière qui lui est propre. Cette appellation ne change guère même si une plante à vertu curative a été indiquée par une communauté voisine dans une langue différente.

Par ailleurs, dans le cadre de la formation de la médecine africaine, nous pouvons ajouter également qu'en dehors des contacts historiques entre différents groupes sociaux, il y a les cas individuels d'observation.

Sous cette rubrique, il a été signalé la particularité de certaines espèces végétales (goût piquant, effets toxiques de la sève par exemple...), et le comportement des animaux de la brousse. A ce propos, un exemple camerounais illustre bien le cas à la page suivante de cette étude (1).

En définitive, compte tenu du caractère disparate dans le temps et dans l'espace des expériences enregistrées par la médecine africaine, il s'avère difficile pour nous, d'affirmer aujourd'hui que celle-ci à l'origine, ressort exclusivement de l'instinct ou de l'empirisme de l'Homme à l'égard des plantes, ou alors du don de voyance uniquement.

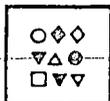
Nous estimons que ces divers facteurs ont variablement joué selon les conditions écologiques, climatiques et les dispositions mentales.

En somme, l'hypothèse que nous pensons mieux convenir à la théorie des origines de cette médecine africaine est celle qui se réfère aux éléments de la nature en général. Ce sont : l'eau, les minéraux, le soleil... qui constituent aussi des facteurs de la santé. Il n'y a pas que la plante végétale. Le premier Homme africain s'est-il soigné peut-être avec de l'eau douce. Nous signalons à juste titre qu'il a existé des civilisations d'hydrothérapie dans l'histoire de la thérapeutique ; les Hittites vers 1500 avant Jésus-Christ ; les Grecs vers 800 avant Jésus-Christ.

Nous allons entrer à présent dans le cercle des praticiens de la médecine africaine pour y examiner les différentes catégories de praticiens.

(1) Consulter la bande n° 1 : Le crapaud et son médicament.

VARIETES



le crapaud et son médicament

« Curieux, mais authentique.

« Je rapporte un curieux exemple de l'instinct des animaux.

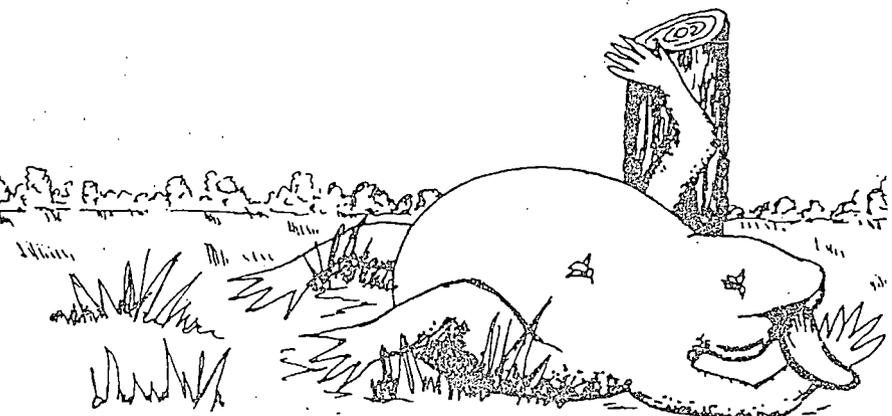
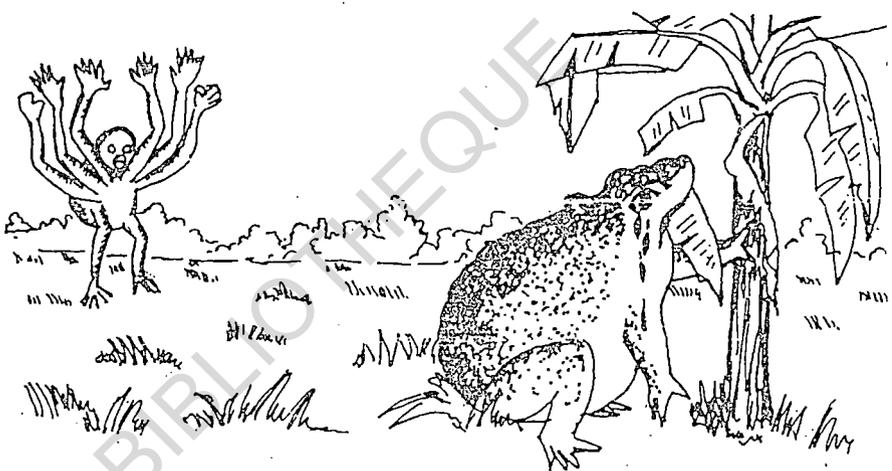
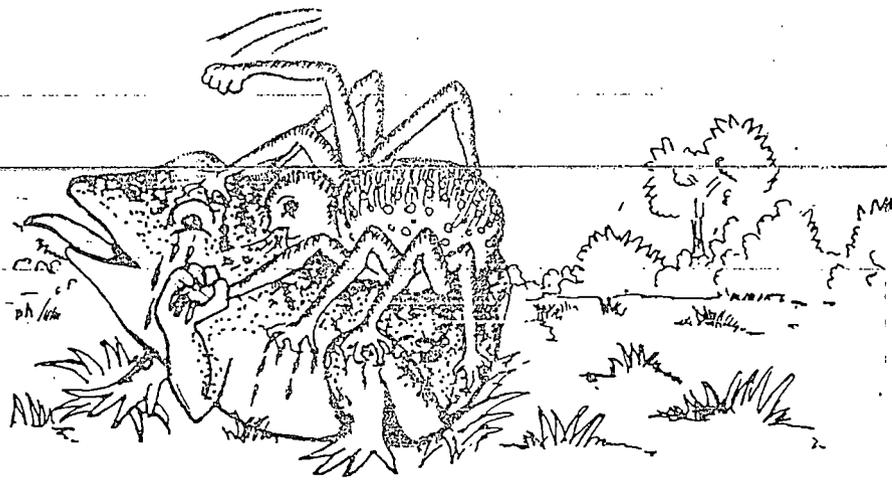
Un promeneur flânant dans un champ, vit une grosse araignée des prés, dont l'espèce passe pour très venimeuse, luttant contre un crapaud de taille ordinaire. Par un mouvement rapide, l'araignée s'élança sur le dos du crapaud et le mordit malgré les efforts de celui-ci qui essayait de la chasser avec ses pattes de devant. Sitôt piqué, le crapaud se dirigea vers un pied de plantain qui se trouvait non loin de là et le mâcha, puis il revint vers l'araignée, la lutte continua avec les mêmes accidents, et chaque fois que le crapaud était mordu, il avait recours au plantain.

« L'observateur de ce combat, intrigué de ce manège, arracha le plantain et attendit. Il vit alors le crapaud qui n'avait plus trouvé son remède, après une nouvelle morsure, enfler rapidement, présenter les autres symptômes de l'empoisonnement et mourir au bout de peu de temps. »

Le crapaud sait quel médicament il lui faut. Et nous ? Est-ce que nous savons moins bien qu'un crapaud ? Parfois, il faut faire confiance à son instinct.

Cette histoire nous a été envoyée par un lecteur, M. Ngougou Keyampi Jacques, Pionnier à Nkondjock (Cameroun).

Merci à notre correspondant qui gagne un abonnement d'un an à AGRIPROMO.



B - TYPLOGIE DES PRATICIENS

Le domaine de la médecine africaine nous autorise en général, à compter une large variété de praticiens de cette science.

Mais l'identification en différentes catégories dépend des critères choisis pour la classification.

Par exemple, le critère de spécialité par maladie présente une classification sans fin ; parce qu'il existe une infinité de maladies. Par ailleurs, le critère de classement fondé sur les moyens utilisés n'échappe pas à la confusion en fin de compte.

Car il est des praticiens qui utilisent des incantations simples, d'autres les visions, puis les rêves, les plantes, ensuite les impositions de mains etc...

C'est dire qu'au sein de cet univers de la médecine africaine, l'imagination n'est pas toujours chose facile.

En réalité, ce travail de classification des guérisseurs a été déjà effectué par le Comité Régional d'Experts sur la médecine africaine (1).

Néanmoins, dans le cadre de cette étude, cette classification du Comité Régional pose un problème. C'est ce qu'il convient d'examiner à présent.

(1) Comité réuni à Brazzaville (Congo) du 9 au 13 février 1976.

1 - Approche historique de la typologie

Rappelons-nous que le Comité Régional définit le guérisseur comme "une personne qui est reconnue par la collectivité dans laquelle elle vit comme compétente pour dispenser des soins de santé, grâce à l'emploi de substances végétales, animales et minérales et d'autres méthodes basées sur le fondement socio-culturel et religieux aussi bien que sur les connaissances, comportements et croyances liés au bien-être physique, mental et social ainsi qu'à l'étiologie des maladies et invalidités prévalant dans la collectivité".

Et en partant de cette définition, le Comité Régional d'Experts classe l'ensemble des guérisseurs en quatre catégories :

- les herboristes qui utilisent les plantes ;
- les spiritualistes qui n'utilisent presque pas de plantes ;
- les grands thérapeutes spiritualistes qui ont recours à des incantations et à des rites ;
- les devins qui sont des herboristes utilisant des pratiques divinatoires (1).

A l'observer de près, cette classification semble bien se baser fondamentalement sur la méthode utilisée par les guérisseurs en vue d'effectuer leurs traitements.

Mais en rapport avec notre objectif qui vise finalement une approche stratégique d'intégration de la médecine africaine au système officiel de santé, cette classification ne nous permet point en toute objectivité, de faire la part des choses.

(1) Série de Rapports techniques AFRO n° 1. (OMS) Brazzaville 1976 - P. 3.

En termes clairs :

- quelles différences fondamentales existe-t-il entre un "devin" et un "spiritualiste" ?
- puis entre un "grand thérapeute spiritualiste" et un "spiritualiste" tout court ?
- est-ce que tous les herboristes sont-ils véritablement des guérisseurs ?
- est-il ici possible de distinguer le véritable devin du faux ?

Pour tout dire, si nous admettons la définition proposée par le Comité Régional d'Experts à propos de la notion de guérisseur, la classification qu'il élabore pour spécifier les différentes catégories de praticiens nous donne très peu de satisfaction dans ce contexte précis.

Nous pensons que cette typologie - pour être efficace - doit partir d'une base objective et concrète de la sphère des guérisseurs.

A cet effet, l'observation attentive et patiente est d'une importance capitale. C'est ce qui nous a permis de retenir un critère apparemment simple pour notre classification.

Quel est ce critère ?

C'est la "genèse mythique" des praticiens de la médecine africaine.

2 - Classification et présentation des praticiens

Nous avons constaté au cours de nos différents entretiens avec les guérisseurs, que la seule question qui les meut ou qui quelque fois, met certains en état de transe est celle-ci :

"Comment êtes-vous devenu guérisseurs ?".

- "C'est parce que des esprits sont venus habiter en moi..."
repondent-ils avec émotion.
- "C'est par héritage, mais un don de notre famille..." disent d'autres avec fierté.

"J'ai été initié par le grand maître nommé...."
soutiennent-ils avec sourire.

Par contre, la plupart de ceux qui ne jouissent pas de ce prestige de doués, ou de disciples d'un grand maître réputé, affichent très rarement ces sentiments de fierté ou d'émotion.

Partant de cette **constatation**, nous déduisons que le point spécifique auquel le guérisseur semble être profondément sensible, demeure les conditions d'accès à ce statut.

Par conséquent, d'un point de vue méthodologique, nous le retenons pour notre classification.

Cette hypothèse de travail nous amène ainsi à regrouper l'ensemble des guérisseurs en deux grandes catégories distinctes : les doués et les non-doués.

- Les doués : ce sont ceux qui possèdent un don au départ. Ils détiennent donc leur pouvoir de guérison par révélation ou de naissance ;
- les non-doués : ils relèvent de tous les autres détenteurs de pouvoir de guérison par voie de transmission directe sans un don préalable.

a - La classe des doués

Au sein des deux communautés culturelles Akié et Tiembara, la classe des doués comporte deux sous-groupes.

Il y a les détenteurs de pouvoir originel et les détenteurs de pouvoir par révélation.

- Les détenteurs de pouvoir originel sont appelés "gnagni son" (1) en Akié et "oussénin-nouh" en Tiembara.

Ils sont nés avec leur pouvoir. A cet effet, ils sont reconnus efficaces par la communauté dans les domaines de la guérison et de la protection contre la sorcellerie.

Ce sont en quelque sorte des "tuteurs de puissance particulière". La caractéristique particulière de ce groupe est la discrétion. Les "gnagni son" ou "oussénin-nouh" ne sont pas du tout apparemment identifiables.

(1) "Gnangni'sin" singulier ; "gnangni'son" pluriel ; en langue Akié.

Pour être reconnus comme tels, ils se déclarent ainsi, à la suite d'un événement exceptionnel dans la communauté, ou après une épreuve extraordinaire accomplie. Par exemple sauver la vie d'un accidenté sur le vif par le "n'séké" (1).

Hormis ces cas exceptionnels, ils interviennent toujours avec beaucoup de discrétion.

Ils sont supposés lire au passage, dans la conscience des personnes qui les intéressent, voir les maladies ou prédire l'éventuel danger menaçant.

Il apparaît important de signaler que ce pouvoir de voyance et de guérison demeure en eux, et fait partie d'eux.

Ceci est différent du second sous-groupe.

- Les détenteurs de pouvoir par révélation.

Ceux-ci ne sont pas nés avec leur pouvoir de guérison. Ils l'obtiennent à la suite d'une "élection" par les esprits. Les Akié appellent ce sous-groupe ; les "keh'son" (2), en Tiembara, ce sont les "toubel-chion". ou "toubel-fol".

(1) N'séké : épreuve de démonstration de force supra-naturelle.
(en Akié)

(2) Keh'son : pluriel ; keh'sin : singulier.

Voir Photo n° 6 : La danse de possession par un élu.



Photo n° 6 : La danse de possession par un "élu"
des esprits.

Ces esprits sont des entités existantes en dehors de ces personnes. Il s'agit d'esprits d'ancêtres décédés ou d'esprits de génies des forêts ou des eaux.

Ils se manifestent ainsi par l'intermédiaire de leur élu.

En effet, les "keh'son" ou "toubel-chion" apparaissent ainsi donc comme des médiums. Ils sont habités par les esprits qui les guident, les informent sur la nature des maladies et leur indiquent les remèdes appropriés.

Compte tenu du rapport d'indépendance des esprits vis-à-vis de leur élu, ils peuvent les abandonner quand ils le désirent.

Mais à quelles conditions ? nous reviendrons sur ce point plus tard.

De fait, sachons que dans le système culturel Akié, il existe cinq types d'esprits qui peuvent habiter l'âme des personnes humaines pour en faire d'elles, des médiums.

Ces esprits sont :

- "ouansin" qui veut dire ici esprit-saint ;
- "kaman" un esprit de forêt ;
- "angbé" un esprit de forêt ;
- "wuinè" un esprit de forêt ;
- "gnui" esprit d'un défunt.

Ces cinq variétés d'esprits traduisent en fait cinq variantes de médium avec des nuances subtiles.

Ils pratiquent tous, les rites de possession et procèdent à la divination en état de transe dans une forte ambiance musicale.

Leurs traits originaux sont présentés aux tableaux n^{os} 38 et 39.

En dehors de leur état de transe et de possédé, les médiums apparaissent ordinaires comme les non-doués.

b - La classe des non-doués

Les non-doués présentent trois types de praticiens ; il y a :

- d'abord ceux qui possèdent plusieurs variétés de pouvoirs par initiation. En langue Akié, ce sont les " aguianfô " et "outchatouh" en langue Tiembara.

Cet ensemble d'initiation survient selon la volonté des intéressés.

Ils peuvent s'initier à quelques recettes médicamenteuses bien précises et à plusieurs pratiques fétichistes ;

- ensuite, les initiés occasionnels :

La particularité de cette sous-classe réside dans le fait qu'ils s'initient uniquement à partir de circonstances particulières.

Cette initiation intervient soit parce que le sujet a été guéri d'une maladie précise ; soit parce qu'il existe un lien d'amitié ou une dette de reconnaissance entre le maître qui initie et le sujet concerné ;

- enfin, arrive la forme populaire de la médecine africaine qui représente la dernière classe dans notre classification.

Tableau n°38 : Typologie des guérisseurs

Chez les Akié

	Catégories	Genèse	Spécialités	Méthode	
doués	Gnagni'son	pouvoir inné	- protection contre la sorcellerie ; - guérison	- lecture dans la conscience - rêve	
	keh'son	kaman keh	pouvoir providentiel	guérison	- danse de possession - rêve
		angbé keh	"	"	"
		gnuï keh	"	"	"
		ouan sin keh	"	"	"
		wuinè keh	"	"	"
non-doués	aguianfô	initiation volontaire	- guérison - fétichisme		
	initiés occasionnels	initiation liée à une circonstance	spécialiste d'un ou de 2 recettes		
	forme populaire	connaissances générales	aucune		

NB : Tableau conçu par nous-même .

Tableau n°39 : Typologie des guérisseurs
Chez les Tiembara

	Catégories	Genèse	Spécialités	Méthode	
doués	OUSSENIN-NOUH	pouvoir inné	guérisseur		
	touhoubel- fol	gnébégué	pouvoir émanant d'une entité des colines	"	
		lôh	" eaux	"	
		tigué	" bois	"	
		simbrigué	" forêt	"	
		kolgokougrou	" " rencontre avec une entité	"	
		koubel korgô	" " ancêtre	"	
non- doués	outchatouh	initiation volontaire			

CODESRIA BIBLIOTHEQUE

Ici, les connaissances sont d'ordre général et ne passent pas nécessairement par un rite initiatique.

Ces connaissances théoriques se transmettent de bouche à oreille sans tenir rigueur aux détails des recommandations ; les interdits, les dosages, la posologie par exemple.

Disons en un mot que c'est une variante de l'automédication dans le domaine de la médecine africaine.

Les détenteurs de ces connaissances générales ne possèdent que de notions vagues sur les méthodes, les techniques et les plantes médicinales. Cette carence fondamentale ne les empêche pas pourtant, de se prévaloir guérisseurs.

Voici ce qui explique la tendance actuelle à la commercialisation envahissante des plantes médicinales sur les marchés des zones urbaines en Afrique.

Tel est le tableau simplifié des différentes catégories de guérisseurs que nous rencontrons dans la pratique de la science médicale africaine.

Il convient maintenant de voir comment s'opère le processus de transmission du savoir de cette science médicale africaine.

3 - Transmission du savoir

Ici se situe le problème de la communication des connaissances en médecine africaine.

Il est de tradition partout en Afrique noire, que les expériences acquises en médecine africaine ne se transmettent pas facilement aux profanes.

Aussi bien, existe-t-il des conditions préalables à la transmission, que des modes particuliers de transmission.

a - Conditions de la transmission

D'après les guérisseurs interrogés, la communication des connaissances en médecine africaine, obéit à des conditions très précises.

Parmi celles-ci, nous avons relevé quelques unes, estimées fort importantes.

Elles sont d'ordre moral, pédagogique, et sociologique.

- Condition d'ordre moral.

Cette première condition est d'une importance capitale. La majorité des maîtres estiment qu'un néophyte, candidat à l'initiation, doit au préalable, faire preuve d'une saine moralité.

Pour ce faire, ils observent discrètement tous les enfants de leur entourage. Seul sera admis pour l'initiation, celui qui présente la moralité apparente recommandée.

De fait, cette moralité se discerne dans le comportement de tous les jours à travers la dévotion, l'honnêteté, la persévérance, la patience, le courage... parce que "les pouvoirs mystiques sont très puissants. Il faut éviter de les communiquer à n'importe quel individu. Il pourrait s'en servir pour le bien comme pour le mal pour une banalité" déclare le vieux Kaky.

- Condition d'ordre pédagogique.

Cette seconde condition tient lieu de référence à l'intelligence et à la patience du candidat, selon la plupart des guérisseurs.

Qu'est-ce à dire ?

Le processus de l'initiation s'étale généralement sur plusieurs phases graduelles, avec des contenus variés. Il s'agit entre autres, de l'identification des plantes curatives, de la préparation et du dosage des recettes, des interdits, de l'interprétation des symptômes, de l'art divinatoire etc...

Tous ces divers aspects ne sauraient être rigoureusement assimilés par un esprit négligent et stupide.

Les règles de sélection doivent être donc rigoureuses. Il y va de l'honneur et de la responsabilité du maître.

Voici la raison pour laquelle l'apprentissage auprès d'un maître peut aller de 5 à 15 ans.

La dernière condition que nous présentons est celle relative aux relations sociales.

- Condition d'ordre sociologique.

Comme nous avons déjà bien pu le constater dans les propos de certains guérisseurs, le pouvoir de guérison dans une spécialité donnée, doit suivre nécessairement une loi de succession héréditaire.

Aucun descendant n'a le droit de trahir cette prescription.

C'est ainsi que la spécialité passe de père en fils et ainsi de suite.

Parce qu'au fond, il existe derrière cette spécialité médicale, des totems ou des interdits religieux, propres à cette lignée familiale, mais qui restent cachés aux autres membres de la communauté.

Aucun autre individu de la société ne peut donc bénéficier de cette initiation.

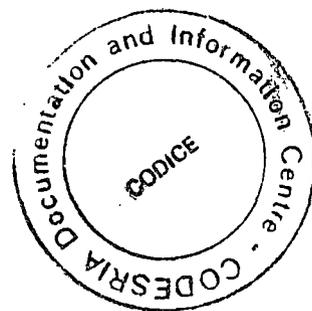
A titre d'exemple, nous pouvons citer le cas du vieux Issa Cissé, demeurant à Anyama, et spécialiste dans la réduction des fractures (1).

Au regard de ces principes contraignants et discriminatoires de la forme institutionnelle de la médecine africaine, nous pouvons dire que cette forme institutionnelle lui donne un caractère ésotérique.

Elle apparaît par conséquent, à la fois comme une véritable école et une activité pratique au sein de la société africaine.

Mais en réalité, comment procède-t-elle à l'initiation ?

(1) Voir reportage en annexe III P. 695.



Examinons ce nouvel aspect suivant.

b - Modes de transmission du savoir

Cet aspect recouvre les différentes modalités d'initiation recensées au cours de l'enquête de terrain.

Nous avons retenu en gros, deux types d'initiation. Le cas d'initiation des profanes à une recette, et le cas d'initiation complémentaire des professionnels confirmés.

1 - L'initiation des profanes

Ce cas concerne ceux qui veulent faire leur entrée dans l'univers mystique de la science médicale africaine.

A observer de près, selon notre tableau de la typologie mentionnant les différentes catégories de guérisseurs, cette initiation s'adresse aux profanes qui s'apprêtent à rejoindre la classe des "initiés occasionnels".

Certes, cette initiation passe outre mesure, par des rites appropriés.

La nature et les exigences de ce rituel dépendent de la spécialité médicale en question.

Néanmoins, nous pouvons à ce niveau, dénombrer deux modes d'initiation .

- Le premier paraît tout simple.

Le candidat reste seul avec le maître à l'intérieur d'une maison ou au sanctuaire du maître. Et le rite initiatique s'accomplit.

- Le second mode que nous avons rencontré revêt un caractère communautaire.

Il exige obligatoirement un couple en présence ; c'est-à-dire un homme et une femme. C'est le cas de l'initiation pour la spécialité appelée en Akié "kabè" (1).

Ici, un individu à lui seul, ne peut bénéficier du rite d'initiation. Celui-ci doit se faire accompagner par une femme avant que le rituel ne s'opère.

Outre le cas des profanes, il existe également des cas d'initiation complémentaire au niveau des doués de la médecine africaine.

2 - L'initiation complémentaire des doués

Là encore, avons-nous enregistré deux modes de rite d'initiation.

- Le premier mode concerne les personnes prédisposées à la qualité de médium.

(1) Kabè : une maladie psychosomatique.

En effet, ces personnes subissent assez fréquemment des crises de transe, de fugues ou autres états morbides difficilement identifiables.

Leur initiation consiste d'abord à déterminer l'origine et les raisons de la crise, ensuite à les préparer psychologiquement, moralement et spirituellement pour la profession de guérisseurs.

La forme des rituels dans ce cas, dépend de chaque système culturel.

Chez les Akié d'Alépé, ces possédés sont généralement conduits en forêt près d'une rivière pour un séjour allant de 4 à 15 jours en vue de leur consécration.

Chez les Tiembara, les rituels exécutés sont ceux recommandés par les esprits de la possession.

- Dans le milieu des doués, à côté de ce premier cas d'initiation qui vise la consécration réelle, il en est d'autres qui recherchent à disposer d'un nombre illimité de spécialités médicales.

C'est le cas des "gnangni'son" ou "ousséin-nouh" et des médiums.

En définitive, il arrive que ceux-ci accumulent en conséquence, aussi bien des spécialités médicales que d'autres pratiques fétichistes.

Telle est l'une des origines de la grande confusion qui se crée dans le domaine de la médecine africaine.

Les initiations complémentaires ou libres ouvrent la brèche et permettent à certaines personnes profanes, initiées à quelques recettes médicamenteuses et autres pratiques fétichistes, de venir se mêler et se fondre dans le monde des guérisseurs authentiquement doués.

En apparence, l'équivoque semble difficile à lever. Et ainsi, s'installe la confusion dans le secteur.

De plus, il convient de préciser ici que de toutes ces modalités de transmission du savoir et du savoir-faire des guérisseurs doués aux néophytes, il n'a été question nulle part, de la transmission simultanée des esprits des génies ou de la force originelle des maîtres.

En d'autres termes, dans le contexte particulier de la médecine africaine, la communication des connaissances ne se limite en général, qu'à l'initiation aux méthodes, aux techniques, c'est-à-dire à la pharmacopée.

"Les esprits des génies propres à un guérisseur ne s'héritent pas dans le processus de l'initiation d'un disciple" renforce la vieille Kouso.

Sauf exceptionnellement, après le décès du maître, ces esprits peuvent délibérément aller habiter le corps de l'élève.

Il y a donc une "loi de non-transmission des entités". Ces dernières font l'originalité de chaque guérisseur en matière de médecine africaine.

Cependant, certaines initiations ont la possibilité d'octroyer le pouvoir de voyance aux disciples désireux d'en obtenir.

Cette initiation consiste à porter quelques gouttes aux yeux du néophyte à partir d'une plante spéciale ; affirment les guérisseurs. Ceci leur permet de voir ou d'entendre des esprits différents de ceux des maîtres.

Au total, guérisseurs doués, initiés occasionnels et acteurs de la forme populaire de la médecine africaine, font oeuvre d'activités médicales au sein de l'univers de la médecine africaine.

A vue d'oeil, tous apparaissent comme des maîtres. Mais en réalité, seuls les résultats du traitement permettent de distinguer les véritables maîtres.

II - LE MODE DE TRAITEMENT DE LA MEDECINE AFRICAINE

Ce volet de l'analyse nous conduit ici à l'examen des aspects méthodologiques de la médecine africaine. Et c'est à partir de là que se dégagera le fondement scientifique de cette discipline.

Partant, il faut dire que les questions du diagnostic, de la thérapeutique et de la prévention seront examinées.

A - LE DIAGNOSTIC

En matière médicale, le diagnostic se définit comme l'identification d'une maladie d'après ses symptômes ; dit le dictionnaire français contemporain.

Cette définition apparemment simple, met en lumière le sens strict du terme.

En effet, sans toutefois nier son contenu assez précis, nous considérons quant à nous, le diagnostic ici comme étant les trois phases de l'accueil du malade, l'identification de la maladie et le pronostic du guérisseur. Ceci montre bien que dans le cadre précis de cette étude, le diagnostic apparaît comme un processus qui observe le malade depuis son entrée chez le guérisseur jusqu'au traitement proprement dit.

Suivons le processus.

1 - L'accueil du malade

En général chez le guérisseur Akié tout comme chez le guérisseur Tiembara, l'accueil du malade ne se présente pas différemment de l'accueil ordinaire d'un visiteur quelconque.

Nous avons ainsi schématiquement :

- d'abord l'échange des salutations ;
- ensuite la prise de place par le visiteur ;
- et enfin les nouvelles ; c'est-à-dire un bref résumé de l'objet de la visite.

L'accueil ainsi terminé dans le sens d'une prise de contact entre le visiteur et le guérisseur, arrive alors l'étiologie.

Mais du passage de l'accueil à l'étiologie, un acte symbolique en est la transition.

Le visiteur doit remettre au guérisseur, un objet à valeur symbolique.

Cet objet est représenté chez les Akié par un oeuf, de la poudre, du parfum, ou un poulet... chez les Tiembara, c'est une somme d'argent allant de 25 francs à 100 francs CFA selon les moyens du visiteur.

Nous passons alors à l'étiologie.

2 - L'étiologie

Etymologiquement, étiologie vient du mot grec "aitia" qui signifie "cause" et "logos" qui veut dire discours ou science.

En somme, étiologie signifie donc la recherche de la cause fondamentale de la maladie à partir de ses signes manifestes.

Comment les guérisseurs Akié et Tiembara recherchent-ils les causes de la maladie ?

Tel est le problème qui nous occupe dans ce chapitre.

Rappelons rapidement que dans un chapitre antérieur, nous avons déjà présenté les origines de la maladie sous trois angles :

- les origines naturelles, liées aux végétaux et animaux ;
- les origines psychiques, liées au système de croyance ;
- puis les origines psychosomatiques, liées à la perturbation des relations sociales.

De fait, c'est à l'intérieur de ce schéma d'analyse que s'opère l'étiologie chez les guérisseurs Akié et Tiembara.

Et de quelle façon ?

a - Les maladies d'origine naturelle

Par observation simple ou par son aspect clinique, la maladie peut être attribuée soit à une allergie, soit à une indigestion, ou autre.

Dans ce cas, le malade est généralement interrogé par ses parents ou les membres de sa communauté afin de voir s'établir ou se confirmer l'hypothèse suggérée.

En revanche, le recours à un véritable guérisseur n'est pas toujours nécessaire. C'est la forme populaire de la médecine africaine qui fait ses preuves. "L'initié occasionnel" intervient également à ce niveau.

Nous pouvons citer ici par exemple le cas d'une fièvre bénigne, une angine, les maux de tête, une constipation etc...

b - Les maladies psychiques liées au système de croyances

Ce contexte reste le domaine privilégié du guérisseur doué ; médium ou "tuteur de pouvoir originel".

Dans le processus du diagnostic, le guérisseur utilise à la fois, la méthode de l'observation et des procédés divinatoires.

L'observation consiste à presser la main du malade, à regarder les yeux, la langue,... à soumettre celui-ci à un interrogatoire en vue d'orienter l'hypothèse de recherche de la cause etc...

Puis avec la méthode divinatoire, le guérisseur définit et établit le diagnostic réel de la maladie.

La méthode divinatoire fait appel à deux notions précises ; la clairvoyance et la clairaudience.

- La clairvoyance permet au guérisseur de voir les causes apparemment cachées au malade. Cela veut dire que le guérisseur fait des visions.

- La clairaudience lui permet également de s'entretenir avec des esprits qui demeurent imperceptibles aux sens physiques du commun des mortels.

Ces entités informent le guérisseur sur les raisons cachées de la maladie.

Cette méthode divinatoire comporte par ailleurs, des supports particuliers utilisés par le guérisseur.

Ces supports peuvent être la prière, le miroir, la poudre blanche, le parfum, les perles, la musique... A chaque guérisseur, ses supports particuliers.

Ne nous égarons pas dans les techniques divinatoires.

Revenons à la nature des symptômes pour lesquels le guérisseur utilise ces procédés.

Nous l'avons déjà dit.

Il s'agit de l'ensemble des maladies psychiques, liées au système de croyances des populations Akié et Tiembara.

A ce niveau, il convient de faire remarquer qu'avec les techniques divinatoires, la maladie se présente toujours comme une théorie des ensembles.

Qu'est-ce à dire ?

En tant que théorie des ensembles, la structure de la maladie apparaît théoriquement comme l'amputation d'un élément de la personnalité humaine, ou comme l'intrusion d'un corps étranger dans cette personnalité.

Pour mieux le comprendre, examinons les cas suivants :

- premier cas : le sujet est victime de la disparition d'un élément de ses composantes vitales. Par exemple, dira-t-on, "on veut manger votre âme" ; "on a bu votre sang" ; "votre double est vendu" ; "votre âme est attachée à un arbre" ; "votre cervelle est retirée"... L'allusion à la sorcellerie ici transparait.
- deuxième cas : un corps étranger vient se localiser dans le corps charnel du sujet. Le guérisseur dans ce cas, parle de "dents d'animaux" ; de "cadenas" ; de "pointe".... Là, se dessinent les indices de l'envoûtement.
- troisième cas : le sujet est victime de l'inhibition d'une partie de sa personnalité.

A cet effet, le guérisseur dira par exemple à la femme stérile : "ton utérus a été extirpé par ta tante" ; à l'indigent : "ta paume a été enterrée"... etc.

Ces propos traduisent ici la malédiction.

- Quatrième cas : pour avoir transgressé un interdit, le sujet est victime de la possession de son âme par l'esprit d'un parent décédé, ou par un esprit malfaisant.

Ce dernier cas suppose la possession.

Dans l'ensemble, les éléments constituant cette structure pathologique se résument en termes de sorcellerie, d'envoûtement, de malédiction et de possession. En définitive, dans le cadre des maladies psychiques en pays Akié et Tiembara, le résultat du diagnostic repose toujours sur un aspect au moins de cette structure.

Cependant, le schéma d'analyse des maladies psychosomatiques apparaît autrement.

- c - Les maladies psychosomatiques, liées à la perturbation du système des relations sociales.

Pour ce qui concerne les cas pathologiques rangés sous cette rubrique, il faut dire que chaque cas d'espèce présente une particularité.

Il y a par exemple les personnes ayant commis volontairement ou involontairement un meurtre ; les témoins d'accident dramatique, les coupables d'adultère incestueux ou de rancune maladive...

Les sujets qui se rendent chez le guérisseur doivent ici, faire nécessairement les aveux.

En fait, la divination n'est donc pas de règle.

Et c'est à la fin de cette identification de la nature de la maladie que la phase du pronostic intervient.

3 - Le pronostic

Le pronostic consiste à prédire à partir de l'identification du mal, le résultat du traitement. En matière de science médicale, cette prédiction se construit sur la base de l'expérience du praticien.

Comment s'opère-t-elle concrètement chez les guérisseurs de nos communautés respectives ?

Sur cette question, beaucoup de points restent encore communs.

Chez les Akié d'Alépé comme chez les Tiembara de Korhogo, les médiums procèdent une fois encore, à la divination ; c'est-à-dire qu'ils interrogent les entités qui les soutiennent. Et par la suite, ils prononcent sans équivoque, leur verdict.

"Je ne peux pas vous guérir parce que votre "souffle vital" refuse le traitement..." disent certains.

"Je ne dispose pas des moyens utiles pour votre cas particulier, allez consulter ailleurs..." affirment d'autres.

Par contre, lorsqu'ils se trouvent en mesure d'effectuer le traitement, certains diront par exemple :

"Je vais essayer, mais Dieu en décidera du résultat".

ou alors annonceront d'autres :

"Je mettrai mon mensonge à l'oeuvre, nous verrons la suite".

Signalons qu'à ce niveau du pronostic, existe-t-il encore une multitude de techniques divinatoires :

- équilibrage mystique de calebasses rondes dos à dos (chez les Tiembara) ;
- rétention d'eau dans un canari dont l'ouverture est tournée vers le sol (Tiembara) ;
- regard sur un miroir (Akié et Tiembara) ;
- interprétation des formes que dessinent les jets de cauris, de pierres... (Tiembara) ;
- danse de possession avec état de transe (Akié).

Pour ce qui concerne les guérisseurs, tuteurs de pouvoir originel, le diagnostic de ceux-ci peut quelquefois s'opérer sans un support apparent.

Car non seulement, ils ont la faculté de lire dans la conscience des individus, ils peuvent également identifier la maladie par la même faculté, et donner immédiatement leur pronostic.

Dans ce cas, lorsque cet état morbide excède leur compétence, ils recommandent assez souvent, un spécialiste digne du nom au malade.

Mais lorsque cet état de maladie se situe dans leur cadre de compétence, ils passent aussitôt à l'oeuvre médicale.

S'agissant des "initiés occasionnels", des agents de la forme populaire de la médecine africaine et autres non-doués, le caractère systématique et rigoureux de ces différentes phases du diagnostic, ne ressort pas toujours de façon claire et évidente.

Le trait marquant reste les tâtonnements dans l'étiologie et l'hésitation ou l'ambiguïté dans le pronostic.

Ce qui présage déjà une thérapeutique souvent douteuse.

Pour finir, nous devons retenir que dans tous les cas, le processus de l'intervention exige-là encore dans son principe de base, l'exécution d'un rituel en tant que trait d'union entre le diagnostic et le traitement proprement dit.

Ce rituel prend forme dans l'offrande de certains produits bien définis :

- une bouteille de boisson forte (le gin), du tabac et un coq chez les Akié ;
- de la cola, un coq ou un mouton chez les Tiembara.

Disons que la quantité et la qualité de ces éléments rituels dépendent de l'état de gravité de la maladie.

Ils sont destinés en partie, à l'invocation des esprits afin que ceux-ci accordent leur caution à l'efficacité des médicaments à utiliser pour le traitement thérapeutique.

B - LE TRAITEMENT THERAPEUTIQUE

Le traitement thérapeutique désigne toutes les voies d'approche pratiques d'intervention de la médecine africaine.

Ces voies d'approche relèvent des domaines :

- de l'utilisation des médicaments ;
- des techniques chirurgicales ;
- et des méthodes psychiques et psychosomatiques.

Pour ainsi dire, il va de soi qu'à la structure diagnostique de la maladie, répond une structure thérapeutique analogue.

En d'autres termes et de façon concrète, à la nomenclature des maladies d'origine naturelle ou physique, correspondent les moyens médicaux et techniques chirurgicales.

A la classe des maladies psychiques et psychosomatiques, correspondent des méthodes psychiques et psychosomatiques.

Examinons donc ces techniques et méthodes.

1 - Les produits médicamenteux et les techniques médicales

a - Les produits médicamenteux

Comme déjà mentionné, les produits médicamenteux en partie, s'adressent aux affections d'origine organique.

Ce qui laisse croire que le prélèvement de ceux-ci relève de la spontanéité ou du simple hasard.

Cela n'est pas le cas chez les guérisseurs Akié et Tiembara que nous avons interrogés.

L'extraction d'un produit quelconque à vertu curative, exige bien des conditions particulières.

Avant de passer en revue ces conditions, il convient de noter d'abord que ces produits sont d'origine :

- végétale : feuilles, racines, écorce, fruits, fleurs, tubercules, tiges,
- animale : excréments, poil, sang,
- et minérale : eau, argile, roche,...

Partant, le prélèvement de ces produits est soumis à une condition de moment, d'attitude et de geste.

. Le moment

Il existe des plantes médicinales qui se prélèvent avant le lever du soleil, et d'autres pendant que le soleil se situe au-dessus des têtes, ou après le coucher du soleil.

. L'attitude

Certaines plantes ne peuvent être touchées que lorsque le sujet chargé de les extraire se tient dans un état d'âme au beau fixe, sans rapport sexuel la veille, ou n'ayant pas pris de repas fait par une femme en état de menstruations. Et d'ailleurs, il est même interdit à toute femme de toucher à certains médicaments avant la préparation des recettes.

. Les gestes

Dans certains cas, les plantes ou racines de plante qui doivent servir au traitement, sont tranchées de la tige en un seul coup de lame.

La répétition des coups en annule la validité.

Par ailleurs, le retrait de certaines écorces d'arbres nécessite la suspension de la respiration. Le sujet à l'oeuvre doit rapidement défaire le morceau entamé avant de reprendre la respiration.

Dans d'autres cas, il faut nécessairement dire une prière avant de passer à l'oeuvre.

Ces conditions de moment, d'attitude et de gestes à observer pendant le prélèvement des produits médicamenteux, varient d'un système culturel à l'autre.

Parce qu'il apparaît évident que la région savaneuse de Korhogo ne présente pas la même végétation que la région forestière d'Alépé, sauf que cet ensemble de dispositions particulières demeurent le dénominateur commun à tous les deux systèmes socio-culturels.

D'autre part, à côté de ces cas d'extraction conditionnels, il existe également d'autres plantes dont l'extraction ne nécessite aucune cérémonie particulière.

Cette dernière série peut être prélevée à tout moment et s'utiliser à n'importe quelle condition.

Pour ce faire, nous allons voir à présent, comment ces produits médicamenteux sont utilisés dans le traitement.

b - Les techniques médicales

L'enquête nous a permis de constater que la médecine africaine présente dans l'ensemble, huit variétés de techniques d'application.

Ce sont :

- les bains à base de médicament

Ils renferment des aspects divers.

- la décoction : elle consiste à faire bouillir l'eau dans laquelle est plongée une quantité de plantes médicinales.

Le bain peut se prendre après la chute de la température de l'eau chauffée.

. De plus, cette décoction peut être utilisée aussi sous forme de bain de vapeur ; c'est-à-dire le sujet se couvre le corps ou une partie du corps à l'aide d'un tissu épais et reste au contact de la vapeur d'eau chauffée à une certaine température.

. L'infusion : elle désigne la solution obtenue après avoir versé de l'eau chaude sur certaines plantes curatives.

- Les lavements : ils consistent en des lavages du gros intestin à base de plantes macérées (trempées à l'eau) au moyen d'un appareil approprié appelé "poire à lavement" ; c'est la méthode de la purgation (1)..

- Les breuvages de tisanes : C'est le fait d'absorber par voie orale, des recettes de plantes et ingrédients sous forme de décoction, d'infusion ou de macération.

(1) : La poire à lavement est populairement appelée "pompe".

- Les gouttes : C'est la méthode qui consiste à introduire des essences des plantes dans l'organisme par la voie des yeux, des oreilles ou des narines.

- L'inhalation d'essences végétales : elle consiste à aspirer par les narines, les essences contenues dans les plantes.

- Les massages : ils concernent les techniques de pression du corps ou d'une partie du corps pour des fins médicales.

Plusieurs techniques existent dans ce domaine.

Il y a le massage par les jambes, par les mains à l'eau fraîche ou chaude, l'usage du mortier etc...

- Les applications des terres curatives (lotions)

Ce procédé consiste à appliquer sur le corps ou sur une partie du corps, certaines qualités de terre extraite.

Généralement, cette matière minérale se retrouve pétrie avec le mélange d'autres ingrédients comme le piment, le poivre et d'autres plantes.

Les terres souvent utilisées sont les différentes qualités d'argile (kaolin, glaise etc....).

- Les techniques chirurgicales

Il s'agit ici des techniques d'ouverture d'abcès ; c'est-à-dire du pus contenu dans l'organisme, de retrait de sang coagulé au moyen de ventouses faites de cornes d'animaux et de la réduction des fractures.

Toutes ces techniques pratiques énumérées ne s'appliquent pas avec la même fréquence lorsque nous passons d'une aire culturelle à une autre.

Ceci dit, l'observation nous a permis de constater que dans la région d'Alépé, les techniques médicales les plus couramment employées sont d'abord les lavements à 90 % en moyenne.

Ensuite viennent les gouttes, les breuvages de tisanes, les bains et les applications des terres curatives ou lotions (1).

Par contre, dans la région de Korhogo, il nous a été donné de remarquer que presque les 90 % des traitements thérapeutiques passent par les bains sous forme de décoction, d'infusion ou de macération de plantes.

Même, lorsqu'il s'agit d'un cas de fracture par exemple,

Ensuite arrivent les breuvages de tisanes, les gouttes et autres.

La méthode des lavements se fait assez rarement.

Comment pourrait-on alors expliquer cette prédominance des lavements chez les Akié et les bains thérapeutiques chez les Tiembara ?

Nous constatons au prime abord, que toutes ces deux techniques font partie du même chapitre thérapeutique de l'hydrothérapie, c'est-à-dire, le traitement curatif basé sur l'utilisation de l'eau.

Cette eau se retrouve mélangée de plantes médicinales.

(1) Voir Photo n° 7 : La technique des gouttes nasales.



Photo n°7 : Technique des gouttes nasales en médecine africaine.

Seules les destinations de ces produits diffèrent dans leur utilisation.

C'est à ce second niveau que nous trouvons une signification à cette différenciation.

Partant, nous postulons que les lavements s'occupent apparemment des maladies internes et les bains thérapeutiques, apparemment des maladies externes.

En effet, d'un point de vue historique, compte tenu des conditions écologiques forestières humides et des habitudes alimentaires favorables aux parasitoses intestinales, nous estimons que le peuple côtier Akié s'est sans doute, longtemps confronté par le passé à cette catégorie de pathologie interne.

En définitive, ce peuple a trouvé certainement dans la technique des lavements, le moyen de lutte le mieux adapté à ces maladies intestinales, et l'a conservé depuis ce moment.

Aujourd'hui, la méthode est ancrée dans la mentalité du groupe. Par conséquent, son utilisation est devenue une pratique de la vie quotidienne à titre curatif et préventif chez la majorité des personnes.

Du côté de la prédominance des bains thérapeutiques au Nord, il faut dire que pour les mêmes raisons de l'histoire des pathologies locales, nous avançons également l'hypothèse selon laquelle, les conditions écologiques et d'hygiène ayant favorisé les maladies infectieuses externes, les Tiembara ont retrouvé dans les affusions de bains, le moyen de lutte le plus approprié pour se débarrasser de ces types d'affection.

Pour cette raison, cette technique a été cultivée et développée pour représenter de nos jours, la technique de base par excellence de la médecine Tiembara.

Qu'est-ce à dire ?

Cette fréquence différenciée des techniques médicales, liée au facteur géo-pathologique prédominant, ne présuppose pas du tout la supériorité de la médecine Akié sur la médecine Tiembara, ou inversement.

Nous voulions simplement montrer que quelle que soit la perception commune des schémas d'analyse de la maladie et des techniques médicales élaborées, il peut toujours y exister une différence de degré au niveau de l'utilisation de ces techniques inventoriées.

Parce qu'aux conditions historiques et géo-physiques spécifiques d'une communauté donnée, correspond une prévalence de cas pathologiques particuliers.

Tel est le fondement de la théorie de la fréquence des techniques médicales.

Qu'en est-il au niveau des maladies psychiques et psychosomatiques ?

2 - Les méthodes thérapeutiques psychiques et psychosomatiques

Avant de répondre à la question relative à la prévalence des méthodes thérapeutiques psychiques ou psychosomatiques utilisées chez les Akié et chez les Tiembara, la logique exige que l'on présente d'abord, les différentes méthodes dont il est question.

a - Les méthodes thérapeutiques psychiques

Rappelons d'entrée de jeu, qu'à la structure des maladies psychiques, répond une théorie des ensembles des causes fondamentales de la maladie. Ce qui se traduit de fait, par une loi d'amputation ou d'intrusion entre la personnalité humaine et des corps étrangers.

Et dans la perspective thérapeutique de la médecine Akié et Tiembara, une approche structurale analogue est mise en évidence. Cela veut dire que de façon concrète, à chacun des cas de la sorcellerie, de l'envoûtement, de la malédiction et de la possession, correspondent des processus méthodologiques inverses qui en constituent les moyens thérapeutiques.

Quelles sont ces méthodes thérapeutiques ?

Ce sont l'exorcisme, le désenvoûtement et la transposition.

. L'exorcisme

C'est le procédé thérapeutique psychique équivalant au cas de la disparition d'une composante vitale du sujet, ou alors, à la possession de l'âme de la victime par un esprit malfaisant.

Il s'agit littéralement de "restituer" l'âme originelle dédoublée ou disparue de la victime.

De ce fait, il ressort donc clairement ici que, l'exorcisme apparaît comme une réponse thérapeutique à la sorcellerie, ou à la possession en tant que facteurs psycho-pathologiques en pays Akié et Tiembara.

. Le désenvoûtement

C'est le processus inverse de l'exorcisme.

Le désenvoûtement consiste à "extirper" sous forme de matière, le mal localisé dans le corps charnel de la victime. "On a retiré le cadenas qui l'enfermait" dira-t-on.

Cette démarche thérapeutique représente donc la méthode psychique qui répond à l'envoûtement en tant que conception psychopathologique des sociétés Akié et Tiembara.

Après le désenvoûtement, relève-t-on par ailleurs, la méthode de la transposition.

. La transposition du mal

Celle-ci s'inscrit généralement dans le domaine des maladies dites incurables ou des malédictions.

Le mal se trouve théoriquement "transféré" sur une plante ou sur un animal.

Dans un autre sens, la méthode de transposition consiste à "remplacer" l'organe atteint de la victime par l'organe sain d'un autre sujet sain ; dit-on.

La matérialisation de ce mal n'est pas ici nécessaire.

Seuls les éléments rituels comme les chansons, les tambours, et les offrandes prennent de l'importance.

Comment se présentent les méthodes se référant au domaine des maladies psychosomatiques ?

b - Les méthodes thérapeutiques psychosomatiques

Cette rubrique fait allusion aux procédés utilisés dans le cadre des maladies issues de l'inadaptation du sujet au système des relations sociales affecté.

Contrairement aux chapitres précédents, la recherche ne nous présente pas ici, un inventaire de méthodes élaborées d'avance.

A chaque cas d'espèce, répond un rituel particulier.

Néanmoins, le facteur qui semble commun aux différents cas appartenant à cette catégorie de maladies est l'aveu.

En effet, le sujet victime d'une rancune malade se doit d'abord d'avouer la cause de son mal.

Dans le cas contraire, le camouflage de cette cause fondamentale le conduira imminemment à la fin précipitée de ses jours.

Parce que la communauté ignorant cette cause cachée, proposera des traitements thérapeutiques inadéquats. Et le mal persistera. Il en est de même pour les coupables d'adultère incestueux, des témoins d'accidents mortels, des personnes ayant découvert contre toute attente, des cadavres humains en état de putréfaction...

Dans tous ces cas, insistent les guérisseurs, ces causes psychologiques cachées peuvent entraîner inévitablement des symptômes physiques mortels.

Résumons pour dire qu'aux maladies individuelles d'ordre naturel, psychique et psychosomatique, correspondent respectivement des processus méthodologiques thérapeutiques d'ordre naturel, psychique, et psychosomatique.

En revanche, c'est dire aussi qu'aux maladies épidémiques, répondent des méthodes de traitement collectiviste.

c - Les méthodes thérapeutiques des maladies épidémiques

Deux méthodes principales ont été relevées dans ce volet.

Il s'agit des méthodes basées sur des rites d'exhumation d'objets maléfiques et des rites de purification communautaire.

. L'exhumation d'objets maléfiques

Par analogie au mécanisme du désenvoûtement d'un corps étranger de l'organisme humain, le procédé de l'exhumation consiste à retirer du sol de la place publique du village ou de l'enceinte d'une concession, l'objet maléfique enfoui par des sorciers.

Cet objet enfoui serait la cause des maladies épidémiques (varicelle, variole...).

D'une autre manière, cette épidémie peut se traduire par une forte fréquence de la mortalité au sein de la communauté.

Dans tous les cas, le rituel de l'exhumation fait nécessairement appel à la clairvoyance d'un médium doué.

Cela va sans dire qu'il n'est pas donné à n'importe quelle personne, de "détecter" des objets enfouis chargés de forces maléfiques.

Seuls les doués de pouvoir de clairvoyance peuvent signaler la présence de ces forces maléfiques.

Ce procédé est différent du rite de purification dans le cas d'une épidémie.

. Le rite de purification communautaire

Pour les mêmes causes de maladies épidémiques persistantes, ou de mortalité très fréquente, la société Akié célèbre en plusieurs séances, des rites de purification communautaire.

En quoi consiste ce rituel ?

D'abord, ce rituel se dénomme "amonin api".

Il constitue une sorte de société secrète dans laquelle se regroupent uniquement des femmes d'un âge adulte.

Le nombre des participantes n'est jamais limité.

Il évolue proportionnellement à l'importance ou à la gravité du problème. Parce que "amonin api" ne représente pas spécifiquement un rituel exclusif du domaine sanitaire. Mais cet aspect particulier fait partie des différentes fonctions qu'il est appelé à assumer.

Ceci étant, sauf leurs parties intimes, les femmes participantes se mettent nues de la tête au pied ; dit-on. Et munies de gros morceaux de bois, elles circulent en groupe à travers toutes les rues du village entre 3 heures et 5 heures le matin. Dans leur longue course, elles chantent, dansent, hurlent et huent la maladie en question.

De cette façon, "chassent-elles" hors de la communauté, l'auteur de cette épidémie et avec lui, son épidémie. Ce rituel reste strictement interdit aux hommes.

Tel est le mécanisme mis en jeu pour éloigner les maladies épidémiques en pays Akié.

Comment cela se passe-t-il en pays Tiembara ?

Dans ce cadre précis, il faut d'abord faire remarquer qu'il existe trois types d'épidémies.

La première est appelée "sôpiahô" ; elle ne concerne que les enfants et nouveaux-nés.

La seconde est dénommée "kagôlô" et la troisième "lahôrô".

Ces deux derniers cas sont ceux qui se manifestent au niveau des adultes.

En effet, lorsque l'un de ces types d'épidémie se déclenche, la population victime consulte plusieurs guérisseurs dans les villages voisins.

Et en définitive, le rituel célébré est celui qui ressort de la majorité des consultants. C'est-à-dire celui qui paraît le plus fréquemment annoncé par l'ensemble des guérisseurs consultés.

Ce rituel est appelé le "yakôrô".

Pour terminer avec ce volet des méthodes thérapeutiques psychiques et psychosomatiques, il nous revient de répondre à la question relative à la prévalence de la méthode employée au sein des communautés respectives qui nous occupent.

En effet, disons ici qu'un aspect particulier des méthodes thérapeutiques psychiques et psychosomatiques n'est pas privilégié à l'intérieur d'un système culturel donné.

Tous les divers aspects de ces deux chapitres méthodologiques sont indifféremment employés.

Certes, la nature de chaque maladie fait appel à des données de base spécifique. Mais la démarche thérapeutique demeure unique dans l'application de ses méthodes. Ce qui implique concrètement que le processus global thérapeutique repose sur un système de combinaison qui associe indifféremment, méthodes psychiques, méthodes psychosomatiques et produits médicamenteux.

La schématisation théorique compartimentée à travers cette étude est cependant voulue.

Elle est volontaire en ce sens qu'elle répond à un besoin impérieux de clarté pour l'analyse en cours.

C'est dans ce même souci de clarté que nous distinguons le traitement thérapeutique de la prévention en général.

C - LA PREVENTION

Pour une raison de rigueur méthodologique et par souci de clarté, ce chapitre consacré à la prévention de la médecine africaine empruntera les mêmes voies analytiques des maladies d'ordre naturel, psychique, et psychosomatique.

1 - La prévention contre les maladies naturelles

L'enquête n'offre pas ici, des résultats à caractère quantitatif.

Ce faisant, en pays Akié, nous n'avons pu noter que les lavements à titre préventif. Selon les guérisseurs de la localité d'Alépé, les lavements opérés à partir de plantes efficaces permettent de se préserver contre les vers intestinaux, la constipation, les maladies diarrhéiques, les hémorroïdes etc...

Chez les Tiembara, cette même série de maladies peut être empêchée également au moyen de breuvages de tisanes préparées avec des feuilles médicinales spéciales.

Il faut donc conclure que tous les deux cas de lavements et de breuvages se résument à la préparation de tisanes à base de plantes médicinales pour la prévention contre les maladies parasitaires intestinales.

La seconde méthode fondamentale dans ce même volet des maladies naturelles concerne l'abstinence à la transgression des interdits alimentaires.

Par exemple, chez les Akié, il est établi que certaines personnes contractent la colique quand elles consomment la chair de requin, ou bien les hémorroïdes, et démageaisons à partir du taro ...

Chez les Tiembara, cette abstinence se situe au niveau de l'escargot.

Au total, si les moyens pratiques de la prévention restent limités au niveau des maladies naturelles, ceci n'est pas le cas au niveau des maladies dites psychiques.

2 - La prévention contre les maladies psychiques

Les formes de la prévention contre les maladies liées à la sorcellerie, à l'envoûtement, à la malédiction ou à la possession sont diverses et variées.

Nous avons pu retenir en gros chez les Akié et Tiembara :

- les bains de protection à base de plantes spéciales ;
- les bagues ;
- les bracelets ;
- les ceintures ;
- et les scarifications.

L'effet préventif de ces différentes méthodes de la médecine africaine consiste soit à esquiver le mal, soit à neutraliser l'auteur de l'agression.

Cette finalité n'est pas celle recherchée par les procédés psychosomatiques.

3 - La prévention contre les maladies psychosomatiques

Nous l'avons déjà dit, les origines des maladies psychosomatiques sont multiples.

Par conséquent, le cadre pathologique présente une multitude de formes.

Pour ce faire, il n'existe pas une formule pré-établie pour tous les cas à la fois.

Par exemple, en pays Akié, lorsqu'un groupe d'individus procèdent à l'enterrement d'un corps humain à la suite d'une noyade, d'un accident de la circulation, d'un suicide etc...

Tous les membres de ce groupe doivent nécessairement après l'enterrement, vivre en communauté en vue de suivre un traitement à caractère préventif contre les émotions profondes ou les idées fixes.

Cette vie communautaire temporaire maintient les membres restreints numériquement hors du reste de la collectivité.

En effet, toute communication est rompue avec les autres membres de cette collectivité. Et cette vie isolée dure pendant 4 à 7 jours.

En pays Sénoufo, les personnes concernées par ces cas d'accident sont les fodonon.

C'est un sous-groupe de la grande collectivité Sénoufo.

Et traditionnellement, ce sont les membres de ce sous-groupe qui prennent ces cas en charge. Parce que cette tâche fait institutionnellement partie de leur rôle au sein de la société Sénoufo.

Les autres membres ne se sentent pas concernés (1).

Pour finir, il faut dire qu'au sein des sociétés Akié et Sénoufo, la prévention contre les maladies psychosomatiques relevant des origines accidentelles ou dramatiques, paraît être programmée à l'avance dans le système de l'organisation sociale.

Mais en dehors de ces cas dramatiques, seuls les interdits moraux peuvent garantir cette prévention.

C'est par exemple l'observance de la prohibition de l'inceste, la loyauté, l'altruisme etc...

Parce que les Akié et Tiembara n'ont pas encore mis au point, des formules spécifiques pouvant empêcher l'adultère incestueux, les rancunes malades, etc...

En définitive, nous pouvons retenir que le modèle préventif de la médecine africaine semble être beaucoup plus élargi au niveau des maladies psychiques.

Par contre, les formes préventives concernant les maladies naturelles et psychosomatiques paraissent limitées.

(1) Les autres sous-groupes sont les Fonon, Faha, Kpin, Koulé, Nafara et les Tiembara.

Ce qui sous-entend à notre avis, que les maladies liées au système de croyance semblent être beaucoup plus étendues à l'intérieur du système de représentation pathologique. Cela veut dire en d'autres termes que dans les sociétés africaines, les maladies psychiques maintiennent une résistance beaucoup plus enracinée encore que les maladies naturelles et psychosomatiques.

Mais au plan de la forme et du contenu, force est de reconnaître que cette médecine africaine subit naturellement la loi de la dynamique sociale déclenchée par l'effet de l'interférence culturelle. C'est pour cette raison que nous allons maintenant voir, comment celle-ci se comporte à travers ce processus des mutations sociales.

III - LA MEDECINE AFRICAINE DANS LE PROCESSUS DES MUTATIONS SOCIALES

Deux aspects principaux vont être abordés dans ce cadre précis. Il s'agit de la dynamique intervenue au niveau de la forme, et de la dynamique survenue au niveau du contenu.

A - LA DYNAMIQUE DE LA MEDECINE AFRICAINE AU NIVEAU DE LA FORME

Pour commencer, il conviendrait de préciser avant tout, qu'en parlant de forme de la médecine africaine, nous faisons allusion à la manière dont cette institution sociale est organisée, puis à ses diverses méthodes d'application envisagées.

En bref, nous voulons parler de ses aspects structurels et techniques

1 - La dynamique au plan structurel

En substance, il faut dire que la dynamique de la structure organique de la médecine africaine concerne les divers modes réactionnels de celle-ci face à l'implantation de la médecine européenne.

Et souvenons-nous que cet aspect a été déjà abordé au troisième chapitre plus haut (se reporter à la page 217). Ce processus dynamique nous a fait observer au moins cinq aspects de cette médecine africaine.

A cet effet, en voici les différentes formes identifiées. :

- La forme originelle authentique ;
- La forme dite "synchrétique" ;
- La forme qualifiée de "publicitaire" ;
- La formation des marchés de plantes médicinales ;
- Les Associations de guérisseurs ;

Il importe de rappeler que ces divers aspects sont historiquement apparus comme étant les formes de manifestations en réaction contre le statut illégal que la législation imposait à cette médecine africaine face à l'institutionnalisation de la médecine européenne.

En conséquence, ces différentes formes doivent donc être interprétées comme l'expression de la résistance sociologique de celle-ci à travers le processus des mutations sociales.

C'est ainsi que de façon parallèle, ce principe dynamique en cours se trouve également engagé au niveau des moyens techniques.

2 - La dynamique au plan technique

Nous avons dans ce volet, trois rubriques à aborder.

Ce sont les changements survenus au niveau des instruments utilisés, de la durée de l'initiation et de la pratique de certains rituels.

a - Les instruments utilisés

La médecine africaine sous sa forme authentique initiale, utilisait comme instrument de purgation, une poire séchée, aux deux extrémités ouvertes, et vidée de son contenu.

Ceci veut dire que cette poire portait une ouverture au sommet de la partie allongée, et une autre à la base de la partie arrondie.

Et avec cet instrument, l'opération du lavement consistait à tapoter à l'aide du bout du doigt, sur l'ouverture située à la base de l'instrument, pendant que la partie allongée se trouve introduite dans la voie rectale.

Mais dans l'état actuel des choses, l'utilisation de cet instrument sous sa forme végétale a disparu.

Celui-ci est maintenant remplacé par un appareil fabriqué en matière plastique (1).

Ainsi donc, l'opération de lavement ne s'effectue que par simple pression de cet appareil qui ne porte désormais, qu'une seule ouverture à l'extrémité du tube fixé sur la matière plastique. Pour terminer, disons que la dynamique au niveau de la poire à lavement est passée de la matière végétale avec une ouverture aux deux extrémités, à la matière plastique par système de pression avec une seule ouverture.

(1) : Voir photos n°s 8, 9 à la page suivante.

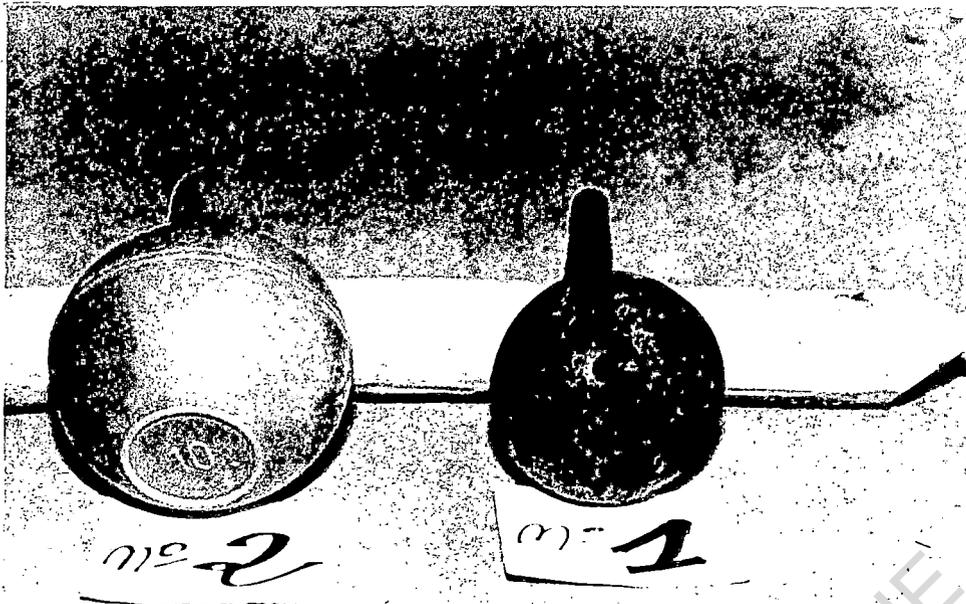


Photo N°8 : poires à lavement (une vue de dos).

N°1 : la matière végétale
N°2 : la matière plastique

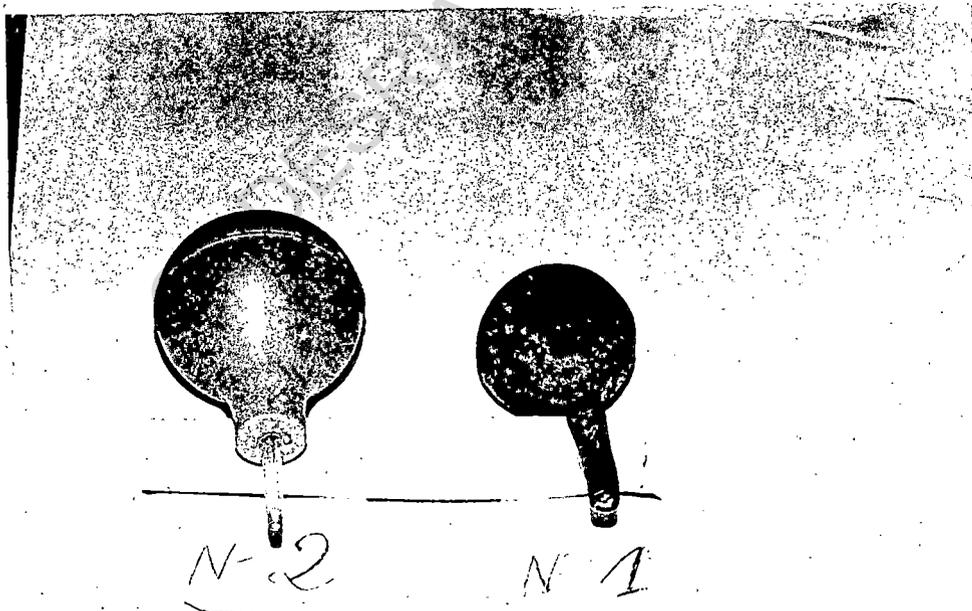


Photo N°9 : poires à lavement (une vue de face).

N°1 : la matière végétale
N°2 : la matière plastique

Nous constatons ici que la logique de cette dynamique est sous-tendue par l'avènement de la technologie nouvelle dans notre société actuelle. Et c'est de cette même façon que s'explique dans ce même domaine de la médecine africaine, l'utilisation actuelle de la poudre de toilette, du parfum, des pièces de monnaie, de la bougie etc... , en remplacement progressif du Kaolin, de la cola, des cauris, du sang d'animaux.... Après ce premier cas, le second aspect de cette dynamique porte sur la durée de l'initiation.

b - La durée de l'initiation des médiums.

L'initiation dont il est ici question concerne particulièrement les personnes "élues" par les esprits des génies ou des défunts. il s'agit des individus prédisposés à la qualité de guérisseurs, mais qui doivent au préalable, recevoir une initiation appropriée.

Cette initiation en pays Akié se déroule en pleine forêt, près d'une rivière ; c'est-à-dire en dehors du cadre de la communauté humaine.

De fait, ce besoin de retranchement momentané et de rupture d'avec le système des relations sociales suppose pour les membres du groupe de l'initiation, un approvisionnement en quantité suffisante de denrées alimentaires pour les 15 jours que doit durer cette initiation d'après la tradition.

Mais de nos jours, il est donné de constater que la vie économique se fait de plus en plus cher. Le prix des produits vivriers augmente sans cesse (le riz, la banane, le poisson, la viande, l'huile de palme etc....).

En revanche, le coût occasionné par les 15 jours d'initiation pour une vingtaine d'individus devient difficilement supportable pour les acteurs sociaux impliqués dans ce rituel.

En conséquence, la durée de cette initiation des médiums en pays Akié s'est trouvée actuellement réduite.

De 15 jours à l'origine, elle est aujourd'hui passée entre 4 et 6 jours.

Ainsi donc, dans le cas précis de ce changement, c'est la logique socio-économique actuelle qui fait effet. Mais au niveau de certains rituels à caractère communautaire, le facteur déterminant de la dynamique sociale relève d'une autre variable.

c - L'effet de l'urbanisation

Dans le cadre des méthodes thérapeutiques des maladies épidémiques, il a été fait mention du "rite de purification communautaire" dénommé "Amonin api" dans la communauté Akié. Constitué exclusivement de femmes adultes presque nues, ce rituel consiste à organiser pendant des nuits successives, plusieurs marches mêlées de chansons, de danses, et de hurlements à travers les rues du village.

A l'état présent, nous devons noter que d'après les informations reçues, ce rituel Akié devient une pratique sociale assez rare.

De plus, le nombre des participantes à chaque manifestation devient de moins en moins important.

Et pour quelles raisons ?

Parce qu'à l'intérieur des localités qui nous occupent, il faut d'abord signaler que les maladies épidémiques (variole, varicelle, choléra.....) s'y montrent très rarement aujourd'hui à cause des campagnes de vaccinations répétées.

Ensuite, il importe également de souligner que l'électrification des rues des localités respectives, apparaît comme un facteur déterminant.

Car cet éclairage des rues constitue une véritable gêne pour une grande majorité des femmes qui doivent nécessairement se mettre nues pour circuler sous les lampadaires.

En définitive, il est à retenir que la médecine africaine de la région du Sud à ALEPE, se voit engagée dans un processus dynamique très accéléré.

Et cette situation remarquable s'explique par l'effet du phénomène de l'urbanisation entamé à partir de l'implantation des équipements sociaux collectifs comme les centres de Santé, l'adduction d'eau courante et aussi le courant électrique.

Le processus dynamique sous cet angle apparaît relativement lent dans la région du Nord à Korhogo, où il existe très peu d'infrastructures sociales à caractère collectif du fait de la disparité régionale.

Mais ceci n'exclut pas la dynamique de cette médecine africaine au plan du contenu au sein de cette localité.

B - LA DYNAMIQUE DE LA MEDECINE AFRICAINE AU NIVEAU DU

CONTENU

Le contenu de la médecine africaine se réfère ici, aux divers éléments qui entrent dans le volet thérapeutique de cette médecine. Il s'agit notamment des plantes médicinales et de l'aspect symbolique de celle-ci. De ce fait, les éléments de cette présente dynamique concernent les facteurs écologique et religieux.

1 - La dynamique liée au facteur écologique

Le facteur écologique se rapporte lui-même à deux aspects distincts.

D'une part nous avons la flore, et d'autre part la faune.

a - La flore

En matière de médecine africaine, la flore se présente comme la source essentielle des plantes médicinales.

Aussi, devons-nous retenir que ces plantes médicinales constituent une composante très importante de cette médecine. En effet, à ce niveau précis, il nous a été révélé au cours de l'enquête, que cette composante se présente comme celle qui subit le processus le plus accéléré de la dynamique aujourd'hui.

En d'autres termes et de façon concrète, la majorité des guérisseurs affirment qu'ils éprouvent à l'heure actuelle, des difficultés à retrouver certaines espèces végétales qui entrent dans la composition de leurs recettes médicamenteuses.

Car ces plantes à vertu curative ont soit disparu de la localité, soit elles sont situées à des distances très éloignées de cette localité.

Au plan théorique, nous découvrons que cette situation dynamique résulte de la conjonction de plusieurs facteurs qui sont :

- L'extension des cultures industrielles (coton au Nord; café, cacao, palmier à huile au Sud).
- Les longues saisons sèches.
- Et les feux de brousse répétés (accidentels ou méthode de culture sur brûlis). (1)

Et ce phénomène de disparition progressive de la flore est le même que nous rencontrons dans le domaine de la faune.

b - La faune

Au cours de l'enquête, nous avons pu remarquer que la référence à certaines espèces animales dans la composition de quelques recettes était indispensable.

Mais de nos jours, nous nous rendons compte d'après les guérisseurs, que quelques unes de ces espèces animales tendent également à disparaître totalement de l'environnement écologique.

(1) Cf. Le travail de recensement du C.N.F-Abidjan comme une preuve de cette dynamique, à l'annexe III, p. 668.

Il s'agit par exemple du cas des éléphants dont la matière fécale demeure très efficace dans la recette contre les parasitoses intestinales.

En plus il y a le cas de la panthère, du gorille, du crocodile... dont diverses parties sont utilisables dans les recettes contre l'empoisonnement, la sorcellerie, l'envoûtement et d'autres maladies spécifiques.

Ici, la disparition de ces espèces animales se trouve liée principalement au braconnage et à l'extension des cultures d'exportation. En somme, pour ce qui est de la dynamique de la médecine africaine liée à la dynamique écologique, nous devons retenir que ce facteur se trouve ici sous-tendu implicitement par les variables socio-économiques et climatologiques essentiellement. Ce qui est différent du domaine magico-religieux.

2 - La dynamique liée au facteur religieux

Ce cadre de la dynamique se réfère à la composante symbolique de la médecine africaine.

Il s'agit précisément de l'aspect magico-religieux de celle-ci.

Comment le changement s'opère-t-il à ce niveau ?

Nous avons dans ce contexte , deux volets à examiner.

Le premier volet concerne les emprunts et le second, relatif au mode de résistance de cette médecine africaine.

a - Les emprunts de la médecine africaine au plan des symboles

Pour aborder cette question, la référence au troisième chapitre de cette étude est indispensable.

Le point précis de ce chapitre concerne la phase 2 de la deuxième étape de la dynamique de cette médecine africaine (1).

D'après le schéma des mutations de cette médecine africaine, nous avons constaté qu'à partir des années 1940, cette médecine originelle, pour pouvoir s'adapter au contexte socio-historique, marqué par l'interdit du "fétichisme africain" et par l'idéologie de la "mission évangélisatrice", s'est recouverte de certains traits de caractère de la religion judéo-chrétienne.

Pour ce faire, la bible chrétienne devient la référence par excellence.

En conséquence, l'usage de l'eau bénite, de la bougie, des prières, les invocations de l'esprit Saint "Jésus Christ", puis le crédo de lutte contre la sorcellerie et contre le fétichisme apparaissent comme les traits dominants.

Et c'est par rapport à ce contexte particulier que le prophète Albert ATCHO de Brèbo, dans la localité de Binger-ville et le "seigneur Eugène 1er" installé dans la commune de Koumassi à Abidjan, constituent des exemples historiques très significatifs.

(1) se reporter à la page 209.

Nous passons ainsi donc de la forme originelle de la médecine traditionnelle africaine, à la forme dite "néo-traditionnelle" à travers ce processus d'acculturation.

Au plan théorique, il importe de souligner que ce facteur religieux se spécifie ici comme la variable déterminante de cette forme de transition.

Tout compte fait, ce rapport dialectique de la médecine africaine d'avec la religion n'est pas spécifique à la religion chrétienne au Sud. Car des faits significatifs indiquent que dans la région du Nord de la Côte d'Ivoire où la religion musulmane entretient particulièrement un impact important, ce type de rapport y est également présent. Et dans ce cas d'espèce, la référence au coran se présente comme la caractéristique essentielle.

A cet effet, les éléments essentiels expressifs sont entre autres : l'invocation d'ALLAH, la lecture des versets coraniques, les actes de charité etc... Au total, retenons dans le cadre de cette dynamique de la médecine africaine au plan symbolique, que le facteur religieux apparait comme la variable pertinente par excellence.

Ainsi, à l'inverse de la logique écologique qui tend à vider cette médecine africaine de son contenu par l'effet de la disparition progressive de la flore et de la faune, la logique religieuse quant à elle, se définit ici comme une variable particulière qui recherche une voie originale de réadaptation et d'intégration totale de celle-ci dans le processus global des mutations.

A certains égards, cette logique de réadaptation et d'intégration doit se traduire en d'autres termes, comme une forme

de résistance sociologique de cette médecine africaine dans le processus de l'acculturation en cours.

Mais par ailleurs, en dehors du cadre religieux du christianisme et de l'Islam, cette résistance sociologique s'observe déjà au niveau de certaines composantes propres à la médecine africaine.

Et c'est pour cette raison que ces diverses composantes sont considérées comme des "déboires" de cette médecine africaine.

En voici le volet qu'il nous appartient maintenant d'aborder.

b - L'expression de la résistance sociologique ou "déboires" de la médecine africaine

La médecine africaine, en dépit de son caractère dynamique sous-tendu par les multiples variables d'ordre écologique, socio-économique, technologique, urbanistique et religieux, demeure identique à elle-même en référence à certains aspects authentiques internes.

Ces éléments invariants sont divers. Nous en relevons seulement deux principaux pour le besoin de l'analyse.

1 - La notion de mesure en médecine africaine

Sous cette rubrique, il a été relevé au cours de l'enquête, que les unités de mesure concernant le dosage, le volume, et la masse n'existent nullement comme telles dans la conception médicale africaine.

En d'autres mots, les notions de degré, de litre, de gramme et de densité ne préoccupent pas le guérisseur africain. A cet effet, ce qui est significatif chez celui-ci, c'est la position du malade, son statut de culpabilité ou d'innocence, les gestes, les couleurs, et les rituels à accomplir.

Et tout ceci dans la réalité, correspond à des normes fondamentales d'un autre type, distinct de la notion d'unité de mesure des sciences mathématiques modernes.

En revanche, cette conception immuable particulière de la médecine africaine se traduit dans l'état actuel de la dynamique culturelle, comme des indicateurs d'insuffisances de celle-ci.

C'est ainsi que les questions de dosage et de posologie deviennent aujourd'hui, de véritables "déboires" dans ce domaine.

A cet aspect d'unité de mesure, s'ajoute celui des modalités de l'initiation.

2 - Les modalités de l'initiation

Nous avons dans ce cadre, déjà montré plus haut que l'initiation d'un profane à la médecine africaine, exige l'observance d'un certain nombre de conditions.

Ces conditions sont d'ordre moral, sociologique et pédagogique. Mais la mise en application de toutes ces conditions n'accorde la chance qu'à un nombre très limité des néophytes à initier (1).

(1) Consulter la bande n°2 : le secret emporté à la page suivante.

LE SECRET EMPORTÉ...

agriflash

ÇA ALORS! MON FILS EST GUÉRI
EN MOINS DE DEUX SEMAINES! HA HA HA!
LE GUÉRISSEUR SAMBA EST FANTASTIQUE!



...ET JE VAIS
CHERCHER MON FRÈRE QUI
SOUFFRE DU DIABÈTE AU
VILLAGE KALIMA. J'EN AI
POUR TROIS JOURS...



QUELQUES JOURS APRÈS...

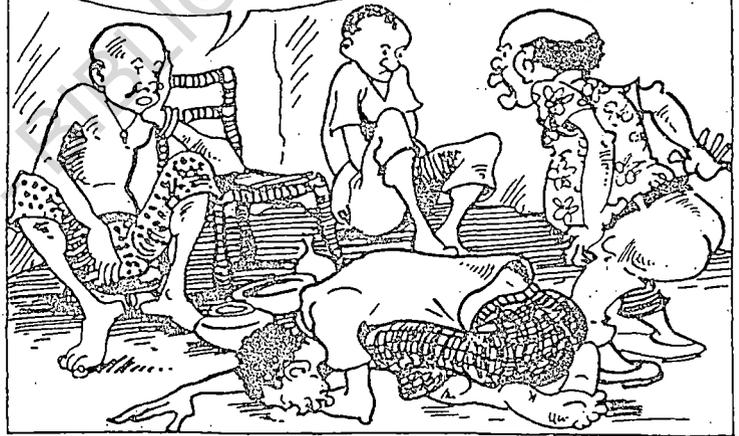
BONJOUR MAKALO. HEU... SAMBA, LE
GUÉRISSEUR, EST MORT AVANT-HIER...
... MAIS, SES ASSISTANTS SONT LÀ.

ÇA ALORS!
HEU... BON,
J'Y VAIS...



HÉLAS! NOTRE MAÎTRE
EST DÉCÉDÉ, EMPORTANT LE
SECRET DE LA GUÉRISON
DU DIABÈTE...

?!?
...
...
...



COMMENT! TANT D'ANNÉES
PASSÉES À SES CÔTÉS ET VOUS
N'AVEZ PAS ENCORE APPRIS!
VOYEZ, MON FRÈRE NE PEUT
MÊME PLUS BOUGER!

NOUS NE POUVONS RIEN
POUR LUI. NOTRE MAÎTRE
N'A PAS EU LE TEMPS DE
NOUS RÉVÉLER TOUTES SES
CONNAISSANCES...



MON COUSIN M'A DIT QUE
LES MÉDECINS ONT DES LIVRES
OÙ LES GRANDS SAVANTS ONT
EXPLIQUÉ LEURS SECRETS
DE GUÉRISON...



A travers le processus des mutations sociales engagées, ce principe ésotérique rigoureux se traduit actuellement comme une véritable carence devant le principe exotérique de la médecine européenne. En somme, ces deux aspects relatifs au manque d'unité de mesure et au caractère ésotérique de l'initiation des néophytes, apparaissent comme des éléments immuables de la médecine africaine.

Parce que ces éléments spécifiques relèvent du domaine particulier du symbolisme qui donne à cette médecine africaine, toute son originalité. Voilà ce qui explique la résistance sociologique de cette composante (le symbolisme) face à la dynamique socio-culturelle en cours.

C'est la raison pour laquelle le chapitre du symbolisme va être à présent, l'objet de notre préoccupation.

CHAPITRE 6 : LE SYMBOLISME OU L'UNIVERS INVARIANT DE LA MEDECINE AFRICAINE

L'objectif de cet axe de réflexion vise principalement à situer les contours spécifiques de la médecine africaine par rapport au domaine étendu du symbolisme qui renferme théoriquement, les volets de la religion et de la magie.

Autrement dit, où commence véritablement la médecine africaine et où s'arrête-t-elle par rapport à cet univers de la religion et de la magie ?

Aussi, comment s'articule celle-ci par rapport à ces diverses réalités ?

Avant d'aborder ces questions, systématisons le domaine de ce symbolisme à travers des faits précis.

I. - LE DOMAINE DU SYMBOLISME EN MEDECINE AFRICAINE

A - Définition

"symbole" vient du mot grec "symbolon" qui veut dire "signe de reconnaissance".

De ce fait, ce "signe" est représenté par un objet, une image, ou une figurine de façon conventionnelle. Il traduit par conséquent, un message ou une valeur. C'est un code de communication. Cela revient à dire que l'univers des symboles désigne dans ce contexte présent, les divers éléments chargés de valeur ou de signification particulière pour les acteurs engagés dans le traitement thérapeutique de la médecine africaine.

B - Les éléments du symbolisme

Ces éléments chargés de signification particulière se réfèrent à des réalités d'ordre mythique, au statut du malade, et à la forme des rites exécutés.

1 - Les mythes

Dans ce contexte particulier de la médecine africaine, le mythe correspond au système de représentation et de croyance des sociétés en présence.

A ce titre, il devient l'expression des entités spirituelles qui se manifestent au cours de l'intervention du guérisseur traditionnel depuis la phase du diagnostic jusqu'au point final du traitement.

Dans le système de croyance de la société Akié, ces entités ont pour nom :

- "kaman" ;
- "angbé" ;
- "wuïnè" ;
- "gnuĩ" ;
- "ouan'sin".

Chez les Tiembara, ils se nomment "katienguelé". Et quelques individualités sont :

- bandéguélé" ;
- iguefolo" ;
- kassiguelé" ;
- nékambélé" ;
- simbringué" ;
- tigué, lôh...

Ces entités spirituelles se trouvent quelquefois matérialisées à travers des supports sacrés.

Ces supports sont le fait des statuettes, des masques. Elles représentent des intermédiaires entre le monde visible des vivants, et l'Etre suprême intouchable ; auteur de toutes les créatures de l'univers.

Ces esprits sont donc censés apporter leur aide aux mortels du monde sensible. Ils sont supposés les protéger ou les défendre directement dans leur intervention.

Cette position singulière leur accorde de ce fait, le privilège particulier de vivre en parfaite symbiose avec les mortels du monde sensible.

Et c'est pourquoi, dans les systèmes de croyance Akié et Tiembara, ces esprits se retrouvent investis des pouvoirs de récompense lorsque les humains se comportent droit dans la ligne des normes établies.

Par contre, lorsque les normes sont transgressées, ce sont les sanctions punitives qui tombent.

En définitive, nous retenons d'un point de vue théorique, que dans cette mystique vivace de la médecine africaine, les esprits de référence expriment le symbole ambivalent de la justice et de la fatalité imminente, selon que la conscience du malade vit un sentiment d'innocence ou de culpabilité. Et c'est à ce niveau qu'intervient le statut du malade.

2 - Le statut du malade

Nous partirons de la conception anthropologique de la personne humaine chez les Akié et Tiembara qui retient notre attention.

Chez les Akié, la personne humaine se compose du corps physique et de trois autres principes vitaux ; "ouan'sin", "neme'sin" et "nin nin' gnui chi"

Chez les Tiembara, après le corps charnel, il y a également les composantes appelées "si", "pil" et "tyer".

Dans tous les deux cas, le corps physique et sensible ne représente que le siège de la joie et de la souffrance, du bon et du mauvais état de l'Homme.

Sous ce rapport, le domaine d'action par excellence des esprits se situe au niveau des principes vitaux.

C'est ce qui fait dire au Professeur Kouakou N'guessan François :

"Le corps qui supporte les douleurs de la maladie n'est... qu'un médiateur physique (1)".

Partant, lorsque les principes moraux de la communauté sont respectés, le sujet peut recevoir de la bénédiction. Les termes de cette bénédiction sont la fécondité, la prospérité et la santé.

Tout compte fait, le sujet peut quand même contracter une maladie.

(1) Kouakou N'Guessan (F) : Pour une anthropologie médicale.
in Annales de l'Université Nationale
Série F, Tome VII, 1978, IES, P.99.

Dans ce cas, le malade est considéré comme une victime innocente, quelque soit l'origine de la maladie, naturelle, psychique ou psychosomatique.

Par contre, lorsque le sujet transgresse les normes établies, il peut en subir une punition qui prend corps dans la malchance, l'infécondité, la maladie.

En effet, dans le cas de la maladie, celle-ci est considérée comme une culpabilité.

Le malade apparaît lui-même comme étant coupable d'une faute dont il purge les peines.

Pour ainsi dire, le processus du traitement prend d'abord le caractère d'un procès, ensuite d'une défense qui représente la thérapeutique proprement dite.

Voici pourquoi dans certains cas, le malade est amené à faire d'abord des aveux.

En résumé, il faut dire que le statut symbolique se définit par rapport au sentiment d'innocence, ou de culpabilité du malade.

Lorsque le sujet malade démontre son innocence, il est totalement pris en charge d'emblée dans le traitement par la communauté et les esprits ; parce qu'il souffre en tant que victime innocente.

Quant au malade coupable d'une faute, c'est le sentiment de culpabilité qu'il subit avec le poids de la douleur.

A cet effet, le processus du traitement s'entoure d'un caractère juridictionnel qui pose à la fois le problème de la guérison et celui de l'intégration de la victime.

C'est aussi par rapport à ce statut symbolique du malade que varient la forme et le contenu des rituels imposés par le traitement.

3 - Les rituels

Le vocable rituel vient du mot "rite". Et selon l'origine latine "ritus", le rituel désigne l'ensemble des usages sacrés qui s'accomplissent d'après une coutume traditionnelle.

D'après la perspective symbolique de la médecine africaine, le rituel se découvre à travers une multitude de formes d'expression.

a - Les éléments de support

Nous regroupons sous cette rubrique, tous les objets et autres procédés sacrés aux moyens desquels les guérisseurs accomplissent leurs tâches.

Il s'agit notamment de leur propre accoutrement, des statuettes et figurines, des masques, du kaolin, des cauris, de la bougie, de l'eau bénite, des miroirs, des prières, de la poudre blanche, des chansons, des danses de possession ... que les guérisseurs utilisent.

Par conséquent, nous pouvons dire que l'effet psychologique qu'ils provoquent chez le malade n'est que le début de l'expression du symbolisme.

b - Les rétributions

Par définition, la retribution représente la somme d'argent que l'on paye à une personne ayant exécuté un travail.

Cette forme d'échange existe bel et bien dans le domaine de la médecine africaine.

Néanmoins, c'est la nature de l'unité de valeur qui change.

Ici en matière de médecine africaine, cette rétribution s'exprime en nature : cola, oeufs, coq, poule, tabac, alcool, mouton... ou en argent : 10 francs, 25 francs, 100 francs, 500 francs, ou 1000 francs CFA.

Elle intervient à chaque étape de l'évolution du traitement. Elle permet ainsi d'en opérer les différentes transitions.

Au niveau du diagnostic, nous la rencontrons entre l'accueil et l'étiologie, puis entre l'étiologie et le traitement thérapeutique. Et enfin, à la fin du traitement, lorsqu'il s'ensuit une guérison.

Pour ce qui concerne cette dernière forme, le sujet généralement offre au guérisseur ce que sa propre conscience lui recommande en fonction de ses possibilités.

Il faut dire que la forme, la quantité, la couleur ou la valeur sociale de ces éléments ne laissent pas le malade indifférent au plan psychologique.

A tout ceci, s'ajoutent les interdits.

c - Les interdits

Ceux-ci sont censés canaliser le sujet vers la guérison complète.

Mais l'aspect symbolique intervient quand apparaît le caractère moral de ces interdits, par exemple l'abstinence sexuelle, le fait d'éviter les querelles, la colère, le contact des femmes en menstruation, l'observance des totems du groupe ...

Par ailleurs, il est plutôt question d'éviter l'utilisation des produits chimiques industriels tels que le savon, le parfum, la bière etc...

Cet ensemble de prescriptions présente des visées physiologiques, mais aussi et surtout psychologiques.

Enfin, il y a aussi les gestes qui entrent en ligne de compte.

d - Les gestes

Cet aspect du rituel s'observe surtout au cours du traitement thérapeutique.

Il se présente sous diverses formes.

A commencer d'abord par la position du malade. Il doit se tenir soit debout, soit à genou, soit assis, le visage tourné vers l'Ouest ou vers l'Est pendant la prise des médicaments.

Parce que toutes les recettes de la médecine africaine ne se prennent pas forcément dans la même position.

Ensuite, arrive le tour de la façon de prendre le remède.

Il s'agit d'un bain par exemple. Avant le bain proprement dit, le sujet doit par exemple prendre deux gorgées de la décoction de la main droite, puis deux de la main gauche.

Au cas où il s'agit de gouttes nasales, la prescription reste quelque fois rigoureuse encore; quatre gouttes au côté droit et quatre gouttes au côté gauche des narines.

A côté de la position et de la façon de prendre ces médicaments, s'ajoutent encore parfois des dispositions particulières.

Le sujet malade est amené à émettre des vœux du fond de son cœur sur un produit recommandé, soit sur une noix de cola, soit sur un coq, ou sur un oeuf, puis offrir ce produit à un mendiant ou le déposer à un carrefour.

De plus, à la fin de tout le traitement, survient en définitive, le rituel du rasage pour la guérison.

Celui-ci consiste à couper les cheveux du malade qui vient de changer d'état.

Au fond, tous ces gestes rituels ne manquent pas d'effets significatifs pour le malade qui les exécute.

Pour tout dire, le symbolisme, sous son aspect mythique, du statut du malade et de l'ensemble des rituels, fait partie intégrante de la médecine africaine.

Il ne peut être perçu comme un phénomène banal dont la fonction serait une simple mystification.

Cette façon de voir et de juger serait donc une erreur d'appréciation.

Sa fonction psychologique apparaît tout aussi importante que la médication physico-chimique dans le traitement thérapeutique.

En résumé, le mode de traitement thérapeutique de la médecine africaine se définit comme un processus dynamique comportant plusieurs étapes successives : le diagnostic, la thérapeutique et la prévention. Chacune des étapes renferme des phases internes, des attitudes, des gestes, et des faits significatifs particuliers qui joignent à la médication physico-chimique, le symbolisme et la socialisation du malade à l'intérieur de son groupe.

Telle est l'originalité fondamentale de la science médicale africaine.

De fait, cette originalité étant circonscrite par la prédominance du facteur magico-religieux, nous allons à cet effet, voir comment les domaines de la religion et de la magie s'articulent avec cette médecine africaine.

II - LA MEDECINE AFRICAINE ET LE DOMAINE RELIGIEUX

A - GENERALITES

La religion relève du domaine de la croyance. Elle reste

universellement rattachée à l'idée de l'existence d'une instance suprême surhumaine, invisible et immortelle.

Cette instance surhumaine recouvre une appellation spécifique d'une aire culturelle à une autre.

On l'appelle "Odôminga" chez les Akié, "Koulotiolo" chez les Tiembara, "Dieu" chez les Européens français.

Le rapport de l'être humain à cet être divin demeure fondamentalement un rapport sacré. C'est pour cela que la légitimation ou l'institutionnalisation de cette relation de l'humain au divin passe par une réglementation formalisée :

- unité de l'espace pour les cultes ;
- unité de temps et de circonstances pour l'exécution des rituels :
- unité de symbole pour le système de représentation.

Signalons que l'institutionnalisation formelle sur la base de ces trois dimensions - spatiale, temporelle et symbolique - ne se conforme pas à une structure universellement identique.

Et pourtant, certains auteurs tablent fondamentalement sur ces données, et définissent donc la religion à partir d'un ensemble de critères distincts.

Bertrand Russel dira à ce propos, que chacune des grandes religions historiques présente trois aspects :

- une église ;
- un crédo ;
- un code de moralité individuel.

Et selon cet auteur, l'importance relative de ces trois éléments varie d'une époque à une autre et d'un lieu à un autre (1).

En Afrique, M. John Appelété Georges Creppy lui, soutient qu'une religion doit comporter au moins quatre éléments associés :

- un dogme : l'ensemble des croyances ;
- une morale : l'ensemble des règles à suivre pour faire le bien et éviter de faire le mal ;
- un culte : l'expression des croyances, des obligations et des pratiques qui se traduisent par des actes extérieurs : prières, rites, et cérémonies ;
- un sacerdoce : le personnel hiérarchisé pour l'expression des modalités de la religion et de ses règles intangibles (2).

En revanche, l'histoire de la religion démontre que cette conceptualisation fondée sur la critériologie ne paraît pas tout à fait opératoire.

(1) RUSSEL (B) : Science et religion. Gallimard, collection idées, Paris 1971, P. 8.

(2) John APPELETE GEORGES CREPPY : Réflexions sur la religion, la magie et la sorcellerie en Afrique. Frat-Hebdo n° 1306 du 10/5/84, P. 18.

Parce que toutes les institutions religieuses ne comportent pas nécessairement une église ou un temple en tant que tel. Elles n'élaborent pas non plus systématiquement, un code de moralité ou un dogme authentique de façon explicite.

Le fait invariant que l'on retrouve toujours à travers toutes les formes de religion est la distinction entre le profane et le sacré.

Et c'est à partir de cette hypothèse que Mircea Eliade suggère ceci :

"Dans la hiérophanie la plus élémentaire, tout est dit : la manifestation du sacré dans une "pierre" ou dans un "arbre" n'est ni moins mystérieuse ni moins digne que la manifestation du sacré dans un "dieu". Le processus de sacralisation de la réalité est le même : la forme prise par ce processus de sacralisation dans la conscience religieuse de l'homme diffère" (1).

Cette perspective théorique implique que si le "sacré" demeure l'élément invariant dans le contenu de la religion, la forme de celle-ci reste variable dans le temps et dans l'espace.

Tel est le fondement de la différenciation entre les religions orthodoxes chrétienne, islamique, bouddhiste et africaine...

De plus, le caractère sacré du fait religieux se définit essentiellement comme un lien qui relie intimement l'homme à la divinité vénérée, l'homme à ses semblables, et enfin l'homme à lui-même.

(1) ELIADE (M) : Le chamanisme et les techniques archaïques de l'extase.

Payot, Paris 1968, P. 14.

De ce point de vue, la religion apparaît comme une institution qui assure l'équilibre psychique individuel, et la cohésion sociale au sein de la communauté.

Quels sont les points de rencontre de celle-ci avec la médecine africaine ?

B - MEDECINE AFRICAINE ET RELIGION

Nous venons de montrer tout à l'heure qu'il existe plusieurs formes du phénomène religieux.

Mais dans le cadre de cette présente réflexion, nous nous contenterons de faire l'état de rapprochement de la religion africaine et de la médecine traditionnelle africaine.

Parce que la médecine africaine nous place dans un contexte africain à partir des repères Akié et Tiembara.

Rappelons pour commencer que la religion africaine présente une structure hiérarchique assez originale.

Au sommet de cette hiérarchie, dans le Très-haut, se situe le Tout-puissant, l'Etre suprême, créateur des êtres vivants et de l'univers.

En-dessous de celui-ci, arrivent tous les esprits secondaires (génies et ancêtres).

Ils sont subordonnés au Tout-puissant et collaborent avec lui dans le bas monde invisible. Ils constituent ainsi donc l'étape intermédiaire entre le monde divin invisible et le monde physique visible.

Les guérisseurs "tuteurs de puissance particulière" entrent en communication avec quelques uns de ces esprits secondaires.

Et ce sont ces esprits qui leur permettent d'identifier l'étiologie des maladies, puis leur indiquent les remèdes appropriés ; dit-on.

Ces rapports privilégiés que ces guérisseurs doués entretiennent avec ces entités spirituelles, constituent le point de rencontre entre la médecine africaine et le fait religieux.

Par conséquent, les prières, la divination, les rites d'exorcisme, de médication, les chansons, les invocations, les supports symboliques etc... constituent l'expression concrète de ce phénomène religieux.

Mais, cela ne signifie nullement que le guérisseur doué jouit entièrement d'un statut de guide spirituel. Loin s'en faut. Il n'incarne point du tout le monopole de la religiosité.

En Afrique, la fonction religieuse se trouve être souvent confiée à des personnes qui ne sont pas nécessairement des guérisseurs. Tout comme les chefs suprêmes des cultes religieux du "yabè" ou du "poro" ne sont pas des guérisseurs.

Dans ce domaine religieux, il arrive encore que la différence soit quelquefois difficile à faire entre le guérisseur et le marabout.

C - MEDECINE AFRICAINE ET MARABOUTAGE

Etymologiquement, marabout vient du mot arabe "murâbit" qui veut dire habitant du Ribat.

Et le Ribat est une sorte de relais en chemin, une maison de retraite.

Le marabout est ainsi un croyant de la religion islamique, qui mène une vie ascétique et qui est considéré originalement comme une personne marginale à la communauté.

Mais intrinsèquement, c'est un homme de sainteté, un homme de savoir, doué de pouvoirs thaumaturgiques, qui se met au service de Dieu, l'Être suprême, et de l'islam.

A ce titre, le marabout occupe les fonctions d'enseignant, de guide spirituel et de thaumaturge.

1 - Fonction d'enseignant et de guide spirituel

La fonction d'enseignant des marabouts se traduit par l'enseignement moral et théologique qu'ils dispensent à partir du Coran.

Cette fonction enseignante représente en principe, la première de toutes.

Concrètement, elle consiste d'abord à initier les adeptes à la pratique des prières, à prêcher les principes de la morale, et à communiquer les éléments fondamentaux de la loi islamique.

Dans ce contexte éducationnel, les sermons, et les prédications constituent des éléments d'importance.

2 - Fonction de thaumaturge

De par leur position sociale de mystique, les marabouts bénéficient d'une disposition mentale et morale favorable à une culture spirituelle approfondie.

Ce qui leur permet d'accroître leur pouvoir charismatique, magique et autres.

Ce pouvoir appelé "baraka" en langue arabe, est considéré comme une bénédiction de Dieu.

A partir du "baraka", les marabouts peuvent intervenir sur des litiges, jouer le rôle de prophète, ou résoudre des problèmes de santé...

Et c'est à ce niveau thaumaturgique, précisément au plan de la santé que se circonscrit la zone de jonction entre les expériences maraboutiques et la médecine africaine.

Les supports de divination (cauris, les rituels, les sacrifices...) sont presque identiques.

Mais dans l'état actuel des choses, il devient encore très difficile au profane de faire la distinction entre le marabout authentique appartenant à une confrérie musulmane et un pseudo-marabout ou même un mendiant.

Les problèmes économiques, financiers et sociaux se faisant de plus en plus rudes, de nombreux indigents choisissent le déguisement de marabout et se font passer pour des thaumaturges authentiques, afin de profiter de la naïveté des individus en détresse.

Pour ce faire, ils consultent, prophétisent ou prédisent et trouvent toujours une quelconque solution au problème de leurs clients.

Mais en réalité, l'activité de ces "faux-marabouts" ne se limite qu'à la supercherie et à des tours de passe-passe sans fondement. Et ceci à l'intérieur de tous les secteurs de la vie : politique, économique, social...

Parce que la fonction sociale du marabout authentique évolue effectivement en rapport avec les données réelles de la vie contemporaine.

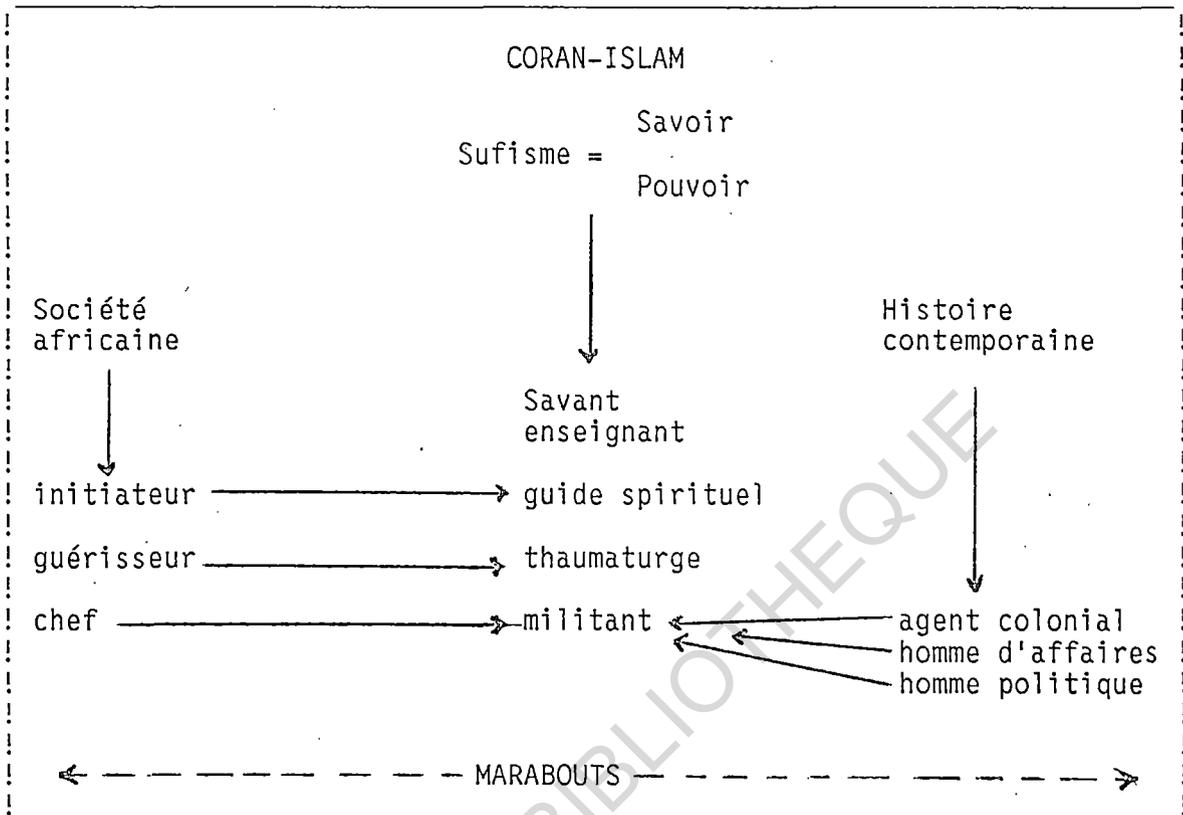
De ce fait, l'on rencontre aujourd'hui dans le domaine, des marabouts hommes d'affaires, hommes politiques etc...

Telle est l'interprétation du schéma de définition de René Luc Moreau que nous reportons ci-après (Cf. la page suivante).

Au vu de tout ce qui précède, le marabout authentique ou le "faux marabout" ne saurait se confondre à un véritable guérisseur de la médecine africaine. Ce dernier digne du nom, ne pratique que sa médecine et dans la limite de ses moyens.

Le marabout quant à lui, ne joue pas seulement un rôle de guérisseur. Ses fonctions d'intellectuel, d'éducation, de guide spirituel, de militant sont étrangères au guérisseur doué.

Pour terminer avec ce domaine religieux, examinons à présent le cas de l'univers du spiritisme.



Source : René Luc Moreau : Africains Musulmans, Présence africaine, INADES (Abidjan), Paris 1982, P. 245.

D - MEDECINE AFRICAINE ET SPIRITISME

Qu'est-ce que le spiritisme ?

"le spiritisme, écrit Allan Kardec dans le livre des Esprits, est la doctrine fondée sur l'existence, les manifestations et l'enseignement des Esprits" (1).

Et les "Esprits" sont les corps subtils des êtres humains libérés de leur corps physique après la mort.

(1) VERNETTE (J) : Occultisme, magie, envoûtements. SALVATOR, Strasbourg 1986, P. 76.

En résumé, le spiritisme est la doctrine religieuse d'après laquelle, les êtres humains vivants du monde physique peuvent entrer en communication avec le corps subtil des personnes décédées.

L'histoire du spiritisme commence vers 1847-48 dans une ferme de HYDESVILLE dans l'Etat de New-York aux Etats-Unis.

Il s'agissait de deux jeunes filles, Margaret et Katie Fox qui, dans le hasard de leur jeu d'enfants dans une maison hantée, ont réussi à communiquer avec l'esprit d'un homme décédé.

La nouvelle se répand et les expériences se succèdent.

En 1857, LEON HYPOLITE RIVAIL (1804-1908) connu sous le pseudonyme de ALLAN KARDEC, publie le livre-traité de base : "Le livre des Esprits".

Dans son fondement théologique, le spiritisme définit d'abord la personne humaine comme un être composé de trois principes vitaux :

- le corps physique : enveloppe extérieure et matérielle ;
- le corps éthérique ou périsprit : corps subtil, énergétique qui est le fluide vital ;
- et enfin l'esprit ou l'âme qui représente l'élément immatériel, immortel.

Précisons au passage que selon la théorie spirite, la composante vitale qui est supposée entrer en communication avec les vivants est l'âme enveloppée du corps éthérique du défunt.

Parce que le corps physique, matériel se désagrège.

Et d'après cette doctrine, la personne humaine est appelée à mener plusieurs vies successives.

Elle en a déjà mené d'autres dans le passé. Elle en mènera encore de nouvelles dans l'avenir. Mais à chacune de ces vies, correspond un corps physique particulier.

En effet, pour le spiritisme, la mort en tant que telle n'existe pas.

Elle est "une transition à un autre plan". Et par conséquent, la vie apparaît comme une nouvelle phase de l'évolution tendant vers la perfection de l'existence humaine.

En conclusion, la croyance à la réincarnation ressort comme un élément essentiel de cette doctrine religieuse.

Mais par quels procédés les vivants peuvent-ils entrer en communication avec les esprits ?

Au fond, il n'est pas donné à toutes les personnes d'entrer directement en communication avec les morts.

Les individus habilités à le faire sont les médiums.

Ils servent de trait d'union entre le commun des mortels profane, et les morts.

Les techniques de la communication sont multiples.

Elles varient d'un médium à un autre et en fonction de leur évolution intérieure personnelle.

Aussi, avons-nous parmi ces techniques :

- le dédoublement : l'âme du médium se libère et accède aux sphères supérieures pour y rencontrer des esprits plus élevés ;
- les "matérialisations" : le médium entre en contact avec le corps éthérique des esprits et rend la matière subtile perceptible sous forme d'ectoplasme (main, tête, silhouette...) ;
- les coups frappés au mur ou "raps" ;
- le oui-jà ou "planchette" ;
- la table tournante ;
- l'invocation des esprits ou nécromancie...etc.

Tels sont les grands traits de la doctrine spirite pour le besoin de cette analyse.

Ceci dit, quels sont en définitive les points de rencontre du spiritisme avec la médecine africaine ?

En premier lieu, il y a la conception anthropologique de la personne humaine.

Le spiritisme conçoit la personne humaine comme un ensemble composé de trois principes vitaux, et il accorde une importance particulière aux corps subtils, immatériels et invisibles.

Cette conception de la personne humaine se retrouve également chez les Akié et chez les Tiembara. La médecine originale de ces peuples considère ces corps subtils comme éléments essentiels de la personne malade et table fondamentalement sur ces données spirituelles dans leur méthode de base.

En second lieu, le deuxième point d'accord se situe au niveau du principe de la communication avec les esprits.

Autrement dit, le médium spirite communique avec les esprits des morts par des procédés déjà énumérés plus haut.

Chez les guérisseurs africains, cette pratique n'est pas un fait nouveau. Elle demeure d'ailleurs comme l'un des principes fondamentaux de base de la médecine africaine. C'est la méthode de la divination. Seulement, ce sont les techniques de la communication qui varient quelque peu.

Le principe fondamental reste le même.

Pour tout dire, ces deux points communs suffisent-ils pour confondre spiritisme et médecine africaine ?

Nous ne saurions soutenir cette thèse dans l'affirmative.

Le spiritisme est une doctrine religieuse et philosophique structurée sur les esprits, l'univers et Dieu. Elle apparaît comme une idéologie.

La médecine africaine est une activité pratique dont l'objectif est de procurer la santé aux individus.

Elle est connaissance et action.

De ce point de vue théorique, disons pour terminer que la médecine africaine n'est donc pas à confondre avec le spiritisme. Mais, elle en renferme quelques aspects : la conception anthropologique de l'homme et le principe de la communication avec les morts.

Il convient maintenant de situer les contours de cette médecine africaine avec les différents aspects du domaine de la magie.

III - LA MEDECINE AFRICAINE ET LE DOMAINE DE LA MAGIE

Les définitions de la notion de magie sont nombreuses. Les contours théoriques varient souvent d'un auteur à un autre.

Pour ce qui nous concerne, ce n'est pas tant cet aspect polémique qui nous préoccupe.

Ce sont plutôt les éléments communs réperables au sein de ces diverses définitions. Ces éléments fondamentaux sont :

- la magie en tant que connaissance ;
- et la magie en tant que techniques.

A - LA MAGIE EN TANT QUE CONNAISSANCE

Le mot "magie" vient du grec "magos" et "mageia" qui signifient mage.

Ces termes relèvent de l'altération des mots "mog", "megh" et "magh" qui veulent dire "sage", "prêtre" et "excellent" dans les langues du vieil Orient (en pehlvi et en Zend).

Ceci dit, la magie se définit comme un ensemble de pouvoirs mystiques, dont la fonction serait la maîtrise des forces supra-naturelles pour des motifs bien précis.

Les conditions d'accès à cet univers de connaissances obéissent à une tradition universellement hermétique.

Parce que du point de vue historique, la magie se présente toujours comme un chapitre de l'occultisme (1).

En conséquence, son enseignement relève d'une tradition ésotérique.

A ce titre, la magie apparaît comme un pouvoir secret et sacré. Et selon les conceptions particulières des différents auteurs, nous rencontrons plusieurs types de magie.

1°) D'après les différents plans du macrocosme ou de l'univers, nous distinguons trois branches de **la magie** :

- la magie naturelle : celle qui transcende les lois physiques, chimiques et naturelles (l'alchimie par exemple) ;
- la magie astrale : la magie proprement dite ;
- et la magie spirituelle ou magie divine (théurgie) : celle-ci a donné naissance au "yoga" dans l'esotérisme hindou.

Le tableau ci-dessous montre ici les caractéristiques de cette première distinction.

ARCHETYPE	Plan spirituel ou des principes	Magie spirituelle
UNIVERS	Plan astral ou des lois	Magie astrale.
NATURE	Plan physique ou des faits	Magie naturelle

Source : H.M. de CAMPIGNY : la magie pour tous ou la culture des pouvoirs secrets. Garnier, Paris 1972, P. 12.

(1) Occultisme : Croyance aux sciences secrètes (occultes) et aux applications qu'on en fait.

2°) D'après l'orientation du pouvoir secret ou du motif, il est permis de relever deux sortes de magie :

- la magie blanche pour des fins désintéressées ;
- et la magie noire pour des fins égocentriques et malveillantes.

3°) En outre, sur la base du type d'initiation, nous repérons encore deux aspects différents de la magie :

- la magie personnelle : sans rite extérieur particulier ;
- la magie cérémonielle ou la haute magie dont l'activité se situe au plan divin.

Tout compte fait, toutes ces grandes divisions se résument en deux dimensions fondamentales distinctes de la magie :

- Il y a la magie proprement dite. Elle regroupe l'ensemble des aspects de la magie dite : magie naturelle, magie astrale, magie blanche ou noire, magie personnelle, magie sympathique.
- Puis la magie spirituelle dont les termes se retrouvent en gros, dans la magie divine, la théurgie, la magie cérémonielle, la haute magie...

De quoi s'agit-il ?

Le point de départ de la magie astrale ou la magie proprement dite est le point de vue de l'occultisme sur la structure du macrocosme.

Pour l'occultisme, la structure de l'univers qui abrite les êtres vivants, se compose de trois dimensions vitales :

- la nature physique objective, semblable au corps charnel de l'homme ;

- la nature astrale invisible, principe vital et source d'énergie, analogue au corps subtil, éthérique de la personne humaine ;
- et l'esprit, source de toutes les forces ; il est éternel et indestructible comme l'esprit humain est immatériel et immortel.

A l'instar de la doctrine spirite qui définit l'être humain sur la base de trois composantes vitales, la magie conçoit le macrocosme comme une dynamique à trois principes vitaux.

De fait, la nature astrale invisible et énergétique qui correspond par analogie au corps éthérique de l'homme, représente la base essentielle de la magie.

Cet élément appelé par les Hermetistes, le "médiateur plastique universel" ou encore la "lumière astrale" constitue l'astral collectif où se rencontrent tous les corps éthériques ou énergétiques de toutes les personnes humaines vivantes.

Cette "lumière astrale" apparaît ainsi comme le siège des sentiments de sympathie, d'antipathie, des visions, des rêves... et la source de tous les pouvoirs secrets de l'univers.

L'accès à la connaissance de ce principe cosmique et la manière dont l'esprit humain est apte à le capter et à l'utiliser, constituent le fondement théorique de la magie.

Pour ainsi dire, "cet agent magique ou lumière astrale est le réservoir des forces mystérieuses et puissantes dans lesquelles se moulent toute pensée émise, tout verbe proféré, tout geste accompli.

C'est dire que par la volonté, nous avons tout pouvoir sur ces forces qu'il nous est possible de manipuler et d'utiliser à notre gré" selon les termes de Campigny (1).

Ainsi se définit le fondement scientifique de la magie.

Qu'en est-il de ses modes d'application?

B - LA MAGIE EN TANT QUE TECHNIQUES

L'origine de la magie étant ainsi identifiée comme une source d'énergie spirituelle, nous nous rendons compte que les possibilités d'application apparaissent illimitées pour les initiés.

En effet, pour une raison d'ordre méthodologique, nous allons nous démarquer du cadre général de ses applications possibles et nous limiter au domaine strict de la santé afin de faire ressortir les rapports existants entre ces pratiques magiques et la médecine africaine.

Dans ce contexte particulier, les techniques d'application les plus répandues sont au nombre de deux principalement : la sorcellerie et le fétichisme.

En d'autres termes, la sorcellerie et le fétichisme représentent deux formes différentes de la magie astrale.

(1) De CAMPIGNY : OP cit., P. 20.

1 - La sorcellerie

a - Caractéristiques générales

Pour de nombreux auteurs, la sorcellerie se définit simplement comme étant la "magie noire" par opposition à la "magie blanche".

Parce que étant donné qu'elle constitue la maîtrise de l'activité pour le mal, la magie noire se caractérise comme la forme inférieure et dégénérée de la magie en général.

Pour d'autres, la sorcellerie ne se définit pas nécessairement par rapport à la magie.

Dans ce cas, elle représente une force innée en l'homme, mais destinée à nuire, à détruire ou à anéantir.

Dans tous les cas, nous nous rendons à l'évidence que la sorcellerie se stigmatise comme une force foncièrement maléfique. Le détenteur de cette force maléfique est appelée "sorcier".

En Akié on l'appelle "kpeu'sin" ; en Tiembara c'est : "dehô".

De toutes les cultures humaines, il est universellement reconnu que le sorcier n'agit que dans l'ombre ; c'est-à-dire selon la loi secrète de la tradition ésotérique.

De plus, les formes d'expression de l'action du sorcier sont multiples :

- manger l'âme d'autrui ;
- voler son intelligence ;
- boire son sang ;
- le rendre pauvre ;
- provoquer des troubles dans son foyer ;

- le rendre malade, stérile, ou aveugle ;
- voyager avec des avions invisibles ;
- se métamorphoser en animaux ou en plantes ;
- se dédoubler ;
- faire tomber la pluie ;
- diriger la foudre sur autrui ou sur ses biens ;
- causer l'échec dans l'entreprise d'autrui etc... (1).

Mais malgré tout, il n'existe aucun signe extérieur fiable, permettant d'identifier le sorcier.

A l'intérieur des différentes cultures africaines, l'on estime empiriquement que les personnes possédant des yeux rouges, ou victimes d'une infirmité quelconque de naissance, ou bien les personnes très âgées vivant dans des conditions socio-économiques précaires, sont en général les plus soupçonnées de sorcellerie.

Car la sorcellerie ne repose visiblement sur aucun support matériel.

Elle réside en l'homme comme le don de guérison habite le guérisseur ou le pouvoir de vision naît avec les enfants "tuteurs de puissance particulière".

Et c'est à ce niveau précis que se situe le rapprochement entre la médecine africaine et la sorcellerie en tant qu'une forme particulière de la magie.

(1) Voir deux exemples révélés par la presse à la page suivante.

Ouest

MAN

CINQ SORCIERS DE BLOLÉQUIN DEVANT LE TRIBUNAL

● Ils sont accusés d'avoir donné la mort par sorcellerie au directeur de l'EPP de Ganhia

Cinq habitants du village de Ziaglo, quatre hommes et une femme, ont comparu dernièrement devant le tribunal des flagrants délits de Man pour pratique de sorcellerie. Ce fut une

Pour Kpahé Jean Ko, (45 ans): «Je fais partie du même groupe de sorciers. Gayé Justin s'était



- 430 -

LUNDI 19 DÉCEMBRE 1988 - IVOIR'SOIR

Sur le vif

EN SURSIS

SORCELLERIE

Germaine mourra-t-elle vraiment le 23 décembre?

Germaine Akpa Yeblé est une morte en sursis. Le 23 décembre prochain, (dans 4 jours donc), elle mourra. Ainsi en ont décidé une communauté d'impitoyables sorciers de son village Débrimou (sous-préfecture de Dabou), parmi lesquels sa sœur aînée Bedi Kock Juliette. Ceux-ci s'apprêtent à faire d'elle l'objet de leur festin

A son interrogatoire, elle ne fait aucune difficulté pour avouer. Elle déballe tout et nomme ses complices : Essis Yao (67 ans) et

b - Médecine africaine et sorcellerie

Nous venons de le voir, le sorcier agit selon les principes fondamentaux du pouvoir secret de l'ésotérisme ; c'est-à-dire à l'insu des profanes du monde visible.

En toute évidence, le guérisseur doué emprunte la même voie ésotérique que le sorcier.

Rappelons-le, le guérisseur authentique est voyant.

En effet, il fait la lecture de l'oeuvre maléfique du sorcier au moyen de la divination, et propose aussitôt la solution appropriée contre cette pratique magique de la sorcellerie.

Ainsi donc, s'établit littéralement un rapport de forces entre les protagonistes : le guérisseur et le sorcier.

A l'encontre des intentions malveillantes du sorcier, s'oppose le pouvoir bienveillant du guérisseur.

Cette action bénéfique du guérisseur, à la recherche du bien-être de la victime ensorcellée, marque alors la différence nette entre le guérisseur et le sorcier.

Un guérisseur n'est donc pas fondamentalement un sorcier. En ce sens que le motif primordial du guérisseur n'est pas de nuire, ou d'anéantir son semblable.

Il s'interpose en défenseur contre le mal et s'efforce au contraire, de rétablir l'ordre perturbé.

La confusion entre le guérisseur et le sorcier est le fait que du point de vue ontologique, certaines personnes peuvent disposer à la fois du don de guérison et du pouvoir de la sorcellerie.

Ontologiquement, les deux phénomènes ne sont pas identiques et s'excluent mutuellement chez la même personne.

Dans ce cas, il est tout à fait simple de retenir que les personnes bénéficiant de ces deux pouvoirs, sont considérées guérisseurs doués lorsqu'elles interviennent manifestement pour le motif de sauver une vie humaine.

Mais elles deviennent sorcières quand elles utilisent leur pouvoir de sorcier pour accomplir des actes criminels occultes. L'on serait ainsi tenté d'appeler ce groupe d'individus les "guérisseurs-sorciers".

Mais malheureusement, rares sont ceux qui se déclarent ouvertement sorciers.

De fait, au plan théorique, il existe des implications anthropologiques pertinentes.

De quelle manière ?

Les détenteurs de pouvoirs ambivalents (la guérison et la sorcellerie) sont de ceux qui le plus souvent, perdent assez précocement leur pouvoir de guérison.

Comment cela arrive-t-il ?

D'après nos informateurs, cette catégorie de guérisseurs est fréquemment tentée d'accomplir le mal engendré par le pouvoir de la sorcellerie.

De ce fait, lorsque les moins résistants aux mauvaises intentions cèdent à la tentation du mal, c'est un compte à rebours qui se déclenche selon la loi secrète de l'occultisme.

Ils perdent leur pouvoir de guérison. L'état morbide créé chez ceux-ci frise quelque peu la folie.

Voici en termes simplifiés pour le besoin de la cause, le rapport entre la médecine africaine et la sorcellerie.

Le sorcier et le guérisseur opèrent tous deux dans le monde invisible. Mais pendant que le sorcier oriente son pouvoir et sa force foncièrement vers le mal ou la maladie, le guérisseur authentique quant à lui, utilise son pouvoir et sa force au bénéfice de la guérison et du bien-être.

Comment se définit ailleurs, le rapport entre le fétichisme et la médecine africaine ?

2 - Le fétichisme

a - Définition et fonctions

Le fétichisme est une doctrine de l'univers ésotérique.

Il est dérivé du mot "fétiche".

Le terme fétiche provient lui-même du mot portugais "feitico" qui veut dire objet fabriqué.

Ceci dit, le fétiche représentait à l'origine, le vocable utilisé pour désigner les croyances religieuses africaines avant que le terme "animisme" ne soit vulgarisé aujourd'hui.

Dans l'état actuel des choses, le fétichisme appelé "gnin" en Akié et "katchin" en Tiembara, ne se réfère plus intrinsèquement à la religion africaine.

D'après notre étude du terrain, ce phénomène social se voit aujourd'hui attribué quatre fonctions au moins dans les sociétés africaines :

1°) La fonction de protection contre les forces malfaisantes.

En effet, la force protectrice du fétiche se trouve cristallisée à l'intérieur d'une amulette appropriée ou concentrée dans une scarification contre toutes les forces du mal du monde visible et invisible. Cette fonction de protection est donc censée assurée l'immunité contre la sorcellerie, les morsures de serpent, les accidents de véhicules, les balles de fusil etc...

2°) La fonction de changement du cours des événements.

Le support matériel se traduit par des rituels spéciaux ou par des talismans (bagues, chaînes...). Il s'agit par exemple de forcer la victoire des élections démocratiques, de renforcer les sentiments de sympathie à l'égard de son conjoint ou de sa conjointe, de favoriser providentiellement la réussite aux examens et concours, la recherche d'un emploi, la promotion professionnelle, le succès dans les affaires, dans les compétitions sportives etc... (1).

(1) L'ampleur de la question est révélée par la presse ; voir la page suivante.

SPORT

JOUEURS, DIRIGEANTS, SUPPORTERS

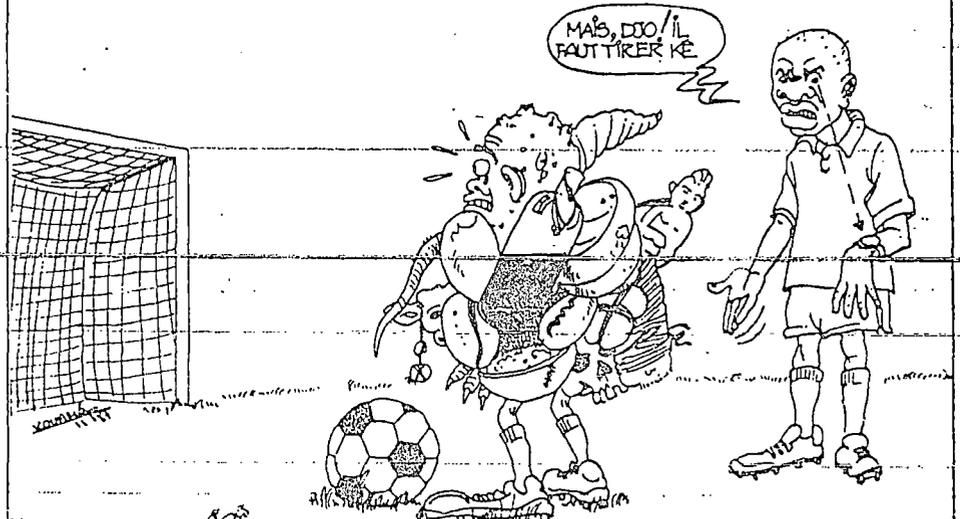
LE GRIS-GRIS DOIT MOURIR

Sujet assez ressassé. Nous dira-t-on. Mais toujours d'actualité. Car le «gris-gris au foot» a la tête dure. Même le cri d'alarme lancé le 6 janvier 1987 par le ministre Laurent Dona-Fologo, «tuons le fétiche», n'a pas ébranlé, outre mesure, l'empire noir du «gris-gris». Aujourd'hui plus qu'hier, le phénomène continue de tourmenter la vie de nos clubs. Dirigeants, joueurs, supporters, adossés aux féticheurs, s'y adonnent dans l'obscurité, même s'ils déclarent au grand jour, ne pas y croire. Pourquoi donc s'accrochent-ils à une pratique qui s'est avérée, plus d'une fois, illusoire et pleine de déception? Est-ce par simple besoin pour des âmes faibles de se réfugier dans une croyance pour soutenir leur moral? Ou bien, y a-t-il d'autres motivations qui ne disent pas leur nom?

es téléspectateurs ivoiriens ont encore en mémoire cette image insolite, frisant le ridicule, de ce supporter aux yeux haïssables, montrant un poulet blanc à tête tranchée. Cette scène, portée par la Télévision ivoirienne, s'est passée au cours du match de la 29^{ème} journée du championnat national, opposant l'Asoc d'Abidjan à l'équipe du Socraff, sur le terrain de Dabou.

Les Mimos qui livraient, ce jour-là, leur dernier match décisif pour le titre de champion de Côte d'Ivoire, étaient

LA GRANDE QUESTION: LE "DJIBO" SAIT-IL JOUER AU FOOTBALL???



3°) La signalisation d'une interdiction ou la fonction gendarme.

C'est dans le cas de la protection des biens privés des personnes.

Le fétiche se singularise ici à travers une variété d'objets matériels comme supports (statuettes, masques, peaux d'animaux, vieux outils...).

Ces supports sont rangés et mis en relief aux côtés de la propriété en question. Leur rôle est d'empêcher aux personnes non propriétaires de se servir ou de s'approprier ces biens privés.

En effet, on les retrouve accrochés dans les champs et jardins aux pieds des arbres fruitiers, au-dessus des portes (boutiques et maisons d'habitation)...

Les individus réfractaires s'exposent à des risques de maladie ou à des drames particuliers dont l'identité est supposée signifiée par le symbole fétichiste selon les systèmes culturels (1).

4°) La fonction de preuve ou l'épreuve de vérité.

Dans ce cas, le fétiche prend pour support matériel, l'ordalie.

Il peut être représenté par l'eau de source, ou par une recette spéciale que la communauté ou un groupe d'individus propose à des siens soupçonnés de sorcellerie, de vol, d'adultère ou pour d'autres activités non conformes aux normes sociales.

(1) Voir Photo n°10 : Fonction gendarme du fétiche.



Photo n° 10. Fonction gendarme du fétiche.
(Le fétiche se trouve planté à gauche
du tas des régimes de graine).

Dans ces circonstances, seul le fétiche est habilité à établir la vérité par son effet magique.

La preuve se traduit une fois encore par la maladie ou par la mort subite. En effet, l'antidote commence par des aveux publics.

Au total, disons qu'à partir de ces différentes fonctions du fétiche, nous constatons que tantôt nous nous rapprochons de la médecine africaine, mais tantôt nous nous en écartons.

Et de quelle manière ?

b - Médecine africaine et fétichisme

La médecine africaine et le fétichisme se rejoignent sur deux points précis :

- le premier point de rencontre se situe au niveau de la fonction de protection contre les forces malfaisantes.

Cette fonction est un élément essentiel de prévention de la médecine africaine.

Lorsque le guérisseur authentique soigne et guérit un malade, il prépare généralement pour ce dernier, une amulette qui assure l'immunité de celui-ci contre les prochaines agressions.

Ce mode de prévention reste valable contre les sorciers autant que les morsures de serpent ou autres accidents.

Quitte au guérisseur de retrouver grâce à son pouvoir mystique, la formule adéquate pour la protection.

Dans ce cas précis, le fétichisme apparaît comme un élément complémentaire à la médecine africaine.

- le second point de rapprochement s'inscrit au niveau de la fonction gendarme du fétichisme.

Dé fait, nous venons de montrer que la transgression de la prescription du fétiche engendre inévitablement la maladie.

Or, il n'y a que le guérisseur qui semble efficace pour le traitement thérapeutique de ces maladies. Parce que ce n'est pas une "maladie d'hôpital".

En conséquence, cette catégorie de maladies provoquées par l'effet du fétichisme apparaît par excellence, comme le domaine privilégié d'intervention du guérisseur.

Dans ce contexte présent, il y a un rapport d'opposition entre le féticheur et le guérisseur.

Le féticheur se définit ici comme un personnage mystique qui fabrique des amulettes, des talismans, des objets d'envoûtement, sans nécessairement la maîtrise d'aucune spécialité médicale.

Le guérisseur soigne et guérit en prenant les techniques du féticheur à contre-pied quelquefois.

N'empêche qu'il est également des guérisseurs qui s'orientent dans la culture et la recherche approfondie sur le fétichisme.

Enfin de compte, nous nous rendons à l'évidence que les formes d'expression du symbolisme à travers la réalité sociale africaine sont multiples et variées.

Nous avons dans ce domaine de la médecine, le maraboutage, la sorcellerie et le fétichisme. Ces réalités sociologiques, liées au système de représentation du monde, à l'idéologie socio-culturelle et au système d'organisation sociale des sociétés africaines, ne sont pas à confondre avec la médecine africaine en tant que telle.

Bien au contraire, cette discipline constitue la composante dialectique à partir de laquelle s'opèrent l'actualisation et la reproduction de ces réalités sociologiques. Voici ce qui explique le caractère invariant du symbolisme de cette médecine africaine à travers la dynamique socio-culturelle. Que faut-il retenir à la fin de cette deuxième articulation de ces travaux ?

CONCLUSION PARTIELLE

Au terme de l'analyse de cette seconde articulation de l'étude, nous pouvons faire remarquer que la médecine africaine se trouve elle-même impliquée dans le mouvement dynamique que lui impose le processus acculturatif en cours. Néanmoins, le processus de cette acculturation ne présente aucunément pas un caractère uniforme à l'intérieur des différents groupes socio-culturels et au niveau des différentes composantes de cette médecine authentique.

Au niveau des systèmes socio-culturels, les faits établissent que la médecine de la région forestière en pays Akié présente un niveau d'acculturation beaucoup plus approfondi que la médecine de la région de savane en pays Sénoufo. Car les variables qui déterminent cette dynamique de la médecine Akié sont d'ordre écologique,

socio-économique, éducationnel, technologique, urbanistique et religieux.

Mais dans le cas de la médecine Sénoufo, il s'agit des facteurs d'ordre écologique, socio-économique, technologique et religieux.

Le facteur d'urbanisation, très déterminant dans ce processus acculturatif, ne se trouve pas encore engagé au sein de cette dernière localité. Ceci est le fait de la disparité régionale qui demeure une réalité en Côte d'Ivoire.

A propos des composantes de cette médecine africaine, l'examen des faits montre que le volet des plantes médicinales est celui qui connaît le processus dynamique le plus accéléré.

Cette situation relève de la dégradation constante de l'environnement écologique qui se trouve liée à des facteurs socio-économiques et climatologiques. Quant au volet symbolique de cette médecine, il demeure la composante invariante grâce à sa capacité d'adaptation et/ou d'intégration au processus des mutations.

Quelles conséquences logiques peut-on tirer de ces constats théoriques ?

De fait, nous estimons que de cet état de chose, nous pouvons en déduire deux significations particulières par rapport à la seconde hypothèse de recherche.

. Premièrement

Quelle que soit la communauté ethnique donnée, et quel que soit le type de végétation qui l'entoure (végétation de savane ou végétation de forêt), la dynamique de la médecine africaine reste

la même au plan écologique.

Cette dynamique est le fait de la disparition progressive des plantes médicinales. Disparition corrélative à la dégradation croissante de l'environnement écologique qui résulte des facteurs socio-économiques (extension des cultures pérennes) et climatologiques.

. Deuxièmement

Quel que soit le type de "religion révélée" adoptée (Islam ou christianisme) et quel que soit le degré d'acculturation atteint par les communautés ethniques africaines, la composante symbolique ou mystico-religieuse de la médecine africaine demeure la variable pertinente persistante, grâce à la capacité d'adaptation et de réactualisation constante de celle-ci à travers le processus des mutations socio-culturelles.

La seconde hypothèse de recherche se trouve ainsi donc vérifiée. Il convient à présent de montrer à partir de ces élaborations théoriques, les fondements réels et les différentes perspectives stratégiques du projet de collaboration entre la médecine africaine et la médecine officielle.

TROISIÈME PARTIE

**FONDEMENTS ET PERSPECTIVES
DE COLLABORATION ENTRE LA
MÉDECINE AFRICAINE ET LA
MÉDECINE OFFICIELLE
EN CÔTE D'IVOIRE**

Nous entamons dans cette troisième articulation, le dernier volet de l'étude, L'hypothèse de la convergence des réalités : médication-société-culture.

Le but de ce point précis est de montrer la raison d'être de la thèse de collaboration entre les deux modèles médicaux, ensuite de circonscrire les modalités pratiques de cette collaboration.

Pour ce faire, trois chapitres vont être abordés.

Le premier s'attachera à démontrer d'abord les bases scientifiques même de la médecine africaine ; condition nécessaire de la collaboration. Ensuite le second chapitre énoncera les fondements sociologiques de la collaboration. Puis enfin, le troisième définira les perspectives méthodologiques de cette collaboration.

CHAPITRE 7 : FONDEMENT THERAPEUTIQUE DE LA COLLABORATION

Ce chapitre est celui relatif à l'identification des bases scientifiques de la médecine africaine. Il répond avant tout, au besoin d'indiquer que si la thèse de la collaboration est soutenue avec autant de conviction, c'est parce que celle-ci possède des potentialités thérapeutiques.

Encore faudrait-il le démontrer.

Pour ainsi dire, nous avons déjà antérieurement signifié que la médecine africaine est constituée de deux composantes essentielles ; ce sont les plantes médicinales et l'aspect magico-religieux.

Mais avec les deux facettes de la magie et de la religion dans cette seconde composante, nous obtenons ainsi en définitive, les plantes médicinales, la religion et la magie comme éléments essentiels de composition.

Dans ce sens, nous partons de l'hypothèse que l'efficacité de cette médecine authentique repose sur trois éléments fondamentaux qui sont : la phytothérapie, la psychothérapie et la parapsychologie.

I - LA PHYTOTHERAPIE : PREMIER ELEMENT D'EFFICACITE DE LA MEDECINE AFRICAINE

Commençons par une précision de termes.

Il s'agit de faire ressortir la nuance qui existe entre les notions de phytothérapie et de pharmacopée.

En substance, la phytothérapie est la méthode thérapeutique basée sur l'utilisation des plantes curatives.

En d'autres termes, c'est la médecine qui soigne avec les espèces végétales.

Quant à la pharmacopée, elle désigne la manière dont une communauté humaine procède au traitement thérapeutique ; c'est-à-dire la façon dont un peuple se soigne.

La pharmacopée reste ainsi donc nécessairement liée aux caractéristiques géo-physiques, à la tradition, et aux coutumes d'un groupe ethnique donné.

De ce fait, l'on peut établir une différence entre la pharmacopée chinoise et la pharmacopée française, entre la pharmacopée antillaise et la pharmacopée africaine, entre la pharmacopée africaine et la pharmacopée chinoise...etc.

Mais quant à la phytothérapie, elle reste partout la même. Il s'agit du traitement thérapeutique à partir des plantes curatives.

L'intérêt de cet éclaircissement des termes est surtout de souligner le fait que, si la pharmacopée demeure rattachée aux coutumes et traditions ethniques, elle pourrait comporter des pratiques sociales spécifiques, capables de restreindre le champ d'efficacité de la médecine en général .

Parce que les habitudes de vie et la notion d'hygiène ne sont pas partout les mêmes.

L'hygiène par exemple apparaît comme une notion relative dont le contenu diffère en passant de Korhogo à Alépé ; soit entre un Sénoufo et un Akan.

Nous l'avons d'ailleurs déjà montré au quatrième chapitre de l'ouvrage. Ceci traduit d'emblée, la relativité de l'efficacité même de la pharmacopée en matière médicale (1).

Par contre, dans le domaine de la phytothérapie, nous estimons que c'est l'effet des propriétés de la plante qui agit.

Et donc, c'est de ces propriétés que dépend l'efficacité du traitement thérapeutique.

Voilà la raison pour laquelle nous considérons cette discipline comme une base essentielle d'efficacité de la médecine africaine, et non pas la pharmacopée.

Ceci dit, en Côte d'Ivoire, le projet de réhabilitation de la médecine africaine repose essentiellement sur le domaine de la phytothérapie. C'est ce qui explique l'orientation de la recherche sur les études ethno-botaniques.

L'on pourrait se demander à quel stade précis se situe cette perspective de la recherche.

(1) : cf. La notion d'hygiène P.316.

A - SITUATION DE LA RECHERCHE EN MATIERE DE PLANTES MEDICINALES

Dans l'état actuel des connaissances, les travaux réalisés en matière de recherche sur les plantes médicinales en Côte d'Ivoire, sont à situer à deux niveaux :

- . Premièrement, au niveau de la collecte des plantes médicinales et des recettes médicamenteuses.

Il faut faire remarquer ici, que les travaux du Professeur Laurent AKE ASSI, Directeur du Centre National de Floristique, ont abouti à l'année 1984, au recensement de 1421 espèces de plantes médicinales et de 761 recettes médicamenteuses.

Une partie de ces travaux a fait l'objet d'une publication en 1979 (1).

Nous signalons que cette activité de recensement suit encore son cours avec le Professeur Laurent AKE ASSI de la faculté des sciences et techniques de l'Université d'Abidjan.

- . Deuxièmement, au niveau de la production des médicaments.

Avant tout, pour ce qui concerne l'histoire de la fabrication des médicaments, il convient de signaler qu'il y a deux niveaux à considérer.

- . Le premier niveau consiste à réaliser des médicaments sous des formes galléniques simples ; c'est-à-dire une opération de conditionnement et de stabilisation des propriétés curatives des plantes, en vue d'une conservation assez durable de ces médicaments.

(1) ADJANOHOUN (Edouard) et AKE ASSI (Laurent) : Contribution au recensement des plantes médicinales de Côte d'Ivoire. Tome I. Université d'Abidjan, CRES, Abidjan, 1979.

Cette opération ne fait donc pas intervenir nécessairement la recherche des molécules des plantes médicinales.

Concrètement, elle se réduit à la mise en sachet sous forme de poudre ou autre.

La seconde étape de la réalisation des médicaments est la création d'une véritable industrie de production.

C'est le niveau de la fabrication des médicaments qui exige la recherche des principes actifs des plantes.

Cette étape permet d'aboutir à des formes plus complexes comme celles des comprimés ou autres produits pharmaceutiques vendus dans les officines modernes.

Au total, pour tous ces niveaux de la production des médicaments, seule la faculté de pharmacie est concernée.

De fait, où en est-elle dans ses travaux de recherche ?

Il convient de répondre que celle-ci se situe à présent au premier stade des formes galéniques simples.

Mais, il n'est pas encore tout à fait au point.

Quelques travaux ont été déjà mis à jour sur certaines plantes.

Nous notons parmi ces plantes :

- les plantes à activité hémostatique : qui arrêtent l'écoulement de sang ;
- les substances naturelles à activité fertilisante : pour résoudre les problèmes de stérilité ;

- les plantes à activité antifongique : contre les champignons du corps (les teignes par exemple) ;
- les substances naturelles à activité anticonceptuelle : pour le contrôle des naissances etc...

Pour tout dire, au niveau de la production des médicaments, le programme de recherche sur la médecine traditionnelle africaine en Côte d'Ivoire ne se situe encore, qu'à la phase d'essai des formes galléniques simples.

Les produits ne sont pas encore vulgarisés au niveau de la population.

Les échantillons se trouvent toujours rangés dans les étagères des laboratoires. Ceci laisse penser que la fabrication des produits pharmaceutiques sur la base des principes actifs des plantes médicinales locales, exige encore une plus grande patience.

En résumé, le recensement des 1.421 espèces de plantes médicinales, avec ses 761 recettes médicamenteuses du Centre National de Floristique, ajouté aux travaux d'essai sous des formes galléniques simples, constituent le niveau actuel de la recherche en matière de plantes médicinales en Côte d'Ivoire.

A titre d'illustration, nous présentons un échantillon de plantes et de recettes médicamenteuses recensées.

Nous pensons qu'il ne manque pas d'intérêt.

Cet échantillon est extrait des résultats des travaux du Professeur AKé Assi (1).

(1) ADJANOHOUN (E.) et AKE Assi (L.) : Op. cit.

B - ECHANTILLON DE PLANTES MEDICINALES ET DE RECETTES MEDICAMENTEUSES

Cet échantillon porte sur dix plantes médicinales.

Ces plantes sont identifiées de la façon suivante : le nom scientifique ; la présentation physique ; la localisation et les usages qu'on en fait.

A chaque plante, correspond une illustration photographique.

Ce qui permettrait de repérer assez aisément ces plantes dans le milieu naturel.

Bien sûr, nous précisons que c'est sur l'autorisation du Directeur du CNF que ces précieux éléments ont été mis à profit dans ce document.

Ces plantes sont les suivantes :

- *Mangifera indica*
- *Annona muricata*
- *Annona Senegalensis*
- *Rauvolfia Vomitoria*
- *Newbouldia laevis*
- *Ceiba pentandra*
- *Carica papaya*
- *Solenostemon monostachyus*
- *lophira lanceolata*
- *glyphaea brevis*

Mangifera indica Linn. ; F.T.A. I : 442 ; A. Chev., Exp. Bot. 155 (1920) ; Keay, F.W.T.A. ed. 2, I : 727 (1958).

Nom vulgaire : Manguier (français).

Présentation de la plante

Le Manguier est un bel arbre à la couronne de feuillage dense, d'un beau vert, aux feuilles lancéolées alternes, longues de 20 à 30 cm. et larges de 3 à 6 cm., protégées par de longues pétioles. Le fruit est une drupe ovoïde légèrement réniforme, très variable en dimensions selon la variété.

Répartition géographique

Originaire des Indes, le manguier a été introduit en Afrique au siècle dernier. On le rencontre en région forestière, en zone de savane, planté autour des villages ou comme arbre d'avenue.

Usages

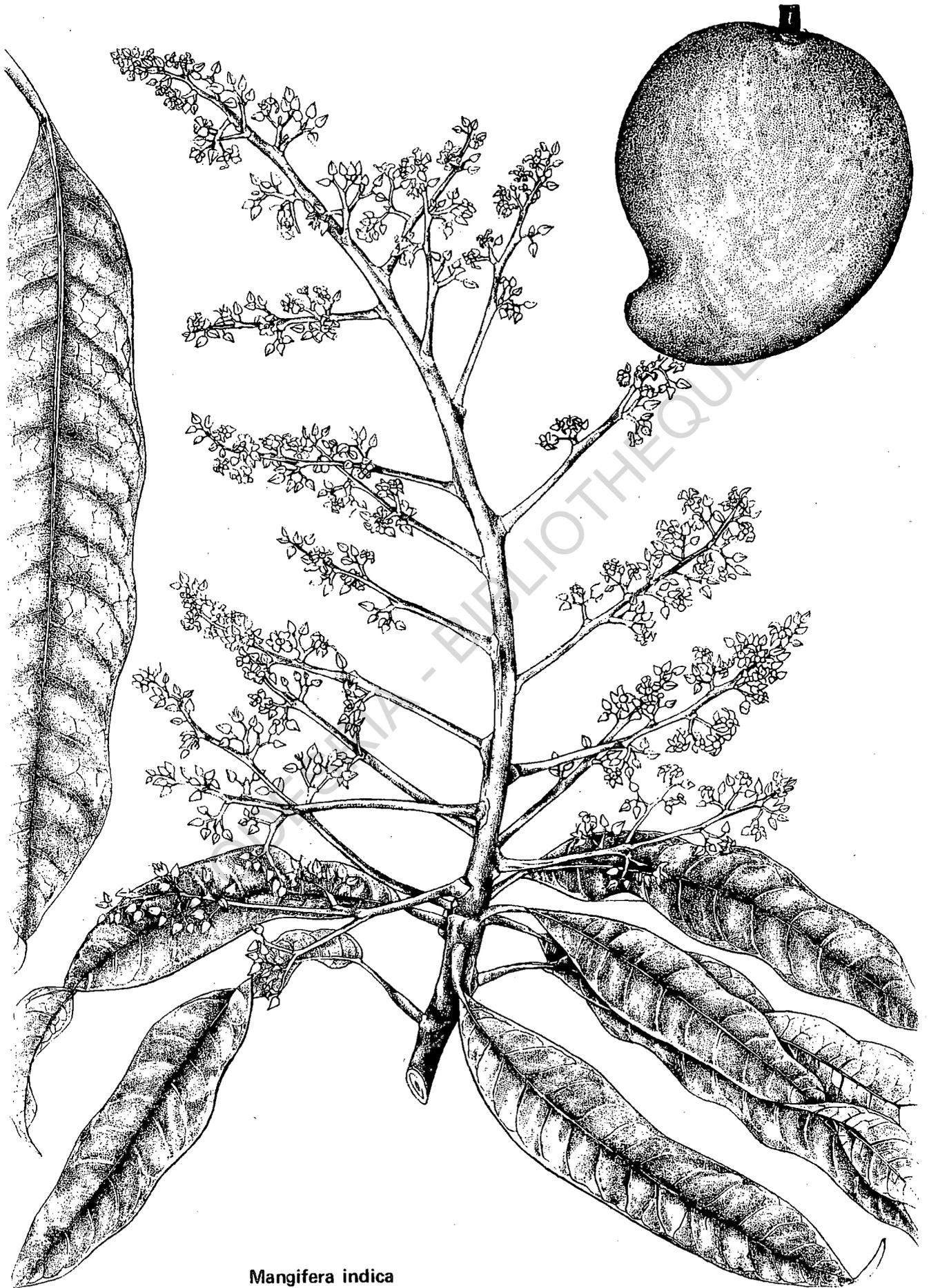
Pour soigner la migraine, les Malinké se lavent la tête avec la décoction de l'écorce de tige.

Pour combattre les vertiges, les Attié conseillent de boire la décoction des feuilles avec celles des Paullinia pinnata, Albizia adianthifolia et Cardiospermum grandiflorum.

La multiplication se fait par graines.

Herbier n° 161, 288.

Collection vivante : Jardin Botanique de l'Université d'Abidjan.



Mangifera indica

Annona muricata Linn. ; Dalziel. The Useful Plants of W.T.A. 1 (1937) ; Busson, Plantes alimentaires de l'Ouest Africain 179 (1965).

Nom vulgaire : Corossolier (français).

Noms vernaculaires : Sounzoun (Dioula) ; Amlon (Baoulé).

Présentation de la plante

Arbuste buissonnant ; feuilles ovales, luisantes, glabres ; fruits ovoïdes ou réniformes, épineux, pouvant peser jusqu'à 2 kg., comestibles.

Répartition géographique

Originaire d'Amérique Centrale et des Antilles, le corossolier a été introduit en Afrique tropicale depuis longtemps. On le rencontre, cultivé, depuis la zone forestière jusqu'en savane, presque dans tous les villages où il pousse avec facilité.

Usages

Le fruit est un fébrifuge : il se mange séché ou cru. Cueilli avant maturité, séché et réduit en poudre, on l'emploie pour combattre la dysenterie.

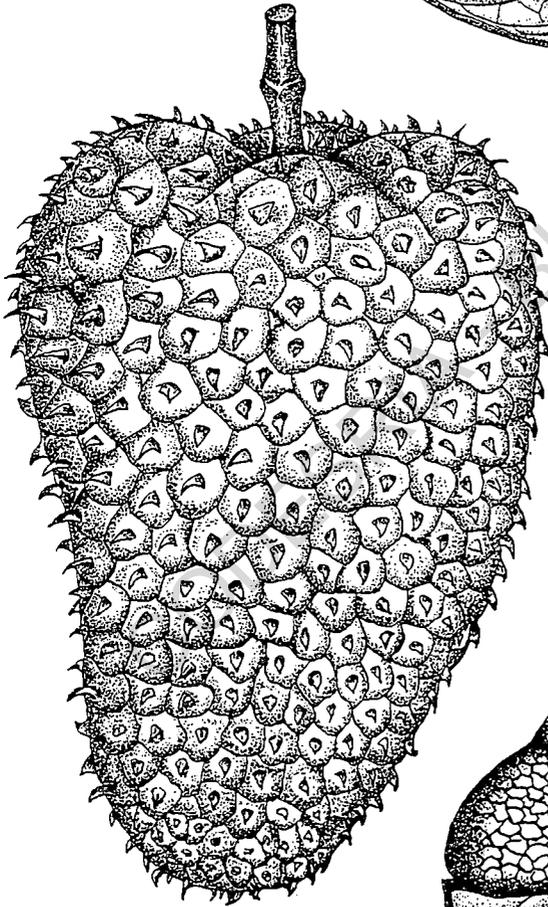
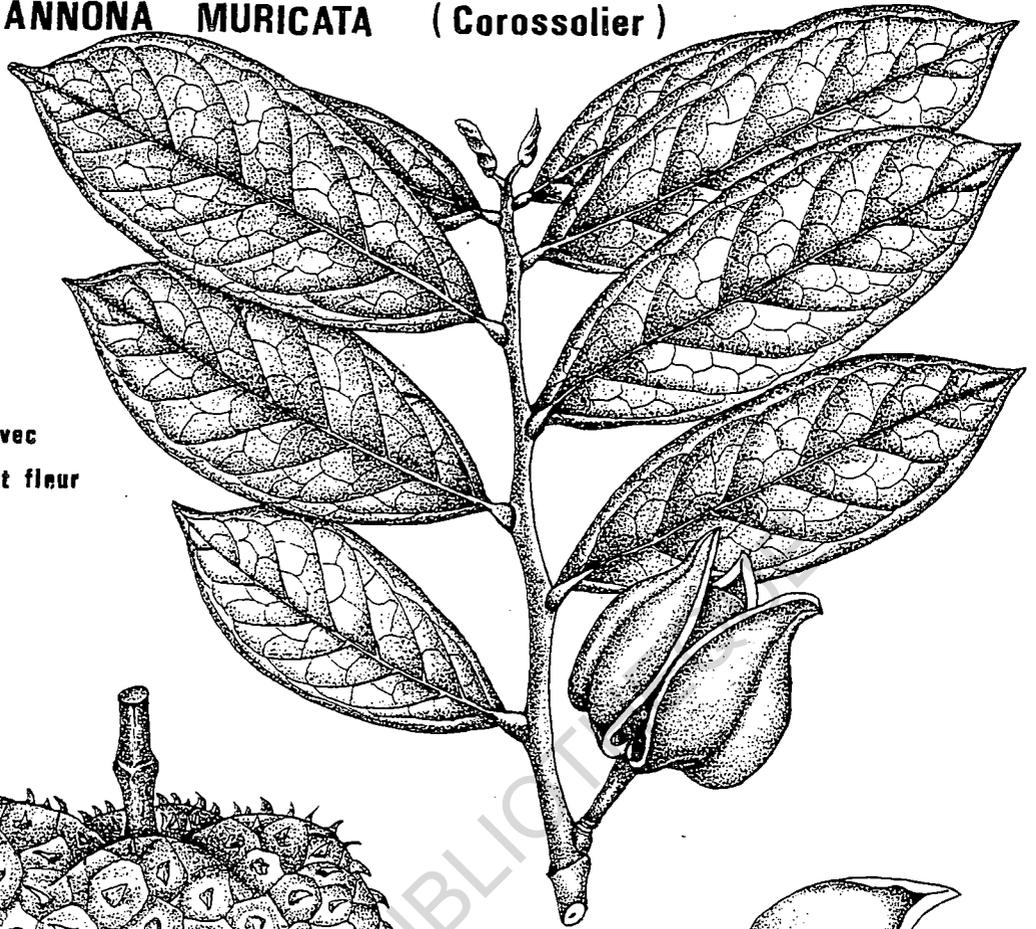
Les fleurs et les bourgeons sont efficaces contre la toux. Les feuilles s'emploient en tisane sudorifique et calmante en cas de fièvre. Mélangées aux feuilles de citronnier, elles s'emploient aussi en lotion calmante. Les graines servent d'émétique. La décoction des racines est utilisée comme contre-poison.

Herbier n° 341.

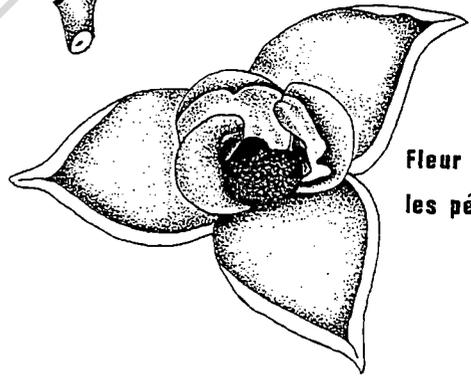
Collection vivante : Jardin Botanique de l'Université d'Abidjan.

ANNONA MURICATA (Corossolier)

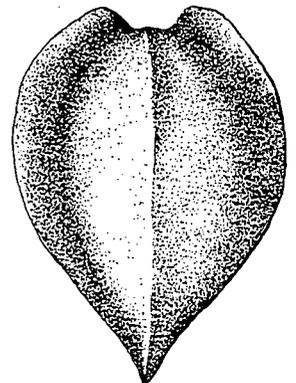
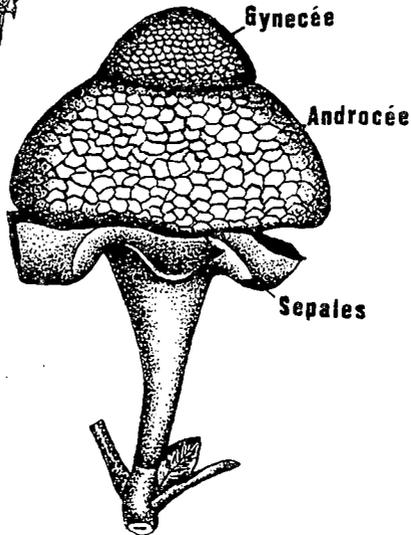
Rameau avec
feuilles et fleur



Fruit



Fleur montrant
les pétales intérieurs



Pétale externe

Annona senegalensis Pers., Syn. PI. II : 95 (1806) ; Dalziel. The Useful Plants of W.T.A. 2 (1937) ; Keay, F.W.T.A. ed. 2, I : 52 (1954).

Noms vernaculaires : Kontakpé (Lobi) ; Karamoko Sounzo (Malinké) ; Amlon (Baoulé).

Présentation de la plante

Arbrisseau de 1 à 3 m. de haut ; feuilles largement ovales à ovales-elliptiques, subcordées ou arrondies à la base, de 5 à 13 cm. de long et de 3 à 9 cm. de large, pubescentes, devenant glabres à l'état adulte ; fruits comestibles.

Répartition géographique

Espèce de savane, répandue depuis le Sénégal jusqu'en République Centrafricaine.

En Côte d'Ivoire, on la trouve dans toutes les savanes depuis le pays Baoulé.

Elle se multiplie par drageons et par graines.

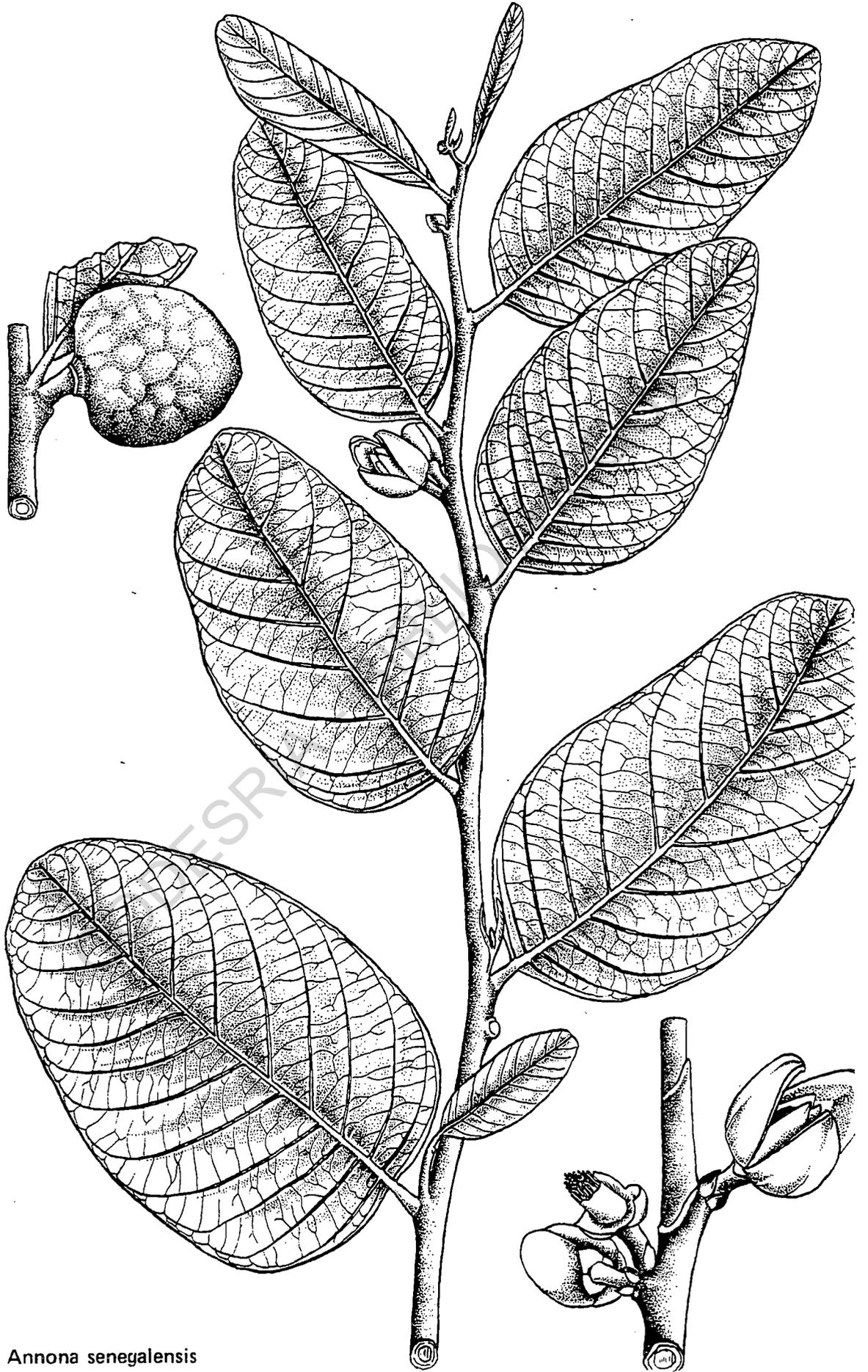
Usages

Chez les Lobis, pour combattre la dysenterie, on conseille de mâcher les jeunes tiges et d'avaler l'extrait. On presse avec du piment et délayée dans de l'eau.

Chez les Malinké, la décoction des feuilles, utilisée en bains ou absorbée par voie buccale, est considérée comme un puissant reconstituant.

Herbier n° 98.

Collection vivante : Jardin Botanique de l'Université d'Abidjan.



Annona senegalensis

Rauwolfia vomitoria Afz., Stirp. Med. Sp. Nov. 1 (1818) ; F.T.A. IV, 1 : 115 (1902) ; A. Chev. Expl. Bot. 412 (1920) ; Dalziel, The Useful Plants of West Trop. Afr. 377 (1937) ; Aubreville Fl. For. C.Iv. ed. 2, III : 196 (1959) ; Hepper, F.W.T.A. ed. 2, II : 69 (1963).

= Hylacium owariense P. Beauv. (1819) ; Hepper, Kew Bull XVI : 338 (1962).

= Rauwolfia senegambie A. DC. (1844).

Noms vernaculaires : Tèrè (Oubi) ; N'Kichèbi ou N'Guessébi (Attié) ; Ligbogun (Adioukrou) ; Yablon (Guéré).

Présentation de la plante

Arbuste buissonnant, à rameaux lenticellés ; feuilles verticillées par 4, variables de forme et de dimensions, étroitement obovées, elliptiques ou oblongues cunées à la base, acuminées jusqu'à 18 cm. de long et 8 cm. de large, glabres ; nervures latérales de 10 à 16 paires.

Répartition géographique

Espèce de formation secondaire répandue dans toute l'Afrique intertropicale au Sud du Sahara.

En Côte d'Ivoire, on la rencontre abondamment représentée depuis la forêt jusqu'à la savane.

Usages

Pour soigner la blennorrhagie, les Oubi conseillent de boire, 3 fois par jour, du vin de palme dans lequel on a fait macérer des racines.

L'extrait des feuilles préalablement ramollies au feu est efficace contre les inflammations entre les orteils dues à l'humidité.

Les Guéré badigeonnent le corps des malades atteints de varicelle avec de l'écorce de tige triturée, associée à du kaolin.

Pour se préserver des poisons, les Oubi mâchent et avalent l'extrait de la pulpe d'écorce des jeunes tiges.

Chez les Oubi, les racines sont utilisées pour soigner l'épilepsie : ces racines sont pilées avec des feuilles de Tristemma incompletum et Alchornea cordifolia ; on presse ; l'extrait est absorbé par voie buccale ou administré en instillations nasales.



Rauvolfia vomitoria

Newbouldia laevis (P. Beauv.) Seemann ex-Bureau, Monogr. Bignon., Atlas t. 15 (1864) ; Seemann, Journ. Bot. 8 : 337 (1870) ; F.T.A. 4,2 : 251 ; A. Chev., Expl. Bot. 485 (1920) ; Dalziel, The Useful Plants of W. Trop. Af. 444 (1937) ; Aubréville, Fl. For. C.Iv. ed. 2, III : 244 (1959) ; Hepper, F.W.T.A. ed. 2, II : 388 (1963).

= Spathodea laevis P. Beauv., Fl. Oware. I : 48, t. 29 (1805).

Noms vernaculaires : Gbotou (Oubi) ; Borna (Ebrié) ; Kpalié (Abbey).

Présentation de la plante

Petit arbre à rameaux glabres ; feuilles composées, 3 à 6 paires de folioles oblancéolées, parfois dentées, de 20 cm. de long sur 10 cm. de large ; face inférieure du limbe finement ponctuée.

Répartition géographique

Plante largement distribuée, depuis le Sénégal jusqu'au Cameroun. En Côte d'Ivoire on la trouve aussi bien en forêt qu'en savane. Le plus souvent elle est plantée dans les villages (clôture, fétiches, etc...).

Usages

Chez les Oubi, la décoction de l'écorce est utilisée en lavements et en bains de siège pour combattre le chancre. On panse ensuite la plaie avec le liquide obtenu en frottant une ancienne pièce de monnaie en cuivre sur un caillou avec un peu d'eau.

La décoction de feuilles de Newbouldia laevis et de Psidium guayava est une boisson efficace contre la diarrhée et la dysenterie.

Herbier n° 65, 283.

Collection vivante : Jardin Botanique de l'Université d'Abidjan.



Newbouldia laevis

Ceiba pentandra (Linn.) Gaertn. Fruct. 2 : 244, t. 133, fig. 1 (1791) ; Bakhuizen, Bull. Jard. Bot. Buitenz. Sér. 3,6 : 194 ; Dalziel, The Useful Plants of W. Trop. Afr. 118 (1937) ; Aubréville, Fl. For. Soud.-Guin. 169 (1950) ; Keavy, F.W.T.A. ed. 2, I : 335 (1958) ; Aubréville, Fl. For. C.Iv. ed. 2, II : 264 (1959).

= Bombax pentandrum Linn., Sp Pl. (1753).

= Eriodendron anfractuosum DC. ; F.T.A. I : 214 : A. Chev., Expl. Bot 74 (1920).

= Ceiba thonningii A. Chev., Rev. Bot. Appl. 17 : 249 (1937).

= Ceiba guineensis (Thonn.) A. Chev., Rev. Bot. Appl. 17 : 261 (1937).

Ceiba caribaea (DC.) A. Chev., Rev. Bot. Appl. 17 : 266 (1937).

Noms vernaculaires : Djo (Oubi) ; Won (Attié) ; Gnien (Baoulé) ; Egnien (Agni).

Présentation de la plante

Arbre de 40 m. de haut. Tronc et rameaux épineux lorsqu'ils sont jeunes. Feuilles digitées, 8 à 15 folioles ; pétiole long ; folioles sessiles, lancéolées, 10 à 20 cm. de long, 3 à 4 cm. de large, entières ou légèrement dentées. Fruit fusiforme.

Répartition géographique

Plante originaire d'Amérique tropicale, répandue du Sénégal au Nigéria (dans les forêts ou plantée dans les villages). En Côte d'Ivoire, Ceiba pentandra est présent dans toutes les formations végétales, de la forêt à la savane, de préférence dans les formations secondaires.

Usages

Les Oubi utilisent les feuilles pour les maux de coeur (sensation de brûlure) : les jeunes feuilles sont ramollies au feu, froissées et mélangées à de l'huile de palme ; le tout est absorbé par voie buccale.

Herbier n° 56.

Collection vivante : Jardin Botanique de l'Université d'Abidjan.



Ceiba pentandra

Carica papaya Linn. ; Dalziel, The Useful Plants of W. Trop. Africa 52 (1937) ; Keay, F.W.T.A. ed. 1, I : 221 (1954) ; Busson, les Plantes Alimentaires de l'Ouest Africain 207 (1965).

Nom vulgaire : Papayer (français).

Noms vernaculaires : M'Bomou (Attié) ; Oloko (Abbey) ; Offlè (Baoulé) ; Gnoèyou-korota (Oubi).

Présentation de la plante

Petit arbre à feuilles alternes palmatiséquées, groupées à la cime du tronc. Le tronc porte la cicatrice des feuilles tombées. Le fruit est une baie pouvant atteindre 40 cm.

Répartition géographique

Espèce pantropicale, cultivée ou subspontanée.

Usages

Les Oubi utilisent les racines contre les maux de ventre (bas-ventre) : on triture les racines pour en faire une pâte ; la pâte, délayée dans l'eau, est employée en lavements.

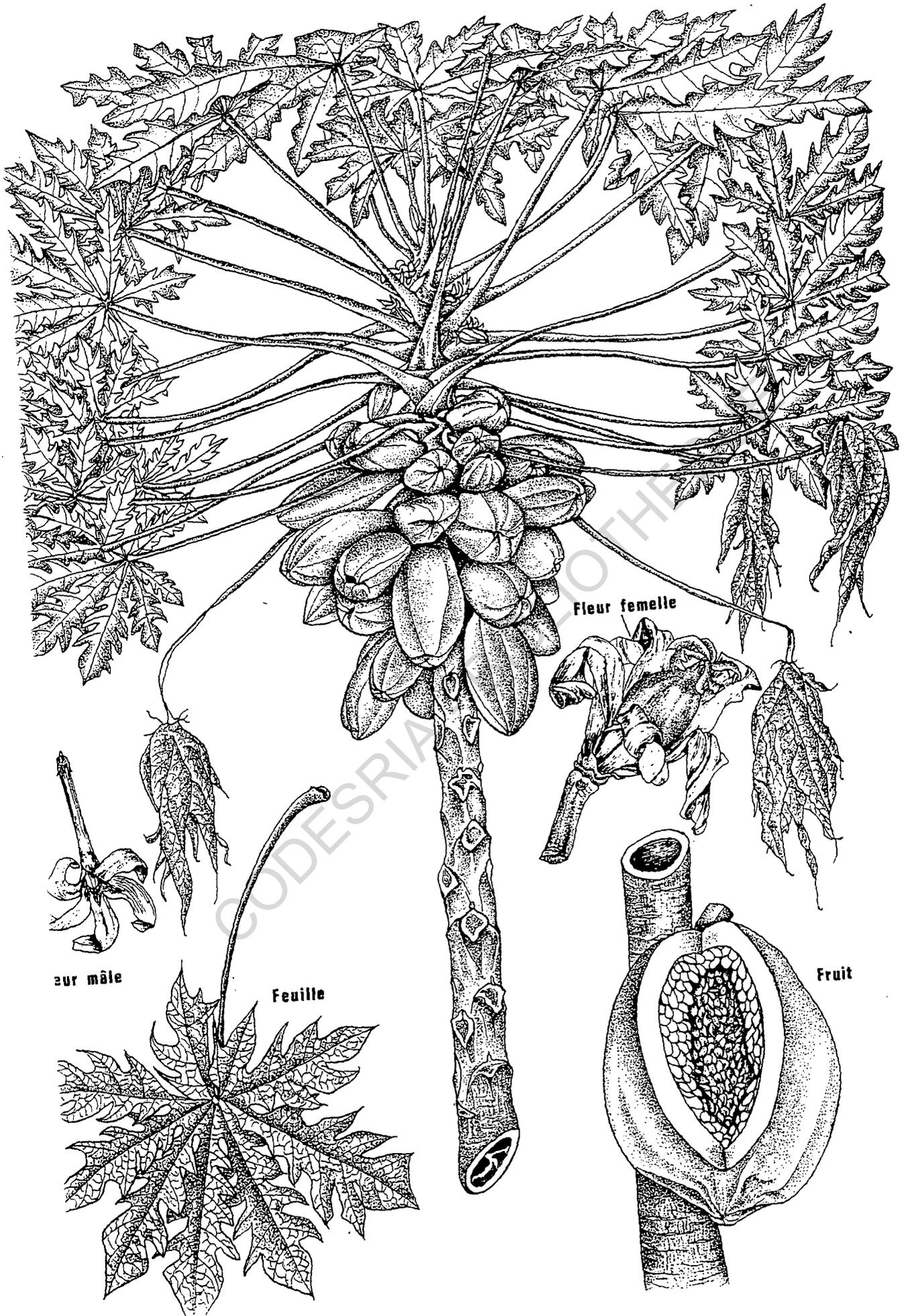
Les racines sont aussi utilisées par les Attié contre l'Oedème (ou enflures) des testicules : les racines sont pilées avec du piment ; la pâte obtenue, délayée dans l'eau, est employée en lavements.

Pour faire percer les panaris, les Attié pilent les racines avec de l'huile de palme, attachent cette pâte dans des feuilles de Thaumatpoccus danielli et font cuire à l'étouffée ; après la cuisson ils ouvrent le paquet et l'application sur le panaris.

Les Gbins soignent les caries dentaires en faisant des bains de bouche avec l'eau de macération des racines.

Herbier n° 37.

Collection vivante : Jardin Botanique de l'Université d'Abidjan.



Fleur femelle

sur mâle

Feuille

Fruit

Solenostemon monostachyus (P. Beauv.) Briq. Pflanzenfam. 5, 3A : 359 (1897) ; A. Chev., Expl. Bot. 517 (1920) ; Morton, Bull. Soc. Bot. Fr. 104 : 164 (1957) ; F.W.T.A. ed. 2, II : 464 (1963).

= Ocimum monostachyum P. Beauv., Oware 2 : 60, t. 95.

= Solenostemon ocymoides Schum. et Thonn. (1827) ; F.W.T.A. ed. 1, II : 290 (1928).

Nom vulgaire : Gbêpè (Oubi).

Présentation de la plante

Mauvaise herbe érigée, pubescente ; feuilles largement ovales, cunées à la base, 10 cm. de long, 8,5 cm. de large, minces, crénelées, pubescentes à la face inférieure ; long pétiole.

Répartition géographique

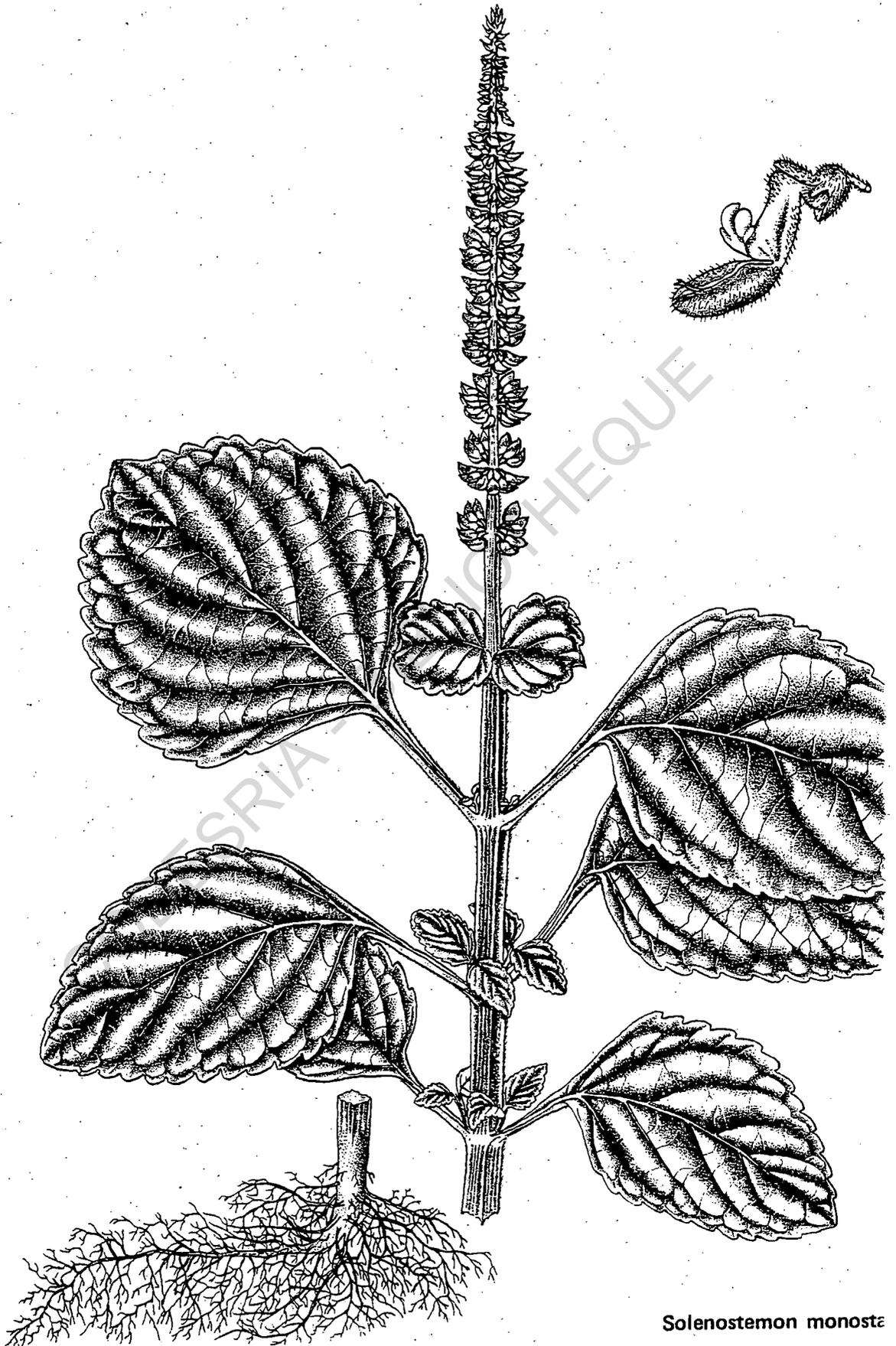
Espèce très répandue, depuis le Sénégal jusqu'au Cameroun. En Côte d'Ivoire elle pousse dans les endroits humides, au bord des pistes et autour des habitations, surtout en région forestière.

Usages

Dans les cas d'accouchement difficile ou pour que l'accouchement se fasse sans douleurs, les Oubi froissent les feuilles et administrent l'extrait en instillations buccales.

Herbier n° 38, 310.

Collection vivante : Jardin Botanique de l'Université d'Abidjan.



Solenostemon monostachyus

Lophira lanceolata Van Tiegh. ex Keay. Kew Bull. 1953 : 488 (1954) ; Keay, F.W.T.A. ed. 2, I : 231 (1954).

= Lophira spatulata Van Tiegh., Journ. de Bot. 15 : 187 (1901), p.p.

= Lophira africana G. Don, Gen. Syst. 1 : 814 (1831).

= Lophira alata auct. ; F.T.A. 1 : 173 ; F.W.T.A. ed. 1, I : 195 (1928) ; Aubréville, Fl. For. Soud.-Guin. 80 (1950) ; non de Banks ex Gaertn. f.

Noms vernaculaires : Mana (Malinké) ; Biligo (Koulango).

Présentation de la plante

Arbre de 8 m. de haut ; tronc noueux ; feuilles oblongues ou oblancéolées, 4 à 7 fois plus longues que larges ; pétiole toujours distinct, de 1,5 à 6,5 cm. de long ; nervures latérales nombreuses et fines.

Répartition géographique

Espèce de savane, répandue du Sénégal au Cameroun.

En Côte d'Ivoire elle est présente dans toutes les savanes depuis le pays Baoulé.

Usages

Chez les Malinké, pour provoquer les règles, les femmes boivent la décoction de l'écorce de tige.

Cette plante est également utilisée comme anti-poison :

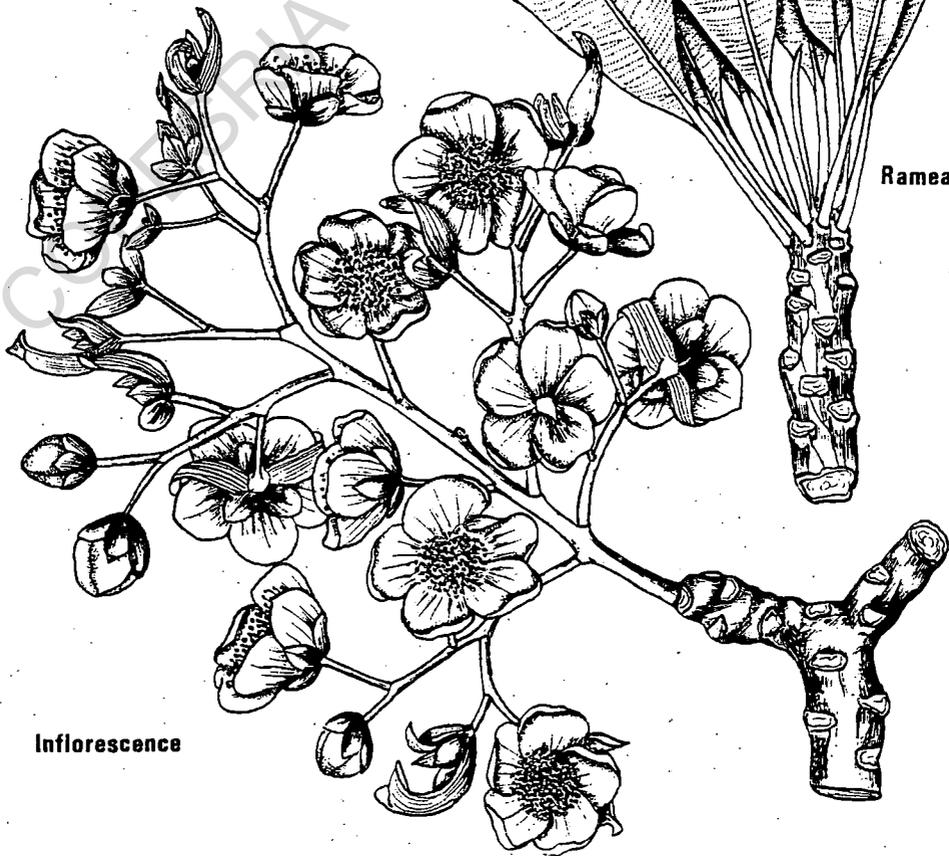
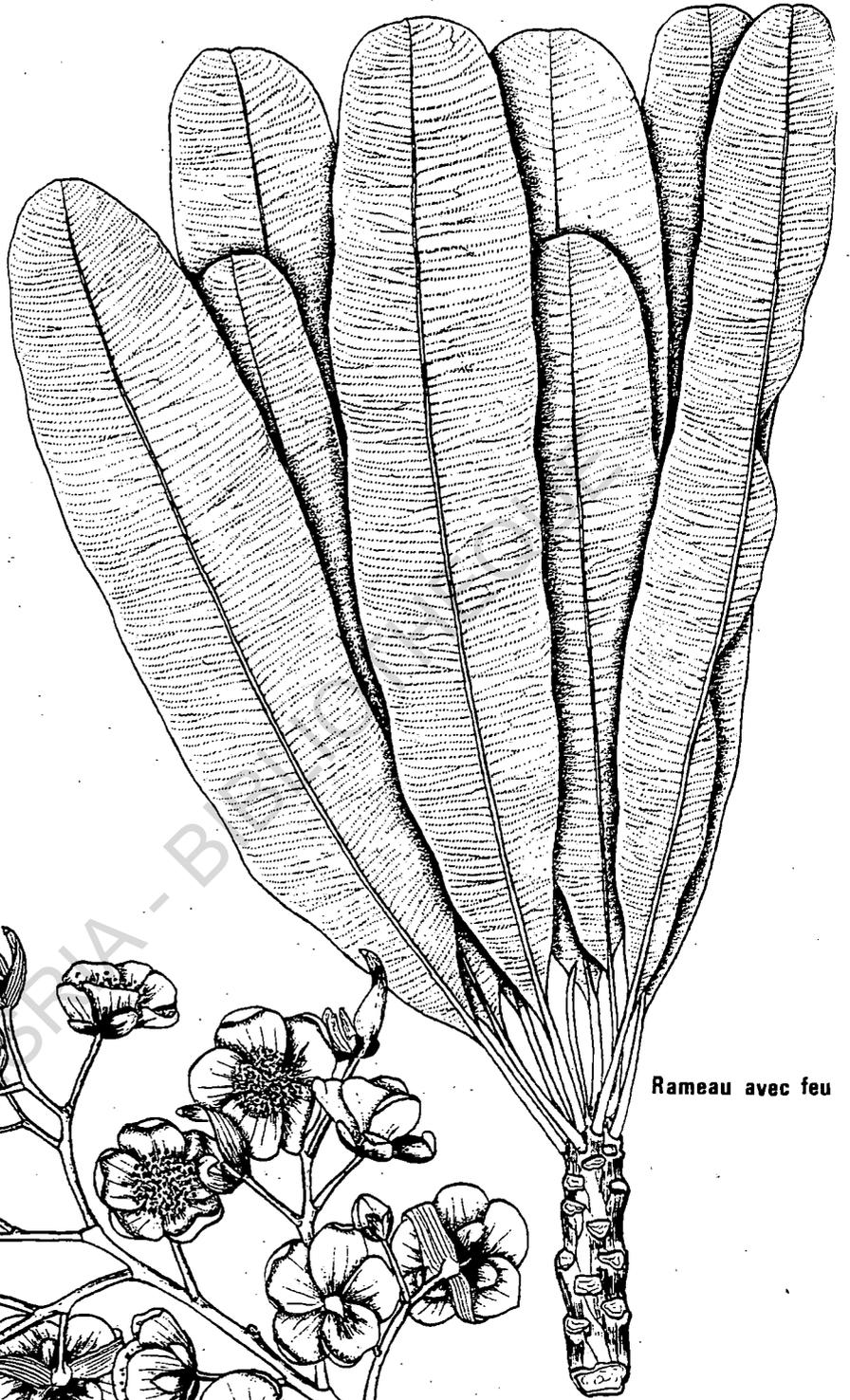
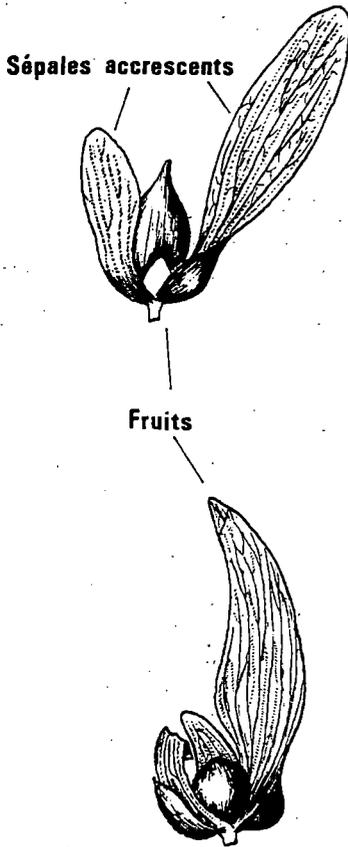
- chez les Koulango : on se lave avec la décoction de morceaux de tige, certains morceaux étant prélevés du côté Est de l'arbre, d'autres du côté Ouest ;
- chez les Malinkés : on pile les jeunes feuilles avec du gingembre ; la pâte, délayée dans l'eau, constitue une boisson préventive anti-poison.

Pour soigner la variole et la gale, les Malinké font sécher au soleil l'écorce de tige, puis la pulvérisent ; la poudre obtenue est délayée dans l'eau ; le liquide sert à se laver.

Herbier n° 1, 186, 333, 103.

Collection vivante : Jardin Botanique de l'Université d'Abidjan.

LOPHIRA LANCEOLATA (Ochnacées)



Glyphaea brevis (Spreng.) Monachino, Phytolog. 2 : 484 (1948) ; Keay, F.W.T.A. ed. 2, I : 308 (1958).

= Capparis brevis Spreng. (1807).

= Grewia lateriflora G. Don (1831).

= Glyphaea grevioides Hook. f. ex Planch. (1848).

= Glyphaea lateriflora (G. Don) Hutch. et Dalz., F.W.T.A. ed. 1, I : 239 (1927) ; Dalziel, The Useful Plants of W. Trop Africa 97 (1937).

Nom vernaculaire : Gboshao (Guéré).

Présentation de la plante

Arbre ; rameaux pubérulents ; feuilles oblongues ou obovales, 3 nervures à la base, acuminées, denticulées ou subentières presque glabres, 7 à 16 cm. de long, 2,5 à 9 cm. de large, minces ; stipules aigus, petits, caduques.

Répartition géographique

Espèce poussant dans les forêts en voie de reforestation elle est très répandue de la Guinée au Cameroun. On la trouve dans la région forestière de la Côte d'Ivoire, particulièrement dans les forêts secondaires.

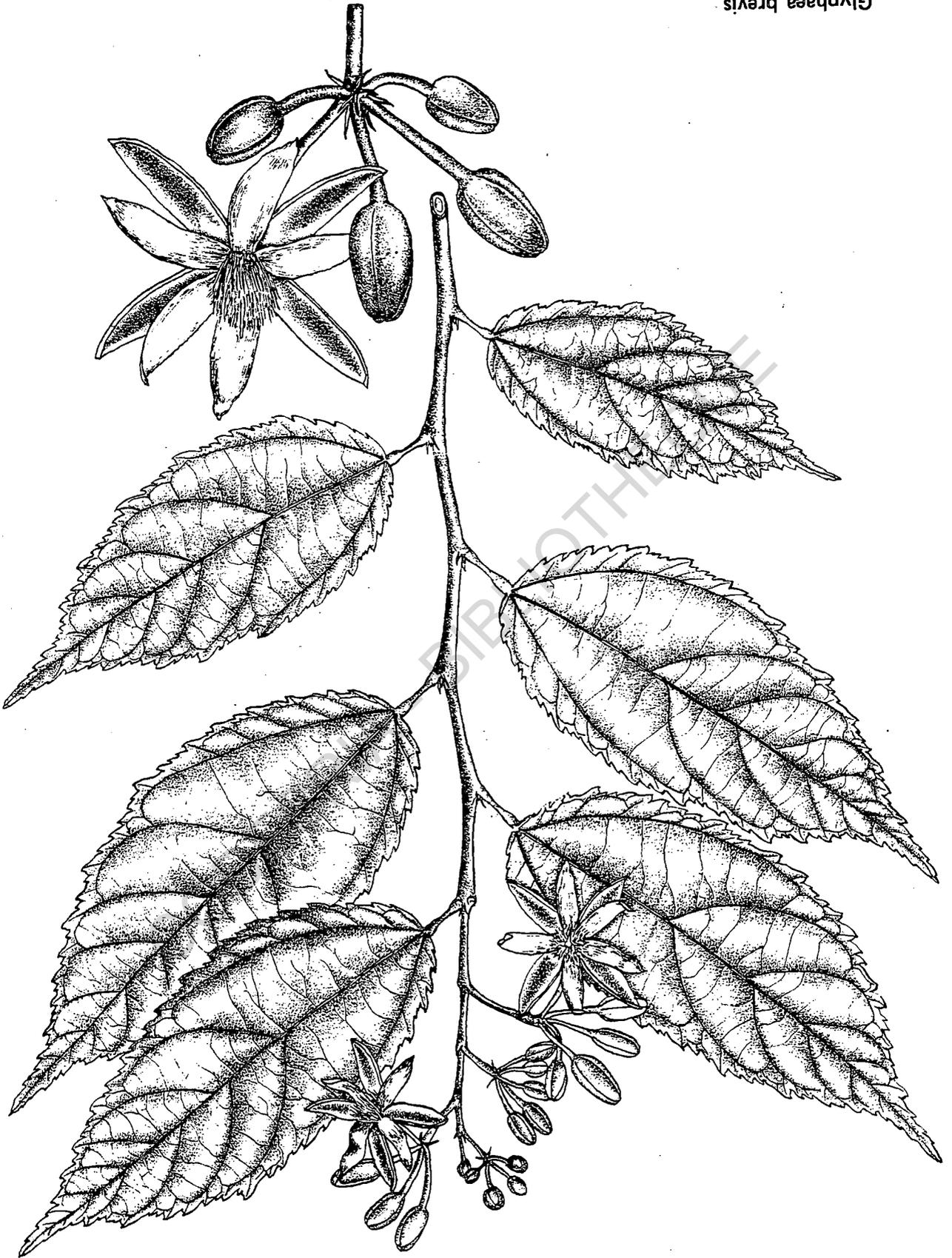
Usages

Les Guéré utilisent les feuilles comme aphrodisiaque : les feuilles sont séchées et pilées avec du piment et du sel ; la poudre obtenue est diluée dans du vin de palme ; la boisson doit être absorbée 3 fois par jour.

Herbier n° 404.

Collection vivante : Jardin Botanique de l'Université d'Abidjan.

Glyphaea brevis



A la suite de cet aspect phytothérapique, l'observation attentive nous conduit à avancer que la médecine africaine comporte également en son sein, la psychothérapie comme élément fondamental d'efficacité.

II - LA PSYCHOTHERAPIE : DEUXIEME ELEMENT D'EFFICACITE DE LA MEDECINE AFRICAINE

En fait, qu'est-ce que la psychothérapie ?

Disons que la psychothérapie est la psychologie thérapeutique.

Et selon le dictionnaire de Pierre Daco, "la psychothérapie (de psyché = esprit ; et thérapeute = soigner) est l'ensemble des moyens par lesquels on agit sur une maladie de l'esprit, ou sur une maladie corporelle dont la cause est psychique" (1).

Celle-ci apparaît donc comme l'ensemble des méthodes de traitement thérapeutique, qui vise l'équilibre entre le corps physique et l'esprit de la personne humaine.

De ce point de vue, la psychotérapie compte plusieurs méthodes regroupées sous différentes rubriques.

(1) Pierre DACO : Les prodigieuses victoires de la psychologie moderne.
Marabout, Verviers, 1977, P. 491.

Ces méthodes sont : la psychologie des profondeurs, la psychanalyse et la médecine psychosomatique.

A - LE DOMAINE DE LA PSYCHOTHERAPIE

1 - La psychologie des profondeurs

Son but est de restituer l'équilibre psychologique de la personnalité individuelle.

De ce fait, son mécanisme consiste à atteindre la couche inférieure du psychisme du sujet, afin de l'analyser et de la mettre en accord avec sa vie consciente.

Pour ce faire, les techniques de base de cette méthode thérapeutique sont diverses.

a - La suggestion sous hypnose

Cette méthode s'appelle aussi hypnotisme.

L'hypnotisme est un état de sommeil provoqué de façon artificielle.

Les supports de cette expérience sont entre autres :

- le regard de l'opérateur (l'hypnotiseur) ;
- les vibrations de sons ou de voix ;
- les sources lumineuses ;
- le balancé d'un objet.

Pendant l'expérience hypnotique, la conscience de l'hypnotisé reste en éveil. Les perceptions sensorielles demeurent vives.

Par conséquent, le sujet se montre obéissant et met à exécution, les ordres formulés par l'hypnotiseur. C'est là le fondement thérapeutique de la suggestion sous hypnose.

b - La narco-analyse

Narcolepsie veut dire : endormissement par des moyens chimiques.

Contrairement à l'hypnose qui utilise des moyens naturels, la narco-analyse se sert de produits chimiques qui sont des médicaments appelés les "barbiturates".

Quelques-uns de ces produits sont : le narconumal, l'évipan, le seconal...

Ce procédé consiste à injecter l'un de ces médicaments au sujet, afin de pouvoir réaliser en lui, l'état artificiel de sommeil.

c - Le rêve éveillé

Il représente à son tour, une technique de la psychologie des profondeurs.

La caractéristique particulière de celle-ci consiste à installer le sujet dans un cadre d'obscurité avec les yeux fermés.

Il entre en état de sommeil, mais reste également conscient.

C'est à partir de ce moment que le thérapeute opère.

Le sujet vit son rêve, écoute le thérapeute et obéit à ses suggestions.

En fin de compte, nous soulignons que l'hypnotisme, la narco-analyse, et le rêve éveillé sont des techniques de la psychologie des profondeurs, qui se rejoignent toutes dans leur principe. Il s'agit en somme, d'un ensemble de cures de sommeil.

Nous allons donc maintenant aborder le volet de la psychanalyse.

2 - La psychanalyse

C'est la méthode psychotérapique créée par Sigmund Freud (1856-1939).

Le but de la psychanalyse est la recherche de l'union parfaite entre les personnalités contradictoires de l'individu.

Les techniques utilisées sont également nombreuses. Nous présenterons les deux principales.

a - L'interrogatoire

Il comporte trois phases :

- la phase préparatoire :

Elle constitue la phase des dispositions préliminaires qui se traduisent par le relâchement et par la détente.

Mais dans ce cas précis, le sujet s'allonge dans un divan. Et derrière lui, se tient l'opérateur qui l'écoute ;

- la phase psychanalytique proprement dite :

A ce stade, le sujet étendu dans le divan, "sort tout ce qui lui passe par la tête". L'allusion est faite à son enfance, à sa sexualité, à sa parenté, à ses expériences difficiles etc...

L'opérateur n'intervient que pour l'arrêter ;

- la phase de l'interprétation :

C'est la phase exclusive de l'opérateur.

Elle consiste à mettre les termes en rapport, et à donner un sens aux propos tenus par le sujet.

Outre, cette technique interrogatoire, il y a encore dans le domaine de la psychanalyse, un autre procédé appelé l'abréaction.

b - L'abréaction

Elle désigne le mécanisme psychotérique qui amène le sujet à se libérer d'un problème psychologique (complexes, angoisses...) par extériorisation.

L'abréaction peut être spontanée sous l'effet d'un sentiment de violente colère, de peur ou autre.

Elle peut être également provoquée pendant la séance psychanalytique proprement dite.

Ainsi comme nous l'avons déjà mentionné, les méthodes de la psychanalyse sont bien nombreuses. Mais d'une manière générale, elles se recoupent avec les techniques de la médecine psychosomatique. Cette dernière est le troisième procédé de la psychotérapie moderne.

3 - La médecine psychosomatique

Le fondement de base de cette technique médicale est le rapport intime existant entre le cerveau et le système nerveux.

Elle part du principe que le corps agit sur l'esprit, puis inversement, le moral agit sur le corps physique.

En définitive, elle considère l'être humain comme une totalité ; c'est-à-dire un tout indivisible en systèmes séparés.

Pour la médecine psychosomatique, la maladie doit donc se définir comme la réaction de la globalité de l'organisme solidaire pour conserver son équilibre.

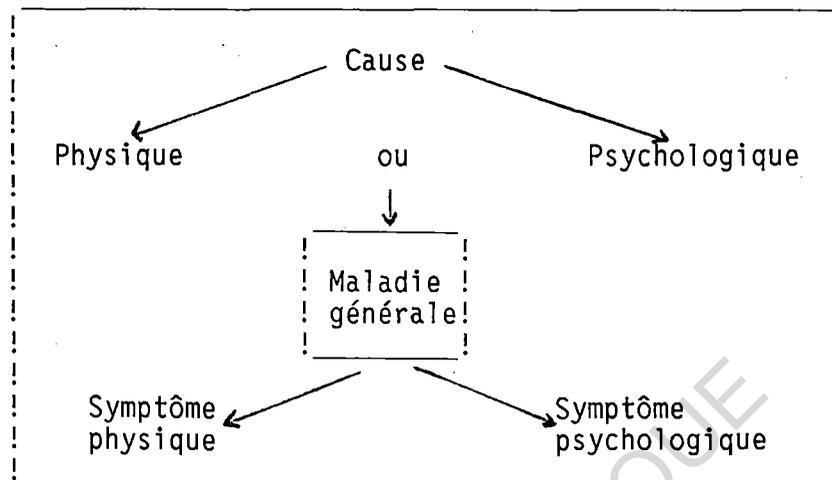
Il n'existe pas de maladies partielles sur le corps humain.

Toutes les maladies sont générales et liées à tout l'organisme entier.

Seuls les symptômes sont localisés ; ils sont physiques ou psychiques.

En conclusion, une maladie psychique peut se manifester sous forme de symptômes psychiques ou même physiques ; et inversement, une maladie physique peut provoquer des symptômes physiques ou même psychiques.

Cette conception de la médecine psychosomatique a donné le schéma suivant :



Source : Pierre DACO : Op. cit., P. 303.

Les techniques de traitement psychosomatique sont multiples.

Dans le souci d'éviter une description fastidieuse, nous n'en citerons que quelques-unes.

a - Les tranquillisants

Ils ont pour rôle de supprimer les angoisses, les anxiétés... en éliminant les troubles végétatifs. Quelques exemples sont :

- la covatine ;
- le mératron ;
- le largactyl ;
- l'atarax...etc.

b - L'injection d'insuline

Elle consiste à injecter une dose d'insuline au patient à jeûn.

Cette dose fait baisser le taux de glucose dans le sang et le patient entre dans un état de coma appelé le "coma insulinique".

C'est grâce à cet état comateux que le malade recouvre l'équilibre de sa personnalité dès son réveil.

c - L'électrochoc

L'objectif ici est de provoquer dans le cerveau du patient, un choc à base du courant électrique.

Le voltage de ce courant électrique se situe entre 80 et 150 volts pour une durée de 1/10 de seconde à une seconde.

Le choc peut produire chez le sujet, des convulsions, des excitations du sympathique, un état de confusion mentale ou une amnésie.

C'est au sortir de cet état de perte de conscience que le sujet recouvre l'équilibre psychique.

Enfin, le dernier élément retenu ici est également à base de sommeil artificiel.

d - Les cures de sommeil

Leur but est d'éliminer les divers troubles psychiques.

A cet effet, les moyens de traitement utilisés relèvent de deux ordres :

- les médicaments. Ce sont les barbituriques (somnifère, amythol, dial...) dont l'emploi permet au patient de recouvrer son équilibre par le sommeil ;

- la suggestion en profondeur par l'hypnotisme et la narco-analyse déjà mentionnés plus haut dans la psychologie des profondeurs.

En voici sommairement présentées dans la forme et dans le fond, les différentes méthodes utilisées par la psychothérapie moderne, en vue de restituer à la personnalité des sujets perturbés, l'aisance et l'harmonie intérieures indispensables.

Ces diverses méthodes soulignées sont : l'hypnotisme, la narco-analyse, le rêve éveillé, la psychanalyse, les tranquillisants, l'insuline, et l'électrochoc.

Elles relèvent de la psychologie des profondeurs, de la médecine psychosomatique et de la psychanalyse.

Quelle est la part de la médecine africaine dans la contribution à la psychothérapie ?

Telle est la question qui va à présent conduire l'analyse qui suit.

B - LA MEDECINE AFRICAINE ET LA PSYCHOTHERAPIE

Dans le domaine de l'ethno-médecine en général, la notion de psychothérapie reste encore intimément liée à l'expression de "l'efficacité symbolique".

Parce qu'au plan épistémologique, cette notion représente la thèse de référence qui a pu mettre méthodiquement en évidence, les fondements logiques de la cure dite "magique".

En termes concrets, l'Efficacité Symbolique constitue dans les médecines non européennes, la théorie qui explique comment on peut aboutir à la guérison d'une maladie organique ou nerveuse, aux moyens d'un rituel de gestes et d'incantations.

Elle éclaire donc le procédé de la mise en rapport entre le physique et le psychisme chez un sujet dans le cas d'une névrose ou d'une psychose.

On le voit bien, la théorie de l'efficacité symbolique rejoint sur ce point, la psychothérapie moderne.

L'expression "Efficacité Symbolique" relève de la création de Claude Lévi-Strauss dans son ouvrage intitulé "anthropologie structurale". (1).

Mais la démarche de Lévi-Strauss se distingue des techniques de la psychothérapie moderne sur plusieurs points.

C'est donc à partir de cette originalité que nous présenterons le fondement psychothérapique de la médecine traditionnelle africaine en Côte d'Ivoire.

1 - La théorie de l'Efficacité Symbolique

Elle est élaborée à partir d'une expérience vécue chez les Cuna dans une société indienne au Panama.

L'histoire commence par l'intervention d'un Chaman sur le cas d'un accouchement difficile qui met en échec, les méthodes traditionnelles des sages-femmes de la communauté (2).

(1) LEVI-STRAUSS : Anthropologie structurale. Plon, Paris 1958, PP. 205-226.

(2) "Le Chaman est, lui aussi, un magicien et un médecin-man : il est censé guérir comme tous les médecins et opérer des miracles fakiriques comme tous les magiciens, primitifs ou modernes" M. ELIADE : Op. Cit. P. 21.

Selon le récit, cet accouchement est devenu difficile parce que le "purba" (l'âme) de la femme enceinte a été capturée par Muu et ses filles.

Mais selon la mythologie Cuna, Muu représente l'esprit de la procréation.

Cette captivité serait ainsi donc considérée comme un abus des prérogatives de cet esprit.

En effet, pour pouvoir permettre à la femme enceinte d'effectuer un accouchement normal, il est donc question que Muu lui restitue d'abord son double spirituel captif ; c'est-à-dire son "purba".

C'est la raison pour laquelle le Chaman, doué de pouvoir de guérison, intervient.

Les préparatifs de l'intervention commencent par :

- les invocations ;
- la confection d'esprits protecteurs, représentés par des figurines sacrées ;
- et des fumigations de fèves de cacao brûlées.

Pratiquement, l'épreuve consiste pour le Chaman, à faire pénétrer littéralement les esprits protecteurs à l'intérieur de l'appareil génital de la femme enceinte, à rompre les obstacles qui empêchent la descente de l'enfant, puis à engager un tournoi à Muu et à ses filles, afin qu'elles libèrent le "purba" captif.

L'opération se déroule dans ces conditions spirituelles particulières, et permet d'accéder en définitive, au dénouement souhaité ; l'accouchement se réalise sans incident.

Dans quelle mesure peut-on dire que cette méthode du Chaman est d'ordre psychologique ?

D'après Levi-Strauss, cette intervention est psychologique parce que le Chaman accepte d'abord de reconnaître l'état de la parturiente comme un état pathologique ; c'est le symptôme de la possession, localisé au niveau de l'appareil génital de la femme. D'où, la mise en cause de cet état de possédé et de son siège organique (l'organe génital).

Par la suite, tout son procédé thérapeutique visait au fond, à manipuler cet organe génital au plan psychologique ; c'est-à-dire sans contact, mais en utilisant les gestes et la parole dans le chant qui demeure l'élément essentiel de la cure.

A partir de ce mécanisme, nous passons ainsi :

- 1°) Du plan extérieur (physique) au plan intérieur (physiologique) ;
- 2°) Ensuite, il s'opère mentalement chez la patiente, une rupture entre la réalité mythique et la réalité physiologique.

Par voie de conséquence, on aboutit au mécanisme de rendre acceptables, les douleurs physiques provoquées par l'accouchement.

Au terme de cette analyse de la méthode du Chaman, Levi-Strauss établit un parallélisme entre la cure chamanistique et la méthode psychanalytique.

Néanmoins, il souligne que les deux procédés ne se confondent guère dans leurs processus thérapeutiques respectifs.

Les différents termes d'analyse se trouvent être inversés.

En psychanalyse, l'opérateur joue le rôle d'auditeur.

Pendant que dans la cure chamanistique, le Chaman joue le rôle d'orateur au moyen de ses incantations.

Par ailleurs, au niveau de la conception des mythes, la psychanalyse table sur un mythe individuel basé sur la vie antérieure du patient.

Par contre chez le Chaman, le mythe provient de l'extérieur ; c'est-à-dire du contexte socio-culturel du sujet. N'empêche que cette interversion des paramètres permette d'aboutir au même résultat.

Et c'est ce qu'il énonce en ces termes :

"Dans les deux cas, on se propose d'amener à la conscience des conflits et des résistances restés jusqu'alors inconscients, soit en raison de leur refoulement par d'autres forces psychologiques, soit - dans le cas de l'accouchement - à cause de leur nature propre, qui n'est pas psychique, mais organique ou même simplement mécanique.

Dans les deux cas aussi, les conflits et les résistances se dissolvent, non du fait de la connaissance, réelle ou supposée, que la malade en acquiert progressivement, mais parce que cette connaissance rend possible une expérience spécifique au cours de laquelle les conflits se réalisent dans un ordre et sur un plan qui permettent leur libre déroulement et conduisent à leur dénouement.

Cette expérience vécue reçoit en psychanalyse le nom d'abréaction" (1).

(1) LEVI-STRAUSS : Op. Cit., P. 219.

Hormis toute prétention de vouloir faire de la théorie de "l'efficacité symbolique" une panacée, nous pouvons avancer pour notre part, que celle-ci rend effectivement bien compte de cette cure chamanistique dans son contexte culturel particulier.

Par extension, nous entrevoyons également un rapprochement entre ce procédé chamanistique et certaines pratiques de la médecine africaine en Côte d'Ivoire.

2 - L'Efficacité Symbolique et la médecine africaine

Au plan de la pratique médicale, la cure chamanistique précédemment exposée se rapproche de la médecine africaine à deux niveaux au moins.

Cette correspondance s'établit au niveau de la danse de possession ; puis au niveau des rituels d'exorcisme et de la "transposition du mal".

Au plan anthropologique en général, la théorie de l'efficacité symbolique se laisse entrevoir également tout au long du processus thérapeutique en médecine africaine.

Expliquons alors comment cela se passe.

a - L'efficacité symbolique dans les pratiques de la médecine africaine

Le premier élément de référence que nous rencontrons dans ce champ de la psychothérapie est le rituel de la danse de possession.

A l'instar du procédé chamanistique, la danse de possession ne se réfère à aucun produit médicamenteux.

Les éléments à l'oeuvre sont les vibrations de tam-tam, les invocations et les chants.

De jour comme de nuit, ce rituel rassemble autour de lui, plusieurs membres de la communauté dont la participation active contribue à produire une scène d'intenses émotions.

Le son, la cadence, les chansons, les gestes de tous ces acteurs apportent au sujet en cause, une ouverture vers l'extérieur, provoquent un éveil de conscience et aboutissent à une libération de soi.

Il se déclenche en conséquence, un état extatique de transe.

La force du symbolisme s'installe.

Au niveau du mental, le vécu se confond d'avec le mythe.

L'univers physique se fond dans l'univers spirituel.

L'abréaction se produit, et conduit alors à la libération psychique du sujet. La douleur physiologique se rompt.

En conclusion finale, la danse de possession devient une source d'abréaction.

En voici un critère d'efficacité de la médecine africaine au plan psychothérapique.

Ce rituel est appelé "keh min" dans la société Akié d'Alépé (1).

(1) Voir Photo n°11 à la page suivante.



Photo n° 11: "keh min" - un rituel de danse de possession en
pays Akié (Montézo).

Dans le domaine de la psychologie des profondeurs, cette technique est aussi reconnue sous le vocable de la dansethérapie ou de la musicothérapie.

Dans tous les cas, les conditions spécifiques de l'organisation du "keh min" sont bien différentes de celles de la musicothérapie et de la dansethérapie.

Parce que le symbolisme fondé sur le mythe collectif et extérieur au patient, échappe à l'univers symbolique individuel et privé de la musicothérapie.

Cette dernière n'est donc pas tout à fait superposable au rituel de la danse de possession.

En dehors de la danse de possession, l'efficacité symbolique peut également s'observer dans les rituels d'exorcisme et de la "transposition de la maladie" ailleurs.

b - L'efficacité symbolique dans les rituels d'exorcisme

Rappelons à ce propos, les définitions sommaires déjà évoquées dans le chapitre précédent (1).

"L'exorcisme est le procédé thérapeutique qui vise littéralement à restituer au patient, l'âme dédoublée ou disparue".

Quant à la transposition du mal, "elle suppose que la maladie se trouve théoriquement transférée sur une plante ou sur un animal".

Dans tous les deux cas, l'opération consiste à reconnaître d'abord l'état du sujet comme un état pathologique ; ensuite à admettre comme symptôme de cette maladie, un cas de possession par un sorcier ou un cas de malédiction. Cela veut dire que le guérisseur propose à la structure pathologique suggérée, une réponse structurelle thérapeutique identique.

(1) : cf. les méthodes thérapeutiques psychiques P.373.

Raison pour laquelle dans ces cas d'exorcisme ou de la transposition du mal, les médications physico-chimiques occupent une place secondaire.

Etant donné que les bases objectives de la pathologie correspondent à des états d'angoisses, de refoulements, d'auto-suggestion, de conflits intérieurs etc...

La base thérapeutique reste donc fondamentalement les invocations, les incantations, les chansons, et quelquefois encore, la danse de possession.

Tous ces divers éléments liés indissociablement, sont chargés de sentiments affectifs et d'émotions profondes.

Leurs effets conduisent ainsi à déclencher encore le mécanisme de l'abréaction qui amène à la guérison psychosomatique.

Dans la société Sénoufo, c'est le rituel appelé "kakouôlô" qui se traduit par cette expression : "faire éloigner la maladie".

Nous pouvons en déduire logiquement que ces symptômes relatifs à la possession ou à l'ensorcellement, ne désignent en réalité, que des cas d'obsessions, d'angoisses, ou de délires de persécution...

Et dans le domaine de la médecine africaine, la solution originale ne fait en aucun cas, recours à l'insuline, à l'électrochoc, ou au barbiturisme...

L'exorcisme et la "transposition du mal" y répondent efficacement à leur manière.

C'est-à-dire à l'intérieur d'un mythe collectif authentique où se déploie ce processus thérapeutique psychologique.

Tout ceci dénote effectivement, que l'efficacité de la médecine africaine ne se limite point du tout à l'efficacité des plantes curatives.

Le symbolisme constitue également pour sa part, une base objective et scientifique de cette médecine authentique au même titre que la psychanalyse, la médecine psychosomatique et la psychologie des profondeurs.

Néanmoins, au-delà de ces données phytothérapeutiques et symboliques, la pertinence des faits paranormaux dans cette discipline fait aussi penser à l'efficacité parapsychologique.

C'est ce dernier aspect d'efficacité que nous allons maintenant aborder.

III - LA PARAPSYCHOLOGIE : TROISIEME ELEMENT D'EFFICACITE DE LA MEDECINE AFRICAINE

Quelle réalité recouvre le terme parapsychologie ?

Présentons à cet effet, d'abord son contenu avant de voir comment elle se manifeste dans le domaine de la médecine africaine.

A - DEFINITION ET PRINCIPES DE BASE

Par définition, la parapsychologie est la science des faits paranormaux.

A l'origine de la création de cette discipline vers les années 1870, elle était connue sous le nom de "métapsychique" par analogie à la métaphysique.

C'est à partir de 1954 au cours du Congrès international d'Utrecht que le vocable "Métapsychique" est abandonné et remplacé par le terme "parapsychologie".

Parapsychologie est un mot composé : "Para" qui veut dire en grec "autour de" "aux alentours" ; et de "psychologie" : science qui étudie les phénomènes du psychisme.

Somme toute, la parapsychologie se définit comme l'étude des phénomènes psychiques, insaisissables ou inexpliqués par la psychologie moderne actuelle.

En d'autres termes, elle est la science qui s'occupe des faits irrationnels et anormaux à l'esprit humain.

Pour ainsi dire, la parapsychologie est "l'étude de certains pouvoirs anormaux de l'esprit individuel, considéré dans son activité consciente et inconsciente et ses rapports soit avec d'autres esprits, soit avec la matière" précise René Sudre (1).

Cette définition, sans être sûrement la plus parfaite (compte tenu des vives controverses observées dans ce domaine), garde le mérite de nous traduire les deux grands aspects de cette science.

Ces aspects fondamentaux se résument en deux orientations distinctes :

- la première orientation se préoccupe des phénomènes relevant des perceptions extrasensorielles appelées phénomènes E.S.P.

(1) ENCYCLOPEDIE DE LA PSYCHOLOGIE : Autour de la Psychologie. Fernand Nathan, Paris 1973, P. 9.

Il s'agit du champ des connaissances acquises sans l'intervention des cinq sens humains (le toucher, l'ouïe, l'odorat, la vue, le goût).

Nous nous situons précisément dans le cercle de la clairvoyance, de la clairaudience, de la préconition, de la télépathie...

Tous ces faits étudiés appartiennent uniquement à l'univers de la psychologie.

- la deuxième orientation concerne l'étude des phénomènes relevant de la psychokinésie, appelés encore P.K.

Il s'agit ici du domaine de l'influence mentale exercée par un sujet sur un système physique sans contact corporel, ni de l'utilisation de la forme actuelle de l'énergie identifiée par la science moderne.

Quelques exemples sont la matérialisation, la dématérialisation, la lévitation, la télékinésie...(1).

Les faits observés par ce paragraphe de la parapsychologie sont d'ordre physico-chimique.

En dépit de ces directions apparemment divergentes, il convient de souligner que toutes ces deux branches énoncées sont complémentaires l'une de l'autre.

(1) Lévitation : soulèvement du corps qui se trouve affranchi de la pesanteur, et qui reste suspendu horizontalement dans l'air sans aucun support.

Télékinésie : déplacement, soulèvement et même transport d'objets à distance sans aucun contact direct ou indirect.

La distinction survient seulement pour une classification sur la base de l'originalité des faits observés.

C'est pourquoi les principes fondamentaux de la parapsychologie restent les mêmes dans leur approche globale.

De quoi s'agit-il ?

Au plan de la conception de l'univers, la parapsychologie avance l'hypothèse selon laquelle il existe entre tous les éléments de la créature, un lien indéniable appelé le "lien extrasensoriel".

Ceci signifie que dans ce monde matériel, visible, tous les êtres humains, animaux, et végétaux se trouvent tous liés les uns aux autres par une sorte de véhicule très subtil.

Quelles seraient la nature et l'origine de ce véhicule subtil ?

La réponse à cette question se trouve dans la structure organique des êtres animés.

Pour la parapsychologie, tous les êtres vivants sont composés de deux principes vitaux au moins :

- il y a le corps physique qui est l'organisme visible ;
- et le corps-énergie qui est une composante invisible. Chez l'être humain, ce corps-énergie est appelé le "corps de plasmabiologique".

D'une façon concrète, l'organisme physique représente la partie matérielle et visible de l'être vivant. Ce premier aspect est composé d'atomes et de molécules.

Quant au corps-énergie, c'est-à-dire le corps bioplasmatique de l'Homme, il se trouve composé d'énergie pure en provenance de l'énergie fabriquée par les cellules et le bioplasma du corps physique.

Ce second corps-énergie, imperceptible à l'oeil nu, reste une forme d'énergie colorée et constamment en vibration.

Il constitue une sorte de halo lumineux enveloppant le corps physique.

Il fait partie de l'aura chez les êtres humains. Par conséquent, il se confondrait au "corps astral" d'après les médiums ; c'est-à-dire le double de l'Homme.

Historiquement, il importe de mentionner que l'existence de ce corps-énergie ou corps bioplasmatique chez l'Homme a été officiellement révélée par des chercheurs soviétiques en 1968.

Cette déclaration a été faite après plusieurs années d'expérimentation sur des végétaux et des êtres humains.

Les auteurs de cette révélation sont : Docteurs N. Chouiski, N. Fedorova, F. Gibadulin, V. Grishenko, V. Inyushine, et N. Vorobev (1).

Cette découverte n'a été possible que grâce au procédé de l'électronicien Semyon Davidovitch Kirlian et de sa femme Valentine Kirlian.

En quoi consistait leur procédé ?

(1) OSTRANDER (Sh.), SCHROEDER (L.) : Fantastiques recherches parapsychiques en U.R.S.S.

Robert Laffont, Paris 1973, P. 298.

Nous venons tout à l'heure de dire que "l'aura" de l'être humain fait partie de la structure spatiale du corps bioplasmatique.

Au départ, il était question pour les Kirlian d'identifier la structure originale de cette aura. Ils partent de l'hypothèse que ce phénomène lumineux qui entoure les êtres vivants est lié à une certaine fréquence d'énergie dégagée par le corps physique.

En effet, dans le souci de fixer cette fréquence afin de mieux l'observer, les Kirlian inventent alors le procédé de la photographie à haute fréquence.

Et c'est à partir de ce dispositif matériel et de cette question préoccupante, que se sont constituées des équipes de chercheurs.

Celles-ci finissent par mettre en évidence, l'existence du corps-énergie.

Nous insistons pour réaffirmer que ce double de l'être vivant ne peut être perçu par nos sens organiques.

N'empêche que son existence devienne une réalité objective indéniable.

La science vient de le prouver.

D'après la parapsychologie, c'est ce phénomène extrasensoriel qui fait le point de transition entre le monde matériel visible, et le monde immatériel invisible. C'est-à-dire le noeud de passage du macrocosme au microcosme.

En résumé, le lien extrasensoriel qui existe entre les créatures de cet univers (entre l'Homme, l'animal et le végétal) est de nature énergétique.

Disons en bref que c'est par le biais du corps-énergie des êtres animés.

Cette énergie provient elle-même de l'énergie universelle ou cosmique, cristallisée à l'intérieur des cellules de ces êtres vivants.

Par conséquent, le secret des phénomènes E.S.P. et P.K. reste étroitement lié à cette énergie vibratoire, qui sert de trait d'union entre les créatures de l'univers.

Parce que "tout dans l'univers est question d'énergie, de vibrations et de dynamisme" affirment les parapsychologues.

C'est ainsi que les connaissances du monde physique se fondent sur les véhicules organiques : la vue, le toucher, le goût, l'ouïe, l'odorat.

Mais les connaissances du monde invisible (le macrocosme et le microcosme) reposent sur le dynamisme des énergies vibratoires.

Les canaux d'accession à cette dimension invisible de l'univers sont le mental et la spiritualité.

En conclusion, pour la parapsychologie, le monde sensible visible et le monde immatériel invisible ne forment ensemble qu'une seule et même unité, allant de l'infiniment grand à l'infiniment petit.

D'un point de vue historique, c'est à partir du début de ce XX^{ème} siècle, que cette vision du monde s'impose aux disciplines scientifiques.

Parce qu'il s'est produit une véritable révolution épistémologique.

La thèse de la discontinuité des corpuscules dans la matière appelée la "théorie des quantas" fait son apparition.

Et c'est donc par rapport à ce contexte historique particulier, que les principes de base de la parapsychologie pourront être mieux saisis.

C'est la raison qui nous amène à ouvrir cette présente parenthèse.

B - LA PARAPSYCHOLOGIE ET LA THEORIE DES QUANTAS

La découverte de la discontinuité des corpuscules ou particules dans la matière, intervient vers 1900 à partir des travaux du physicien Allemand Max Planck (1858-1947).

Cette découverte a pris le nom de la "théorie des quantas". Les quantas correspondent en fait, à des grains d'énergie existant à l'intérieur des éléments physiques appelés atomes.

Nous nous situons ici dans le domaine de la microphysique ; c'est-à-dire dans le cadre de l'infiniment petit de l'univers physique.

A partir de cette théorie des quantas, il s'en est suivi une suite de découvertes complémentaires.

C'est ainsi qu'en 1924, Louis de Broglie met au point, la mécanique ondulatoire selon laquelle le corpuscule se trouve toujours associé à un phénomène ondulatoire.

Conclusion : les ondes et les corpuscules sont deux phénomènes physiques intimement liés dans la matière et dans la lumière.

De plus, il est établi que chacun de ces phénomènes corpusculaires reste soumis à un mouvement permanent de rotation sur lui-même.

Au plan de la connaissance, les implications théoriques de cette découverte sont très importantes.

Le point de départ de l'observation scientifique est la nature ; c'est-à-dire le corps ou la matière à l'état solide, liquide ou gazeux.

Cette matière s'apparente comme un ensemble de structure composée de plusieurs milliards de particules (électrons, nucléons, neutrons, protons).

Ces éléments physiques ultra-fins sont invisibles à l'oeil nu.

Leur mouvement dynamique engendré par la rotation constante, provoque des sons appelés les vibrations.

Ces vibrations apparaissent également imperceptibles aux organes d'audition.

Ainsi, tels des petits aimants, ils sont chargés d'énergie et apparemment soudés les uns aux autres par les ondes, ils forment masse et constituent ainsi la matière ou le corps physique.

Les espaces existants entre ces corpuscules sont appelés "trous noirs" selon les termes des astrophysiciens.

Eu égard à cette conception nouvelle de la matière, la notion d'anti-matière devient un problème d'actualité.

C'est d'ailleurs pour cette raison que le savant Mach appellera le corpuscule, la "désubstantialisation de l'univers physique". Car la matière, à présent, semble se définir comme une structure discontinue, formée de milliers de corpuscules en mouvement constant.

Elle n'apparaît plus comme un état continu, objectif et définitif.

Aussi, les caractéristiques de l'espace-temps des temps modernes se trouvent-elles remises en question.

Par ailleurs, le physicien Heisenberg démontre de son côté, qu'il apparaît impossible de déterminer de façon simultanée, la position et la vitesse des corpuscules. Ce qui signifie en clair que, lorsque l'on localise la position d'un corpuscule, la vitesse ne se laisse pas évaluer. Non seulement cette loi nouvelle fait entorse à la théorie newtonienne de la mécanique, mais d'une manière générale, elle rend caduque les principes de la causalité et du déterminisme.

Le postulat de la certitude fait place au principe de la probabilité et de l'incertitude.

En somme la spéculation, la métaphysique et la rationalité deviennent à ce jour, toutes dépassées et invalides dans les théories de la connaissance scientifique.

Dès lors, la problématique des phénomènes extrasensoriels tels que la télépathie, la télékinésie, la matérialisation, la dématérialisation, la lévitation etc... refait surface.

Ces phénomènes entrent désormais légitimement dans la sphère des investigations scientifiques à partir de cette seconde moitié du XX^{ème} siècle.

Ils sont établis comme des faits réels et objectifs qui nécessitent une approche méthodologique spécifique et adaptée.

C'est donc au coeur de cette véritable révolution épistémologique que s'inscrit cette hypothèse de l'efficacité parapsychique de la médecine africaine.

C - PARAPSYCHOLOGIE ET MEDECINE AFRICAINE

Pour démontrer l'hypothèse que, l'efficacité de la médecine africaine peut d'autre part, être expliquée et comprise à travers des schémas théoriques de la science parapsychologique, nous nous référerons à certains aspects pratiques authentiques de cette médecine africaine.

Ces éléments originaux de référence sont les techniques du diagnostic et quelques procédés thérapeutiques.

1 - Le diagnostic

Nous nous souvenons que dans le processus du diagnostic, le guérisseur africain utilise assez régulièrement, deux procédés classiques.

Ces deux procédés traditionnels s'appellent la clairvoyance et la clairaudience.

En quoi consistent ces techniques ?

La clairvoyance consiste à révéler les causes de la maladie, visiblement cachées au malade.

Pour ce faire, le guérisseur procède à des visions.

En ce qui concerne la clairaudience, celle-ci permet au guérisseur d'établir les origines de la maladie à partir des informations reçues des esprits ou des entités qui restent invisibles au commun des mortels.

Ces deux procédés qui ne représentent que deux aspects d'une même opération - la divination - s'effectuent toujours sur la base d'un support matériel : eau, statuettes, cauris, miroir, poudre blanche, prières...etc.

C'est donc à partir de ces techniques mystiques, que le guérisseur doué pose avec exactitude son diagnostic.

Il lit quelquefois dans la conscience des malades ; et dans le cas de la sorcellerie, il désigne les auteurs de la maladie ; situe les événements ayant entraîné cette maladie etc.

Dans l'état actuel des connaissances, ces faits mythiques "extraordinaires" qui relèvent du domaine extrasensoriel, se trouvent être expliqués par des théories scientifiques de la parapsychologie.

1°) La théorie de la modification du corps-énergie.

A ce titre, rappelons avant tout, que le corps-énergie appelé encore corps-bioplasmique chez l'Homme, se circonscrit autour de la silhouette physique sous forme d'enveloppe bioluminescente.

Et le docteur Kilner ajoute que cette couche lumineuse composée de plusieurs couleurs, occupe une épaisseur qui s'élève de 15 à 20 centimètres (1).

(1) OSTRANDER (Sh.), SCHROEDER (L.) : Op. Cit., P. 277

(Docteur KILNER de l'hôpital de Saint-Thomas de Londres - 1900).

En effet, après leurs multiples travaux de recherche et d'expérimentation, tous les spécialistes du domaine extrasensoriel concluent en définitive que la maladie, les angoisses, la fatigue... marquent chacune, une empreinte spécifique sur cette structure énergétique de l'organisme.

Ce qui signifie que ce corps-énergie se modifie constamment sous l'effet du changement d'état de santé, d'humeur, d'émotion, et de fatigue.

Cette modification se repère au niveau de son épaisseur, de ses couleurs et de ses vibrations.

Par voie de conséquence, il devient par excellence, l'élément de référence des médiums - comme chez les guérisseurs africains doués - au cours de leur diagnostic.

Dès lors, il semble parfaitement établi que la théorie de la modification du corps-énergie apparaît comme une explication du phénomène de la clairvoyance dans le domaine de la parapsychologie.

Cette explication se montre assez pertinente dans la mesure où les médiums affirment disposer d'une faculté capable d'appréhender ce corps-énergie qu'ils nomment "corps-astral" ou le "double" ; c'est le don de vision.

Comment peut-on expliquer le mécanisme de la clairaudience ?

Celui-ci serait à la base de la théorie de la vibration du corps-énergie, considéré comme un champ magnétique.

2°) La théorie de la vibration du champ magnétique.

Au plan méthodologique, nous partirons d'une expérience historique réalisée scientifiquement par des spécialistes de la parapsychologie.

Cette expérience concerne le cas d'un peintre nommé Friedrich Jürgensen (1).

Il est d'origine juive et de nationalité suédoise.

Monsieur Friedrich voulait un jour, enregistrer le chant d'un oiseau qui piailait dans son jardin.

Il dépose alors un mégnétophone au pied de l'arbre sur lequel est perché l'oiseau.

Au moment où il eût l'envie d'écouter l'enregistrement, le chant de l'oiseau-cible ne se fait pas entendre.

En lieu et place dans l'appareil, c'est un son de trompette, le chant d'un oiseau nocturne, et une voix qui lui dit en Norvégien, qu'il s'agit effectivement du chant d'un oiseau nocturne.

A la suite de cet événement extraordinaire, Monsieur Friedrich commence à multiplier ses expériences.

Mais quels résultats ?

Ce sont des messages qu'il obtient en voix humaine.

Et pour la plupart, il s'agissait de voix des parents, des connaissances et des amis déjà décédés ; c'est-à-dire des désincarnés.

(1) JACKIE LANDREAUX - VALABREGUE : La médiumnité. Phénomènes physiques, psychiques et scientifiques.

Robert Laffont, collection les énigmes de l'univers, Paris 1985, PP. 117-118.

En 1964, Monsieur Friedich publie une partie de ces recherches.

D'autres chercheurs intéressés se joignent à lui. A cet effet, un ingénieur en haute fréquence du nom de THEODOR RUDOLF crée un appareil spécial d'enregistrement.

Cet appareil est baptisé le "goniomètre".

Ensuite arrive le tour du Docteur FRANZ SEIDL, ingénieur électronicien qui invente également son appareil appelé le "Psychophon" ; puis enfin sont fabriqués les MARK I, II, III, IV, V et VI par GEORGE MEEK.

En 1978, est créée à Düsseldorf en Allemagne, une unité de recherche sur les voix d'origine paranormale ; c'est l'Association des recherches de voix sur bandes magnétiques (1).

Aux Etats-Unis, l'unité de recherche constituée s'appelle : ELECTRONIC VOICE PHENOMENA.

Au Québec, elle porte le nom de PSYPHONIE.

Dans quelle mesure pouvons-nous affirmer le caractère authentiquement paranormal des voix enregistrées ?

Friedrich Jürgensen répond en ces termes :

"Ces manifestations ne pouvaient être d'ordre terrestre par la façon même dont ces énergies imprégnaient la matière".

(1) En Allemand : VEREIN für TONBANDSTIMMENFORSCHUNG. (V.T.F.)

- 1°) Tout d'abord, ces voix se trouvaient souvent enregistrées sur deux pistes à la fois. Ce qui est tout à fait impossible pour un son terrestre qui ne s'imprime que sur une seule piste, sur une bande magnétique.
- 2°) Ensuite, [.....] la vitesse d'enregistrement ne correspondait pas toujours à celle devant être utilisée pour une bonne écoute. La phrase imprimée exigeait souvent que l'on diminue ou augmente la vitesse d'enregistrement pour être audible et claire.
- 3°) Enfin, [...], une même phrase écoutée d'abord à l'endroit puis à l'envers, avait un sens, mais un sens différent.

En voici un exemple capté en allemand "Haben drollige Menschen" (il y a des hommes mauvais).

A l'envers, l'écoute donne ceci :

"Man, stürzt in den Untergang" (on se précipite vers la fin des temps).

Cet exemple, plusieurs fois répété, nous démontre que ces mots qui constituent des sons, ont avant tout une puissance vibratoire (1).

Ceci dit, nous retenons donc d'abord que les messages extra-humains existent réellement.

Seul le mécanisme d'audition reste l'apanage des individus doués d'une faculté exceptionnelle, comme par exemple le cas des guérisseurs africains.

Comment peut-on expliquer ce mécanisme ?

(1) JACKIE LANDREAUX - VALABREGUE, Op. Cit. P. 126.

Nous pensons que l'audition des messages paranormaux est possible dans la mesure où ils sont contenus dans les ondes de l'espace.

Ils sont par la suite enregistrés par le corps-énergie. Et la qualité de la perception de l'information dépend du niveau de fréquence des vibrations de ce corps-énergie qui constitue une sorte de "champ magnétique".

Sous ce rapport, les guérisseurs africains, doués d'une faculté exceptionnelle, et avec l'aide des supports matériels qu'ils utilisent (eau, parfum, poudre blanche, cauris...) créent les conditions favorables d'un champ magnétique propice, en vue de mieux canaliser l'information concernant un sujet donné.

C'est ainsi qu'ils accèdent aisément au message des entités au cours de leur diagnostic.

Pour tout dire, plus les conditions du champ magnétique sont propices, mieux l'information est perçue sans le support d'une technologie sophistiquée comme le goniomètre, le psychophon, ou le Mark IV.

Tel est le mécanisme de fonctionnement du phénomène de la clairaudience ; c'est-à-dire dans les conditions d'une meilleure fréquence de vibration du champ magnétique des guérisseurs.

En définitive, nous pouvons conclure que la théorie de la modification du corps-énergie et la théorie de la vibration du champ magnétique constituent pour notre part, l'approche théorique scientifique qui donne une explication pertinente aux phénomènes paranormaux de la clairvoyance et de la clairaudience dans le diagnostic des guérisseurs africains.

Mais au-delà de ces pratiques du diagnostic, il existe encore d'autres faits paranormaux observables au niveau des techniques du traitement.

Quels sont ces faits ? comment peut-on les expliquer ?

2 - Le traitement thérapeutique

A ce niveau, l'explication ou la compréhension des aspects du contenu de la médecine africaine commence là où s'achève "l'efficacité symbolique" de Claude Levi-Strauss.

Nous voulons dire qu'il n'est pas ici, question d'une interprétation des procédés psychothérapeutiques comme le cas de "l'exorcisme" et de la "transposition du mal" qui répondent psychologiquement, à des processus d'angoisses, de conflits et de délires de persécution.

Il s'agit plutôt, de phénomènes parapsychiques tels que le "désenvoûtement", "l'exhumation d'objets maléfiques", le magnétisme et de l'effet exceptionnel de certaines plantes curatives.

a - Le désenvoûtement et l'exhumation d'objets maléfiques

A propos du désenvoûtement, rappelons que celui-ci constitue la réponse thérapeutique contre l'épreuve de l'envoûtement.

L'envoûtement consiste à "objectiver" le mal dans le corps physique d'autrui.

Pratiquement, l'opérateur de l'envoûtement appelé l'envoûteur, procède à la substitution du sujet-cible par une statuette sur laquelle il suggère l'événement de vie (maladie, accident, amour passionnel etc...). Et ceci accompagné de gestes, d'action et de paroles.

L'événement malheureux souhaité se trouve ainsi matérialisé sur la cible.

Dans le cas d'une maladie par exemple, c'est l'envoûtement par des pointes, des aiguilles, des dents d'animaux ou au cadenas etc... La méthode du désenvoûtement en tant que technique thérapeutique, se doit donc de localiser d'abord le mal, et de le ressortir ensuite sous forme de matière visible.

Par exemple l'envoûtement par des aiguilles fait appel au désentoûtement d'aiguilles de l'organisme corporel de la victime.

Nous aboutissons ainsi à la théorie de la matérialisation et de la dématérialisation du mal.

Qu'est-ce à dire ?

Pour mieux comprendre ce mécanisme thérapeutique de la parapsychologie, nous allons encore nous référer à des faits établis scientifiquement.

Prenons à ce propos l'exemple des "chirurgiens à mains nues" des Philippines.

"Il n'y a pas qu'aux Philippines que ces interventions existent. On les retrouve également au Mexique, et au Brésil avec le célèbre Zé ARIGO (hélas ! décédé) qui réalisait des opérations spectaculaires à l'oeil avec des moyens rudimentaires.

Dans ce domaine de la guérison, plus que dans tout autre, la prudence s'impose.

Comme pour tout ce qui existe sur terre, il y a des imposteurs, catégorie qui existe, certes, mais qui ne nous intéresse pas si ce n'est pour s'en préserver.

Les "chirurgiens à mains nues" des Philippines, dont les plus célèbres sont Terte, Placido, appliquent la méthode de transmutation de l'énergie intérieure uniquement avec leurs mains. Après un court massage, ils font monter à la surface du corps les causes matérialisées de la maladie, les effets disparaissant par la suite, amenant ainsi la guérison complète" témoigne Jean-Louis VICTOR (1).

Partant, il faut dire que du point de vue pratique, le "désenvoûtement" en tant qu'une variante de la "chirurgie à mains nues" des Philippines, vise essentiellement à faire sortir le mal matérialisé dans l'organisme charnel, sans une ouverture au scalpel ou au couteau.

Ce qui implique que la "plaie opératoire" n'existe nullement dans cette technique thérapeutique.

L'opération consiste à sucer ou à inciser légèrement le siège du symptôme, et à extirper la maladie sous forme de corps solide observable.

Comment peut-on donc scientifiquement expliquer ce mécanisme ?

Par analogie au procédé de la "chirurgie à mains nues", nous avons le processus suivant :

(1) Jean-Louis VICTOR : Michel CARAYON, le chirurgien à mains nues, et la guérison "PSI".

Belfond, Paris 1977, P.110.

"Le chirurgien [...] émet, à partir de son "corps-énergie" que les acupuncteurs connaissent bien, des vibrations d'une certaine fréquence. Elles permettent de dissocier, d'écarter les molécules du corps organique du patient, donc de ne pas couper la chair.

Il n'y a qu'une pénétration légère dans le corps organique. Quand les mains se retirent, les vibrations cessent et les molécules se ressoudent" précise Michel CARAYON pour expliquer le mécanisme de la matérialisation et de la dématérialisation (1).

Qu'en est-il de l'exhumation des objets maléfiques ?

Disons que par le mécanisme de la clairvoyance et de la clairaudience, les médiums découvrent qu'à tel point précis d'une concession ou sur le chemin du sujet-cible, est enfouï un objet dont l'effet immédiat est la maladie.

Cet objet en matière, s'apparente symboliquement semblable au symptôme de la maladie.

Par exemple, les appareils génitaux humains peuvent signifier la stérilité ; un morceau de chair fraîche peut désigner une plaie incurable ; des cahiers portant l'écriture d'un élève expliquerait les échecs scolaires sans fin de celui-ci etc...

Tous ces cas sont des faits réels observables.

(1) Jeans-Louis VICTOR : OP. P.111.

Par analogie, on pourrait s'interroger dans cette même perspective, sur les fondements scientifiques des ouvertures abdominales pendant la fête du "Kpon" dans la société Abidji de Côte d'Ivoire.

(Voir reportage de la presse à la page suivante)

EN COUVERTURE

Le tam-tam parleur résonne. Tout le village rentre en transe. C'est l'hystérie générale. Certains parleront d'hypnose collective. C'est tout simplement le Dipri, la fête du Kpon. Des couteaux sortent de partout. Une, deux, trois, quatre fois, les possédés se transpercent l'estomac à l'aide d'un couteau de cuisine bien aiguisé. Le sang gicle. Les spectateurs applaudissent. C'est cela le Kpon, une démonstration de la puissance mystique des Abidji de Gomon.



A tour de rôle, les familles

De nos envoyés spéciaux : Raphaël Lakpé et Bi Tawa-Ziga (photos)

Une, deux, trois, quatre fois... les possédés se transpercent le ventre à l'aide d'un couteau de cuisine bien aiguisé.



A l'instar du désenvoûtement, le guérisseur matérialise la malédiction ou le sort chargé de la force maléfique.

Il le localise, creuse la terre et enfin l'exhume sous sa forme symbolique.

Que peut-on retenir du mécanisme du désenvoûtement et de l'exhumation d'objets maléfiques ? ceux-ci répondent à une même préoccupation qui vise à ressortir respectivement de l'organisme humain ou d'un lieu précis du sol, des corps matériels spécifiques, supposés être à l'origine de la maladie ou d'un événement malheureux défini.

De nature, il s'agit de deux opérations identiques.

L'élément fondamental commun qui les rapproche est l'émission des énergies vibratoires.

Seules les destinations sont différentes.

Le premier type d'opération s'applique aux hommes ; le second type, à la nature.

Mais malgré ces directions distinctes, ils ont pour finalité, la guérison de l'homme malade par des procédés parapsychologiques.

Du point de vue scientifique, il convient de retenir que leur mécanisme ne peut être saisi que par rapport à la théorie de la matérialisation et de la dématérialisation.

Mais il n'y a pas que ces deux procédés qui octroient la guérison au plan parapsychologique.

Nous pouvons également noter ici, la méthode appelée le magnétisme ou la suggestion télépathique.

b - Le magnétisme et la suggestion télépathique

Le magnétisme est défini comme une sorte de radio-activité physiologique, projetée par le guérisseur sur un malade, en vue de lui procurer la guérison.

Autrement dit, le problème posé par la méthode du magnétisme est le suivant :

Est-il possible de guérir corporellement une personne malade par l'influence mentale ?

Encore, référons-nous à des faits scientifiques.

Il s'agit de l'expérience menée par une équipe de chercheurs soviétiques dont le chef de file est le Docteur Léonid L. VASSILIEV (1).

Cette expérience se déroule dans un hôpital de Léninegrad en Union Soviétique.

Elle comporte comme objet d'étude, le cas d'une femme âgée de 29 ans.

Pour commencer, le diagnostic établi sur la jeune femme appelée KOUZMINA, fait état d'une paralysie hystérique du côté gauche.

(1) OSTRANDER (Sh), SCHROEDER (L) : OP. Cit., PP. 67-69.

L'expérience consiste concrètement à émettre des suggestions purement mentales ; c'est-à-dire de façon télépathique, à la jeune femme, afin de susciter des réactions qui devraient aboutir à la guérison.

Pour ce faire, celle-ci couchée, silencieuse et immobile, est conduite dans un état d'hypnose.

Les épreuves sont mises en route.

Il s'agit là d'une expérience appelée : la suggestion télépathique.

Quels résultats a-t-on obtenu à la fin de l'expérience ?

De fait, 19 épreuves ont été réalisées.

En retour, les opérateurs ont obtenu les résultats suivants : 3 échecs, 6 réussites partielles, et 10 succès complets.

Cette proportion élevée de réussites permet de supposer que la suggestion mentale peut être une méthode efficace de guérison. A condition que l'on maîtrise sérieusement les exigences particulières de cette technique, car il est connu depuis de longues dates, que "l'esprit agit sur la matière".

Quelles implications théoriques se dégagent de ces faits ?

En rapport avec l'explication des pratiques originales de la médecine africaine, il faut dire que c'est grâce à cette thèse de la suggestion télépathique que l'on peut comprendre particulièrement, le fondement scientifique de la réduction rapide des fractures chez les guérisseurs africains.

Comment s'explique ce phénomène ?

Revenons d'abord à l'expérience du Docteur VASSILIEV.

Les éléments à la base de cette expérience sont de deux ordres :

- les ondes de la pensée, traduites par les suggestions mentales ;
- et l'état d'hypnotisme de la malade KOUZMINA.

En effet, pendant la phase de la préparation des remèdes, les guérisseurs africains professent toujours des incantations secrètes sur les produits médicamenteux.

Nous pensons que cette première étape est celle qui correspond à l'émission des suggestions télépathiques selon les lois parapsychiques.

Ensuite, le produit médicamenteux serait à notre avis, le support de cette suggestion télépathique comme l'hypnotisme l'a été dans le cas du Docteur VASSILIEV.

Cette analogie représente pour nous, l'explication originale des procédés authentiques de la réduction des fractures en un temps record par certains guérisseurs africains.

Car si nous avançons comme hypothèse, la seule efficacité de la plante curative, pourquoi cette même plante demeure-t-elle sans effet, lorsqu'une personne non initiée l'applique sur une autre fracture ?

A ce niveau, se pose le problème de la force magnétique du guérisseur.

D'autre part, pourquoi le guérisseur se réfère-t-il toujours à une plante, sans utiliser la force exclusive de son pouvoir magnétique ?

Ici, se pose par contre, le problème du support de la force magnétique.

Voilà ce qui explique d'ailleurs, l'observance des interdits stricts et rigoureux dans ce mode de traitement.

Nous citons à ce propos, l'exemple du vieux ISSA CISSE de la Commune d'Anyama pour qui, la colère et l'utilisation du savon restent rigoureusement interdits pendant le traitement (1).

Parce que le sentiment de colère entraînant des émotions, peut agir néfastement sur le corps-énergie du malade ;

Par ailleurs, l'on sait également que dans la composition chimique du savon, il y existe des effets irradiants ; ce qui pourrait neutraliser la force magnétique déployée.

Quelle conclusion tirer de cette analyse ?

Nous pensons que dans le contexte africain, sinon dans le cas particulier de la Côte d'Ivoire, le procédé de la suggestion télépathique ou du magnétisme, reste fermement lié à une catégorie de plantes spéciales qui en constituent le support. C'est ce qui explique le fait que l'utilisation à l'insu des guérisseurs, de certaines plantes supposées efficaces pour certains traitements, ne montrent aucun signe d'efficacité.

Il existerait en conséquence, des plantes douées de pouvoir exceptionnel que seuls les guérisseurs savent reconnaître.

(1) Voir le reportage de la presse à la page suivante.

MÉDECINE TRADITIONNELLE

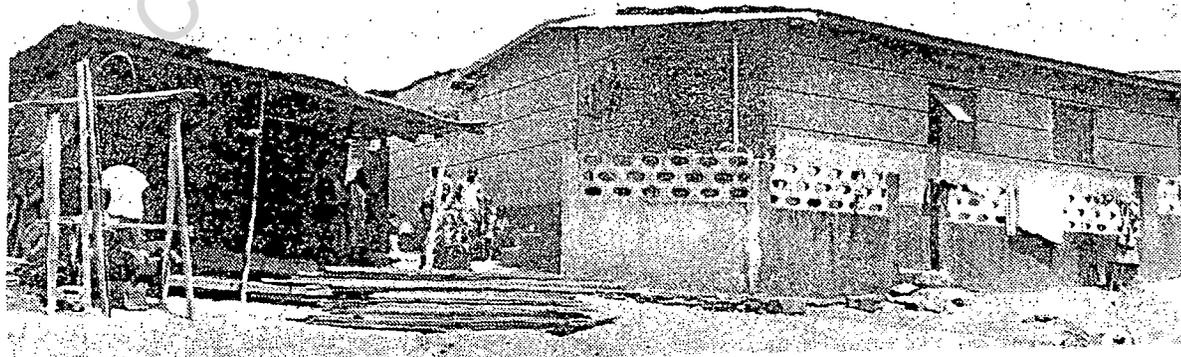
Issa Cissé, spécialiste des fractures: RÉUSSIR LÀ OÙ DES MÉDECINS ONT «ÉCHOUÉ»?

516 -

L'univers d'Issa Cissé est étonnant à plus d'un titre. A l'intérieur de bâtisses construites avec des matériaux de fortune, vivent de nombreux malades, venus là pour une fracture, une paralysie ou la rééducation d'un membre resté trop longtemps immobilisé. Surtout, ces malades sont venus chercher auprès de ce patriarche générosité, attention, chaleur humaine et compréhension.

La plupart d'entre eux se livrent aux soins d'Issa Cissé après avoir subi d'ânières déceptions dans les centres hospitaliers. Dans ce sens, l'expérience du vieux «docteur» traditionnel d'Anyama constitue un cri d'alarme. Cri de nombreux malades qui ne trouvent pas, dans les CHU, les soins et la compréhension qu'ils espéraient y trouver. Alors, faisant fi de l'insalubrité assez prononcée des lieux, ils se rendent chez Issa Cissé, lequel, de surcroît, exige de ses malades un prix dont la modicité défie toute concurrence.

Anyama délaissée, grande oubliée d'une activité commerciale qui s'est déplacée de l'est vers l'ouest, le centre et le nord? Peut-être bien. Les tonnes de colas ont quelque peu «capitulé» devant les tonnes de bois, de café, et de cacao, qui passent encore par là-bas, mais empruntent surtout l'autoroute du nord, laquelle, au quart de son chemin, lance de son large tronc en goudron, ses branches dont la sève alimente le commerce des villes telles que Gagnoa, Daloa, Duékoué et Man.



Cela pourtant, n'épuise pas le sujet. Après avoir présenté le vieux docteur lui-même et sa concession — ce que nous faisons aujourd'hui — nous nous pencherons, dès les prochains jours, sur la thérapeutique d'Issa Cissé. Cette thérapeutique, qui relève de la médecine traditionnelle, utilise certaines techniques de la médecine moderne. Surtout, elle se situe au-delà du charlatanisme, utilisant des méthodes qu'il importe de tenter d'expliquer.

Dans tous les cas, et au delà même de la querelle d'école qui pourrait naître, l'expérience d'Anyama s'impose à tous. Et d'abord à certains membres du corps médical, qui, à l'image de beaucoup d'Ivoiriens instruits, oublie de s'armer de modestie et de générosité pour jeter un regard impartial sur des expériences qui, comme le lecteur s'en convaincra à la lecture de notre reportage, sont riches des plus précieux enseignements.

son impétueuse voisine, ni le prestige grandissant de Yopougon, sa lointaine rivale.

Le curieux, attiré à Anyama par la réputation d'Issa Cissé, arrêtera son véhicule à la hauteur d'une villa dotée de dépendances, construite simplement et rechauffée par un jardin abondamment fleuri, bordant à sa droite la vieille route qui monte un peu à cet endroit. Là, il demandera son chemin à une dame âgée, aussi souriante que son jardin.

Et c'est grâce à ces plantes à pouvoir exceptionnel qu'ils accomplissent aisément la méthode du magnétisme.

Au sortir de ce chapitre consacré à l'explication et à la compréhension des méthodes authentiques de la médecine africaine, nous nous sommes rendu compte que dans la perspective anthropologique, la théorie de l'"efficacité symbolique" édiflée par Claude Levi-Strauss ne suffit pas.

Tant la médecine africaine s'entoure de phénomènes paranormaux et d'ésotérisme !

Cette constatation nous a ainsi amené à soumettre la compréhension de quelques unes de ces pratiques à la lumière des théories parapsychologiques.

Cette hypothèse explicative sous-tend qu'il n'y a pas que l'"efficacité symbolique".

L'éventualité de l'efficacité de l'énergie "Psi" est fort plausible.

"Energie psi" parce que la lettre grecque "Psi" est le symbole qui désigne en abrégé, le domaine paranormal.

En somme, les éléments auxquels se réfère cette hypothèse de l'efficacité parapsychique sont entre autres :

- la clairvoyance ;
- la clairaudience ;
- le désenvoûtement ;
- l'exhumation d'objets maléfiques ;
- et le magnétisme.

En résumé, il importe de souligner que les techniques de base de la médecine africaine reposent essentiellement sur la phytothérapie, la psychothérapie et la parapsychologie.

L'identification de ces diverses techniques thérapeutiques ne constitue pas la seule raison fondamentale de la collaboration. En outre, nous distinguons à côté de ce premier aspect, des raisons d'ordre logique.

Il s'agit pour ce dernier cas, des fondements d'ordre anthropo-sociologique.

CHAPITRE 8 : FONDEMENTS ANTHROPO-SOCIOLOGIQUES DE LA COLLABORATION

Ces fondements anthropo-sociologiques visent principalement à montrer pourquoi la perspective de la collaboration entre les deux types de médecine s'apparente comme une démarche nécessaire et même indispensable au plan du système sanitaire.

Sous ce rapport, il convient de distinguer deux orientations précises sous cet épisode.

La première orientation concerne la problématique de la logique des contradictions du système de santé en Côte d'Ivoire.

La seconde est relative à la dialectique des rapports entre médecine et culture. Elucidons ces différents points énumérés.

I - LA COLLABORATION COMME SOLUTION A LA LOGIQUE DES CONTRADICTIONS DU SYSTEME DE SANTE EN COTE D'IVOIRE

Nous avons évoqué dans les conclusions de la première partie de l'étude, la notion de "distance sociologique" du système

sanitaire ivoirien. Et ceci pour signifier que le mode de fonctionnement de ce système de santé, conçu essentiellement sur la base des incohérences structurelles, renferme inévitablement, des lacunes sociologiques. En conséquence, l'un des buts fondamentaux de cette étude est de rechercher des voies théoriques et pratiques susceptibles d'enrayer cet ensemble d'insuffisances structurelles, afin que le système de santé se rapproche davantage de la population ivoirienne.

Et de quelle manière ?

Cette visée théorique exige d'abord que l'on précise concrètement, le sens accordé à la collaboration et les conditions préalables de cette collaboration.

A - LE SENS DE LA COLLABORATION

Définir le sens de la collaboration revient à indiquer tout simplement, ce que n'est pas la collaboration et ce qu'est la collaboration.

1 - Ce que n'est pas la collaboration

Au chapitre précédent, nous avons pu constater que la médecine africaine repose sur des bases d'efficacité bien précises.

Il en est de même pour la médecine européenne imposée comme médecine officielle, et qui ne cesse de faire aussi ses preuves.

Mais chacun de ces deux modèles comporte en même temps, des limites qui lui sont propres.

Cette réalité ne signifie pas que l'un et l'autre s'excluent.

A cet effet, la première remarque qui se dégage de cette réflexion indique que :

a - La collaboration n'est pas synonyme de survalorisation de la médecine africaine au détriment de la médecine officielle.

La perspective inverse n'est pas non plus suggérée dans ce contexte.

En d'autres mots, nous voulons dire que dans la réalité sociale, la médecine africaine ne saurait se substituer complètement à la médecine officielle, ou inversement.

Cette position théorique se justifie pour la simple raison que dans les conditions socio-culturelles et économiques actuelles de la Côte d'Ivoire, la médecine officielle n'accorde ses services qu'à une minorité des populations urbaines.

Seule la médecine africaine s'occupe réellement de la majorité des populations installées en zone rurale.

Cet état de fait montre bien que le conflit tacite qui instaure visiblement la rivalité entre la médecine officielle et la médecine africaine ne revêt aucun sens digne d'intérêt. Autrement dit, l'opposition médecine africaine et médecine officielle apparaît comme un faux débat.

Traditionnellement, les chefs d'accusation dont se nourrit cette rivalité reposent sur les insuffisances respectives de ces pratiques médicales.

Ce qui semble donc évident, c'est qu'aucune de ces méthodes ne détient la perfection.

Cette dernière observation en appelle ainsi une deuxième.

b - La collaboration n'est pas synonyme de négation ou de rejet systématique de l'une des deux approches médicales

Et ceci pour le motif que le savoir parfait et définitif n'existe nulle part dans aucun domaine de la connaissance.

La connaissance scientifique est relative dans le temps et dans l'espace.

Elle se trouve liée aux conditions historiques, sociales et culturelles de chaque peuple.

Dès cet instant, le caractère impérialiste de la science médicale européenne ne peut se justifier que par une attitude ethnocentrique instaurée depuis l'époque coloniale.

La connaissance vraie ne relève pas nécessairement de la rationalité.

Et pour preuve, au siècle passé, la médecine européenne tablait elle-même sur la pathologie cellulaire.

Aujourd'hui, il est donné de constater que la pathologie cellulaire fait place à la pathologie moléculaire ; tout comme la rationalité est en train de céder à la théorie des quantas.

Les deux modèles ont donc droit de cité.

Voilà pourquoi il est temps de préciser le vrai sens de la collaboration.

2 - Ce qu'est la collaboration

La collaboration entre la médecine officielle et la médecine africaine doit pouvoir s'inscrire dans un cadre structurel de coordination et de respect mutuel.

Cette idée-force postule au moins deux implications.

a - La collaboration signifie la recherche du niveau d'efficacité de chacune des deux approches médicales

En médecine officielle, ces domaines sont déjà assez bien connus.

Parce que des études ponctuelles spécialisées font régulièrement état des conditions techniques du matériel médical et des potentialités des produits médicamenteux utilisés.

C'est grâce à cet ensemble de recherches que nous sommes informés aujourd'hui, sur le problème de la résistance des virus vis-à-vis de certains médicaments.

Ces études critiques doivent pouvoir se poursuivre continuellement.

Elles contribuent à informer les professionnels de la santé et la population, mais surtout à orienter la recherche médicale.

Au niveau de la médecine africaine, un inventaire des domaines d'efficacité doit être ouvert afin que le doute ne soit plus permis.

Nous citerons à titre d'exemple, le cas de la réduction des fractures qui se réalise en un temps record.

Bien d'autres cas existent. Pour les connaître, une étude à cet effet est nécessaire.

D'autre part, si par collaboration nous entendons l'idée de coordination des deux modes de médecine, cela implique par ailleurs, la prise en considération des points d'échec respectifs. Autrement dit, le second sens de la collaboration est le suivant.

b - La collaboration signifie aussi, la recherche des conditions d'enrichissement mutuel ou de perfectionnement des deux modes de médecine

Qu'est-ce à dire ?

Cette remarque veut bien insister sur le caractère de réciprocité vraie de la collaboration.

En effet, elle traduit l'idée que toutes les dispositions théoriques et pratiques doivent être envisagées, afin qu'il n'apparaisse point d'un côté, et surtout du côté de la médecine africaine, l'impression d'un "donner sans recevoir".

Le problème qui se pose est celui de l'instauration d'une assistance ou du moins, de l'initiation des séances d'informations complémentaires que l'on pourrait dispenser aux guérisseurs de sorte que ceux-ci puissent élever davantage le niveau d'efficacité de leur art.

Car chez beaucoup d'entre eux, malgré l'efficacité de leur pouvoir de voyance, il subsiste encore en toute objectivité, quelques tares liées à leur système pratique d'intervention. C'est là le problème fondamental qui se pose au niveau de la pharmacopée.

Nous l'avons déjà signifié antérieurement, la pharmacopée reste liée aux coutumes et à la tradition de chaque communauté ethnique.

Sous ce rapport, des études comparées de la pharmacopée seraient fort enrichissantes pour cette perspective.

Aussi, les professionnels de la médecine officielle doivent-ils élaborer un canevas des difficultés résultant de leur système, où des guérisseurs paraissent efficaces.

Ainsi, dans un "esprit réel du donner et du recevoir", la collaboration en tant qu'une nécessité incontournable dans l'état actuel des choses, pourra se concrétiser.

Pour ainsi dire, la collaboration, sans être le désir de la substitution d'une méthode thérapeutique par une autre, sans être la négation d'un modèle médical au profit d'un autre, sous-entend une amélioration du niveau d'efficacité de l'un et de l'autre dans les conditions d'un enrichissement mutuel.

Parce qu'avant tout, il importe de savoir comme le dit Jean-Louis Victor :

"Il n'y a en réalité qu'une médecine, c'est-à-dire un art de guérir et des thérapies différentes plus ou moins en harmonie avec chaque malade. Un traitement donnant des résultats positifs chez un sujet pourra donner des résultats inverses chez un autre.

C'est pour cela que ceux-ci au lieu de s'enfermer dans un sectarisme étroit, devraient se compléter" (1).

(1) Jean-Louis VICTOR : Op. Cit., P. 34.

De fait, après cette mise au point du sens que nous entendons imprimer à cette thèse de la collaboration, il convient de spécifier les conditions théoriques et pratiques préalables à l'application de cette collaboration.

B - LES CONDITIONS DE LA COLLABORATION

Pour être effective, la collaboration entre la médecine africaine et la médecine officielle doit observer un minimum de conditions.

La mise au clair de cet ensemble de conditions s'explique pour la raison toute simple, qu'il s'agit de deux structures distinctes en interactions dialectiques. L'une ne peut se substituer à l'autre.

En conséquence, les interactions qui se produisent, au lieu d'améliorer la situation sanitaire, ne font que la dégrader apparemment.

En effet, dans quelle mesure et dans quelles conditions peut-on faire cohabiter ou coordonner ces deux structures antagonistes ?

Telle est la question des conditions préalables à la collaboration.

Soulignons d'entrée de jeu que d'une part, ces conditions sont d'abord le fait de l'usage d'une terminologie sans équivoque.

D'autre part, elles restent intimement liées à une volonté politique de l'Etat.

1 - LA QUESTION DE TERMINOLOGIE

Dans l'histoire de la mise en valeur de la médecine africaine au profit de la population, il est permis de constater qu'une multitude de termes à sens variés sont utilisés.

Parmi ces termes, les plus familiers sont :

- la collaboration ;
- la complémentarité ;
- l'intégration ;
- la promotion ;
- la réhabilitation.

a - Le sens des concepts courants

Le sens des termes relevés sera donné à partir des mêmes sources de documentation.

Il s'agit du dictionnaire "Français-Latin" et du "dictionnaire usuel illustré" (1).

Nous pensons que cela nous permettra de disposer d'une signification synthétique et uniforme.

Ceci dit, présentons la définition des termes concernés.

(1) - Henri GEOLZER : Le latin en poche. Dictionnaire Français-Latin.

Librairie Garnier Frères, Paris, 1929.

- Dictionnaire usuel illustré

Librairies Quillet-Flammarion, Paris, 1980.

1) - La collaboration

Elle signifie l'action de travailler en commun.

Ce mot suggère ainsi une idée d'unité.

Dans les rapports de cohabitation de la médecine africaine et la médecine officielle, le terme veut donc recommander que le guérisseur et le médecin travaillent ensemble dans un rapport de confiance partagée.

Le second vocable que nous rencontrons est la complémentarité.

2) - La complémentarité

Ce mot désigne la qualité d'être complémentaire.

Il traduit l'idée d'un manque au départ.

Lorsque cet élément manquant vient s'ajouter, il est le complément.

En définitive, la complémentarité entre la médecine africaine et la médecine officielle sous-entend que l'une devienne complément de l'autre afin qu'on aboutisse à une médecine complète ou totale.

En d'autres termes, la médecine officielle prise isolément, n'apparaît pas comme une médecine complète. L'élément manquant dans ce cas est la médecine africaine.

Et inversement, la médecine africaine prise dans son contexte particulier, ne représente pas une médecine complète. Il faut donc y ajouter la médecine officielle.

Après ce terme, nous avons l'intégration.

3) - L'intégration

Elle signifie le fait d'introduire un élément, comme faisant partie intégrante d'un tout.

L'intégration de la médecine africaine indique donc, que la médecine africaine soit considérée comme un élément faisant partie d'une totalité qui est le système officiel de santé.

A ce titre, celle-ci est censée s'incorporer dans le système sanitaire en place, sans résistance ou sans heurt avec la médecine officielle.

En outre, d'autres projets recourent aussi souvent à une autre terminologie.

4) - La promotion

Celle-ci exprime le fait d'élever quelque chose à une dignité, ou à un grade supérieur.

A cet égard, la promotion de la médecine africaine traduit l'idée préalable que cette médecine se place dans une position indigne ; ou bien qu'elle se situait dans un contexte avec le sentiment d'infériorité.

La promotion consisterait donc à resituer cette médecine africaine à son rang social mérité.

En dernier ressort, abordons le terme de "réhabilitation" qui figure sur la liste des vocables courants employés.

5)- La réhabilitation

Elle évoque l'idée de rétablir dans ses droits, celui qui en était déchu par suite d'une condamnation.

Il s'agit de recouvrer son honneur dû. Ceci veut dire que dans le contexte du projet de la mise en valeur de la médecine africaine, l'on se rend compte que cette médecine avait perdu à un moment donné de son histoire, ses droits légaux.

Elle était condamnée à tort.

La réhabilitation suppose par conséquent, que la pénalité de rejet ou de blâme soit levée, afin que cette médecine puisse s'épanouir comme par le passé.

Au total, est-ce que ces divers concepts employés indifféremment traduisent-ils le même contenu ?

Comment les différents acteurs sociaux impliqués dans ce projet de la mise en valeur de la médecine africaine interprètent-ils ces concepts ?

b)- Les concepts courants et leurs implications

A partir de cette clarification des concepts, pourrait-on dire que le terme de complémentarité est synonyme du mot réhabilitation ? ou bien que la collaboration signifie la promotion ?

En toute objectivité, pour notre part, un engagement dans ce sens paraît difficile à prendre au plan de la sémantique.

En voici dans cette optique, une anecdotte intéressante qui semble illustrer le problème posé.

Elle ressort du premier contact que nous avons eu avec un guérisseur.

C'est une petite conversation entre ce guérisseur et nous (1).

"Qui vous envoie ? demande le guérisseur.

Je viens volontairement dans le cadre de mes études universitaires - ai-je répondu.

G : - C'est donc l'université qui vous envoie ?

J : - Pas tout à fait ; je fais des recherches personnelles.

G : - Que désirez-vous savoir ?

J : - La manière dont vous traitez vos malades.

G : - Voulez-vous devenir guérisseur ?

J : - Non.

G : - Mais que voulez-vous faire de mon art ?

J : - Je cherche à savoir comment votre médecine peut aider la médecine des Blancs, et comment la médecine des Blancs peut aussi aider la vôtre".

(1) Entretien accordé par Monsieur YEO KATIENNE KOGNON du village de GBALOHO à Korhogo.

G : guérisseur

J : je.

A ces mots, le guérisseur change subitement d'humeur.

Le visage semble se couvrir d'un sentiment de colère voilée.

Il s'exclame par la suite :

G : "Cela fait au moins cinq fois que je reçois une pareille visite cette année.

D'abord des agents d'hôpital, ensuite des Blancs, après, d'autres intellectuels et ainsi de suite...

Et pourtant, ils ne parlent pas tous de la même chose !

Les premiers me demandent mes plantes, les seconds me sollicitent à l'hôpital, les autres me parlent d'association ; et aujourd'hui, on me demande de donner mon petit savoir aux Blancs...

Et après, qu'est-ce qu'on fera de nous, nous les guérisseurs, lorsque nous aurons tout donné ?"

Nous espérons avoir traduit la délicatesse du problème de l'uniformité du langage à travers cette petite conversation.

Mais pour être encore plus explicite, revenons aux différents concepts relevés.

. La promotion :

Elle peut éventuellement s'adresser à une seule catégorie de spécialité des praticiens de la médecine africaine.

De plus, cette promotion peut bien évoquer également une activité de démonstration, d'exposition ou d'inventaire des produits de la médecine africaine.

Et ce, limité dans le temps et dans l'espace.

Il s'agirait-là d'un phénomène temporaire, pour faire connaître les produits de la médecine africaine.

En tout cas, le chercheur, l'étudiant, ou le paysan illettré peut le traduire dans ce sens comme dans un autre.

. Par ailleurs, la notion de complémentarité peut être comprise comme un état de subordination ou de dépendance du guérisseur vis-à-vis du médecin des centres hospitaliers.

. Quant à la collaboration, elle peut sous-entendre une situation d'exploitation ou de spoliation du guérisseur comme l'a évoqué notre interlocuteur du village de Gbaloho.

Pourquoi alors, accepterait-il ce mode de coopération qui le mettrait en état d'infériorité ?

. D'autre part, en ce qui concerne l'intégration, le problème qui surgit à l'esprit est celui des conditions d'exercice de la profession, et du statut juridique qui en découlerait.

Le guérisseur doit-il se mettre entièrement à la disposition des médecins ?

Dans ce cas, quelles seraient ses sources de revenu ?

. Qu'en est-il du cas de la réhabilitation ?

N'est-ce pas celui qui, par excellence, ouvre la porte à toute sorte d'exhibitions des pseudo-spécialistes ? à savoir les prestidigitateurs, les faux marabouts, et charlatans ?

Cette éventualité nous paraît plus plausible dans la mesure où la réhabilitation évoque l'idée de "résurrection" de la médecine africaine, oubliée dans les décombres de l'histoire coloniale.

A cet effet, toutes les personnes de peu de scrupules s'en saisissent. A l'occasion, elles se font passer pour des praticiens doués. Au fond leur seul objectif est la recherche des sous.

En conséquence, au regard de toutes ces tendances divergentes, il s'avère difficile d'affirmer que les concepts courants utilisés impliquent toujours, la même signification, et donc les mêmes moyens, et les mêmes méthodes dans la réalisation du projet.

Néanmoins, nous constatons assez souvent au cours des conférences, des séminaires et des colloques nationaux ou internationaux, que cette confusion terminologique devient presque une tradition.

Chaque interlocuteur fait usage du vocable qui lui plaît.

Les uns et les autres s'imaginent demeurer dans le droit chemin et parler de la même chose.

Ils énoncent indifféremment : réhabilitation de la médecine africaine ; complémentarité entre médecine africaine et médecine officielle ; ou bien intégration de la médecine africaine.

La divergence des sens s'accroît encore davantage au niveau de la traduction de ces termes dans les langues locales ; c'est-à-dire à la phase du passage de la langue officielle (français ou anglais) à la langue africaine (baoulé, akié, tiembara, mooré...) pour les guérisseurs et pour la population globale analphabète.

Dans leur rapport avec les personnes intéressées, les techniciens, les chercheurs, les autorités politiques et administratives, les traducteurs, les agents chargés de l'exécution des travaux... expriment chacun à sa manière, le projet tel qu'il est initialement défini sur les documents authentiques.

A cet effet, ils utilisent un terme à la place d'un autre, sciemment ou inconsciemment, en vue de mieux se faire comprendre.

Ils interprètent donc la forme du projet ; mais ne le traduisent pas.

En définitive, son contenu s'en trouve déformé ou transformé auprès de cette population analphabète.

Ce facteur d'uniformisation de la communication au niveau de la terminologie s'impose en conséquence, comme l'une des conditions importantes de la conduite du projet de la mise en valeur des ressources de la médecine africaine.

Cette uniformisation terminologique doit d'abord s'établir entre les différents membres au sommet ; c'est-à-dire entre dirigeants politiques et chercheurs concernés, dans le cadre des rencontres cycliques (colloques, séminaires, simposia...).

Puis ensuite, elle doit obéir à la même rigueur de conformité entre le sommet et la base qui est constituée par l'ensemble de la population.

Car les pays africains ne présentent guère les mêmes réalités historiques, sociologiques, écologiques, ethnologiques, et économiques.

De plus, à l'intérieur d'une même nation, ces réalités objectives varient d'une région à une autre.

Et de façon corollaire, les concepts de collaboration, complémentarité, promotion, réhabilitation et intégration font appel à des implications d'ordre sociologique, économique et psychologique différenciées.

En tout cas, force est de reconnaître qu'il n'existe point un modèle d'organisation standard, convenable à toutes ces sociétés à la fois.

Au fond, le problème qui se pose en réalité est celui de l'organisation judicieuse de cette médecine africaine.

Il appartient donc à chaque Etat africain, de classer des ordres de priorité dans ce processus d'organisation, en conformité avec les réalités objectives spécifiques.

C'est à cette condition que certains obstacles et difficultés imprévus peuvent être évités.

Car dans l'histoire de l'organisation de cette médecine africaine, les difficultés auxquelles se sont traditionnellement heurtés les projets sont :

- 1°) Le repli de certains guérisseurs sur eux-mêmes ;
- 2°) La réclamation des brevets d'invention ;
- 3°) La crainte des guérisseurs pour la perte de leur prestige et leur "gagne-pain" ;
- 4°) L'exigence d'un statut de fonctionnaire ;
- 5°) Le développement parallèle du charlatanisme.

Eu égard à cette importance des termes utilisés et des interprétations contradictoires qui en découlent, la Côte d'Ivoire se doit de choisir une terminologie univoque, clairement traduite dans les langues locales, avec les implications clairement explicitées.

Ce travail préalable nécessite la constitution d'une équipe de spécialistes composée d'anthropologues, de botanistes, de linguistes, de géologues, d'économistes, de médecins, de pharmaciens, de géographes etc.

Cette précaution terminologique représente l'une des conditions préalables à l'organisation judicieuse de la médecine africaine.

A côté de cette précaution d'ordre linguistique, il faut compter également la couverture juridique de l'Etat.

2 - LA QUESTION DE VOLONTE POLITIQUE

La Côte d'Ivoire est un Etat souverain.

Elle représente une entité politique autonome.

A ce titre, elle se définit comme un Etat organisé ; parce que toutes les activités sociales sont supposées être régies par une réglementation officielle.

Le but de cette réglementation est d'assurer la sécurité et la protection des personnes et de leurs biens.

Qu'en est-il au niveau de la pratique de la médecine africaine ?

En fait, de quelle sécurité bénéficient les guérisseurs ivoiriens ?

Aucune ; dans l'état actuel des choses.

Pour se défendre, ils n'ont donc que leur méfiance, leur prudence et leur efficacité.

Tant leur responsabilité civile est grande.

Et de surcroît, l'article 205 du Code pénal précise :

"Est puni d'un emprisonnement d'un à cinq ans et d'une amende de 100.000 à 1.000.000 de francs, quiconque se livre à des pratiques de charlatanisme, sorcellerie ou magie, susceptibles de troubler l'ordre public ou de porter atteinte aux personnes ou aux biens".

De fait, qui est charlatan ?

Qui est sorcier ?

Qui est magicien ?

et qui est guérisseur ?

Le Code pénal n'envisage aucun éclaircissement. La confusion persiste.

Cet article du Code pénal apparaît donc comme l'épée de DAMOCLES pendue au-dessus de la tête de ces guérisseurs.

Comment le guérisseur aussi efficace soit-il, puisse s'ouvrir délibérément à tous les patients, aux chercheurs et aux institutions de recherche ?

Pour beaucoup, la quête de l'information est très vite assimilée à une enquête de police. Le contact est vite évité. Ou alors, l'accueil exige une grande endurance et une longue patience.

Cette absence de la législation pose un véritable problème d'ordre psychologique. Elle constitue l'une des principales raisons qui amènent les praticiens de la médecine africaine en Côte d'Ivoire, à se replier sur eux-mêmes.

Plusieurs Etats africains sont conscients de cet obstacle psychologique.

Le problème est donc déjà liquidé dans le processus de l'organisation de leur médecine originale.

Nous connaissons le cas du Burkina-Faso, du Ghana, du Mali, du Cameroun...

Pour ce qui concerne le cas de la Côte d'Ivoire, il nous a été révélé au cours de l'enquête, que le texte relatif à la réglementation de cette médecine africaine est rédigé et déposé auprès des autorités compétentes en vue d'être entériné.

Ce texte attend encore ainsi donc son agrément.

Malgré tout, la question de la volonté politique de l'Etat ne saurait se limiter uniquement à la définition du statut juridique des guérisseurs.

Cette volonté politique doit pouvoir se traduire à travers l'élaboration d'un projet définissant les grands axes de l'organisation de cette médecine africaine.

Cette élaboration théorique officielle devra aussi prévoir concrètement les diverses ressources indispensables.

Il s'agit de ressources financières, humaines et matérielles.

Cet ensemble d'éléments interdépendants doit être mis en commun avant que l'on puisse parler effectivement d'organisation de la médecine africaine.

En résumé, ces éléments sont les conditions d'ordre linguistique, juridique, socio-économique et humain.

Dans le cas de la Côte d'Ivoire particulièrement, nous venons de constater que la plupart de ces éléments qui conditionnent cette organisation de la médecine africaine font défaut.

N'empêche qu'une ébauche soit concrètement entamée.

C'est le cas de la recherche ethno-botanique entreprise dans le cadre universitaire au Centre National de Floristique à Abidjan.

Nous estimons que cette voie de recherche ne saurait appréhender tout le contenu enrichissant de la médecine africaine.

A la suite de cet ensemble d'équivoques levées sur le fondement sociologique de la collaboration, nous allons maintenant montrer l'intérêt d'ordre psychosociologique de cette collaboration.

II -LA COLLABORATION COMME CONTRIBUTION A LA RECHERCHE DE L'EQUILIBRE PSYCHO-SOCIOLOGIQUE DANS LES SOCIETES AFRI- CAINES A TRAVERS LE PROCESSUS DES MUTATIONS SOCIO-CULTURELLES

Cette perspective de l'étude concerne le volet proprement anthropologique de la problématique générale.

Elle aborde la question de la dialectique des rapports : Médication - Culture Africaine. Nous avons déjà montré plus haut, que les sociétés africaines se trouvent aujourd'hui impliquées dans un processus de mutations sociales, du fait d'une "dynamique du dedans" et d'une "dynamique du dehors".

Cette loi générale du dynamisme des sociétés se répercute à tous les niveaux de la vie sociale et culturelle.

C'est-à-dire qu'elle se manifeste au plan écologique, éducatif, technologique, économique, religieux, démographique, juridique et aussi médical. En un mot, c'est l'ensemble du système socio-culturel global des sociétés africaines qui se retrouve engagé dans ce processus d'acculturation, dont l'issue reste encore imprévisible.

Sous ce rapport, une question de fond se pose :

Comment peut-on épargner à ces sociétés africaines en général, et à la société ivoirienne en particulier, une situation de dégénérescence psychologique, consécutive à ce processus d'acculturation ?

Autrement dit, dans quelle mesure peut-on préserver ces sociétés en mutations, d'un éventuel état de perturbations psychosociologiques profondes ?

Voici la question fondamentale à laquelle cette présente approche théorique se propose de donner des éléments de réponse.

En effet, à propos de cet aspect spécifique de la problématique : Médication-culture, nous nous sommes rendu compte qu'il s'est établi entre ces deux termes principaux (médecine et culture), un processus de rapport dialectique.

Ce qui suppose logiquement, une hypothèse d'acceptation et d'assimilation des nouvelles valeurs socio-culturelles par le modèle africain de médication.

C'est par exemple le cas de l'intégration par cette médecine africaine, de certains éléments du christianisme tels que l'usage de la bible, de l'eau bénite, des prières, de la bougie ; puis de quelques traits caractéristiques de l'Islam comme les versets coraniques, et les sacrifices rituels.

Somme toute, en dépit de cette assimilation des nouvelles données socio-culturelles, il faut avouer que la fonction sociale initiale de sécurité psychologique que ce système de médication est amené à assumer à l'intérieur des groupes sociaux, ne nous paraît plus une cause acquise de façon définitive à travers ce processus d'acculturation.

Et pour quelles raisons ?

Parce que l'avènement de la religion musulmane et du christianisme contribuera à générer de nouvelles normes sociales, et donc de nouvelles formes d'affections psycho-pathologiques, que parviendront difficilement à maîtriser la médecine africaine authentique, la forme "néo-traditionnelle" de cette médecine et la psychiatrie moderne européenne.

Car, ici se pose de façon implicite, la question essentielle de la dynamique de la maladie en général à travers ce changement social en cours.

Cette question est d'actualité. Pour s'en convaincre, que l'on s'interroge seulement sur les véritables origines du SIDA et les moyens mis au point pour enrayer ce mal. En termes précis, qu'est-ce qui explique l'échec des sciences biologiques devant cette endémie mondiale ? Par quel mécanisme historique et biologique est-elle apparue ?

En voici le problème de fond de la dialectique : Médecine-Culture.

Pour ce qui est du domaine de la psycho-sociologie dans les sociétés ivoiriennes précisément, que convient-il de faire face à cette question préoccupante ?

Devons-nous alors aujourd'hui rejeter les religions judéo-chrétienne et musulmane ?

Dans cette alternative, comment faire accepter la religion africaine par tous ?

En voici des interrogations légitimes qui nous conduisent à préciser donc le sens de la recherche de l'équilibre psycho-sociologique.

A - LE SENS DE LA RECHERCHE DE L'EQUILIBRE PSYCHO-SOCIOLOGIQUE DANS LES SOCIETES AFRICAINES

Nous évoquerons d'abord, ce que n'est pas cette recherche de l'équilibre psycho-sociologique avant de montrer ce qu'elle est.

1 - Ce que n'est pas la recherche de l'équilibre psycho-sociologique

a - La recherche de l'équilibre psycho-sociologique n'est pas synonyme de rejet systématique des valeurs socio-culturelles étrangères.

Car après tout, les phénomènes de l'acculturation et de la transculturation sont des lois universelles, observables à travers le

développement historique de toutes sociétés humaines.

C'est pour cette raison qu'aujourd'hui, le christianisme et l'Islam sont devenus des valeurs socio-culturelles acquises par les sociétés ivoiriennes.

Ils y accomplissent à leur manière, la même fonction d'équilibre psycho-sociologique pour certaines catégories sociales.

Il serait donc absurde et illusoire d'envisager une suppression totale de ceux-ci.

Nous devons par conséquent, les prendre en compte dans les projets d'élaboration de tous travaux de recherche dès que cela paraît nécessaire.

b - En retour, la recherche de l'équilibre psycho-sociologique des sociétés africaines ne signifie pas non plus, la substitution de la fonction d'intégration sociale de la médecine africaine, par les enseignements idéologiques de l'Islam et/ou du christianisme.

Car la médecine africaine est une institution sociale créée et intériorisée par les populations africaines.

De ce fait, elle comporte en son sein, des règles spécifiques de fonctionnement que ne peut remplacer aucune autre institution sociale distincte.

Parce que le psychisme des populations africaines, lié historiquement au système de fonctionnement et de représentation de la médecine traditionnelle africaine, n'obéit quelque fois, qu'à des schèmes culturels particuliers, définis spécifiquement par cette médecine originelle.

Telles sont les remarques préliminaires qui amènent à préciser maintenant, le sens de la recherche de l'équilibre psycho-sociologique dans les sociétés africaines.

2 - CE QU'EST LA RECHERCHE DE L'EQUILIBRE PSYCHO-SOCIOLOGIQUE

Le point essentiel à retenir est que la recherche de l'équilibre psycho-sociologique dans les sociétés africaines signifie ici, le projet d'identification des institutions sociales authentiques, capables de contribuer à l'édification d'une "société à orientation thérapeutique", par opposition à la "Société pathogène" (1).

De fait, dans l'histoire de la psycho-pathologie en général, il est reconnu que chaque société humaine, à partir de son système d'organisation sociale et de ses modes d'action sur les milieux écologiques et sociaux, contribue à générer consciemment ou inconsciemment, des tendances spécifiques qui prédisposent la population à un certain type de maladies psychiques.

Mais en retour, cette même société met en jeu, un ensemble de mécanismes authentiques qui consistent à reproduire à son tour, l'équilibre psychique de cette population.

En effet, c'est à partir du degré d'intégration de ces "mécanismes authentiques" à caractère autorégulateur, que se conçoit la "société thérapeutique" ou "normale".

Dans le cas contraire, c'est-à-dire lorsque les mécanismes auto-régulateurs subissent la loi de la désintégration ou le processus de la dégénérescence approfondie, nous aboutissons en conséquence, à une "société pathologique" ou "anormale".

Cela veut dire que cette société perd sa capacité d'auto-régulation, ou du moins, la reproduction de ce qu'il est convenu d'appeler son "système de défense codifiée".

Ainsi, cette société pathogène apparaît comme une société sans défense culturelle, vouée à l'emprise des divers types de maladies mentales ; ce sont les névroses, les psychoses et autres.

(1) : Termes de ROHEIM, cité par LAPLANTINE F. op. cit.

Au plan théorique, nous postulons que la médecine africaine, par le biais de sa composante symbolique (cf. l'efficacité symbolique), se présente comme une institution sociale essentielle qui réactualise constamment cette "culture de défense" au sein des sociétés africaines.

Par conséquent, elle constitue une source substantielle de la sécurité psychologique indispensable à l'équilibre psycho-sociologique des populations.

A notre avis, cette perspective de repérage et d'identification des institutions sociales d'équilibre de la personnalité, apparaît comme une nécessité incontournable.

Parce que les maladies mentales, liées au processus de l'acculturation demeurent aujourd'hui, une véritable préoccupation pour les sociétés africaines en devenir.

Il s'agit d'une problématique générale qui trouve également des éléments de réponse dans les champs d'investigation de l'éducation, de la religion, des cultes initiatiques et des médias audiovisuels (télévision, cinéma, vidéo...).

C'est dire que ce volet de la médecine africaine ne représente qu'un aspect singulier infime de ce vaste domaine.

Avant de clore cet épisode psycho-social, il importe de montrer comment à travers la fonction de régulation sociale, cette médecine africaine assure cet équilibre psychologique.

B - LA FONCTION PSYCHO-SOCIOLOGIQUE DE LA MEDECINE AFRICAINE :

LA REGULATION SOCIALE

Le terme de régulation sociale signifie ici, l'ensemble des moyens par lesquels la société fait respecter ses valeurs et ses normes sociales pré-établies.

Au niveau de la médecine africaine, comment celle-ci peut faire respecter les valeurs et les normes sociales ?

A ce propos, nous devons nous référer au chapitre des origines de la maladie que nous avons déjà présenté dans les sociétés Akié et Sénoufo.

Partant, il convient de noter qu'à l'intérieur des deux aires culturelles (Akié et Sénoufo), la symptomatologie définit en bref, trois origines de la maladie.

Ce sont la nature, la société et la conscience individuelle.

A chacun de ces cas, correspondent des méthodes et des techniques particulières de traitement thérapeutique.

Les maladies d'origine naturelle comme par exemple la toux, l'angine, la constipation... font appel aux moyens médicaux basés sur l'utilisation des plantes curatives.

Pour ce qui concerne les maladies psychiques et psychosomatiques liées au rapport de l'homme avec la société ou les systèmes de représentation, le processus de la guérison est différent.

Plusieurs méthodes d'intervention sont définies.

Elles se résument en termes de divination, d'aveux, de sacrifices, de rétributions, et d'interdits.

Et tous ces rituels reliés les uns aux autres, s'établissent en rapport direct avec le statut coupable ou non-coupable du sujet en cause.

Dans les deux cas, la maladie est perçue d'abord comme tension.

Cela veut dire qu'il y a conflit et rupture, soit au niveau de la conscience individuelle du sujet (le moi), soit au niveau de ses rapports avec le système des relations sociales (la société), soit au niveau de ses relations avec l'environnement naturel (les croyances).

C'est ainsi que se créent les états morbides de névroses et de psychoses dans le domaine de la psychopathologie (1).

A la suite de ce premier stade de la perception, survient le second qui conçoit la maladie comme une situation de régression.

C'est-à-dire, le retour imminent du sujet à son état primitif antérieur. Cela se traduit par la mort.

En revanche, c'est à l'encontre de cette dégénérescence ontologique que réagit la médecine africaine.

Qu'est-ce à dire ?

En effet, la médecine africaine en tant qu'activité sociale à vocation thérapeutique, prend en compte le sujet dans toutes ses relations sociales, psychiques, et religieuses.

Ce n'est donc pas tout à fait l'aspect clinique du psychisme isolé qui préoccupe cette institution.

C'est pour cette raison que dans son intervention, elle se réfère à tous les éléments composant la personnalité et le système socio-culturel du sujet ; la vision du monde, les rapports sociaux; l'éthique, la religion, l'esthétique, le rang social, la fonction sociale etc...

En bref, il s'agit pour cette médecine originale, de transformer la conscience du sujet, afin que celle-ci appréhende autrement sa manière de concevoir sa propre existence, ses rapports avec l'environnement naturel, et aussi ses relations avec les autres membres de la communauté.

C'est de cette façon que se définit le processus de la guérison dans cette discipline.

(1) Névrose : une maladie "fonctionnelle", sans lésion organique (asthénie, paranoïa....).

Psychose : état de névrose de haut degré. Le sujet atteint n'a pas conscience de son état de malade (schizophrénie, délire de persécution...).

Voilà pourquoi dans une approche ethno-linguistique, la guérison se traduit par les termes suivants :

- en Akié : "mè san" ; qui veut dire littéralement "je suis dénoué" ou encore "je suis libéré ;
- en Tiembara : "mi-pohô" qui signifie " je suis relevé."

Dans tous les deux cas, la guérison peut être comprise comme la négation de la dégénérescence, ou encore la situation de rééquilibrage physique et/ou psychique.

A cet effet, le sujet une fois rétabli, se fait le devoir d'observer les prescriptions rigoureuses que lui impose cette institution sociale.

Ces prescriptions sont des interdits d'ordre éthique, moral, diététique.... en rapport avec l'équilibre psychique, physique et la réinsertion totale du sujet dans son environnement culturel.

Par contre, le non-respect de tous ces interdits apparaît comme synonyme de rechute, et donc redéclenchement du processus de la dégénérescence.

Sous ce rapport, la médecine africaine en tant qu'institution de contrainte sociale, constitue ainsi logiquement un moyen de respect des valeurs et des normes sociales ; c'est-à-dire une institution à fonction de régulation sociale.

Elle est donc synonyme de facteur de reproduction de l'équilibre psycho-sociologique.

Pour clore ce chapitre, disons que les deux raisons fondamentales sous-jacentes à la thèse de collaboration sont d'ordre sociologique et anthropologique.

- La raison d'ordre sociologique vise à remédier à la problématique de la "distance sociologique" dont le système officiel de santé fait l'objet. IL s'agit de retrouver des voies et moyens pour rendre le système sanitaire accessible à toutes les couches sociales de la population ivoirienne. Ce qui veut dire, trouver des solutions efficaces contre les barrières culturelles, géographiques et socio-économiques afin de le rendre fonctionnel et stable.

- La raison d'ordre anthropologique indique la nécessité logique de mettre en valeur, la médecine africaine compte tenu de sa contribution importante à l'équilibre psycho-sociologique au sein des sociétés africaines impliquées dans un mouvement dynamique de perturbations d'ordre matériel, spirituel et mental.

En définitive, c'est au sortir de cette mise au point des fondements théoriques de la thèse de collaboration qu'il importe de montrer les implications pratiques de celle-ci.

CHAPITRE 9 : IMPLICATIONS PRATIQUES DE LA THESE DE COLLABORATION

Soulignons que ces implications pratiques correspondent à la définition claire et précise des modalités pratiques de la collaboration.

Ce dernier aspect des travaux est le produit final attendu d'après le troisième objectif qui est assigné à cette étude.

Il s'agit en fait, de systématiser les voies d'approche à partir desquelles la collaboration est possible entre la médecine

officielle et la médecine africaine.

Contrètement, la démarche consistera à faire d'abord un rappel rapide des acquis théoriques avant de spécifier les stratégies de collaboration proprement dites.

I - LES ACQUIS THEORIQUES DE L'ETUDE

Il s'agit de présenter brièvement sous cette rubrique, les résultats scientifiques obtenus dans le cadre de ces travaux. Car ces éléments théoriques constituent le substratum épistémologique de l'approche stratégique de la collaboration.

En effet, ces "acquis théoriques" dont il est question sont les suivants : la thèse, les théories moyennes, et le contenu de la collaboration.

A - La thèse de la collaboration

La thèse de collaboration entre la médecine africaine et la médecine officielle se spécifie en ces termes :

" un système de santé efficace, c'est-à-dire cohérent et accessible à toutes les catégories sociales d'une population, est celui qui s'articule perpétuellement sur les données objectives spécifiques d'ordre écologique, géographique, socio-économique, démographique, et culturel à travers la dynamique sociale".

Cette position théorique rejoint d'une certaine manière, quelques travaux de réflexion déjà élaborés; Mais son originalité s'affirme à partir de leurs points de différence respectifs.

Ces travaux antérieurs qui se rapprochent de cette thèse

de collaboration sont de deux ordres : la thèse de 3ème cycle de HOUPHOUET Koffi ; (1) dans le domaine de l'anthropologie et de la sociologie médicales ; puis la politique internationale de la "santé pour tous à l'AN 2000" (2).

1 - Les rapports avec la thèse de 3ème cycle de HOUPHOUET Koffi

La thèse de HOUPHOUET Koffi s'intitule :
"Modernisation thérapeutique et résistance au système médical occidental en Côte d'Ivoire : le cas d'ABIDJAN".

L'objet d'étude de ces travaux est le phénomène de la modernisation médicale en Côte d'Ivoire.

Les objectifs ici visent principalement à saisir les attitudes et comportements des Ivoiriens face à la médecine officielle, puis à identifier l'impact de la pratique de cette médecine officielle. Ainsi, l'ensemble de ces travaux est édifié à partir de la thèse suivante :

"La nature et la fonction de la culture d'origine précédent, déterminent et conditionnent l'approbation et/ou le rejet de la culture "d'appoint", voire de "substitution que représente le système thérapeutique moderne".

Somme toute, des points de recoupements apparaissent entre ces travaux de HOUPHOUET Koffi et la thèse de collaboration qui nous occupe ici.

a) Les points communs

Ceux-ci relèvent de deux ordres au moins ;

- les deux travaux se préoccupent à identifier des facteurs de résistances sociologiques à la médecine officielle implantée dans un contexte socio-culturel africain .

(1) : HOUPHOUET Koffi : (H) : op. cit

(2) : "SANTE POUR TOUS A L'AN 2000" abrégé : S. P. T/2000.

- Ils contribuent à l'élaboration d'un éclairage sur des stratégies d'adaptation des soins à dispenser suivant le contexte social.

Aussi, à côté de ces deux éléments communs, surgit-il des points de différence.

b) Les points de différence

C'est à ce niveau que se spécifie l'originalité de la thèse de collaboration par rapport aux travaux de HOUPHOUET Koffi.

De fait, les éléments originaux qui se rencontrent au sein de cette thèse de collaboration sont les suivants :

- La systématisation des implications socio-culturelles liées aux incohérences structurelles dans l'organisation de la médecine officielle.

- L'analyse comparée de la médecine africaine en vue de mettre en relief, la variation des facteurs d'acculturation et la différenciation des niveaux d'acculturation.

- La définition des structures opératoires en vue de remédier aux incohérences structurelles et maintenir la sécurité psychologique de la population à travers le changement social constant.

Telles sont les caractéristiques particulières à partir desquelles, ces travaux actuels se distinguent de la thèse de HOUPHOUET Koffi.

Par ailleurs, il existe le cas de la stratégie de la SPT/2000 qui se lie d'une certaine manière à cette présente étude.

2 - Les rapports avec la stratégie de la SPT/2000

La "Santé pour tous à l'An 2000" se présente comme une politique générale internationale de développement sanitaire.

Les "soins de santé primaires" y constituent la stratégie de référence (1). Cette voie stratégique comporte une structure et un contenu.

a) La structure des S.S.P.

La structure des S. S. P. renferme quatre niveaux :

- Le niveau communautaire ; il comporte les soins de santé individuels, les soins de santé familiaux, et les soins de santé communautaires.

- Le niveau local ou district ; il regroupe plusieurs communautés, plusieurs villages, plusieurs sous-préfectures et des Départements autour d'un système d'organisation de soins de santé. Ceci correspond en quelque sorte, à la structure des Directions Régionales sanitaires qui comptent des Centres de Santé, des Hôpitaux de 1ère et de 2ème catégorie, puis des C.H.R.

- Le niveau intermédiaire.

Il ne correspond à aucune zone géographique donnée.

Il s'agit plutôt d'un organe spécifique de la structure des S. S.P.

Son rôle est de coordonner les activités entre la base (niveau local et communautaire) et le niveau central.

- Le niveau central.

C'est le sommet de la structure des S. S. P. Le rôle de cet organe est de superviser les activités au plan national et de conduire tous les acteurs sociaux et autres organisations dans un consensus général sur les plans d'action proposés.

Tels sont les quatre principaux éléments qui édifient la structure des S.S.P.

(1) : Les "Soins de Santé Primaires" ; abrégié : S. S.P.

Reste maintenant à présenter son contenu.

b) Le contenu des S. S. P.

Pour être bref, nous nous contenterons de résumer ici le contenu des S.S.P. d'après les activités fondées sur les huit composantes définies. Rappelons ces différentes composantes :

- l'éducation pour la santé ;
- la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles ;
- l'approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base ;
- la Santé maternelle et infantile, y compris la planification familiale ;
- la vaccination contre les grandes maladies infectieuses ;
- la prévention et le contrôle des endémies locales ;
- le traitement des maladies et lésions courantes ;
- la fourniture de médicaments essentiels.

Que faut-il retenir de cette brève présentation des S. S. P. dans le contexte des rapports de cette stratégie avec la thèse de collaboration ?

Pour répondre à cette question, il convient simplement de montrer les points communs et les points de différence entre les deux positions théoriques.

c) Les points communs

Les points de recouvrements entre ces deux données théoriques se situent à deux niveaux essentiellement ;

1°) Au niveau de la structure ;

A partir de l'objectif principal de la thèse de collaboration qui vise à rapprocher le système des soins de santé de la population, il se dégage un premier point commun d'avec la stratégie des S.S.P.

qui organise sa structure du sommet (les décideurs) à la base (la population).

2°) Au niveau des objectifs ;

Ce second point de recoupement est corollaire au premier. En fait, l'objectif principal que poursuit la stratégie des S. S. P. est : "La santé pour tous, et tous pour la santé" ;

- La "santé pour tous" ;

Ceci signifie l'accessibilité de toutes les couches sociales de la population aux infrastructures sanitaires. Cet objectif reste commun aux deux positions théoriques.

Il rejoint l'aspect de la problématique : Médication-Société. Et c'est par rapport à cette perspective précise que cette présente étude recherche des solutions efficaces en vue de remédier à la logique des contradictions du système de santé.

Le second volet de cet objectif est :

- "Tous pour la santé". Celui-ci pose la problématique de l'adhésion de la population aux idéaux et aux actions du système de santé. C'est le rapport de la culture à la médication. En effet, pour que la population locale adhère aux actions de la santé proposées, il s'avère nécessaire et indispensable de mettre à contribution, les ressources locales au plan humain (les guérisseurs), matériel (les plantes médicinales), financier (conditions socio-économiques), et culturel (phénomènes psycho-sociologiques). Il s'agit en un mot, de jouer sur les facteurs endogènes, susceptibles de favoriser la participation de toutes les catégories sociales locales au plan des actions de santé.

Cette seconde préoccupation se retrouve dans la thèse de collaboration, au chapitre de l'approche anthropologique. Mais elle sera mieux explicitée dans les modalités pratiques de la collaboration.

Au vu de tout ceci, pourrait-on alors affirmer que la stratégie des S.S.P. se confond avec la thèse de collaboration ?

Nous ne saurions répondre à cette question par l'affirmative. Car il existe des éléments particuliers qui attribuent un caractère original à cette thèse de collaboration.

d - Les points de différence

La stratégie des S.S.P. ne se résume en fait, qu'à une élaboration théorique à titre indicatif de l'organisation sanitaire.

En tant que stratégie, elle définit les orientations et précise les objectifs généraux des actions à entreprendre.

Dans le cas d'espèce de la Côte d'Ivoire par exemple, les structures sociales spécifiques et les formes particulières qui doivent servir de supports concrets aux actions stratégiques échappent à cette organisation de la politique de la S.P.T./2000.

Par contre, l'identification de ces éléments importants de la stratégie constitue une préoccupation fondamentale de ces travaux actuels ; de-là apparaissent les points de différence entre les S.S.P. et la thèse de collaboration.

En effet, retenons dans ce contexte présent que notre souci n'est point du tout de survaloriser une approche théorique par rapport à une autre ; ni de sous-estimer une position théorique par rapport à une autre.

Le but poursuivi est de circonscrire l'originalité de la thèse de collaboration par rapport aux travaux antérieurs ; ce qui

suppose implicitement la recherche des liens de complémentarité et les limites entre ces divers travaux.

L'objectif final étant d'aboutir à l'élaboration d'une stratégie plus efficace en vue d'asseoir un système sanitaire cohérent et convenable à toutes les couches sociales de la Côte d'Ivoire. C'est à la suite de cette circonscription de l'originalité de la thèse que nous allons présenter les théories qui s'y dégagent.

B - Les théories moyennes de l'étude

A partir de ces travaux de réflexion, il se dégage les théories moyennes suivantes :

* La première théorie

La marginalisation de la médecine africaine, liée à l'institutionnalisation de la médecine européenne au sein des sociétés africaines se révèle comme un facteur potentiel de blocage sociologique du système des soins de santé, et comme un facteur d'attente aux perturbations profondes d'ordre psycho-sociologique de certaines catégories sociales.

* La deuxième théorie

La dynamique socio-culturelle est plurielle ; c'est-à-dire relative et variée. Elle ne présente aucun caractère univoque et linéaire entre deux types distincts de société. Elle reste liée à l'influence relative des données écologiques, géographiques, historiques, démographiques, éducationnelles, et technologiques spécifiques qui l'engendrent.

* La troisième théorie

Le processus dynamique en cours se trouve beaucoup plus

marqué au niveau de la variable physique de la médecine africaine, qu'au niveau de sa variable symbolique.

Il s'agit concrètement de la dégradation progressive de l'environnement écologique qui entraîne irréversiblement la disparition des plantes médicinales, tandis que l'aspect magico-religieux de cette médecine demeure la composante invariante dans un processus de réactualisation et d'adaptation constante.

Après la présentation des théories élaborées, convient-il maintenant d'indiquer le sens et le contenu de la collaboration.

C - Le sens et le contenu de la collaboration

La collaboration dans le cadre de cette étude doit être succinctement comprise comme :

- la recherche de moyens méthodiques en vue de contribuer à une performance encore améliorée de la science médicale ;

- la recherche de cadres institutionnels de coordination entre les deux types de médecine dans le sens d'une organisation efficace des systèmes de soins de santé au sein des sociétés africaines.

Aussi, la collaboration renferme -t-elle dans son contenu :

- les aspects phytothérapeutique, psycho-thérapeutique et parapsychologique de la médecine africaine ;

- la médecine africaine, la santé publique (médecine officielle) et les S.S.P.

Enfin de compte, c'est à partir de cette mise au point précise que nous allons aborder les perspectives de la stratégie.

II - LES PERSPECTIVES STRATEGIQUES DE LA COLLABORATION

L'élaboration de l'approche stratégique de la collaboration consiste à préciser les actions concrètes à mener afin de rendre la coordination efficiente entre la médecine officielle et la médecine africaine.

Aussi, cette approche stratégique devra-t-elle indiquer les structures sociales qui sous-tendent cette collaboration, puis les différentes formes possibles qu'elle suppose. Ceci implique déjà que la stratégie ne saurait être considérée comme une même et unique formule universelle, applicable de façon systématique partout et toujours. Ses formes et ses structures varient d'un cadre socio-culturel à un autre, et d'une catégorie sociale à une autre.

C'est ainsi qu'en rapport avec les acquis théoriques qui précèdent, trois perspectives de la stratégie sont envisagées. Ce sont ; la stratégie fondée sur l'institutionnalisation des Journées Médicales Régionales (J.M.R.), la stratégie fondée sur l'Animation pour le Développement Sanitaire (A.D.S.), et la stratégie fondée sur l'enseignement et la recherche scientifique (1).

A - La stratégie fondée sur l'institutionnalisation des Journées Médicales Régionales (J.M.R.)

Pour pouvoir spécifier l'originalité de cette perspective particulière, il s'avère nécessaire de l'identifier d'abord, ensuite de présenter ses structures de fonctionnement, et enfin d'indiquer ses formes de collaboration.

(1) : J.M.R. : Journées Médicales Régionales.

A.D.S. : Animation pour le Développement Sanitaire.

Ces sigles seront souvent utilisés en remplacement des expressions entières.

1 - Identification des J.M.R.

a) Objectifs

Les J.M.R. se définissent comme une tradition médicale permanente. En tant que telles, elles constituent des cadres opératoires au sein desquels toutes les catégories sociales doivent exprimer d'abord leur sensibilité, puis en retour, recevoir des recommandations susceptibles d'éveiller des motivations en vue d'une adhésion et d'une participation effectives aux actions sanitaires locales.

b) Catégories sociales cibles

A partir de ces objectifs précis, les catégories sociales visées par cette organisation concernent toutes les populations locales ;

- les hommes, les femmes, la jeunesse ;
- les paysans, les ouvriers, les fonctionnaires ;
- les guérisseurs, les professionnels de la santé, la population (profane), les autorités politiques et administratives...

c) Contenu

Le contenu des J.M.R. portera sur les chapitres relatifs ;

- aux problèmes médicaux et pharmaceutiques de la localité (problèmes d'infrastructures, de médicaments...)
- à la recherche des méthodes et techniques d'efficacité des guérisseurs (recettes, pharmacopée, expériences individuelles, pratiques sociales et santé...)
- aux problèmes généraux de santé publique (diverses affections locales, épidémiologie, hygiène, assainissement...)

- à l'état d'avancement du programme des soins de santé primaires de la région (problème d'écologie, eau potable, habitat, planning familial, espacement des naissances, éducation nutritionnelle, vaccinations...)
- à la définition des programmes régionaux d'action de santé.

En outre, hormis ces traits d'identification des J.M.R., il importe maintenant de présenter quelles sont les structures sociales qui les sous-tendent.

2 - Structures de fonctionnement des J.M.R.

a) Les structures

La structuration des J.M.R. se compose de quatre principaux niveaux.

Niveau 1 : le niveau régional

Le cadre de référence des J.M.R. est la région ; c'est à dire la circonscription géographique. Dans la réalité des faits, ce critère d'ordre géographique s'identifie au découpage géo-administratif du territoire de la Côte d'Ivoire en Directions Régionales de la santé.

En revanche et de façon concrète, l'ensemble du territoire ivoirien se trouve réparti en huit Directions Régionales Sanitaires.

Dans le cadre de cette approche stratégique régionaliste, nous allons donc avoir une tradition médicale qui repose d'abord sur cette structure géo-administrative de la santé publique. Cela veut dire qu'à chaque Direction Régionale Sanitaire, l'institutionnalisation de ses Journées Médicales.

Ainsi, ceci se traduit pratiquement par l'organisation de huit Journées Médicales au cours d'une même édition donnée. Ces huit Journées Médicales s'établissent de la façon suivante :

- Journées Médicales du Sud-Est ;
siège : ABIDJAN
- Journées Médicales du Sud-Ouest ;
siège : DIVO
- Journées Médicales du Centre-Ouest ;
siège : DALOA
- Journées Médicales de l'Ouest ;
siège : MAN
- Journées Médicales du Nord ;
siège : KORHOGO
- Journées Médicales du Centre-Nord ;
siège : BOUAKE
- Journées Médicales du Centre-Sud ;
siège : YAMOOUSSOUKRO
- Journées Médicales de l'Est ;
siège : ABENGOUROU

Ce découpage géo-administratif constitue le premier niveau de la structure. Le second est celui de la sous-préfecture.

Niveau 2 : Le niveau sous-préfectoral

L'institutionnalisation des J.M.R. suppose la décentralisation des Centres de décision en matière de santé. A cet effet, la stratégie sous-entend par ce second volet de la tradition médicale, la possibilité pour chaque élément de l'ensemble de la population, d'émettre librement ses sentiments, ses difficultés et ses suggestions sur la question de la santé.

Mais, cette ouverture ne doit en aucun cas, être assimilée à l'anarchie. Ce qui exige que l'on canalise cette liberté d'expression à travers les structures locales déjà existantes.

- Au niveau de la structure sanitaire, il y a au sein de chaque Direction Régionale, un CHR, des H1, H2, des centres de santé et des bases de secteur de santé rurale.

- Au niveau de la structure administrative, nous avons les Préfectures, les Sous-Préfectures, les Communes et les Villages.

Toutes ces structures doivent servir de réseaux institutionnels de communication à toutes les populations appartenant à une même région donnée. Les "délégués participants" doivent seulement se limiter au niveau de la Sous-Préfecture. Car si chaque localité villageoise doit se faire représenter effectivement par un membre, nous aboutirons à un "effectif pléthorique" des participants ; ce qui rendrait le déroulement efficace impossible des J.M.R.

De ce fait, l'équipe de délégués la mieux indiquée pour représenter les communautés villageoises est celle constituée par :

- le Sous-Préfet ou son représentant ;
- le Maire ou son représentant ;
- le Médecin de santé publique ou son représentant ;
- le Représentant des médecins du privé ;
- le Représentant des pharmaciens ;
- le Représentant des sages-femmes ;
- le Représentant des guérisseurs.

Cette équipe de délégués participants représente donc la courroie de transmission entre les J.M.R. et les communautés locales. En conséquence ces dernières correspondent au troisième niveau de la structure.

Niveau 3 : le niveau local ou communautaire

- Au niveau des communautés villageoises, il y a les notabilités, les chefs de lignage, la jeunesse, les femmes et les guérisseurs.

- Au niveau des localités urbaines, nous avons les Responsables de quartier, les chefs de communauté étrangère (allochtones ou allogènes), les Responsables des Club-services et Associations, les Chefs d'Etablissements scolaires, les Chefs religieux.

L'équipe participante du niveau 2 devra réunir ces représentants des différentes communautés en vue de leur transmettre les résolutions et contenu du programme des J.M.R.

Mais ce même message devra également être répercuté au niveau des populations locales par ces représentants de la communauté. C'est le quatrième niveau de la structure.

Niveau 4 : le niveau individuel

C'est le niveau de la répartition et de l'exécution des tâches au niveau des localités rurales ou urbaines.

- Au sein des localités rurales, la répartition des tâches passera par le canal des Chefs traditionnels politiques, religieux et lignagers.

- Dans le cas des localités urbaines, cette répartition sera le fait de l'équipe constituée par les Responsables de quartiers, des structures de l'Administration, des Chefs d'Etablissement scolaire et Responsables des différentes organisations ou Club-services etc...

Cette forme particulière de structuration des J.M.R. est sous-tendue par l'idéologie centrale de l'"Autodétermination" et de l'" Autoresponsabilité" ; ici se situe l'un des points de rencontre entre la stratégie des S.S.P. et la stratégie des J.M.R. Mais le modèle de fonctionnement des J.M.R. constitue une originalité.

b) Le fonctionnement

Le fonctionnement des J.M.R. repose sur une tradition cyclique. La périodicité souhaitée est de l'ordre de deux ans. Cela veut dire que cette tradition médicale sera organisée une fois tous les deux ans. Car nous pensons qu'un intervalle de temps beaucoup trop réduit (moins d'un an par exemple) entre deux éditions consécutives, ne suffirait pas pour permettre d'apprécier certains programmes définis.

Un intervalle beaucoup trop étendu (trois à quatre ans) pourrait d'autre part, conduire à un laisser-aller des acteurs sociaux impliqués dans l'exécution des programmes.

Par ailleurs, l'organisation simultanée à une même période de toutes ces Journées pourrait poser des problèmes éventuels de parrainage, d'invitation d'Autorités Politiques ou administratives et aussi de spécialistes en vue de présenter des communications.

A cet effet, il est souhaitable d'organiser ces J.M.R. à trois jours d'intervalle environ, entre deux régions. Malgré tout, le critère fondamental envisagé est celui de la réunion de toutes ces séries de Journées sur une période bien déterminée. Cela suppose l'élaboration d'un planning rigoureux d'ordre de passage. Ce travail de

classement ordinal pourrait être conçu par le cabinet du ministère de la Santé Publique. Par la suite, le cabinet se chargera également de la diffusion de ce planning à toute la population. En fait, le dernier point qui caractérise les J.M.R. est le caractère dynamique de leur fonctionnement. Cela veut dire que l'organisation des J.M.R. doit être accueillie d'un département à un autre à l'intérieur de la même Direction Régionale. Les J.M.R. ne doivent donc nullement être figées au niveau du seul siège de la Direction Régionale Sanitaire.

c) Les activités

Il appartiendra à chaque Direction Régionale Sanitaire de faire le choix de la durée de ses activités en fonction de son programme établi. Car, il est à signaler que toutes les Directions Régionales ne disposent pas nécessairement des mêmes moyens matériels et financiers pour organiser de longues assises. De plus, les problèmes de santé (ruraux ou urbains) ne se posent pas de la même façon dans toutes les régions du territoire. L'ampleur et la dimension singulières des problèmes de santé de la région détermineront donc la durée des assises.

Après l'indication de ces structures de fonctionnement, voyons quelles formes de collaboration préconisent les J.M.R.

3 - Formes de collaboration dans le cadre des J.M.R.

De fait, vu l'organisation pratique des J.M.R. décrite précédemment, le recours à la forme financière de la collaboration apparaît ici un fait incontournable.

a) La forme financière de la collaboration

Le fonctionnement des J.M.R. nécessite des ressources financières disponibles à cet effet. Et ceci pour l'accueil des "invités de marque". Il s'agit par exemple des Parrains, des conférenciers, des

Représentants des O.N.G. et bailleurs de fonds.

Le financement de cette organisation reste ainsi l'affaire des communes municipales (1).

Le montant à exiger à chaque commune de toute la Direction Régionale dépendra du nombre d'invités de marque et des fournitures diverses d'accompagnement (préparation de salles, papier, photocopie etc... !

En outre, au niveau de l'équipe de délégués du niveau 2 nous aurons ceci :

- le Maire et le guérisseur représentant seront également pris en compte par le budget de la mairie ;
- le Sous-Préfet, le médecin de la santé publique et la sage-femme délégués doivent être considérés comme des agents en mission. A ce titre, ils seront remboursés sous-forme de frais de mission par l'Etat. Cependant, le Pharmacien et le Médecin délégués du secteur privé doivent avoir leurs frais de séjour assurés par leurs collègues mandants. Dans le cas contraire, ils se prendront eux-mêmes en charge.

En dehors de cette forme financière de la collaboration, il est une autre forme de collaboration de nature distincte. C'est la forme culturelle de la collaboration.

b) La forme culturelle de la collaboration

Celle-ci reste liée au type d'activités menées par les J.M.R.

(1) : Voir la répartition des communes

Par Direction Régionale Sanitaire à la page suivante.

**Tableau n° 40 : Répartition des communes municipales
par Direction Régionale Sanitaire.**

DIRECTION REGIONALE SANITAIRE	NOMBRE DE COMMUNES MUNICIPALES
D.R. DU SUD-EST (Abidjan)	31
D.R. DU SUD-OUEST (Divo)	8
D.R. DU CENTRE-OUEST (Daloa)	15
D.R. DE L'OUEST (Man)	21
D.R. DU CENTRE-NORD (Bouaké)	16
D.R. DE L'EST (Abengourou)	11
D.R. DU NORD (Korhogo)	21
D.R. DU CENTRE-SUD (Yamoussoukro)	12

Source : Tableau réalisé par nous-même.

Ces activités se situent à deux niveaux essentiellement.

1) Les interventions sous forme d'exposés ; c'est le cas des actes de communication :

- des autorités sanitaires nationales et internationales dans le sens de la sensibilisation de la population ;
- des professionnels de la santé (médecins, pharmaciens, guérisseurs, sages-femmes....) dans le sens d'échange d'expérience ;
- des chercheurs spécialistes (en sciences biologiques et sociales) dans le cadre de l'état d'avancement de la recherche dans les sciences de la santé. En parallèle, nous aurons le second aspect de la forme culturelle de la collaboration en terme de :

2) Exposition de plantes médicinales locales par les guérisseurs.

Telles sont les caractéristiques générales de l'approche stratégique fondée sur l'instauration des J.M.R. Tout compte fait, cette option particulière mérite d'être justifiée.

4 - Justification du projet de l'institutionnalisation des J.M.R.

Au total, deux raisons fondamentales président à la référence du projet de l'institutionnalisation des J.M.R. La première explication est d'ordre théorique ; la seconde, d'ordre historique.

a) L'explication d'ordre théorique

Celle-ci découle des implications de la théorie moyenne n°2 exposée dans les "acquis théoriques" de l'étude. Cette théorie moyenne

mentionne que la dynamique socio-culturelle est plurielle ; c'est-à-dire variable dans l'espace et dans le temps. De ce point de vue, nous pouvons en déduire que les problèmes spécifiques de santé de la région Nord (en savane) ne peuvent être identiques à ceux rencontrés au Sud (en forêt) ou au Centre (zone intermédiaire).

En conséquence, c'est en rapport avec les données objectives spécifiques (densité de population, qualité de l'eau, phénomène de climat...) que des solutions efficaces peuvent être retrouvées. Telle est la première explication de l'institutionnalisation des J.M.R. qui constituent une sorte d'Assemblée Générale à l'intérieur de laquelle toutes les sensibilités doivent s'exprimer en vue de rechercher des solutions particulières à des problèmes spécifiques de santé.

A cette explication théorique s'ajoute une explication historique.

b) L'explication d'ordre historique

Celle-ci se situe au niveau des chances de succès de cette approche stratégique.

Autrement dit, est-ce que l'institutionnalisation des J.M.R. ne rencontrera-t-elle pas des risques de rejet par les populations locales-cibles dans sa forme et dans son contenu ?

En réalité, répondre à cette interrogation de façon systématique par l'affirmative ou par la négative serait faire oeuvre de prophétie.

Parce qu'une étude particulière d'évaluation d'attitude et de comportement n'a pas été effectuée dans ce sens (cf limites de l'étude en introduction). Mais tout compte fait, nous pouvons avancer qu'il existe des chances de succès de cette perspective stratégique dans la mesure où les populations ivoiriennes ont manifesté un vif intérêt à l'égard de

certaines organisations similaires. Ces organisations similaires sont entre autres :

- la traditionnelle "**Journées Médicales et Pharmaceutiques d'Abidjan**". Les points de différence de celle-ci d'avec les J.M.R. se situent au niveau du caractère dynamique et "**décentralisé**" des J.M.R. ensuite au niveau du caractère communautaire de ces J.M.R. Tandis que les "**Journées Médicales d'Abidjan**" restent essentiellement statiques à Abidjan et s'organisent généralement entre professionnels de la santé publique. En dehors des "**Journées Médicales d'Abidjan**", il y a eu une seule fois les "**Etats Généraux de la santé**" tenus à Yamoussoukro, puis les "**Journées Départementales**" organisées à Issia, Daloa et Korhogo (1).

Toutes ces diverses organisations à caractère ponctuel et sporadique représentent des pôles d'ouverture des populations locales-cibles à l'acceptation de l'institutionnalisation des J.M.R. Au sortir de cette première perspective de la stratégie, la seconde qui s'enchaîne à celle-ci est l'Animation pour le Développement Sanitaire (A.D.S.)

B - La stratégie fondée sur l'Animation pour le Développement Sanitaire
(A.D.S.)

1 - Identification

a) Objectifs

L'A.D.S. constitue un organe permanent composé de plusieurs

(1) : "Etats Généraux de la Santé" organisés du 26 au 31 Mars 1984
à Yamoussoukro.

"Journée Médicale d'Issia" : organisée le 21 Juin 1986.

Thème : La prévention.

"1ères Journées Médicales de Korhogo" organisées du 23 au 26 Avril
1989.

Thème : les méningites purulentes.

membres de qualification diverse ; sociologues, économistes, vétérinaires, médecins, anthropologues, géographes, agronomes, botanistes, pharmaciens, écologistes, historiens, psychologues...

Pour une raison de disponibilité totale, ces "Animateurs" doivent être des fonctionnaires en détachement, à qui la mission particulière de recherche et d'animation va être confiée. C'est par rapport à cette visée que l'ADS trouve un contenu.

b) Contenu

Le contenu particulier de l'ADS se précise en trois points :

- le contrôle ; rôle de suivi régulier sur le terrain pour le contrôle de l'exécution du programme défini par les J.M.R.

- L'évaluation ; il appartient aux Animateurs d'apprécier la qualité des tâches accomplies sur le terrain à partir des objectifs fixés, de la progression déterminée et de la méthode envisagée..

- La coordination ; les Animateurs sont chargés de rendre compte des travaux effectués aux institutions intéressées à travers ces trois rubriques respectives :

- * En "Santé Publique" ; collaboration avec les Instituts d'Hygiène, les formations sanitaires et institutions médicales spécialisées...
- * En "S.S.P." ; collaboration avec les Ministères et organismes internationaux intéressés.
- * En "Médecine Africaine" ; collaboration avec le Ministère de la recherche scientifique, le CNF, la Faculté de Pharmacie et divers organismes internationaux intéressés.

Par ailleurs, il importe de souligner que les organes de presse (audio-visuels, presse écrite) devront nécessairement orienter leurs centres d'intérêts sur ces trois rubriques formelles et collaborer avec les animateurs dans le cadre de l'éducation pour la santé.

2 - Fonctionnement

Parallèlement aux J.M.R. , il est prévu que chaque Direction Régionale de la Santé dispose d'une équipe d'animateurs de façon permanente. Du point de vue arithmétique , les huit Directions Régionales Sanitaires exigent donc en fait, huit équipes d'animateurs de Développement Sanitaire. Le système de fonctionnement de l'ADS repose ainsi sur l'organisation de tournées à l'intérieur de la Région Sanitaire en vue de rencontrer les unités sociales suivantes :

- La population locale (rurale et urbaine) ; pour des séminaires, des conférences et tables-rondes en vue d'apporter les informations utiles et nécessaires à travers les trois rubriques déjà citées : santé publique ; S.S.P. et médecine africaine (1).

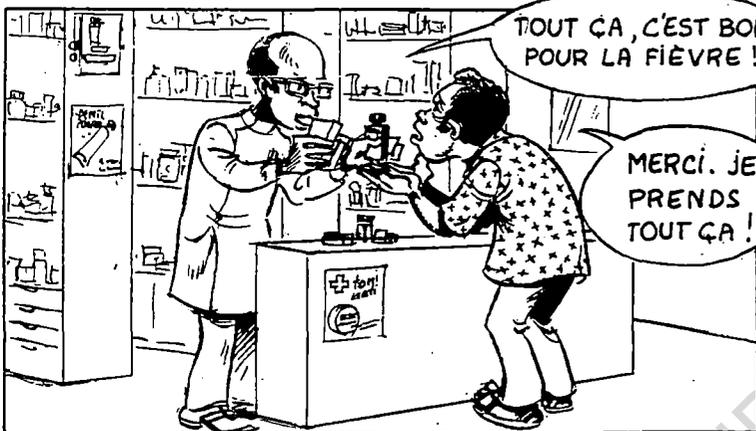
- Les guérisseurs et médecins ; pour maintenir le contact avec ceux-ci, voir leurs conditions de travail et rechercher des facteurs de motivation afin de parvenir à une meilleure exploitation des ressources de la médecine africaine et de la médecine officielle.

En effet, dans ces conditions précises de perpétuels déplacements, la dotation d'un véhicule de fonction par équipe d'animateurs est indispensable. Il importe maintenant de préciser la forme de collaboration envisagée dans le cadre de l'Animation.

(1) Cf. Bande n°3 : "**Trop c'est trop**" (page suivante).

Cette bande soulève le problème incontournable de "**l'Animation**" en matière de santé.

TROP C'EST TROP! agriflash



3 - Forme de collaboration dans le cadre de l'A.D.S.

En rapport avec la mission d'animation et d'éducation sanitaire assignée à l'A.D.S., il ressort que la forme essentielle de collaboration qui se dégage à travers ce contexte particulier, apparaît fondamentalement éducative.

Cette "forme éducationnelle" se justifie par les activités d'information, de sensibilisation et de motivation des animateurs auprès des différents acteurs sociaux impliqués dans le processus de la collaboration. Ainsi, c'est à la suite de cette précision qu'il convient de justifier la pertinence du choix de cette perspective stratégique.

4 - Justification de la suggestion du principe de l'A.D.S.

A l'instar de la justification du projet d'institutionnalisation des J.M.R., nous nous référons à deux ordres de justifications en ce qui concerne le cas de l'A.D.S.

a) La justification d'ordre théorique

- Le "principe régionaliste de l'AD.S." découle des conséquences logiques de la théorie de la variabilité de la dynamique socio-culturelle dans l'espace.

Nous nous retrouvons encore une seconde fois avec la théorie n°2 des "acquis théoriques" de ces travaux.

A cet effet, le fondement scientifique de l'"animation géo-communautaire" consiste à accélérer par région ou par communauté ethnique, le processus du développement sanitaire en tenant compte des réalités sociales objectives spécifiques des groupes sociaux concernés.

- En outre, la référence au "**principe de l'Animation**" en lui-même répond au besoin nécessaire et indispensable de rechercher constamment les variables pertinentes de motivation à l'adhésion et à la participation de la population locale au projet de collaboration, en vue de redynamiser le système de santé en Côte d'Ivoire ; c'est l'application du principe de la méthode dialectique liée à l'esprit du développement sanitaire : l'Autoresponsabilité. A ces éléments de justification théorique du principe de suggestion de l'ADS, s'ajoutent des éléments historiques.

b) La justification d'ordre historique

Ici posons-nous la question de savoir si cette perspective de la stratégie présente des chances de succès auprès de la population. En réponse, nous dirons que les indicateurs de succès du principe de l'ADS se situent à deux niveaux au moins.

- Premièrement, nous estimons que l'impact manifeste des structures informelles de la santé (charlatanisme, automédication, médecine nomadiste...) auprès de la population, constitue un indicateur pertinent de succès de la stratégie de l'ADS en ce sens que si ces structures se maintiennent et s'amplifient, c'est parce que la population entière y adhère en raison des difficultés considérables qu'elle éprouve au plan sanitaire.

De ce fait, cette population se trouve en attente d'un "**interlocuteur représentatif**" ; c'est-à-dire valable, à qui s'adresser puis exprimer les difficultés et besoins réels en matière de santé pour des solutions fiables et durables. Sous ce rapport, les "**Animateurs Régionaux**" apparaissent comme les acteurs sociaux les mieux indiqués.

- Deuxièmement, il faut également souligner qu'au plan historique, des organisations similaires avec des contenus plus limités, ont existé en Côte d'Ivoire et ont connu quelques succès. Il s'agit notamment du cas des "**agents de santé communautaires**", le "**comité de lutte contre la drogue**", le "**comité départemental de la mobilisation sociale**", le "**comité de lutte contre le SIDA**".

Tels sont les fondements de la suggestion de l'A.D.S. dans le cadre de l'approche stratégique de collaboration entre la médecine africaine et la médecine officielle.

A la suite de cette seconde perspective, arrive la troisième qui en est la dernière. Il s'agit de la perspective fondée sur la recherche et l'enseignement.

C - La stratégie fondée sur l'enseignement et la recherche

1 - Identification

Objectifs

Cette perspective de la stratégie comprend deux volets ; l'enseignement et la recherche scientifique.

L'objectif principal visé est de susciter des motivations et des vocations dans les domaines de l'anthropologie de la santé et des études ethno-botaniques.

2 - Structures de fonctionnement

Dans le domaine de l'enseignement, il importe de signaler que nous avons déjà la faculté de pharmacie, la faculté de médecine, l'école des infirmiers et infirmières, l'école des sages-femmes, et l'Institut d'Ethno-sociologie. Les catégories sociales concernées ici sont les Etudiants en médecine, en pharmacie, en sociologie, les élèves infirmiers, infirmières et sages-femmes. A présent, les programmes d'enseignement de ces différentes institutions restent essentiellement centrés sur les sciences biologiques, mais comportent des chapitres sommaires relatifs à l'ethno-médecine.

En revanche, ces chapitres méritent d'être étoffés davantage.

De plus, la stratégie préconise que dans le cadre de l'enseignement de l'anthropologie et de la sociologie, une filière de spécialisation soit instituée au département de l'Institut d'Ethno-sociologie.

- Dans le domaine de la recherche, l'institution nationale qui fait autorité dans le champ particulier des études ethno-botaniques est le Centre National de Floristique (C.N.F.).

Nous rappelons qu'il a permis de faire le recensement de plusieurs plantes médicinales et des recettes médicamenteuses énormes. Les unités sociales impliquées dans ce cadre particulier sont les guérisseurs et les accoucheuses traditionnelles.

Ici encore, en dépit des résultats appréciables fournis par le C.N.F., il est à signaler que le domaine du second volet de la médecine africaine demeure officiellement inexploré en matière de recherches scientifiques.. Il s'agit de l'aspect magico-religieux ou symbolique.

En effet, à l'instar des activités de recherche du "Centre National de Floristique" sur les plantes curatives, La stratégie de collaboration envisage dans cette même perspective, la création d'un "Centre National de Symbolique" (C.N.S.) qui prendra pour objet d'étude, le volet parapsychologique de cette médecine. Car la médecine africaine n'est pas faite que de plantes curatives. La symbolique y joue une fonction déterminante. C'est le domaine spécifique de l'extrasensoriel qui se traduit concrètement par les phénomènes de la clairaudience, la clairvoyance, et le magnétisme (1). Ainsi donc, les catégories sociales particulières impliquées dans cette perspective sont les guérisseurs médiums doués.

(1) : Cf. le chapitre de la "Médecine africaine et la parapsychologie" P..499

Au delà de cet aspect scientifique de la recherche, il est aussi suggéré dans ce contexte, d'orienter cette recherche sur son aspect clinique. C'est le cas par exemple de l'échange de patients entre guérisseurs et médecins d'hôpitaux en fonction de la mise en évidence des domaines de spécialité de ces guérisseurs.

Partant, c'est en rapport avec ces diverses orientations que les formes de collaboration vont être mentionnées dans le cadre de la recherche et de l'enseignement.

3 - Formes de collaboration dans le cadre de l'enseignement et de la Recherche

Les formes de collaboration dans ce contexte relèvent de deux ordres. Elles sont d'ordre pédagogique et d'ordre technique.

a) La forme pédagogique

Elle se circonscrit dans le cadre de l'enseignement de l'ethno-médecine dans les départements universitaires de médecine, de sociologie et de pharmacie d'une part, puis dans les écoles d'infirmiers, infirmières et sages-femmes d'autre part. Et ce, en vue de pérenniser ce cadre institutionnel de la collaboration.

b) La forme technique

Elle se découvre ici dans la mesure où l'approche stratégique de collaboration se réfère au principe d'échange de patients entre médecins d'hôpitaux et guérisseurs doués dans la perspective clinique de la recherche.

A un second niveau, cette forme technique de la collaboration s'aperçoit en ce sens que le C.N.F. et le C.N.S. envisagé, constituent des lieux d'expérimentation ou de laboratoires de recherche à partir des données de la médecine africaine.

A la suite de cette mise au point des différentes formes de collaboration, comment peut-on justifier cette perspective de la stratégie fondée sur l'enseignement et la recherche ?

4 - Justification de la stratégie liée à l'enseignement et à la recherche

Les deux formes habituelles (théorique et historique) de justification sont encore à retenir au sein de cette dernière approche.

a) La justification d'ordre théorique

Nous devons en premier lieu, nous référer à la théorie moyenne n°1 des "acquis théoriques".

Celle-ci postule que la marginalisation de la médecine africaine, liée à l'implantation de la médecine européenne, apparaît comme un phénomène révélateur de déséquilibre structurel du système de santé, et comme une source potentielle génératrice de troubles d'ordre affectif dans le processus des mutations sociales au sein des sociétés africaines.

La thèse de collaboration à caractère préventif invite donc à réfléchir à fond sur la question de la "récupération" de la médecine africaine, écartée du système des soins de santé en Côte d'Ivoire.

En effet, nous pensons que l'enseignement et la recherche représentent des cadres institutionnels privilégiés de cette "récupération".

En second lieu, en référence à la troisième théorie des "acquis théoriques" nous nous rendons compte que dans la dynamique sociale en cours, les plantes médicinales tendent à disparaître progressivement, tandis que l'aspect magico-religieux de cette médecine se réactualise perpétuellement grâce à sa capacité de réadaptation constante.

Aussi, pensons-nous que le recours à la recherche fondée sur les études ethno-botaniques permettront de découvrir et donc de préserver certaines plantes à vertu curative plus efficiente et plus riche que d'autres. Du côté de l'aspect magico-religieux, il s'agira de repérer les règles de fonctionnement de la constance de cette variable, afin de la maîtriser à travers le processus des mutations au bénéfice de l'ethno-psychiatrie.

La question est maintenant de savoir si du côté des guérisseurs ou médiums doués, cette approche de la stratégie présente des chances de réussite. C'est la justification d'ordre historique.

b) La justification d'ordre historique

Face à cette interrogation qui précède, nous pouvons affirmer qu'au plan ethno-botanique, le problème ne se pose nullement parce que, le C.N.F. ouvert depuis 1973 à cet effet, dispose à présent de résultats concrets.

En revanche, c'est au niveau de la recherche sur la symbolique et l'aspect clinique de la collaboration que la résistance persiste encore.

Néanmoins, nous pouvons également avancer qu'il y existe tout de même des indicateurs manifestes de succès de cette perspective stratégique. De fait, nous avons connu dans l'histoire des rapports entre la médecine africaine et la médecine européenne en Côte d'Ivoire, le

cas particulier d'échanges de patients entre le prophète Albert ATCHO de Bregbo (localité de Bingerville) et l'hôpital psychiatrique de Bingerville. Nous estimons donc qu'il existe encore des individualités semblables dont la bonne volonté permettra de déboucher progressivement sur un véritable cadre institutionnel de recherche sur la symbolique et d'échanges de patients. D'autre part, nous devons souligner également que les projets de création de cabinets de guérisseurs constituent des indicateurs pertinents de succès de la collaboration au plan clinique (1).

En résumé, au chapitre des perspectives stratégiques de collaboration entre la médecine africaine et la médecine officielle en Côte d'Ivoire, nous retenons au total, trois cadres institutionnels de cette collaboration. Ce sont ; l'institutionnalisation des "Journées Médicales Régionales", l'"Animation pour le Développement Sanitaire", puis la "Recherche Scientifique et l'Enseignement". De fait, en raison de la diversité des acteurs sociaux impliqués dans ce processus de collaboration, nous débouchons sur des formes très variables de la collaboration. Elles se situent respectivement au plan culturel, financier, éducationnel, pédagogique, et technique ; c'est ce que mentionne le tableau n°41 qui suit.

Tel est le produit final attendu de ce projet de recherche. Ainsi pour terminer, il appartient à la conclusion générale de montrer les grandes lignes de l'ensemble des résultats obtenus.

(1) : cf. le cas de l'Association des guérisseurs du village de GBALOHO à la page 215.

CADRES INSTITUTIONNELS DE LA COLLABORATION	STRUCTURES DE COLLABORATION	FORMES DE COLLABORATION	POPULATIONS-CIBLES
1 - Institutionnalisation de "Journées Médicales Régionales" (J.M.R.)	géo-communautaire	<ul style="list-style-type: none"> - financière - culturelle 	Toutes les catégories sociales de la population
2 "Animation pour le Développement Sanitaire" (A.D.S.)	<ul style="list-style-type: none"> - Animation Régionale - Education Sanitaire 	- éducationnelle	Animation par objectifs : <ul style="list-style-type: none"> - <u>Santé publique</u> : professionnel de la santé et population (profane) - <u>S.S.P.</u> : Population (profane) - <u>Médecine Africaine</u> : guérisseurs et population (profane).
3 - Enseignement	<ul style="list-style-type: none"> - Faculté de Pharmacie - Faculté de médecine - Ecoles des infirmiers(ière) - Ecole des sages-femmes - Institut d'ethno-sociologie 	- Pédagogique	<ul style="list-style-type: none"> - Etudiants en pharmacie - Etudiants en médecine - Elèves infirmiers - Elèves sages-femmes - Etudiants en anthropologie de la santé
4 - Recherche Scientifique	<ul style="list-style-type: none"> - Centre National de Floristique (C.N.F.) - Centre National de Symbolique (C.N.S.) 	- Technique	<ul style="list-style-type: none"> - Guérisseurs - accoucheuses traditionnelles - pharmaciens - botanistes - médecins - médiums doués

CONCLUSION GENERALE

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

CONCLUSION GENERALE

Le système de santé en Côte d'Ivoire donne de plus en plus matière à réflexion dans l'état actuel des choses. Car à observer de près, nous y découvrons un ensemble de phénomènes qui s'apparente à une anarchie ou du moins, à un véritable désordre institutionnel.

D'une part, il s'agit de l'envahissement des zones urbaines et rurales par la commercialisation de produits pharmaceutiques divers, l'apparition d'une gamme variée de produits médicamenteux soutenue par une publicité tapageuse, l'impact assez considérable d'une médecine traditionnelle allogène, puis la prolifération sans cesse croissante des infirmeries privées clandestines et l'émergence d'une diversité de formes de déviations médicales.

D'autre part, nous constatons dans ce même domaine de la santé, une sorte de dégénérescence de la forme organique de la médecine originelle africaine ; dégénérescence qui s'exprime en termes de multiplication et d'extension des marchés des plantes médicinales locales, de la progression constante du charlatanisme, de l'avènement multi-forme d'une tradition médicale à caractère synchrétique ...

Au regard de cet ensemble de phénomènes sociaux divers parallèle au système officiel de santé en Côte d'Ivoire, nous en déduisons logiquement que ce système officiel sanitaire est le fait d'une incohérence et d'un déséquilibre structurel dans son modèle de fonctionnement, Déséquilibre qui se trouve lié au phénomène de "l'interférence culturelle" au plan de la santé.

C'est ce diagnostic de situation qui nous conduit à circonscrire la problématique générale de l'étude sur la nature des rapports entre SOCIETE-MEDICATION et CULTURE en COTE D'IVOIRE.

Aussi, avec le souci d'une maîtrise de cette problématique centrale, avons-nous trouvé nécessaire de dégager trois questions particulières qui sont les suivantes :

1°) A quel niveau précis de son fonctionnement se situent les lois de contradictions réelles du système national de santé pour que naissent spontanément des structures parallèles complexes, devenues de plus en plus coercitives pour la grande majorité de la population ?

2°) Au plan socio-culturel, quelles sont les données fondamentales invariantes qui contribuent à maintenir la médecine traditionnelle africaine à travers le processus des mutations sociales ?

3°) Dans quelle mesure et dans quelles conditions le système sanitaire ivoirien peut-il être remis en équilibre ?

En effet, à partir d'une recherche d'éléments objectifs de réponse à cet ensemble d'interrogations, nous aboutissons à la formulation de la thèse suivante :

"un système de santé efficace, c'est-à-dire cohérent et accessible à toutes les catégories sociales d'une population, est celui qui s'articule perpétuellement sur les données objectives spécifiques d'ordre écologique, géographique, socio-économique, démographique et culturel à travers la dynamique sociale"

Ainsi pour montrer la validité de cette thèse fondamentale, trois hypothèses opérationnelles de recherche ont-elles été mises à l'épreuve.

La première hypothèse postule que la naissance et l'impact des composantes du secteur informel sanitaire découlent de l'inadaptation des structures organisationnelles du système national de santé au cadre socio-culturel des populations.

Cette hypothèse sous-entend le rapport de contradiction entre Médication et Société.

La deuxième hypothèse énonce que la résistance de la médecine africaine à travers la dynamique socio-culturelle se trouve liée

à la capacité de réadaptation de la variable symbolique (l'aspect magico-religieux) de cette médecine face au processus d'acculturation accéléré.

Cette hypothèse suppose la dialectique des rapports entre Culture et Médication.

La troisième hypothèse avance que la collaboration entre la médecine originelle de tradition africaine et la médecine européenne constitue une solution efficace d'équilibre et de stabilité du système sanitaire national.

Cette dernière hypothèse entrevoit donc une convergence des données : SOCIETE-MEDICATION-CULTURE comme une solution efficace à la question d'interférence culturelle au plan de la santé.

Le champ d'investigation pour le contrôle de ces différentes hypothèses s'est constitué en deux volets :

1°) Le recours aux cadres de référence géo-organisationnel, culturel et socio-économique à travers lesquels le système national de santé en Côte d'Ivoire se déploie en vue de répondre aux besoins de santé de la population ; c'est le champ épistémique de vérification de l'hypothèse de la contradiction des rapports : Médication - Société.

2°) Le choix de deux communautés ethniques distinctes au plan écologique et religieux. Ce sont :

- la zone de savane de Korhogo au Nord en pays sénoufo avec une prédominance de la religion musulmane ;

- la zone de forêt d'Alépé au Sud en pays Akié avec une prépondérance de la religion chrétienne.

C'est ici le champ épistémique de vérification de l'hypothèse de la dialectique des rapports : Médication - Culture

Pour ce faire, les méthodes utilisées pour le contrôle des hypothèses sont respectivement :

1°) la description statistique dans le cas de la première hypothèse : "contradictions des rapports : Médication - Société".

2°) La méthode comparative en ce qui concerne la seconde hypothèse : "dialectique des rapports : Médication-Culture". C'est la méthode expérimentale indirecte en sciences sociales.

Aussi, la méthode structurale, la méthode dialectique et la méthode ethno-psychanalytique ont-elles été les supports théoriques explicatifs. Les différentes hypothèses élaborées se trouvent ainsi donc vérifiées.

En conséquence, par rapport à cette orientation épistémologique qui précède, il découle de l'ensemble de ces travaux les acquis théoriques suivants :

1°) La marginalisation de la médecine africaine, liée à l'institutionnalisation de la médecine européenne dans les sociétés africaines se révèle, d'abord comme une source plausible d'incohérence et de déséquilibre structurel au plan du système sanitaire, et ensuite comme un facteur pertinent, générateur potentiel de diverses perturbations d'ordre mental et spirituel. C'est ce qui explique en fait, l'émergence des catégories sanitaires informelles qui, en tant que matrices d'attente, trouvent leurs succès auprès de la population pour leurs diverses fonctions latentes d'ordre géographique, socio-économique et psychothérapique. Cet ensemble de catégories informelles constituent ainsi le secteur informel de la santé dont les éléments indicateurs sont entre autres : la " médecine nomadiste ", la " pharmacie ambulante ", la " médecine publicitaire " et les " déviations médicales ".

2°) La dynamique culturelle apparaît comme une donnée variable à travers le temps et l'espace. Elle ne présente nullement un caractère univoque et linéaire entre deux types de société. Au niveau des communautés ethniques d'étude, c'est ce qui explique le processus acculturatif beaucoup plus accentué en pays AKIE au Sud, contrairement au pays SENOUFO au Nord où la dynamique sociale apparaît relativement plus lente. De fait, les variables essentielles qui mettent cette dynamique sociale en mouvement sont d'ordre écologique, socio-économique, éducationnel, technologique et religieux. Sauf la variable urbanistique fait la

différence dans la dynamique socio-culturelle entre les deux localités.

Elle reste déterminante dans la région de forêt au Sud, mais quasi absente dans la région de savane au Nord.

3°) Quelle que soit la spécificité de l'environnement écologique (zone de savane ou zone de forêt) des sociétés africaines, et quel que soit le niveau d'acculturation atteint par ces sociétés, le processus dynamique au plan de la médecine africaine se trouve beaucoup plus marqué au niveau de la composante physique (plantes médicinales) qu'au niveau de la composante symbolique ou magico-religieuse. Ceci se traduit par la dégradation continue de l'environnement écologique et donc par la disparition progressive des plantes médicinales du fait des facteurs socio-économiques (extension des cultures pérennes) et climatologiques, pendant que l'aspect magico-religieux de cette médecine africaine reste la variable invariante dans un processus dynamique de réactualisation constante ...

Somme toute, il ressort de ces données théoriques que la validité de la thèse fondamentale reste établie. En revanche, les perspectives de recherche de solutions fiables et durables à la question du déséquilibre structurel du système de santé et à la prévention des perturbations psycho-sociologiques des populations locales dans le processus acculturatif, ne sauraient exclure de façon systématique, les voies d'approche de la sociologie et de l'anthropologie de la santé.

- L'investigation sociologique ici s'impose en vue de remédier aux différentes barrières d'ordre culturel, géo-organisationnel et socio-économique ;

- L'investigation anthropologique est nécessaire afin d'apporter une contribution à la recherche des moyens de lutte contre les phénomènes de la psychopathologie.

Au fond, ce sont ces deux principales préoccupations qui justifient et fondent le projet de collaboration entre la médecine africaine et la médecine officielle en Côte d'Ivoire à travers cette présente étude.

Mais la "collaboration" en tant que perspective stratégique se définit d'abord comme une approche de recherche de perfectionnement de la Médecine Humaine en général, et ensuite comme la recherche d'un ensemble de cadres institutionnels ~~de~~ de coordination entre les deux modèles de médecine (africain et européen).

De ce point de vue et en rapport avec les acquis théoriques circonscrits, nous avons abouti à l'élaboration d'une approche stratégique fondée sur trois structures opératoires. Il s'agit notamment de :

1°) L'institutionnalisation des journées Médicales Régionales
(J.M.R)

Cette première perspective de la stratégie avec son ambition essentielle de "décentralisation des centres de décision" des questions relatives à la santé, avec ses objectifs spécifiques "d'autoresponsabilité" et de "participation active" des populations locales aux décisions et actions sanitaires, constitue le premier cadre institutionnel à l'intérieur duquel le système de santé va rechercher des éléments de réponse face aux lacunes sociologiques engendrées.

2°) L'instauration de l'Animation pour le Développement Sanitaire (A.D.S) par Direction Régionale

Cette seconde perspective de la stratégie, avec son principe fondamental de "sensibilisation" et "d'éducation pour la santé" auprès des guérisseurs doués, du personnel médical et para-médical, et de la population globale, vise à dynamiser perpétuellement le système des soins de santé en jouant sur les facteurs de motivation et sur les pôles d'ouverture endogènes des traditions et coutumes liées à la santé de l'ensemble social face au changement socio-culturel en cours.

3°) Le renforcement des programmes d'enseignement et de la recherche en sociologie et en anthropologie médicales puis en ethno-botanique

Cette dernière perspective stratégique constitue le cadre institutionnel privilégié de la "réactualisation permanente

des théories et méthodes de la collaboration". Car à travers la dynamique sociale constante au plan écologique et culturel, il ne saurait exister une stratégie de collaboration figée, immuable, valable partout et toujours.

Il appartient ainsi donc aux sciences biologiques et aux sciences sociales et humaines d'orienter dialectiquement le contenu de l'enseignement et des travaux de recherche en fonction de la priorité des enjeux qui se présentent à travers ce projet de collaboration.

En définitive, il importe de mentionner pour clore ces travaux, qu'un enseignement épistémologique est à souligner par rapport à cet ensemble de démarches.

Cet enseignement épistémologique est celui de retenir ceci :

- premièrement, le développement sanitaire dans les sociétés africaines ne peut être considéré comme l'apanage exclusif des sciences biologiques comme l'épidémiologie, la botanique, la physique, la pharmacologie, l'anatomie, la biochimie...
- deuxièmement, le développement sanitaire dans les sociétés africaines ne peut se réduire d'après les théoriciens des stratégies de développement, à la recherche systématique des données quantifiables tels que le ratio médecin-population, le niveau de consommation en protéines animales, l'augmentation du nombre des formations sanitaires, la réduction du taux de mortalité à la naissance...

Par conséquent, le développement sanitaire doit se définir comme un champ d'investigation où sciences biologiques, sciences sociales et humaines instaurent un nécessaire rapport de pluridisciplinarité complémentaire.

Car, la santé n'est pas seulement constituée que du biologique. Elle reste également liée aux attitudes et comportements humains régis par les normes sociales, le psychisme et la culture globale. Qui dit santé, dit donc : société, psychisme et culture. A cet effet, le recours à l'anthropologie et à la sociologie médicales en tant que sciences de l'homme et sciences auxiliaires dans la problématique de la rédynamisation du système sanitaire en Afrique apparaît comme une méthodologie incontournable.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

TABLE DES MATIERES

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

TABLE DES MATIERES

	<u>Pages</u>
Sommaire.....	1
Avant-Propos	6
Introduction Générale.....	9
<u>I - APPROCHE THEORIQUE DE LA THESE</u>	10
A. Le champ de référence	10
B. L'état de la question.....	12
1 - La perspective bio-chimique : l'hypothèse de l'Etat	12
2 - Les perspectives ethno-sociologiques	13
a - La perspective ethnologique : l'hypothèse de KERHARO (J) et BOUQUET (A)	13
b - La perspective ethno-psychiatrique : l'hypothèse de LAPLANTINE (F)	14
c - La perspective anthropologique : l'hypothèse de HOUPHOUET KOFFI (H)	14
3 - Limites des travaux antérieurs	15
C. L'originalité de l'étude	17
1 - La problématique	17
a - Les questions centrales	19
b - Les questions particulières	19
2 - La thèse.....	20
3 - Les hypothèses de recherche	20
a - L'hypothèse conceptuelle	20
b - Les hypothèses opérationnelles	21
4 - Les objectifs de l'étude	22
a - Les objectifs généraux.	22
b - Les objectifs spécifiques.....	22
D. Intérêt de l'étude	25
1 - Au plan politico-économique.....	25
2 - Au plan de la connaissance scientifique...	26

II - <u>APPROCHE METHODOLOGIQUE DE LA THESE</u>	28
A. <u>LES ETAPES DE L'ECHANTILLONNAGE</u>	28
1 - La délimitation du champ d'étude	29
2 - Le choix des localités	30
3 - La population d'enquête	35
a- Le corps médical et para-médical	35
b- Les guérisseurs	36
c- La population (profane)	36
d- La population du secteur informel de la santé	37
4 - Le taux de sondage	37
a- Au niveau du personnel médical et para-médical	38
b- Au niveau des guérisseurs	39
c- Au niveau de la population profane	40
d- Au niveau de la population du secteur informel	40
B. <u>FONDEMENTS ET PERTINENCE DU CHOIX DES VARIABLES ET ECHANTILLONS</u>	41
1 - Variable "écologie" et échantillon spatial	41
2 - Variable "religion" et échantillon ethnologique	42
3 - Variable "institution médicale" et échantillon sociologique	42
C. <u>LES TECHNIQUES DE COLLECTE DES DONNEES</u>	44
1 - Les techniques monographiques	44
2 - Le guide d'entretien	46

	<u>Pages</u>
3 - La méthode d'observation directe	47
4 - L'iconographie	47
D - <u>L'ANALYSE DES DONNEES</u>	48
1 - La méthode structurale	48
2 - La méthode comparative	49
3 - La méthode dialectique	50
4 - La méthode ethno-psychanalytique	52
E - <u>LES DIFFICULTES ET LIMITES DE L'ETUDE</u>	53
F - <u>INDICATION DU PLAN D'ANALYSE</u>	54
<u>PREMIERE PARTIE : LE SYSTEME DE SANTE EN COTE</u> <u>D'IVOIRE : SON MODE DE FONCTION-</u> <u>NEMENT ET SA LOGIQUE DE CONTRA-</u> <u>DICTIONS</u>	55
<u>CHAPITRE 1 : LE PROCESSUS D'ORGANISATION DU SYSTEME</u> <u>DE SANTE EN COTE D'IVOIRE</u>	56
I - <u>LA MEDECINE EUROPEENNE PENDANT LA PERIODE</u> <u>PRECOLONIALE</u>	57
II - <u>LA MEDECINE EUROPEENNE PENDANT LA PERIODE</u> <u>COLONIALE</u>	60
A - <u>ENTRE 1893 et 1908 : LA PHASE DE LA MEDECINE</u> <u>MILITAIRE</u>	61
B - <u>ENTRE 1908 et 1928 : LA PHASE DE LA MEDECINE</u> <u>CIVILE EUROPEENNE</u>	63
1 - Le personnel médical et para-médical ...	63
2 - Les infrastructures sanitaires	64

	<u>Pages</u>
C - <u>ENTRE 1928 et 1960 : LA PHASE DE LA MEDECINE DES ELITES AFRICAINES</u>	65
III - <u>LA MEDECINE EUROPEENNE DEPUIS L'INDEPENDANCE POLITIQUE</u>	67
A - <u>LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE</u>	68
1.- Les objectifs sanitaires	68
a) La décennie de 1960 à 1970	69
b) La décennie de 1970 à 1980	71
c) La décennie de 1980 à 1990	71
2 - Les programmes d'activités	76
a) Les rencontres périodiques	76
b) L'éducation pour la santé	79
c) Les services de sécurité sociale..	82
d) La recherche médicale	87
e) Le budget du Ministère de la santé	90
3 - Les actions complémentaires des O.N.G...	93
a) les dons	94
b) Les prestations de services	94
c) L'action médico-sociale des Institutions Spécialisées	96
d) L'intervention des organes de l'ONU	98
B - <u>L'ORGANISATION DU PATRIMOINE HOSPITALIER</u>	100
1 - Les hôpitaux	101
a) Les C H U	101
b) Les C H R	102
c) Les hôpitaux de 1ère catégorie(H1).	103
d) Les hôpitaux de 2ème catégorie(H2).	103
2 - Les bases de secteur de santé rurale ...	104

	<u>Pages</u>
3 - Les Institutions Spécialisées	109
a) L'Institut National de Santé Publique	109
b) L'Institut Pasteur	110
c) L'Institut de Cardiologie	110
d) Le Centre de Transfusion Sanguine	110
4 - Le domaine de la médecine privée	111
a) Les complexes confessionnels	111
b) Les infirmeries privées	112
c) les cabinets médicaux	113
d) Les cliniques privées	113
C - <u>LA FORMATION DU PERSONNEL MEDICAL ET PARA-MEDICAL</u>	115
1 - Les médecins	115
2 - Les pharmaciens	117
3 - Les infirmiers(ières) et sages-femmes ...	118
D - <u>LES CIRCUITS DE DISTRIBUTION DES MEDICAMENTS</u>	121
1 - Le circuit public	122
2 - Le circuit privé	122
a) Les sociétés privés de ravi- taillement	122
b) L'industrie pharmaceutique locale	124
<u>CHAPITRE 2 : LE SYSTEME DE SANTE EN COTE D'IVOIRE ET SA LOGIQUE DE CONTRADICTIONS</u>	126
I - <u>LA CONTRADICTION AVEC LA LOGIQUE CULTURELLE</u>	126

	<u>Pages</u>
A - <u>L'EVOLUTION CONCEPTUELLE DE LA MEDECINE</u>	
<u>AFRICAIN EN AFRIQUE</u>	127
1 - La médecine africaine en tant qu'institution sociale légitime	129
a) La première phase	129
b) La deuxième phase	130
2 - Le statut d'illégalité totale de la médecine africaine (1940-1970)	133
3 - Le caractère mitigé du statut de la médecine africaine (1970-1990)	134
B - <u>L'EVOLUTION CONCEPTUELLE DE LA MEDECINE</u>	
<u>AFRICAIN EN COTE D'IVOIRE</u>	137
II - <u>LA CONTRADICTION AVEC LA LOGIQUE GEO-ORGANI-</u>	
<u>SATIONNELLE</u>	142
A - <u>PRESENTATION DES STRUCTURES SANITAIRES DE</u>	
<u>POINTE DE LA MEDECINE HOSPITALIERE</u>	144
1 - Les C H U de la région sanitaire du Sud-Est	144
a) Le C H U de Cocody	144
b) Le C H U de Treichville	146
c) Le C H U de Yopougon	148
d) Le rapport santé-population dans la Direction Régionale sanitaire du Sud-Est	152
2 - La région sanitaire de l'Est (Abengourou)	154
a) Présentation du C H R de la région sanitaire de l'Est	155
b) Le rapport santé-population dans la région de l'Est (Abengourou)...	156

	<u>Pages</u>
3 - La région sanitaire du Centre-Nord (Bouaké)	158
a) Présentation du C H R du Centre- Nord	158
b) Le rapport santé-population dans la région du Centre-Nord(Bouaké)..	160
4 - La région sanitaire du Centre-Ouest (Daloa)	162
a) Présentation du C H R du Centre- Ouest	162
b) Le rapport santé-population dans la région du Centre-Ouest(Daloa)....	164
5 - La région sanitaire du Sud-Ouest (Divo)	166
a) Présentation du C H R du Sud- Ouest	166
b) Le rapport santé-population dans la région du Sud-Ouest (Divo)	168
6 - La région sanitaire du Nord (Korhogo)...	169
a) Présentation du C H R de la région sanitaire du Nord	169
b) Le rapport santé-population dans la région sanitaire du Nord (Korhogo)	171
7 - La région sanitaire de l'Ouest (Man) ...	173
a) Présentation du C H R de la région sanitaire de l'Ouest	173
b) Le rapport santé-population dans la région sanitaire de l'Ouest(Man)..	175
8 - La région sanitaire du Centre-Sud (Yamoussoukro)	177
a) Présentation du C H R de la région sanitaire du Centre-Sud ...	177
b) Le rapport santé-population dans la région sanitaire du Centre- Sud (Yamoussoukro)	179

	<u>Pages</u>
B - <u>LA LOGIQUE DE CONTRADICTION DU SYSTEME DE SANTE AU PLAN GEO-ORGANISATIONNEL</u>	181
1 - Au niveau local	181
2 - Au niveau national	182
III - <u>LA CONTRADICTION AVEC LA LOGIQUE SOCIO-ECONOMIQUE</u>	186
A - <u>L'AUGMENTATION DES FRAIS D'HOSPITALISATION</u>....	186
1 - La première étape : de 1970 à 1977	186
2 - La deuxième étape : de 1977 à 1986	186
3 - La troisième étape : de 1987 à 1990	187
4 - La quatrième étape : en cours à partir du 30/10/1990	188
B - <u>LA PROGRESSION DU TARIF DES EXAMENS CLINIQUES DE LABORATOIRE</u>	189
1 - 1ère période : 1985 - 1986	190
a) Le service de Biochimie	190
b) Le service de Parasitologie	191
c) Le service de Bactériologie	192
2 - 2ème période : tarifs en cours depuis 1987	194
a) Examens parasitologiques	194
b) Examens bactériologiques	196
C - <u>LA POLITIQUE SOCIO-ECONOMIQUE DE L'ETAT EN MATIERE DE MEDICAMENTS</u>	199

	<u>Pages</u>
<u>CHAPITRE 3 : LES IMPLICATIONS SOCIO-CULTURELLES</u>	
<u>DES LOIS DE CONTRADICTIONS DU SYSTEME</u>	
<u>DE SANTE EN COTE D'IVOIRE</u>	204
I - <u>L'IMPLICATION CULTURELLE : LA DIALECTIQUE DES</u>	
<u>RAPPORTS ENTRE LA MEDECINE AFRICAINE ET LA</u>	
<u>MEDECINE OFFICIELLE</u>	205
A - <u>LA PREMIERE ETAPE</u>	206
B - <u>LA DEUXIEME ETAPE</u>	207
C - <u>LA TROISIEME ETAPE</u>	213
II - <u>L'IMPLICATION SOCIO-ECONOMIQUE : LA FORMATION</u>	
<u>DES COMPOSANTES DU SECTEUR INFORMEL DE LA</u>	
<u>SANTE</u>	218
A - <u>LA MEDECINE NOMADISTE</u>	220
1 - Identification	220
2 - Originalité et facteurs déterminants ...	221
3 - Impact de la médecine nomadiste	227
4 - Fondements de l'impact de la médecine nomadiste.	229
B - <u>LA PHARMACIE AMBULANTE</u>	231
1 - Caractéristiques générales	232
2 - Origines et circuit d'écoulement	233
3 - Impact et validité des produits	241
a) validité des médicaments	242
b) Impact des produits	244
4 - Fondements de l'impact de la pharmacie ambulante.....	247

	<u>Pages</u>
C - <u>LA MEDECINE PUBLICITAIRE</u>	249
1 - Identification	249
2 - Origine et spécificité	252
3 - Efficacité et impact de la médecine publicitaire	254
III - <u>L'IMPLICATION PSYCHO-SOCIOLOGIQUE :</u> <u>L'EMERGENCE DES DEVIATIONS MEDICALES</u>	257
A - <u>LE CHARLATANISME</u>	258
B - <u>LES PERVERSIONS MEDICALES DIVERSES</u>	262
1 - Perversions médicales et avortements provoqués	262
2 - Perversions médicales et états morbides	263
<u>CONCLUSION PARTIELLE</u>	264
<u>DEUXIEME PARTIE : LA MEDECINE AFRICAINE DANS LE</u> <u>PROCESSUS DES MUTATIONS SOCIO-</u> <u>CULTURELLES EN COTE D'IVOIRE</u>	267
<u>CHAPITRE 4 : LES FACTEURS DETERMINANTS DE LA</u> <u>SANTE ET DE LA MEDECINE AFRICAINE</u>	268
I - <u>LES DONNEES OBJECTIVES DE LA MEDECINE</u> <u>AFRICAINNE</u>	269

	<u>Pages</u>
A - <u>LA ZONE DE FORET EN PAYS AKIE</u>	269
1 - Situation géo-physique et économique du champ d'investigation.....	269
a) Localisation et aspects physiques...	269
b) Activités économiques	271
2 - Système d'organisation sociale de la population	272
a) Le système de parenté ou "WO"	273
b) La structure des classes d'âge ou "Bié"	276
3 - Le domaine de la croyance religieuse ...	279
4 - La dynamique des données objectives de la médecine africaine en pays Akié...	281
a) La dynamique au plan écologique...	281
b) La dynamique au plan socio- culturel	282
c) La dynamique au plan religieux ...	283
d) La dynamique au plan éducationnel.	283
B - <u>LA ZONE DE SAVANE EN PAYS SENOUFU DE KORHOGO</u> .	284
1 - Situation géo-physique et économique du champ d'investigation	284
a) Localisation et aspects physiques.	284
b) Les activités économiques	287
2 - Organisation sociale de la population...	288
a) La parenté	288
b) Le village.....	291
c) Le Poro	292
3 - Le domaine de la croyance religieuse ...	294
4 - La dynamique des données objectives de la médecine africaine en pays sénoufo...	297

	<u>Pages</u>
a) La dynamique au plan religieux....	297
b) La dynamique au plan socio- culturel	297
c) La dynamique au plan écologique...	298
II - <u>LES DONNEES SUBJECTIVES DE LA MEDECINE</u>	
<u>AFRICAINNE</u>	299
A - <u>LA NOTION DE PERSONNE HUMAINE</u>	299
1 - Les principes vitaux de la personne humaine	300
2 - Le pouvoir ontologique de la personne humaine	304
B - <u>LA NOTION DE SANTE</u>	307
C - <u>LA NOTION DE MALADIE</u>	308
1 - Origines de la maladie	309
a) Au plan de la nature	309
b) Au plan de la croyance.....	310
c) Au plan des relations sociales....	310
2 - Processus de transmission de la maladie	312
3 - Etats de maladie et états de non- maladie	317
D - <u>LA NOTION DE MORT</u>	321
<u>CAPITRE 5 : LES PRATIQUES ORIGINALES DE LA MEDECINE</u>	
<u>AFRICAINNE</u>	326
I - <u>LA FORMATION DE LA MEDECINE AFRICAINE</u>	327

	<u>Pages</u>
A - <u>NAISSANCE DE LA SCIENCE MEDICALE</u>	327
1 - Les théories des origines de la "médecine primitive"	328
2 - Les dons	330
3 - Les conditions historiques	331
B - <u>TYPLOGIE DES PRATICIENS</u>	335
1 - Approche historique de la typologie	336
2 - Classification et présentation des praticiens	338
a) La classe des doués	339
b) La classe des non-doués	343
3 - Transmission du savoir	346
a) Conditions de la transmission.....	347
b) Modes de transmission	350
1°) L'initiation des profanes	350
2°) L'initiation complé- mentaire des doués.....	351
II - <u>LE MODE DE TRAITEMENT DE LA MEDECINE AFRICAINE..</u>	354
A - <u>LE DIAGNOSTIC</u>	354
1 - L'accueil du malade	355
2 - L'étiologie	356
a) Les maladies d'origine naturelle..	357
b) Les maladies psychiques liées au système de croyances.....	357
c) Les maladies psychosomatiques liées à la perturbation du système des relations sociales....	360

	<u>Pages</u>
3 - Le pronostic	361
B - <u>LE TRAITEMENT THERAPEUTIQUE</u>	364
1 - Les produits médicamenteux et les techniques médicales	364
a) Les produits médicamenteux	364
b) Les techniques médicales	367
2 - Les méthodes thérapeutiques psychiques et psychosomatiques	372
a) Les méthodes thérapeutiques psychiques	373
b) Les méthodes thérapeutiques psychosomatiques	375
c) Les méthodes thérapeutiques des maladies épidémiques	376
C - <u>LA PREVENTION</u>	380
1 - La prévention contre les maladies naturelles	380
2 - La prévention contre les maladies psychiques	381
3 - La prévention contre les maladies psychosomatiques	382
III - <u>LA MEDECINE AFRICAINE DANS LE PROCESSUS DES MUTATIONS SOCIALES</u>	384
A - <u>LA DYNAMIQUE DE LA MEDECINE AFRICAINE AU NIVEAU DE LA FORME</u>	384
1 - La dynamique au plan structurel	385

	<u>Pages</u>
2 - La dynamique au plan technique	386
a) Les instruments utilisés	386
b) La durée de l'initiation des médiums	388
c) L'effet de l'urbanisation	389
B - <u>LA DYNAMIQUE DE LA MEDECINE AFRICAINE AU NIVEAU DU CONTENU</u>	391
1 - La dynamique liée au facteur écologique.	391
a) La flore	391
b) La faune	392
2 - La dynamique liée au facteur religieux..	393
a) Les emprunts de la médecine africaine au plan des symboles....	394
b) L'expression de la résistance sociologique ou "déboires" de la médecine africaine	396
1°) La notion de mesure en médecine africaine	396
2°) Les modalités de l'initiation	397
<u>CHAPITRE 6 : LE SYMBOLISME OU L'UNIVERS INVARIANT DE LA MEDECINE AFRICAINE</u>	399
<u>I - LE DOMAINE DU SYMBOLISME EN MEDECINE AFRICAINE</u> ..	400
A - <u>DEFINITION</u>	400
B - <u>LES ELEMENTS DU SYMBOLISME</u>	400
1 - Les mythes	401
2 - Le statut du malade	402

	<u>Pages</u>
3 - Les rituels	405
a) Les éléments de support	405
b) Les rétributions	406
c) Les interdits	407
d) Les gestes	407
II - <u>LA MEDECINE AFRICAINE ET LE DOMAINE RELIGIEUX</u> ..	409
A - <u>GENERALITES</u>	409
B - <u>MEDECINE AFRICAINE ET RELIGION</u>	413
C - <u>MEDECINE AFRICAINE ET MARABOUTAGE</u>	414
1 - Fonction d'enseignant et de guide spirituel	415
2 - Fonction de thaumaturge	416
D - <u>MEDECINE AFRICAINE ET SPIRITISME</u>	418
III - <u>LA MEDECINE AFRICAINE ET LE DOMAINE DE LA MAGIE</u>	423
A - <u>LA MAGIE EN TANT QUE CONNAISSANCE</u>	423
B - <u>LA MAGIE EN TANT QUE TECHNIQUES</u>	427
1 - La sorcellerie	428
a) Caractéristiques générales	428
b) Médecine africaine et sorcellerie.	431

	<u>Pages</u>
2 - Le fétichisme	433
a) Définition et fonctions	433
b) Médecine africaine et fétichisme..	438
<u>CONCLUSION PARTIELLE</u>	440
<u>TROISIEME PARTIE : FONDEMENTS ET PERSPECTIVES DE COLLABORATION ENTRE LA MEDECINE AFRICAINNE ET LA MEDECINE OFFICIELLE</u>	443
<u>CHAPITRE 7 : FONDAMENT THERAPEUTIQUE DE LA COLLABORATION</u>	444
<u>I - LA PHYTOTHERAPIE : PREMIER ELEMENT D'EFFICACITE DE LA MEDECINE AFRICAINE</u>	445
A - <u>SITUATION DE LA RECHERCHE EN MATIERE DE PLANTES MEDICINALES</u>	447
B - <u>ECHANTILLON DE PLANTES MEDICINALES ET DE RECETTES MEDIMENTEUSES</u>	450
<u>II - LA PSYCHOTHERAPIE : DEUXIEME ELEMENT D'EFFICACITE DE LA MEDECINE AFRICAINE</u>	471
A - <u>LE DOMAINE DE LA PSYCHOTHERAPIE</u>	472
1 - La psychologie des profondeurs	472
a) La suggestion sous hypnose	472
b) La narco-analyse	473
c) Le rêve éveillé	473
2 - La psychanalyse	474
a) L'interrogatoire	474
b) L'abréaction	475

	<u>Pages</u>
3 - La médecine psychosomatique	476
a) Les tranquillisants	477
b) L'injection d'insuline	477
c) L'électrochoc	478
d) Les cures de sommeil	478
B - <u>LA MEDECINE AFRICAINE ET LA PSYCHOTHERAPIE</u> ...	479
1 - La théorie de l'efficacité symbolique ..	480
2 - L'efficacité symbolique et la médecine africaine	484
a) L'efficacité symbolique dans les pratiques de la médecine africaine	484
b) L'efficacité symbolique dans les rituels d'exorcisme	487
III - <u>LA PARAPSYCHOLOGIE : TROISIEME ELEMENT</u>	
<u>D'EFFICACITE DE LA MEDECINE AFRICAINE</u>	489
A - <u>DEFINITION ET PRINCIPES DE BASE</u>	489
B - <u>LA PARAPSYCHOLOGIE ET LA THEORIE</u> <u>DES QUANTAS</u>	496
C - <u>PARAPSYCHOLOGIE ET MEDECINE AFRICAINE</u>	499
1 - Le diagnostic	499
2 - Le traitement thérapeutique	506
a) Le désenvoûtement et l'exhumation d'objets maléfiques	506
b) Le magnétisme et la suggestion télépathique	512

	<u>Pages</u>
<u>CHAPITRE 8 : FONDEMENTS ANTHROPO-SOCIOLOGIQUES</u>	
<u>DE LA COLLABORATION</u>	518
<u>I - LA COLLABORATION COMME SOLUTION A LA LOGIQUE</u>	
<u>DES CONTRADICTIONS DU SYSTEME DE SANTE EN</u>	
<u>COTE D'IVOIRE</u>	518
<u>A - LE SENS DE LA COLLABORATION</u>	519
1. - Ce que n'est pas la collaboration	519
2 - Ce qu'est la collaboration	522
<u>B - LES CONDITIONS DE LA COLLABORATION</u>	525
1 - La question de terminologie	526
a) Le sens des concepts courants	526
1°) la collaboration	527
2°) la complémentarité	527
3°) l'intégration	528
4°) la promotion.....	529
5°) la réhabilitation	529
b) Les concepts courants et leurs implications	529
2 - La question de volonté politique	536
<u>II - LA COLLABORATION COMME CONTRIBUTION A LA</u>	
<u>RECHERCHE DE L'EQUILIBRE PSYCHO-SOCIOLO-</u>	
<u>GIQUE DANS LES SOCIETES AFRICAINES A</u>	
<u>TRAVERS LE PROCESSUS DES MUTATIONS SOCIO-</u>	
<u>CULTURELLES</u>	540
<u>A - LE SENS DE LA RECHERCHE DE L'EQUILIBRE PSYCHO-</u>	
<u>SOCIOLOGIQUE DANS LES SOCIETES AFRICAINES</u>	542

	<u>Pages</u>
1 - Ce que n'est pas la recherche de l'équilibre psycho-sociologique	542
2 - Ce qu'est la recherche de l'équilibre psycho-sociologique	544
B - <u>LA FONCTION PSYCHO-SOCIOLOGIQUE DE LA MEDECINE AFRICAINE : LA REGULATION SOCIALE</u> ...	545
<u>CHAPITRE 9 : IMPLICATIONS PRATIQUES DE LA THESE DE COLLABORATION</u>	549
I - <u>LES ACQUIS THEORIQUES DE L'ETUDE</u>	550
A - <u>LA THESE DE LA COLLABORATION</u>.....	550
1 - Les rapports avec la thèse de 3ème cycle de HOUPHOUET KOFFI	551
a) Les points communs	551
b) Les points de différence	552
2 - Les rapports avec la stratégie de la SPT/2000	552
a) La structure des SSP	553
b) Le contenu des SSP	554
c) Les points communs	554
1°) Au niveau de la structure..	554
2°) Au niveau des objectifs...	555
d) Les points de différence	556
B - <u>LES THEORIES MOYENNES DE L'ETUDE</u>	557
C - <u>LE SENS ET LE CONTENU DE LA COLLABORATION</u>	558
II - <u>LES PERSPECTIVES STRATEGIQUES DE LA COLLABORATION</u>	559

	<u>Pages</u>
A - <u>LA STRATEGIE FONDEE SUR L'INSTITUTIONNALI-</u> <u>SATION DES JOURNEES MEDICALES REGIONALES</u> <u>(J.M.R)</u>	559
1 - Identification des J.M.R.	560
a) Objectifs	560
b) Catégories sociales-cibles	560
c) Contenu	560
2 - Structures de fonctionnement des J.MR...	561
a) Les structures	561
b) Le fonctionnement	565
c) Les activités	566
3 - Formes de collaboration dans le cadre des Journées Médicales Régionales	566
a) La forme financière de la collaboration	566
b) La forme culturelle de la collaboration	567
4 - Justification du projet de l'institu- tionnalisation des Journées Médicales Régionales	569
a) L'explication d'ordre théorique...	569
b) L'explication d'ordre historique....	570
B - <u>LA STRATEGIE FONDEE SUR L'ANIMATION POUR LE</u> <u>DEVELOPPEMENT SANITAIRE (A.D.S.)</u>	571
1 - Identification	571
a) Objectifs	571
b) Contenu	572

	<u>Pages</u>
2 - Fonctionnement	573
3 - Forme de collaboration dans le cadre de l'A.D.S.	575
4 - Justification de la suggestion du principe de l'A.D.S.	575
a) La justification d'ordre théorique	575
b) La justification d'ordre historique.	576
C - <u>LA STRATEGIE FONDEE SUR L'ENSEIGNEMENT ET LA RECHERCHE</u>	577
1 - Identification	577
2 - Structures de fonctionnement	577
3 - Formes de collaboration dans le cadre de l'enseignement et de la recherche ...	579
a) La forme pédagogique	579
b) La forme technique	579
4 - Justification de la stratégie liée à l'enseignement et à la recherche	580
a) La justification d'ordre théorique	580
b) La justification d'ordre historique.	581
<u>CONCLUSION GENERALE</u>	584
TABLE DES MATIERES	593
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	617
PAGES ANNEXES	649
ANNEXE I : GUIDES D'ENTRETIEN	650
ANNEXE II : SANTE PUBLIQUE	656
ANNEXE III : MEDECINE AFRICAINE	664

	<u>Pages</u>
ANNEXE IV : LISTE DE BANDES DESSINEES	686
ANNEXE V : LISTE DE CARTES GEOGRAPHIQUES	688
ANNEXE VI : LISTE DE PHOTOS	690
ANNEXE VII : ECHANTILLON DE PLANTES MEDICINALES	692
ANNEXE VIII : REPORTAGES DE JOURNAUX	694
ANNEXE IX : TABLEAUX STATISTIQUES	696

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

I. COTE D'IVOIRE

Ouvrages

- AGGREY (A) : Code pénal.
Juris conseil, collection "codes et lois usuelles de Côte d'Ivoire".
Loi n° 81-640 du 31 janvier 1981, 123 P.
- BOURGOIN (H), GUILLAUME (P) : La Côte d'Ivoire.
Economie et société.
stock, Evreux, 1979, 334 P.
- CANGAH (G), EKANZA (S.P.) : La Côte d'Ivoire par les textes.
NEA, Abidjan, 1978, 237 P.
- GAUDIO (A) ET VAN ROEKE GHEM : Etonnante Côte d'Ivoire.
Karthala, Paris, 1984, 271 P.
- KELETIGUI (J.M.) : Le Sénoufo face au cosmos.
NEA, Abidjan-Dakar, 1978, 102 P.
- MINISTERE DE LA CONSTRUCTION ET DE DE L'URBANISME : ALEPE, étude d'urbanisme.
Direction de l'urbanisme,
sous-direction de la planification urbaine, Abidjan, 1987.
- ROUGERIE (G) : La Côte d'Ivoire.
PUF, collection "Que sais-je ?"
Vendôme, 1977, 128 P.

Revue et Journaux

- ANNUAIRE 1982-83 : Faculté de médecine.
CRES, Université d'Abidjan, 1983,
63 P.
- ANNUAIRE 1984-85 : Faculté de pharmacie.
CRES, Université d'Abidjan, 1985,
59 P.
- BOA KOUASSI (E) : Contrat d'assurance
SNEPPCI-SIDAM ;
L'adhérent est une victime.
in Ivoir'Soir du 25 septembre 1989,
P. 12.
- GBAGBO (L) : L'installation de l'administration
en Côte d'Ivoire (1899-1908).
in Godo-Godo, bulletin de
l'I.H.A.A.A. n° 6, Université
d'Abidjan, 1981, PP. 1-18.
- KEBE YACOUBA et AHUA (B) : L'événement - S.O.S. pour nos CHU -
TREICHVILLE : le cauchemar d'un
hôpital démuni.
in Fraternité-Matin du 21 août
1986, PP. 23-26.
- KOFFI (Michel) : Jean-Jacques BECHIO : "La mutuelle
ne disparaîtra pas !
in Ivoir'Soir du 30 novembre 1988,
P. 5.

- LEBRY (L. Francis) : Fraudes à la Mutuelle Générale des Fonctionnaires, de nombreux faussaires condamnés.
in Fraternité-Matin du 10 janvier 1989, PP. 2-3.
- LEBRY (L. F.) : Mutuelle Générale des Fonctionnaires - Mission accomplie pour l'expert du BIT.
in Fraternité-Matin du 8 mai 1990, PP. 2-3.
- MAMADOÛ Chérif : Impérialisme français et résistance Tépo dans le bas-Cavally.
in Godo-Godo, bulletin de l'I.H.A.A.A. n° 4, Université d'Abidjan, 1979, PP. 31-46.
- N'DRI DALLY (K) : A la une : Assurances.
in Fraternité Hebdo n° 1516 du 19 mai 1988, PP. 13-19.
- PAULME (D) : Première approche des Attié (Côte d'Ivoire).
in CEA Vol. VI, n° 21, 1966, PP. 86-120.
- PHILMON-THIERRY (O) : Paysans/mutuelles.
Création des groupements régionaux de mutualité d'assurance agricole.
in Fraternité-Hebdo n° 1523 du 7 juillet 1988, PP. 8-9.

TIONA (F) : Moyens et méthodes de l'histoire des Sénoufo : Appréciations critiques de l'oeuvre de Bohumil HOLAS - ethnologue des Sénoufo.
in Godo-Godo, bulletin de l'I.H.A.A.A. n° 4, Université d'Abidjan, 1979, PP. 122-134.

YAOUA KOUMAN (H) : L'événement ! Assurance - maladie pour tous.
Des soins de qualité pour chacun.
in Fraternité-Matin du 31 mars 1988, P. 27.

Thèses et mémoires

EBAGRIN (A.K.) : La Caisse Nationale de Prévoyance sociale : Etude du régime des accidents du travail à Abidjan.
Mémoire de maîtrise, I.E.S., Université d'Abidjan, 1983, 70 P.

SORO FATOUMATA : Une évolution du changement social : l'évolution des structures politiques Tiembara à Korhogo.
Mémoire de maîtrise, I.E.S., Université d'Abidjan, 1982, 46 P.

SORO TIORNA : Quelques aspects de la pensée des Sénoufo autour de la notion d'espace et du problème de la mort.
Mémoire de maîtrise, Poitiers, 1971.

YAPI BEDA : Le système matrimonial dans la société Akyé (Côte d'Ivoire).
Mémoire de maîtrise, I.E.S.,
Université d'Abidjan, 1985, 74 P.

II. GENERALITES

Ouvrages

- ALEXANDRE (D) : Au-delà de la science.
Farel, Anvers, 1978, 210 P.
- ALLAINES (Cl. d') : Histoire de la chirurgie.
PUF, collection "Que sais-je ?",
Paris, 1984, 125P.
- ARTELT (W) (E. HEISCHKEL) : Einführung in die Medizinhistorik.
F. Enke, Stuttgart, 1949 "Ossa
mandibulae inferioris duo".
Sudhoffs Arch 39 (1955) 3, 193-215.
- BASTIDE (R) : Sociologie des maladies mentales.
Flammarion, Bourges, 1977, 314 P.
- CHAUMETON (H), LAMAISON (JL) : Les plantes médicinales.
Solar, Paris, 1978, 63 P.
- COLLEYN (JP) : Eléments d'anthropologie sociale et
culturelle.
Editions de l'Université de
Bruxelles, Bruxelles, 1982, 192 P.

- COUSINS (N) : La volonté de guérir.
Seuil, Paris, 1980, 155 P.
- DACO (P) : Les prodigieuses victoires de la psychologie moderne.
Marabout, Verviers, 1985, 505 P.
- DACO (P) : Les triomphes de la psychanalyse : Du traitement psychologique à l'équilibre de la personnalité.
Marabout, Verviers, 1978, 441 P.
- DUCROT (H) et DUSSERREL (L) : L'informatique médicale.
PUF, collection "Que sais-je ?", Paris, 1985, 127 P.
- GROS (F), JACOB (F), ROYER (P) : Sciences de la vie et société.
La documentation française, Paris, 1979, 288 P.
- GUILLIEN (R) et VINCENT (J) : Lexique de termes juridiques.
Dalloz, Paris, 1978, 406 P.
- HERZLICH (Cl.) : Médecine, maladie et société.
Mouton, Paris, 1970, 318 P.
- LEPRINCE-RINGUET : Des atomes et des hommes.
Gallimard, tome 1, collection "idées", Paris 1969, 248 P.
- LEVI-STRAUSS (Cl.) : Anthropologie structurale.
Plon, Paris, 1965, 454 P.

- LICHTENTHAELER (Ch.) : Histoire de la médecine.
Fayard, Paris, 1978, 612 P.
- MAUSS (M) : Sociologie et anthropologie.
PUF, Paris, 1973, 482 P.
- RAYNAUT (Cl.) : Sécheresses et famines du sahel ;
le cas de la région de MARADI
(Niger).
Maspéro, Paris, 1975, PP. 5-43.
- ROHEIM (G) : Psychanalyse et anthropologie.
Gallimard, Paris, 1967, 602 P.
- ROSTAND (J) : L'homme.
Gallimard, Paris, 1972, 181 P.
- RUFFIE (J) : De la biologie à la culture.
Flammarion, Evreux, 1983, Volume 1
- 303 P, Volume 2 - 334 P.
- SCHNEIDER (E) : Des plantes pour votre santé.
Editions Sdt, Dammaris Les Lys,
1982, 528 P.
- SCHNEIDER (E) : La nature et votre santé.
Editions Sdt, Dammaris Les Lys,
1977, 529 P.
- SCHNEIDER (E) : La santé par les aliments.
Vie et santé, Dammaris Les Lys,
1984, 416 P.

- TATON (R) : Histoire générale des sciences.
Tome 3, Volume 2 : 1e XX^{ème}
siècle.
PUF, Paris, 1983, 1080 P.
- TEILHARD de CHARDIN (P) : Le phénomène humain.
Seuil, collection "Points", Paris,
1970, 318 P.
- WATTS (Alan W.) : Psychothérapie orientale et
occidentale.
Fayard, collection "L'expérience
psychique", Paris, 1974, 181 P.

Revue et Journaux

- AM ATTA : Les médecines douces.
in Ivoire dimanche n° 960 du 2
juillet 1989, PP. 22-28.
- GUETNY (JP) : A chacun sa maladie.
in Jeune Afrique n° 11 août 1982,
PP. 82-83.

III. MAGIE - RELIGION - SORCELLERIE

Ouvrages

- Bible Tob (La) : Alliance biblique universelle, Le
Cerf, Paris, 1982, 1863 P.

- BLACHERE (R) : Le coran.
PUF, collection "Que sais-je ?",
Vendôme, 1977, 127 P.
- CAMPIGNY (H.M. de) : La magie pour tous.
Garnier frères, Paris, 1978, 183 P.
- DENIEL (R) : Religions dans la ville.
INADES, Abidjan, 1975, 209 P.
- DESCHAMP (H) : Les religions de l'Afrique noire.
PUF, collection "Que sais-je ?"
Vendôme, 1977, 128 P.
- DIEL (P) : La divinité, le symbole et sa
signification.
Petite bibliothèque payot, Paris,
1971, 287 P.
- ELIADE (M) : Le chamanisme et les techniques
archaïques de l'extase.
Payot, Paris, 1968, 405 P.
- ELIADE (M) : Initiation, rites, sociétés
secrètes.
Gallimard, Paris, 1976, 282 P.
- ESCHLIMANN (JP) : Les Agni devant la mort (Côte
d'Ivoire).
Karthala, Paris, 1985, 277 P.
- HEBGA (MP) : Sorcellerie, chimère dangereuse ?
INADES-Edition, Abidjan, 1979,
305 P.

- HEBGA (MP) : Sorcellerie et prière de délivrance.
Présence africaine - INADES
Edition, Abidjan, 1982, 219 P.
- LANARES (P) : Qui dominera le monde ?
Editions Sdt, Dammaris Les Lys,
1982, 578 P.
- MARY BAKER EDDY : Science et santé avec la clef des
écritures.
The first church of Christ
Scientist, Boston, Massachussets,
1989, 708 P.
- MOREAU (RL) : Africains musulmans.
INADES-Edition - Présence
africaine, Paris, 1982, 315 P.
- NIANGORAN BOUAH : Contrôle de la possession
religieuse.
imprimé, I.E.S. 1964, 45 P.
- PALOU (I) : La sorcellerie.
PUF, collection "Que sais-je ?"
Vendôme, 1985, 128 P.
- PAPUS (GE) : Ce que deviennent nos morts.
Dangles, Paris, 1972, 110 P.
- RAY (M) : L'occultisme à la lumière du Christ.
Ligue pour la lecture de la bible,
Vennes-Lausanne, 1959, 236 P.

- RUSSELL (B) : Science et religion.
Gallimard, collection "idées",
Saint-Amand, 1971, 189 P.
- SOURDEL (D) : L'islam.
PUF, collection "Que sais-je ?"
Paris, 1979, 128 P.
- TEGBAO (JB) : Fétichisme et christianisme.
Imprimerie nationale, Abidjan,
1985, 56 P.
- VERNETTE (J) : Occultisme, magie, envoûtements.
SALVATOR, Strasbourg, 1986, 160 P.
- VODOUNOU (Th) : La magie et la bible.
Centre de Publications
Evangéliques, Abidjan, 1981, 59 P.

Revue et Journaux

- APELETE CREPPY (GJ) : Réflexions sur la religion la magie
et la sorcellerie en Afrique.
in Fraternité-Hebdo n° 1306 du 10
mai 1984, P. 18.
- ASSI (A) : Des sorciers à la barre : des
révélations troublantes.
in Ivoir'Soir du 11 mai 1989, PP.
4-5.

- ATTA KOFFI (R) : Sorcellerie et justice : La culture africaine n'est pas spécifique.
in Fraternité-Matin du 1er juin 1984, P. 24.
- AUGE (M) : Savoir voir et savoir vivre : Les croyances à la sorcellerie en Côte d'Ivoire.
in La revue Africa, Vol. 49, n° 1, 1979, PP. 128-135.
- BAILLY (D) : Les sorciers ont-ils un pouvoir ?
in Ivoire dimanche n° 977 du 28 octobre 1989, PP. 4-9.
- BI DJAH (I) et YAPO (D) : Sorciers, féticheurs, envoûteurs, les mangeurs d'âmes.
in Ivoire dimanche n° 832 du 18 janvier 1987, PP. 4-9.
- DJESSA (F) et AXEL AVONI : Le drame de Débrimou : Les sorciers en action.
in Ivoire dimanche n° 935 du 8 janvier 1989, PP. 4-12.
- DJODJI AKOLI NYATEPE-COO : La chasse aux sorciers.
in Bingo n° 352 de mai 1982, PP. 17-20.
- KONAN KOUAKOU (E) : La sorcellerie et sa répression.
in Ivoire dimanche n° 847 du 3 mai 1987, P. 15.

- MAMADOU FADIGA : Droit, sorcellerie et magie : des rapports complexes et multiformes.
in Fraternité-Matin du 18 mai 1984,
P.18.
- MAN Michel : Sorcellerie à distance : mythe ou réalité ?
in Fraternité-Matin du 3 avril
1989, P. 27.
- PIROGUE N° 3 : Devins, voyants, magiciens, 32 P.
- PIROGUE N° 11 : Interdits traditionnels, 32 P.
- PIROGUE N° 31 : Sorcellerie et magie, 32 P.
- PIROGUE N° 40 : Les sectes, 32 P.
- REVEILLEZ-VOUS N° 16 : Le mystère qui se cache derrière l'occultisme.
Vol. 67 du 22 août 1986, 32 P.
- TOUR de GARDE N° 17 : Le spiritisme : Qu'en pense Dieu ?
Vol. 108, du 1er septembre 1987,
32 P.

IV. MEDECINE AFRICAINE

Ouvrages

- ADJANOUN (E) et AKE ASSI (L) : Contribution au recensement des plantes médicinales de Côte d'Ivoire.
CRES, Université d'Abidjan, 1989,
358 P.

- ALMEIDA (Th. d') : L'Afrique et son médecin.
Clé, Yaoundé, 1974, 63 P.
- DEVEREUX (G) : Essai d'ethno-psychiatrie générale.
Gallimard, Paris, 1970, 398 P.
- HEBGA (M) : Croyance et guérison.
Clé, Yaoundé, 1973, 151 P.
- KERHARO (J) et BOUQUET (A) : Sorciers, féticheurs et guérisseurs
de la Côte d'Ivoire - Haute-Volta.
Vigot frères, Paris, 1950, 144 P.
- LAFARGUE (F) : Les représentations traditionnelles
de la maladie et de la guérison
chez les Abidji.
Abidjan, Université I.E.S., 1972,
18 P.
- LAPLANTINE (F) : Maladie mentale et thérapies
traditionnelles en Afrique noire.
Editions universitaires, Paris,
1976, 156 P.
- ROSNY (E de) : Les yeux de ma chèvre.
Plan, Evreux, 1988, 479 P.
- TRAORE (D) : Médecine et magie africaines.
Présence africaine, Paris, 1983,
569 P.
- TWUMASI (PA) : Medical systems in Ghana : a study
in medical sociology.
Ghana publishing corporation, Tema,
1975, 146 P.

- TWUMASI (PA) : Social foundations of the interplay between traditional and modern medical systems.
Ghana universities Press, Accra, 1988, 33 P.

Revue et Journaux

- AGRIPROMO N° 44 : La médecine traditionnelle.
INADES-Formation, Abidjan, 1984, 24 P.
- AHUA (B) et MISSIBA (C) : Médecine traditionnelle : ISSA CISSE : Le mystère des feuilles.
in Fraternité-Matin du 7 novembre 1984, P. 19.
- AKE ASSI (L) : Centre National de Floristique - Rapport d'activité 1987-1989.
CRES, Abidjan, décembre 1989, 23 P.
- AKE ASSI (L) : Quelques plantes utilisées dans le traitement des maladies cardiaques en Côte d'Ivoire - Médecine traditionnelle et pharmacopée.
in bulletin de liaison ACCT, Vol. 2, n° 1, 1988, PP. 96-100.
- AM ATTA : Les médicaments de l'amour : Stimulants et freins sexuels.
in Ivoire dimanche n° 894 du 27 mars 1988.

- ATTA KOFFI : Rencontre avec Georgette YOWEL, célèbre guérisseuse à Toupah (Dabou).
in Fraternité-Hebdo n° 1306 du 10 mai 1984, P. 19.
- ATTIA YAO : Médecine moderne et médecine traditionnelle.
in KASA bya KASA n° 6, I.E.S., décembre 1975, PP. 5-16.
- BAILLY (D), KOUASSI (P) : Mamie Koffie Akoua, prêtresse de TANGUELAN : "mes cents féticheurs".
in Ivoire dimanche n° 835 du 8 février 1987, PP. 4-9.
- BIDJAH (I) : DODJI - ZREDJI, GALLA BI BALLO : "nous chassons les sorciers".
in Ivoire dimanche n° 965 du 6 août 1989, PP. 6-11.
- COFFI (R) : Guérisseurs africains : Les nouveaux riches.
in Ivoire dimanche n° 831 du 11 janvier 1987, P. 20.
- DIALLO Mariam (C) : Marabouts, voyants, astrologues... entre la vérité et l'escroquerie.
in Ivoire dimanche n° 802 du 22 juin 1986, PP. 4-8.
- DIODAN (R) : Recherche pharmaceutique : des produits fiables, acceptables partout.
in Ivoir'Soir du 9 mars 1988, P. 9.

- DJESSA (F) : Seigneur EUGENE 1er : "Au nom de Jésus, je vous guéris".
in Ivoire dimanche n° 867 du 20 septembre 1987, PP. 6-13.
- DOUH (LP) : Daniel Yao, le prophète venu d'Oumé.
in Fraternité-Matin du 29 août 1989, P. 4.
- DUCHENE MARULAZ (P) : Le médecin peut aussi soigner par la plante.
in La revue Prescrire n° 64, 1983, PP. 181-182.
- FRANCK (M) : Médicaments : ces plantes qui nous guérissent.
in Le point n° 469 du 14 septembre 1981, PP. 157-166.
- KERHARO (J) : Pharmacopée africaine traditionnelle et recherche scientifique.
in bulletin Mémoire de la faculté mixte de médecine et de pharmacie de Dakar n° 15, 1967, PP. 235-251.
- KOFFI (T) : Séminaire de Kaydara : Plaidoyer pour la médecine traditionnelle.
in Fraternité-Matin du 10 juillet 1989, P. 8.
- KOUAKOU N'GUESSAN (F) : Pour une anthropologie médicale africaine.
in annales de l'Université d'Abidjan, série F, Vol. VII, 1979, PP. 91-102.

- LAKPE (R) : Jeannot Koudou : le Christ noir de Lakota.
in Ivoire dimanche n° 752 du 7 juillet 1985, PP. 4-11.
- LAKPE (R) : Guérisseurs, charlatans, escrocs... ce que vous ne savez pas.
in Ivoire dimanche n° 870 du 11 octobre 1987, PP. 4-9.
- LAKPE (R) : Kouassi Koffi dit Sahouo : "comment je suis devenu guérisseur".
in Ivoire Dimanche n° 876 du 22 novembre 1987, PP. 20-21.
- LAKPE (R) : Les secrets du féticheur albinos.
in Ivoire dimanche n° 868 du 27 septembre 1987, PP. 4-10.
- N'GORAN (M) : Des plantes de chez nous pour tuer les vers.
in Ivoire dimanche n° 847 du 3 mai 1987, PP. 24-26.
- NIBE (SORO A) : Médecine traditionnelle en Côte d'Ivoire : dix ans de dialogue fructueux avec nos guérisseurs.
in Fraternité-Hebdo n° 1306 du 10 mai 1984, PP. 22-23.
- NYAMAWAYA (D) : La médecine traditionnelle au Kenya.
in Le Courrier ACPE-CE n° 99, septembre-octobre 1986, PP. 86-88.

- OUOLOGUEM (A) : Les méthodes vaccinales traditionnelles en Afrique.
in Ivoire dimanche n° 853 du 14 juin 1987, PP. 22-23.
- YANGNI-ANGATE (A) : La médecine traditionnelle, une médecine de nécessité dans les communautés rurales d'Afrique noire.
in bulletin de l'Académie nationale de médecine, 164, n° 5, 1980, PP. 428-435.
- YATTARA (MS) : Médecine traditionnelle : méfiez-vous des charlatans.
in famille et développement n° 46, novembre 1987, PP. 5-8.

Thèses et Mémoires

- ABE N'DOUMY (N) : La représentation africaine de la médecine moderne. Le cas de l'opération chirurgicale à Abidjan.
Mémoire de maîtrise en Sciences sociales, I.E.S., Université d'Abidjan, 1983, 73 P.
- ABE N'DOUMY (N) : Médecine africaine et médecine officielle en Côte d'Ivoire : voies et moyens de collaboration.
Mémoire de D.E.A. en Sciences sociales, I.E.S., Université d'Abidjan, 1986, 34 P.

- ADIKO YAPO (H) : Synchrétisme religieux en Côte d'Ivoire : mission séculière et spirituelle des guérisseurs Nackabah.
Mémoire de D.E.A. en Sciences sociales, I.E.S., Université d'Abidjan, 1987, 31 P.
- ASSAMOI ALFRED : Contribution à l'étude expérimentale de l'activité pharmacologique de quelques plantes utilisées dans le traitement traditionnel de l'épilepsie en Côte d'Ivoire.
Thèse de doctorat d'Etat en pharmacie, faculté de pharmacie, université d'Abidjan 1982.
- CISSE ASSATOU : Plantes médicinales utilisées dans le traitement symptomatique et traditionnel de la drepanocytose en Côte d'Ivoire.
Thèse de doctorat d'Etat en pharmacie, faculté de pharmacie, université d'Abidjan 1982.
- GARNIER (R) : Guérisseurs et médecine traditionnelle en pays Akyé (Côte d'Ivoire).
Mémoire de D.E.A. en Sciences sociales, I.E.S., Université d'Abidjan, 1978, 103 P.

- HOUPOUET KOFFI : Modernisation thérapeutique et résistance au système médical occidental en Côte d'Ivoire : Le cas d'Abidjan.
Thèse de doctorat de 3^{ème} cycle en sciences sociales, I.E.S., Université d'Abidjan, 1989.
- ISSA DEMBELE : Le tradipraticien et les soins de santé primaires.
Thèse de doctorat d'Etat en médecine, faculté de médecine, université d'Abidjan 1988, 209 P.
- KALE (K) : Communautés villageoises et médecine moderne : L'exemple d'Attiegouakro.
Mémoire de maîtrise en Sciences sociales, I.E.S., Université d'Abidjan, 1982, 80 P.
- KOHOU (R) : Les accidents des lavements traditionnels en milieu africain.
Thèse de doctorat d'Etat en médecine, faculté de médecine, université d'Abidjan 1983, 73 P.
- KOUAO KOUAKOU (D) : Etude des plantes utilisées en médecine traditionnelle comme hémostatique.
Thèse de doctorat d'Etat en pharmacie, faculté de pharmacie, université d'Abidjan 1986.

KOUASSI KONAN (N)

: Contribution de la médecine traditionnelle à la médecine moderne.

Mémoire de maîtrise en Sciences sociales, I.E.S., Université d'Abidjan, 1981, 98 P.

VOGLOZIN Abraham

: Sociologie actuelle de la divination en Afrique.

Mémoire de maîtrise en Sciences sociales, I.E.S., Université d'Abidjan, 1987, 101 P.

V. METHODOLOGIE

Ouvrages

BLANCHE (R)

: L'épistémologie.

PUF, collection "Que sais-je ?"
Vendôme, 1972, 126 P.

CARRIERE (JF), COLGATE (SH),
Miriam JATO, MOUNLOM (D)

: L'infirmier et la santé communautaire en Afrique.

Clé, Yaoundé, 1979, 384 P.

COMOE-KROU (B)

: Comment faire un mémoire.

(Licence - maîtrise - D.E.A.)

Cahier n° 2, Abidjan 1985, 46 P.

- Education Civique
et Morale : Guide pédagogique.
De la 6ème à la terminale.
NEA, Abidjan 1987, 191 P.
- GRAWITZ (M) : Méthodes des sciences sociales.
Daloz, Paris 1979, 1102 P.
- GUSDORF (G) : De l'histoire des sciences à
l'histoire de la pensée.
: Payot, Paris 1977, 336 P.
- LAPLANTINE (F) : Les 50 mots-clés de l'anthropologie.
Privat, Toulouse, 1974, 217 P.
- LAZARSFELD (P) : Philosophie des sciences sociales.
Gallimard, Paris 1970, 507 P.
- MIRABAIL (M) : Dictionnaire de l'ésotérisme.
Privat, Collection "marabout
Université" 1983, 286 P.

Revue et journaux

- ESSANE Séraphin : Considérations épistémologiques
inactuelles (sciences de l'homme et
tradition).
in KASA BY A KASA n° 6;
Avril-Mai-Juin 1985, PP. 123 - 134.

VI. PARAPSYCHOLOGIE

Ouvrages

- AZIZ (P) : Les miracles de Lourdes ;
La science face à la foi.
Robert Laffont, Paris 1981, 315 P.
- BRONTE (A), SAYN (S) : SOS Guérisseurs.
: Presses de la cité, Paris 1976,
283 P.
- ENCYCLOPEDIE DE LA PSYCHOLOGIE : Autour de la psychologie
Fernand Nathan, Bourges 1977, 419 P.
- HOLMES (E) : La science du mental.
Dangles, Paris 1972, 368 P.
- JAGOT (P.C.) : Méthode pratique du magnétisme -
Hypnotisme-suggestion-
Dangles, Paris 1973, 346 P.
- LANDREAUX-VALABREGUE (J) : La médiumnité.
Phénomènes physiques, psychiques et
scientifiques.
Robert Laffont, Paris 1985, 238 P.
- LE PRINCE (A) : Les ondes de la pensée.
Dangles, Paris 1973, 205 P.

- OSTRANDER (SH) : Fantastiques recherches
SCHROEDER (L) : parapsychiques en URSS.
Robert Laffont, Paris 1973, 431 P.
- PANATI (CH) : Le phénomène URI Geller à l'épreuve
de la science.
Robert Laffont, Paris 1978, 296 P.
- VICTOR (J.L.) : Michel CARAYON, le chirurgien à
mains nues et la guérison "Psi".
Belfond, Paris 1977, 177 P.

Revue et journaux

- EDJIME (M) : Dipri : les secrets d'une fête.
In Ivoire Dimanche n° 951 du
30/04/89, PP. 20-22.
- DJESSA (F) : Dipri : la fête du sang.
In Ivoire Dimanche n° 898 du
24/04/88, PP. 25-27.
- LAKPE (R) : Dipri : la danse du sang.
In Ivoire Dimanche n° 848 du
10/05/87, PP. 4-9.
- LAKPE (R) : Les mystères de l'Ouest :
ISSIA ; l'histoire des pierres qui
marchent.
In Ivoire Dimanche n° 884 du
10/01/87, PP. 8-8.

VII. SANTE PUBLIQUE

Ouvrages

- GRACIANSKY (P. de-) : Les maladies vénériennes.
PUF, Collection "Que sais-je ?"
Vendôme 1977, 127 P.
- GRANDJEAT (P) : La santé gratuite.
Seuil, Collection "Société",
Bourges 1965, 128 P.
- AUJOULAT (L.P.) : Santé et développement en Afrique.
Armand Colin, Paris 1970, 288 P.
- DUPUY (J.P)
KARSENTY (S) : L'invasion pharmaceutique.
Seuil, Collection "Points",
Paris 1977, 313 P.
- MANEVY (J-V) : Une médecine sans malades.
Balland, Saint-Armand 1979, 281 P.
- SANKALE (M) : Médecins et action sanitaire en
Afrique Noire.
Présence africaine, Paris 1969,
436 P.
- YANGNI-ANGATE (A) : Chirurgie en Afrique.
NEA, Abidjan-Dakar 1978, 103 P.

Revue et journaux

- AHUA (B) et MOBIOH (D) : L'évènement : polyclinique Ste Anne Marie ; le prix à payer.
in Fraternité-Matin du 17/9/86,
PP. 27-29.
- AGRIPROMO n° 3/75 : Responsables de notre santé.
INADES, Abidjan 1975, 24 P.
- AGRIPROMO n° 4/77 : Les médicaments et nous.
INADES, Abidjan 1977, 24 P.
- AGRIPROMO n° 39 : Hygiène et sané au village.
INADES- Formation; Abidjan 1982,
24 P.
- ATTIKPA - TETEGAN : Dossier Publi-rédactionnel : de nouvelles structures pour la santé ivoirienne.
In Ivoire Dimanche n° 953 du
14/5/89, PP. 18-29.
- BAMBA (A) : 10 ème anniversaire de la faculté de pharmacie.
La recherche c'est l'investissement de demain.
In Fraternité-Hebdo n° 1506
du 10/3/88, P. 11.

- LADJI SIDIBE : Première usine pharmaceutique :
CIPHARM inaugurée ce matin.
in Fraternité-Matin du 05/5/88,
P. 7.
- MAGAZINE NOTRE SANTE N° 20 : Le SIDA.
Janvier - février 1989, PP. 7-23.
- MAGAZINE NOTRE SANTE N° 21 : La médecine privée en Côte d'Ivoire.
Cliniques privées à Abidjan.
Mars-juillet 1987, PP. 29-31.
- MONNIER (J) : La place de l'équipe médicale
dans un plan de développement.
in problèmes internationaux de
santé publique - DUNOD, Paris 1972,
PP. 30-41.
- N'DRI DALLY (K)- : A LA UNE : Santé, l'affaire de tous
In Fraternité-Hebdo n° 1550 du
12/1/89, PP 15-18.
- N'GUESSAN (R) : Environnement - la lutte contre
l'insalubrité, un pari à gagner.
In Fraternité-Matin du 20/6/89,
P. 10.
- REVEILLEZ-VOUS n° 8 : LE SIDA
Association "Les Témoins de
Jéhovah", Vol. 67, Louviers 1986,
32 P.
- SEYDOU KONATE : SIDA, Toutes les informations
utiles.
In Ivoire Dimanche n° 931 du
11/12/88, PP. 6-13.

SORO ADAM'S NIBE : Aux XIèmes journées médicales d'Abidjan.
In Fraternité-Hebdo n° 1395 du 23/01/86, PP. 8-9.

VELLAS (P) : Education sanitaire et développement.
In problèmes internationaux de santé publique, DUNOD, Paris 1972, PP. 102-109.

VIII. SANTÉ POUR TOUS A L'AN 2000

Revue et journaux

AGRIPROMO n° 60 : Les soins de santé primaires
INADES- Formation, Abidjan 1988, 24 P.

BEAUSOLEIL (E.G.) : Le paludisme et la résistance aux médicaments.
In Santé du Monde, OMS, Genève, Août-septembre 1986, PP. 7-9.

CHRONIQUE - OMS - VOL. 38, N° 2 : Genève 1984, PP. 84-90.

COFFI (R) : Médicaments pour tous : le difficile pari africain de l'an 2000.
In Fraternité-Matin du 19/7/85, P. 29.

- COURRIER N° 108 (Le) : Les soins de santé primaires : le bon remède ?
Revue de Mars- Avril 1988,
PP. 61-90.
- FORUM MONDIAL DE LA SANTE, VOL. 7, N° 2 : OMS - Genève 1986, 217 P.
- GIORGIO TORRIGIANI : Les maladies transmissibles
et
WILLIAM PARRA In Santé du Monde - OMS, Genève,
Juillet 1988, PP. 3-4.
- GOTTLIEB LOBE MONEKOSSO : Le défi, la santé pour les Africains d'ici l'an 2000.
In Santé du Monde - OMS, Genève,
Août - septembre 1986, PP. 3-6.
- GRO HARLEM BRUNDTLAND : Répondre aux besoins.
In Santé du Monde - OMS, Genève,
Août - septembre 1986, PP. 2-3.
- HAKAN HELLBERG : L'évolution des soins de santé primaires.
In santé du Monde - OMS, Genève,
Août - septembre 1986, PP. 10-13.
- LEBRY LEON FRANCIS : Santé : les soins de santé primaires désormais intégrés à la formation médicale.
In Fraternité-Matin du 6/6/89 P. 4.
- MOLINEAUX (L) et NAJARA (J.A) : Vous et le paludisme.
In santé du Monde - OMS, Genève,
décembre 1987, PP. 8 - 10.

- SERIE DU RAPPORTS TECHNIQUES n° 7, OMS : BRAZZAVILLE 1976, 21 P.
- SERIE "Santé pour tous" n° 2, OMS : Genève 1979, 60 P.
- SERIE "Santé pour tous" n° 3, OMS : Genève 1981, 90 P.
- SERIE "Santé pour tous" n° 4, OMS : Genève 1981, 102 P.
- SERIE "Santé pour tous" n° 7, OMS : Genève 1982, 54 P.
- SERIE "Santé pour tous" n° 8, OMS : Genève 1982, 163 P.
- YANGNI-ANGATE (A) : Santé pour tous d'ici l'an 2000 :
le rôle des universités.
In santé du Monde - OMS, Genève,
Août - septembre 1986, P. 13.
- ZBIGNIEW BANKOWSKI : Un gaspillage absurde
In santé du Monde - OMS, Genève,
Avril 1987, PP. 3- 4.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

PAGES	ANNEXES
-------	---------

A N N E X E I

GUIDES D'ENTRETIEN

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

GUIDE D'ENTRETIEN N° I : PERSONNEL MEDICAL ET PARA MEDICAL

- I. MERITES DE LA MEDECINE AFRICAINE
- II. REPROCHES A LA MEDECINE AFRICAINE
- III. REPROCHES A LA MEDECINE OFFICIELLE
- IV. MODELE D'ORGANISATION DE LA MEDECINE AFRICAINE
- V. MEDECINE AFRICAINE ET SANTE PUBLIQUE
- VI. MEDECINE AFRICAINE ET S.S.P.

NB : S.S.P. : Soins de Santé primaires.

GUIDE D'ENTRETIEN N° II : POPULATIONS RURALES

I. CONTENU DES PRESUPPOSES DE LA MEDECINE AFRICAINE

- a - Notion de la personne humaine
- b - Notion de la santé
- c - Notion de la maladie
- d - Notion de la guérison
- e - Notion de la mort

II. LES LIENS DE LA MEDECINE AFRICAINE

- a - Rapport médecine et fétichisme
- b - Rapport médecine et sorcellerie
- c - Rapport médecine et religion
- d - Rapport médecine et maraboutage
- e - Rapport médecine et magie
- f - Rapport médecine et charlatanisme

III. HISTOIRE DE LA MEDECINE AFRICAINE

- a - Formation de la médecine africaine
- b - Initiation et transmission des pouvoirs
- c - Classification des guérisseurs
- d - Pharmacopée traditionnelle africaine
- e - Reproches à la médecine africaine
- f - Reproches à la médecine officielle

IV. MODE DE COLLABORATION : MEDECINE AFRICAINE - MEDECINE OFFICIELLE

- a - Médecine africaine et santé publique
- b - Médecine africaine et S.S.P.

GUIDE D'ENTRETIEN N° III : GUERISSEURS

I. CONTENU DES PRESUPPOSES DE LA MEDECINE AFRICAINE

- a - Notion de la personne humaine
- b - Notion de la santé
- c - Notion de la maladie
- d - Notion de la guérison
- e - Notion de la mort

II. LES LIENS DE LA MEDECINE AFRICAINE

- a - Rapport médecine et fétichisme
- b - Rapport médecine et sorcellerie
- c - Rapport médecine et religion
- d - Rapport médecine et maraboutage
- e - Rapport médecine et magie
- f - Rapport médecine et charlatanisme

III. HISTOIRE DE LA MEDECINE AFRICAINE

- a - Formation de la médecine africaine
- b - Initiation et transmission des pouvoirs
- c - Classification des guérisseurs
- d - Pharmacopée traditionnelle africaine
- e - Reproches à la médecine africaine
- f - Reproches à la médecine officielle

IV. BASES D'EFFICACITE DE LA MEDECINE AFRICAINE

- a - Médecine africaine et plantes médicinales
- b - Médecine africaine et psychologie des profondeurs
- c - Médecine africaine et domaine de l'extrasensoriel

IV. MODE DE COLLABORATION ENTRE MEDECINE AFRICAINE ET MEDECINE OFFICIELLE

- a - Médecine africaine et santé publique
- b - Médecine africaine et S.S.P.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

GUIDE D'ENTRETIEN N° IV : Acteurs du secteur informel
de la santé

I - Éléments d'identification et originalité

II - Conditions spécifiques de naissance

III - Facteurs de motivation

IV - Conditions de travail

V - Méthodes de travail

VI - Mode d'organisation

VII - Mode de fonctionnement

VIII- Impact sur la population

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

A N N E X E II

SANTE PUBLIQUE

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Théoriquement, on dénombre une cinquantaine de cliniques privées et près d'une quarantaine de cabinets médicaux en Côte d'Ivoire. Abidjan abrite une trentaine de cliniques et le même nombre de cabinets privés.

Avec environ 600 lits et 150 berceaux, l'importance vitale des cliniques et des cabinets médicaux privés n'est plus à démontrer. La polyclinique internationale Sainte Anne-Marie de Cocody émerge du lot avec 229 lits et 33 berceaux. De plus, elle offre des services dans toutes les spécialités.

Ces structures sanitaires emploient à temps plein une soixantaine de médecins et as-

similés et 240 paramédicaux. Il est loisible d'imaginer la répartition géographique de ce personnel de santé: La capitale économique se taille la part du lion avec plus de 50 médecins et assimilés, ainsi que plus de 200 paramédicaux utilisés à temps plein.

La médecine privée se porte bien en Côte d'Ivoire. D'une manière générale, elle couvre toutes les spécialités médicales, exceptée la cardiologie qui est le domaine par excellence de l'Institut de Cardiologie d'Abidjan.

En y mettant le prix, le secteur privé en Côte d'Ivoire apporte aux malades, dans la majorité des cas, de bonnes garanties.

CLINIQUES PRIVÉES À ABIDJAN

Dénomination	Adresse	Spécialité	Capacité d'accueil	
			Lits	Berceaux
Clinique St Vincent de Paul Treichville	08 BP 765 Abidjan 08 Tél. 35.60.79	Médecine générale Gynécologie	12	
Clinique St Antoine Treichville	01 BP 584 Abidjan 01 Tél. 32.16.77	Médecine générale Chirurgie Gynécologie PMI	8	1
Polyclinique Internationale Ste Anne-Marie Cocody	01 BP 1463 Abidjan 01 Tél. 44.51.32	Toutes spécialités	229	33
Clinique Ivoire Plateau	01 BP 2713 Abidjan 01 Tél. 22.79.79	Chirurgie générale Accouchement	14	2
Ste Polyclinique St Joseph Koumassi Zone 4 C	10 BP 515 Abidjan 10 Tél. 36.78.73 36.79.85	Médecine générale Chirurgie générale Gynécologie-Obstétrique Pédiatrie	60	10

Dénomination	Adresse	Spécialité	Capacité d'accueil	
			Lits	Berceaux
Polyclinique des Deux-Plateaux	01 BP 930 Abidjan 01 Tél. 41.33.34	Médecine générale Chirurgie Gynécologie-Obstétrique Dermatologie O.R.L. Ophtalmologie Radiologie Soins dentaires Laboratoires d'analyses	44	16
Clinique des Jasmins	08 BP 317 Abidjan 08 Tél. 44.07.37	Maladies et chirurgie des yeux	6	
La Madone Marcory	01 BP 1343 Abidjan 01 Tél. 35.03.50 35.14.56	Médecine générale Gynécologie Chirurgie de l'accouchement Pédiatrie - PMI	33	25
Clinique de Marcory-Est	10 BP 344 Abidjan 10	Médecine générale Médecine du travail Gynécologie-Obstétrique Petites chirurgies	7	3

Dénomination	Adresse	Spécialité	Capacité d'accueil	
			Lits	Berceaux

Clinique du Dr Koffi Ex-Clinique Hahneman	01 BP 1968 Abidjan 01	Médoco-chirurgicale	14	2
--	--------------------------	---------------------	----	---

Clinique du Belvédère	08 BP 282 Abidjan 08 Tél. 33.29.37	Chirurgie générale Médecine générale Gynécologie Accouchement Dermato-vénérologie		
-----------------------	--	---	--	--

Clinique de Cocody Dr Aimé Maurice	01 BP 3721 Abidjan 01 Tél. 44.21.59	Chirurgie Gynécologie Accouchement Echographie		
---------------------------------------	---	---	--	--

Clinique GOCI	Route du Lycée Technique Tél. 44.52.55	Gynécologie Chirurgie Accouchement Echographie Puériculture		
---------------	---	---	--	--

Cabinet de Psychothérapie del'Indénéié	06 BP 1256 Abidjan 06 Tél. 32.56.19	Psychologie clinique Psychanalyse Bilan psychologique		
--	---	---	--	--

Clinique Fraternité	09 BP 258 Abidjan 09 Tél. 37.01.34	Cabinet dentaire Médecine générale Chirurgie générale Pédiatrie Gynécologie		
---------------------	--	---	--	--

La Chapelle Marcory	01 BP 3334 Abidjan 01 Tél. 35.76.46	Médecine générale Pédiatrie Gynécologie	2	
---------------------	---	---	---	--

Clinique Samaritain Marcory	11 BP 922 Abidjan 11 Bd de Marcory Tél. 35.24.37		10	
-----------------------------	---	--	----	--

Clinique Ste Marie Adjamé	06 BP 431 Abidjan 06 Tél. 37.07.43	Médecine de gynécologie Pédiatrie Rhumatologie Acupuncture Accouchement	5	5
---------------------------	--	---	---	---

Hall de Médecine Plateau	01 BP 6066 Abidjan 01 Tél. 32.24.52	Centre de diagnostic (toutes spécialités)	6	3
--------------------------	---	---	---	---

CLINIQUES EN PROVINCE

Clinique La Madone	01 BP 882 Bouaké 01 Tél. 63.36.12	Médecine générale Pédiatrie Echographie Gynécologie-Obstétrique Chirurgie	12	12
--------------------	---	---	----	----

CLINIQUE SAINT ANTOINE

54, Avenue Reine Pokou (Ex-Avenue 16)

TREICHVILLE

MEDECINE GENERALE,
CHIRURGIE GYNECOLOGIE,
MEDECINE DU TRAVAIL

01 B.P. 584 Abidjan 01

Tél. : 21.16.77

Dénomination	Adresse	Spécialité	Capacité d'accueil	
			Lits	Berceaux
Clinique de la Paix	BP 2848 Bouaké Tél. 63.12.87	Gynécologie-Obstétrique Echographie Radiologie		2
Clinique du Dr Koffi	Bouaké Tél. 63.35.41	Clinique Médico-chirurgicale		10
Clinique Médicale de Bouaké	BP 1927 Bouaké Tél. 63.27.71	Médecine générale Accouchement Pédiatrie	7	4
Clinique Médicale	BP V9 Bouaké Tél. 63.44.04	Médecine générale O.R.L. Gynécologie-Obstétrique Pédiatrie	7	8
Polyclinique du Centre	BP 1086 Bouaké Tél. 63.27.61	Médecine générale Radiologie Echographie Pédiatrie Accouchement Analyses biologiques médicales	8	8
Clinique des Orchidées	BP 200 Abengourou Tél. 91.33.31	Chirurgie Gynécologie-Obstétrique Médecine du travail Pédiatrie		22
Clinique Tétégbé	BP 1994 Daloa Tél. 78.23.05	Généraliste		2

"I believe that if every Ghanaian worker can sacrifice ₵50 a month towards the Child Education Fund by 1993, I am convinced that the high rate of school drop-out among our children would reduce drastically."

— MASTER CECIL ANANG, RIDGE CHURCH SCHOOL, ACCRA.
(10th anniversary durbar for GNCC at National Children's Park, Accra, 31st September, 1989).

AUDITOR-GENERAL MAY DISALLOW OR SURCHARGE

In the performance of his functions under this Law, the Auditor-General shall have power to disallow any item of expenditure which is contrary to the Law and to surcharge every sum certified by the Auditor-General to be due from any person shall be paid by that person to the Assembly or other body concerned within thirty days after it has been so certified or, if an appeal with respect to that sum has been made under sub-section (2) of this section, within thirty days after the appeal is finally disposed of or abandoned or fails by reason of non-prosecution thereof.

— LOCAL GOVERNMENT LAW, 1988. (PNDCL 207).

SATURDAY, SEPTEMBER 2, 1989. NO. 12065. PRICE: ₵30.00

PHARMACY BOARD TO HAVE QUALITY CONTROL LABORATORY

By Kobhy Asmah & Charles Turkson

THE Ministry of Health, with the support of the World Bank is establishing a quality control laboratory for the Ghana Pharmacy Board to ensure that only drugs of proven efficacy are offered for sale in

the country.

This is among measures being taken by the ministry to check the influx of quack drugs from the developed world into the country.

Nana Akuako Sarpong, Secretary for Health, announced this when he inaugurated a nine-member re-constituted

pharmacy board at a ceremony in Accra yesterday.

The Secretary announced that as part of the measures, no permit will be granted for the importation of certain drugs with immediate effect.

The drugs include, ca-

psule tetracycline 250 mg, capsule oxytetracycline 250 mg, capsule ampicillin 250 mg, capsule chloramphenicol 250 mg, capsule chlorthalidone 10 mg, capsule indomethacin 25 mg.

Others are tablet diaze-

pam 2 mg, tablet diazepam 5 mg, tablet ephedrine 60 mg, tablet ephedrine 30 mg, tablet prednisolone 1 mg, tablet prednisolone 5 mg.

The rest are paracetamol tablet 500 mg, paracetamol syrup 120 mgm/5 ml, tablet acetylsalicylic acid 30 mgm, chloroquine tablet 150 mgm (base), chloroquine syrup 80 mgm (base)/5 ml.

He said the rate at which faked drugs are manufactured and exported to developing countries cannot be under-estimated.

In this regard, he stressed, it is vital for African countries to embark on a

and encourage the local pharmaceutical and health related industries to produce some of the country's requirements for the health sector in respect of drugs in the ministry's essential drug list and nation-

nal formulary.

"It is rather disheartening", the Secretary noted "that some drug houses in the private sector are not doing business with pharmaceutical and health related industries, but instead import large quantities of drugs that can be

— (Contd. on Ps. 8/9)

... To Check Influx Of Fake Drugs

'Libya To Offer Full Support To Freedom Fighters'

THE Libyan Leader, Brother Qathafi, yesterday promised greater support for freedom fighters throughout the world.

In a speech in Tripoli to mark the 20th anniversary of the Al-Fateh Revolu-

tion in Nicaragua, in Panama, in New Caledonia, in Mayotte, in Reunion, in South Africa, in Namibia, in Palestine, in French Guyana.

"We bring them the good news that their ally (Libya) is growing stronger

everywhere were marching to power.

About 15 African Heads of State, including the Chairman of the PNDC, Lt-Lt Jerry John Rawlings are in the Libyan capital, Tripoli, for the anniversary. There are also representatives of the

people and the masses alone will take their place. This is the inevitable destiny of the world, this is the law of nature which the (Libyan) revolution articulated".

Col. Qathafi criticised Paris for objecting to Libyan activity in the South Pacific, where France has

Wildlife Clubs End Camp

By Adwoa Van-Ess

LT-GENERAL Arnold Quainoo, a member of the PNDC, yesterday stressed the importance of wildlife in the conservation of the environment and called on all Ghanaians to protect birds and animals that occasionally migrate

Commanding (GOC) the Ghana Armed Forces, made the call at the closing ceremony of a week-long camp of Wildlife Clubs of Ghana at the Achimota School in Accra.

He commended the clubs' effort at enhancing wildlife conservation and congratulated them on their initiative to do some-

CABINETS PRIVÉS À ABIDJAN

- 660 -

Dénomination	Adresse	Spécialité	Capacité d'accueil	
			Lits	Ber- ceaux
Cabinet Médical AGI	08 BP 2255 Abidjan 08 Tél. 44.18.05	Neuro- psychiatrie	1	
Cabinet du Dr Fakhry haled	01 BP 4061 Abidjan 01 Tél. 32.96.26	O.R.L.		
Cabinet de Santé Naturelle	11 BP 2182 Abidjan 11 Tél. 35.91.92	Education à la santé intégrale Traitements naturels		
Cabinet Médical FCI Marcory	11 BP 1414 Abidjan 11 Tél. 35.40.76	Médecine générale Pédiatrie Gynécologie	15	4
Cabinet Médical Ghandour Marcory G. d'Estaing	01 BP 3683 Abidjan 01 Tél. 35.26.86	Médecine générale Médecine du travail Médecine spéciale Vacations		
Cabinet Moulibaly	01 BP 2733 Abidjan 01 Tél. 32.20.50	Consultations et soins		
Cabinet APEM Plateau	01 BP 91 Abidjan 01 Tél. 32.60.76	Pédiatrie Médecine		
Cabinet Médical	05 BP 1671 Abidjan 05	Gynécologie- Obstétrique		
Centre de Pédiatrie Plateau	01 BP 3988 Abidjan 01 Tél. 22.56.72	Pédiatrie		
Cabinet Médical Koumassi	05 BP 1671 Abidjan 05 Tél. 36.22.68	Gynécologie- Obstétrique		
Cabinet Médical	11 BP 1671 Abidjan 11	Médecine Chirurgie générale Gynécologie		
Cabinet de Pédiatrie Plateau	01 BP 3773 Abidjan 01 Tél. 32.67.55	Pédiatrie		
Cabinet Médical Vallon Deux-Plateaux	08 BP 1750 Abidjan 08 Tél. 41.43.12	Gynécologie- Obstétrique		
Centre de Pédiatrie Mody	08 BP 467 Abidjan 08 Tél. 44.16.86	Pédiatrie		
Cabinet Médical Palmeraie Mody	08 BP 243 Abidjan 08 Tél. 41.35.00	Radiologie		

Dénomination	Adresse	Spécialité	Capacité d'accueil	
			Lits	Ber- ceaux
Cabinet de Pédiatrie Deux-Plateaux	08 BP 62 Abidjan 08 Tél. 41.53.53	Pédiatrie		
Cabinet Médical Treichville	11 BP 902 Abidjan 11 Tél. 35.66.21	Médecine générale		
Cabinet Médical du Dr Tanoé Appagny	08 BP 2063 Abidjan 08 Tél. 32.14.36	Médecine générale		
Cabinet Médical d'Ophthalmologie Plateau	08 BP 365 Abidjan 08 Tél. 32.91.73	Ophtalmologie		
Centre Médical Plateau	01 BP 1774 Abidjan-01 Tél. 32.15.26	Médecine générale		
Cabinet Médico-chirurgical Plateau	02 BP 720 Abidjan 02 Tél. 32.83.45	Chirurgie générale Orthopédie- Traumatologie		
Groupe Médical du Plateau	01 BP 551 Abidjan 01 Tél. 22.20.29 32.24.33	Médecine générale Gastro- entérologie Gynécologie Radiologie Echographie		
Cabinet Médical Dr Amany Yopougon	04 BP 59 Abidjan 04 Tél. 45.16.84	Médecine générale Gynécologie	4	4
Cabinet Para-Médical Bon-Secours	12 BP 380 Abidjan 12	Soins médicaux	1	

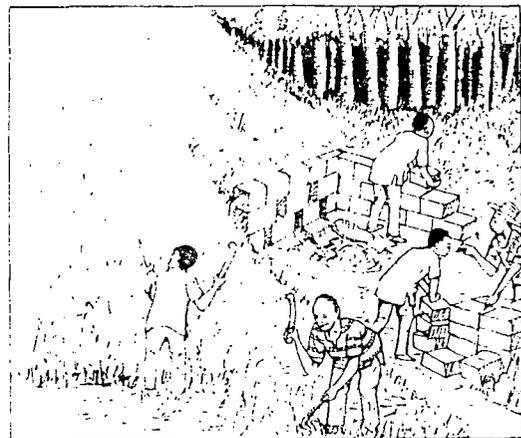
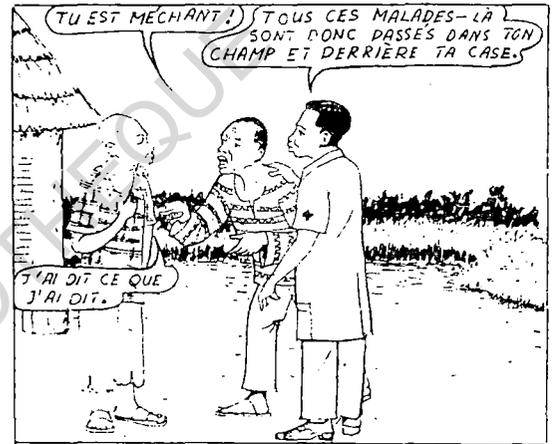
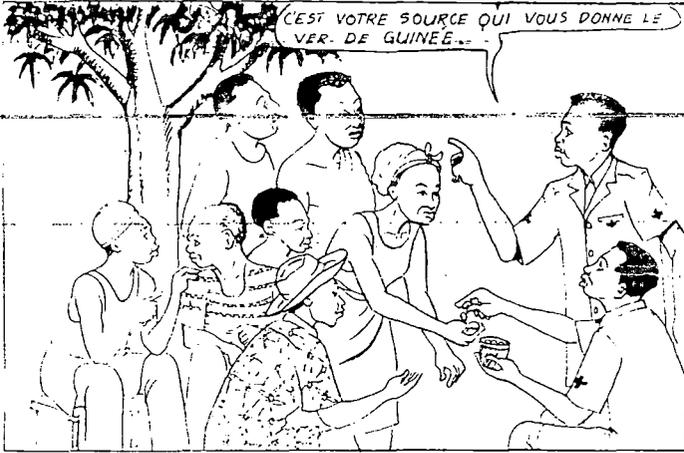
CABINETS PRIVÉS EN PROVINCE

Cabinet ADICEAM Bouaké	BP 1837 Bouaké Tél. 63.28.46	Soins médicaux		
Centre Médical Polyvalent Daouda Coulibaly	01 BP 2610 Bouaké 01	Médecine générale Chirurgie de l'accouchement Pédiatrie Vaccination	4	1
Cabinet Médical de l'Indénié	BP 1174 Abengourou Tél. 91.33.15			

Liste non exhaustive établie à partir des informations recueillies auprès de la Direction de la Planification et de la Statistique Sanitaire.
Situation au 30.9.87.

OÙ EST LE FÉTICHE ?

agriflash



quelques maladies dues au manque d'hygiène

Plusieurs maladies dont nous souffrons peuvent être évitées si nous respectons quelques règles élémentaires d'hygiène et si nous assainissons notre environnement. Le tableau ci-dessous cite certaines de ces maladies et indique comment on les attrape et ce qu'on peut faire pour les éviter.

MALADIES	COMMENT ON LES ATTRAPE ?	COMMENT ON PEUT LES ÉVITER ?
<p>BILHARZIOSES</p> <p>Les bilharzioses intestinale et urinaire sont dues à des vers qui vivent dans les veines autour de la vessie et de l'intestin.</p> <p>Le malade fait des selles et des urines contenant du sang.</p>	<p>- Par contact avec l'eau contenant des bilharzies : travail dans les rizières, bain au marigot...</p>	<p>- Éviter ou diminuer les contacts avec l'eau : - construire des petits ponts sur les marigots ou les rivières. - puiser l'eau avec une corde - porter des bottes - utiliser des douches... - Que tout le monde utilise les latrines.</p>
<p>DIARRHÉES</p> <p>(amibiase, choléra, typhoïde...) Un adulte, ou un enfant qui commence à manger, a la diarrhée quand il fait plus de 2 selles molles ou liquides par jour.</p>	<p>- En consommant : - de l'eau non potable - des aliments mal préparés - des aliments mal conservés (viande, poisson qui sont restés longtemps à la chaleur) - des aliments mal protégés - Quand on mange avec les mains sales.</p>	<p>- Boire de l'eau potable provenant d'un puits ou d'une source bien aménagés, ou rendre l'eau potable à la maison avec un filtre ou certains produits chimiques (surtout eau de Javel : 2 à 5 gouttes pour 1 litre d'eau). - Laver les légumes (tomates, salades) et certains fruits avant de les consommer. - Sécher ou fumer les aliments qui peuvent l'être avant de les conserver. - Protéger les aliments des mouches et de la poussière, en les couvrant. - Se laver les mains après les selles et les travaux, avant de préparer les repas, avant de manger. - que tout le monde utilise les latrines.</p>
<p>FIEVRE JAUNE</p> <p>(ou fièvre amarile)</p> <p>C'est une maladie qui atteint les reins et le foie. Les yeux et les urines deviennent jaunes.</p>	<p>- Par la piqûre du moustique <i>Aédés</i>, qui introduit dans le corps le microbe de cette maladie.</p>	<p>- Se protéger de la piqûre de ce moustique : grillage-moustiquaire aux fenêtres, moustiquaire sur le lit...</p> <p>Mais le meilleur moyen de se protéger contre cette maladie est de se faire vacciner par le vaccin anti-amaril. Pour les enfants, à partir d'un an.</p>
<p>ONCHOCERCOSE</p> <p>(ou cécité des rivières)</p> <p>Elle rend aveugle.</p>	<p>- Par la piqûre de la simulie, qui introduit de petits vers dans le corps. La simulie pique à faible hauteur du sol, au dessous du genou.</p>	<p>- Se couvrir les jambes. - Le meilleur moyen est de faire appel aux services de santé pour détruire les larves de la simulie qui vivent dans les cours d'eau rapides.</p>
<p>PALUDISME</p> <p>(ou malaria)</p> <p>On a des accès de fièvre intermittants.</p>	<p>- Par la piqûre du moustique <i>anophèle</i> (femelle) qui introduit dans le corps le parasite du paludisme.</p>	<p>- C'est une maladie qui atteint les reins et le foie. Les yeux et les urines deviennent jaunes. - On peut éviter les crises de paludisme en prenant régulièrement médicament antipaluste contre le paludisme : ex. : Nivaquine.</p>
<p>PARASITOSSES INTESTINALES</p> <p>Anguillulose, ankylostomiase.</p> <p>On ne voit pas ces vers dans les selles du malade.</p>	<p>- En marchant pieds nus dans la boue</p>	<p>- Porter des chaussures. - Tout le monde doit utiliser des latrines.</p>

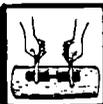
<p>Ascariadiase, oxyurirose, toeniasisme (maladie du toenia).</p> <p>On peut voir ces vers dans les selles du malade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - En consommant : <ul style="list-style-type: none"> - de l'eau non potable - des aliments mal protégés - de la viande mal cuite (surtout porc, bœuf) - En mangeant avec les mains sales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Boire de l'eau potable provenant d'un puits ou d'une source bien aménagés, ou rendre l'eau potable à la maison avec un filtre ou certains produits chimiques (eau de Javel). - Protéger les aliments des mouches, de la poussière, en les couvrant. - Se laver les mains après les selles et les travaux avant de préparer les repas, avant de manger. - Bien cuire la viande de bœuf et de porc. - Tout le monde doit utiliser des latrines.
<p>POLIOMYELITIS</p> <p>Elle paralyse un ou plusieurs membres.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - En consommant : <ul style="list-style-type: none"> - de l'eau non potable - des aliments mal protégés - En mangeant avec des mains sales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Boire de l'eau potable provenant d'un puits ou d'une source bien aménagés, ou rendre l'eau potable à la maison avec un filtre ou certains produits chimiques (eau de Javel). - Protéger les aliments des mouches, de la poussière, en les couvrant. - Se laver les mains après les selles, et les travaux avant de préparer les repas, avant de manger. - Tout le monde doit utiliser des latrines. <p>Mais le meilleur moyen de se protéger contre cette maladie est de se faire vacciner par le vaccin anti-poliomyélitique (à partir de l'âge de 3 mois).</p>
<p>TETANOS</p> <p>Quand quelqu'un attrape cette maladie, les muscles de ses mâchoires se contractent, puis les muscles du tronc, puis ceux des membres. Le malade ne peut pas ouvrir sa bouche pour manger ou boire.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Par les plaies accidentelles : accident du travail, de la route - par les plaies rituelles : circoncision, excision, sacrifice de la peau - par les plaies de certaines maladies Ver de Guinée - par les piqûres de morceaux de bois, clous, pointes... 	<ul style="list-style-type: none"> - Éviter de se blesser. - Désinfecter toutes les plaies et piqûres, même les plus petites, et faire un pansement. <p>Mais le meilleur moyen d'éviter cette maladie est de recevoir le vaccin antitétanique. A partir de l'âge de 3 mois pour l'enfant. Chez l'adulte, les rappels doivent être faits régulièrement tous les 5 ans.</p>
<p>TRYPANOSOMIASE</p> <p>(ou maladie du sommeil)</p> <p>Elle est appelée ainsi car le malade, longtemps après le début de la maladie, dort le jour mais pas la nuit, puis il dort tout le temps.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Par la piqûre de la mouche tsé-tsé qui introduit dans le corps le parasite de la maladie : les trypanosomes. La piqûre de cette mouche est douloureuse et gratte. 	<ul style="list-style-type: none"> - Il n'existe pratiquement pas de mesures individuelles efficaces. Le mieux est de faire appel aux services de santé ; ils répandent des produits qui détruisent la mouche tsé-tsé (ou glossine).
<p>TUBERCULOSE</p> <p>C'est une maladie qui atteint le plus souvent les poumons. Elle est due au Bacille de Koch (BK).</p>	<p>Quand on respire de l'air contenant le B K.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hygiène alimentaire et de l'alimentation. - Hygiène de l'habitat <ul style="list-style-type: none"> - aération - balayage humide - augmentation du nombre de pièces. <p>Mais le meilleur moyen de s'en protéger est de vacciner l'enfant par le B.C.G. dès la naissance.</p>
<p>VER DE GUINÉE</p> <p>Cette maladie est due à un long ver qui vit dans la peau. Ce ver peut sortir à n'importe quelle partie du corps.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - En buvant l'eau qui contient des cyclops, et qui ont avalé des larves les petits du ver femelle. 	<ul style="list-style-type: none"> - En filtrant l'eau sur un tissu. Le cyclops reste sur celui-ci. Ce moyen de filtrage n'évite que le ver de guinée. Le mieux est de boire de l'eau potable, etc...

TRES IMPORTANT : Si l'environnement est contaminé, c'est souvent à cause des malades. Pour diminuer le risque d'attraper ces maladies, il faut donc dépister et traiter les malades, les isoler ou prendre des mesures spéciales (par exemple : le tuberculeux doit avoir sa propre vaisselle, un crachoir...).

A N N E X E III

MEDECINE AFRICAINE

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE



vertus médicinales du papayer

Le papayer est un arbre fruitier bien connu en Afrique. Mais c'est aussi une plante médicinale. Chacune de ses parties peut guérir telle ou telle douleur.

En effet, ses feuilles, ses fruits, ses graines, sa sève et même ses racines donnent à cet arbre, les pouvoirs d'une boîte à pharmacie.

Voyons donc une par une, les différentes maladies soignées par le papayer.

1. VERS INTESTINAUX.

a) Prenez une petite boîte de tomate comme mesure. Remplissez-la de graines de papaye. Écrasez-les en poudre ou en pâte, - si elles sont fraîches -. Mettez la poudre ou la pâte dans du café ou du thé chaud bien sucré. Prenez le mélange le matin à jeun pendant 2 jours. Les vers vont quitter votre corps avec vos selles.

b) Prenez 3 à 4 cuillères à café de la sève du papayer. Mélangez cette sève à 3 ou 4 cuillères de miel. (Pour récolter la sève du papayer, faites une entaille dans le tronc et recueillez le liquide avec une cuillère).

2. TOUX

Faites bouillir des racines de papayer bien lavées dans de l'eau sucrée.

3. MAUX DE TÊTE

- Faites sécher des feuilles de papayer au-dessus du feu.
- Portez-les en couronne autour de la tête dans un foulard durant la journée.

4. CONSTIPATION

- Le fruit mûr du papayer facilite la digestion des autres aliments. Il est recommandé surtout chez les personnes affaiblies ou chez les vieillards.
- Pour mieux digérer, ces personnes peuvent manger des papayes mûres au cours du repas.

L'adulte prend un bon morceau de papaye. Le bébé, lui, doit boire du jus de papaye bien mûre, recueilli à travers un tissu bien propre. C'est radical : une heure après, le bébé n'est plus constipé.

5. PALUDISME

- Préparez une tisane en faisant bouillir les feuilles jaunes du papayer.
- Buvez-en plusieurs fois, un verre, par exemple.

6. MALAISES DUS AUX REGLES DE LA FEMME

Faites coucher la femme sur un lit fait avec des feuilles de papayer tant que durent les malaises.

7. JAUNISSE

Faites bouillir un morceau de racine de papayer bien lavé. Buvez de temps en temps cette tisane.

8 BLESSURES

- Pour fermer une blessure, prenez un morceau de feuille de papayer. Lavez-la bien. Puis appliquez-la directement sur la plaie. Maintenez-la avec une bande de tissu.
- Changez le morceau de feuille jusqu'à ce que la plaie soit fermée.

9. ANTHRAX ET FURONCLES

Appliquez un morceau de papaye verte contre l'anthrax ou le furoncle. La chair du fruit doit toucher la peau.

10. COMMENT ARRÊTER LE SAIGNEMENT DES BLESSURES ?

Écrasez la chair de la papaye mûre. Faites chauffer légèrement et appliquez la papaye écrasée sur la plaie. Cela arrête le sang d'une plaie qui saigne beaucoup.

11. ABCES ET PANARIS

Écrasez la chair de la papaye. Faites-la chauffer un peu. Mettez-la dans une compresse puis appliquez-la sur l'abcès quand elle est tiède. Maintenez la compresse avec une bande durant une nuit. Cela fait mûrir l'abcès.

12. ECHARDES ET ÉPINES

Appliquez le jus blanc de la papaye verte sur l'écharde ou l'épine. Les épines et les morceaux de bois s'enlèveront ensuite facilement. □

autres plantes pour guérir

Voici d'autres plantes qui peuvent vous soigner quand vous tombez malade. Vous constaterez qu'elles sont, le plus souvent, près de votre village. Peut-être même en avez-vous dans votre jardin.

En effet, la plupart sont des arbres fruitiers ! Ces recettes nous sont envoyées des Comores par notre ami MUDINDI.

NOM DE LA PLANTE	ROLE	MODE D'EMPLOI
BANANIER	<ul style="list-style-type: none">- Contre l'infection.- Peut cicatriser des plaies simples	<ul style="list-style-type: none">- Utilisez un morceau de tronc petit et mince comme compresse. Maintenez par une bande propre.
BAOBAB	<ul style="list-style-type: none">- Diarrhée (enfants)	<ul style="list-style-type: none">- Délayez la pulpe du fruit dans l'eau bouillie.- Mettez 4 cuillerées dans un 1/2 litre d'eau.- Donnez à l'enfant 4 à 5 fois par jour.
CAROTTE	<ul style="list-style-type: none">- Diarrhée de bébé- Cicatrise les plaies- Calme les démangeaisons- Bronchite - toux extinction de voix	<ul style="list-style-type: none">- Faites cuire à l'eau bouillante salée.- Ecrasez-la ensuite en purée.- Mélangez la purée avec l'eau de cuisson.- Donnez au bébé 3 ou 4 fois par jour.- Prenez une carotte fraîche et coupez-la.- Appliquez-la sur une plaie.- Frottez avec la carotte l'endroit qui vous démange.- Râpez et faites sortir le jus.- Buvez en y ajoutant une petite cuillerée de miel.
CHOUX	<ul style="list-style-type: none">- Vers intestinaux	<ul style="list-style-type: none">- Lavez bien les feuilles et faites cuire dans un peu d'eau.- Faites sortir le jus.- Prenez 2 à 3 cuillerées par jour.
CITRON	<ul style="list-style-type: none">- Maux de gorge- Angine	<ul style="list-style-type: none">- Buvez du jus de citron pur.
CITRONNELLE	<ul style="list-style-type: none">- Favorise l'élimination des urines en cas de fièvre.- Élimine les moustiques	<ul style="list-style-type: none">- Faites bouillir les feuilles pendant quelques minutes dans l'eau- Buvez ensuite.- Faites brûler les feuilles.
EUCALYPTUS	<ul style="list-style-type: none">- Rhume de cerveau	<ul style="list-style-type: none">- Faites bouillir les feuilles dans l'eau.- Respirez la vapeur. →

	<ul style="list-style-type: none"> - Fièvre - Chasse les moustiques 	<ul style="list-style-type: none"> - Faites bouillir 8 feuilles dans un litre d'eau. - Buvez chaud et sucré 2 à 3 fois par jour. - Faites brûler les feuilles.
GOYAVIER	<ul style="list-style-type: none"> - Diarrhée (adultes) 	<ul style="list-style-type: none"> - Mangez le fruit cru. - Mâchez les feuilles crues. - Faites bouillir 5 ou 6 jeunes feuilles dans un verre d'eau. - Prenez-en 2 à 3 fois par jour.
IGNAME	<ul style="list-style-type: none"> - Brûlures - Calme les douleurs 	<ul style="list-style-type: none"> - Prenez des feuilles fraîches. - Lavez-les et pilez-les. - Appliquez sur la brûlure.
MAIS	<ul style="list-style-type: none"> - Fièvre - Rhumatismes 	<ul style="list-style-type: none"> - Faites bouillir de la barbe de maïs séchée. - Buvez chaud et sucré 2 à 3 fois par jour.
MANGUIER	<ul style="list-style-type: none"> - Vers intestinaux - Fièvre 	<ul style="list-style-type: none"> - Faites griller et pilez l'amande du noyau. - Mettez 2 cuillerées de cette poudre dans un verre d'eau sucrée. Prenez-en 1 fois par jour. - Faites bouillir 3 à 4 feuilles sèches dans l'eau (un verre). - Buvez chaud et sucré 2 à 3 fois par jour.
MANIOC	<ul style="list-style-type: none"> - Brûlures légères 	<ul style="list-style-type: none"> - Lavez et pilez la racine crue. - Mettez dans une compresse. - Appliquez sur la brûlure.
OIGNON	<ul style="list-style-type: none"> - Contre l'infection - Piqûres d'insectes - Cicatrise les plaies, coupures, écorchures - Abscès 	<ul style="list-style-type: none"> - Mettez du jus frais sur une plaie simple nettoyée à l'eau et au savon. - Nettoyez la plaie à l'eau et au savon. Le jus frais calme la douleur. Puis appliquez la fine peau qui sépare les couches du bulbe sur la plaie. - Faites cuire l'oignon sous la cendre. Ecrasez-le et mettez-le dans une compresse tiède. - Appliquez-la sur l'abcès. Cette compresse le fait mûrir.
ORANGER	<ul style="list-style-type: none"> - Favorise le sommeil et - Calmant 	<ul style="list-style-type: none"> - Faites bouillir 4 à 5 fleurs séchées dans de l'eau (un verre). - Buvez chaud et sucré.
TABAC	<ul style="list-style-type: none"> - Contre les poux 	<ul style="list-style-type: none"> - Faites bouillir les feuilles fraîches - Lavez la tête 2 ou 3 fois par jour avec ce liquide. <input type="checkbox"/>

ESPÈCES RARES ET EN VOIE D'EXTINCTION DE LA FLORE DE LA CÔTE D'IVOIRE

LAURENT AKÉ ASSI¹

On assiste, impuissant, depuis plus de 25 ans, dans la plupart des pays africains sud-sahariens en général et dans les îles adjacentes, à une destruction généralisée par l'homme du couvert végétal, avec une rapidité sans précédent. Ce qui a occasionné une variation notable des climats. Les grands ensembles floristiques, humides, ou xérophiles ont subi des régressions ou des expansions. Les forêts précèdent les peuples; les déserts les suivent. La cause principale de cette situation est l'utilisation irrationnelle de l'espace végétal. En effet, l'équipement des Etats et l'emprise croissante des hommes sur l'espace naturel font peser des menaces grandissantes sur la biocénose.

En Côte d'Ivoire, la mise en valeur industrielle du territoire a eu pour effet, l'exploitation inconsiderée de portions très importantes de la végétation naturelle, entraînant, comme conséquence, la disparition de nombreuses espèces végétales; parmi celles-ci figurent des plantes intéressantes, soit par leur rareté, soit par leur endémisme, soit par leur vertu thérapeutique en médecine de tradition africaine.

Si l'on n'intervient pas assez rapidement pour remédier à cette situation, soixante-six espèces de plantes vasculaires disparaîtront de la flore ivoirienne avant la fin de cette décennie:

- | | | | |
|----|--|----|--|
| 1 | <i>Afrormosia elata</i> Harms (Papilionaceae) | 12 | <i>Conocarpus erectus</i> L. (Combretaceae) |
| 2 | <i>Alafia multiflora</i> (Stapf) Stapf (Apocynaceae) | 13 | <i>Crotalaria doniana</i> Baker (Papilionaceae) |
| 3 | <i>Aponogeton vallisnerioides</i> Baker (Aponogetonaceae) | 14 | <i>Diceratostele gabonensis</i> Summerh. (Orchidaceae) |
| 4 | <i>Aptandra zenkeri</i> Engl. (Olacaceae) | 15 | <i>Dicraeanthus taylori</i> De Wild. et Guillaumet (Podostemaceae) |
| 5 | <i>Argostemma pumilum</i> Benn. (Rubiaceae) | 16 | <i>Dioscorea quartiniana</i> A. Rich. (Dioscoreaceae) |
| 6 | <i>Aristolochia embergeri</i> Noz. et Hallé (Aristolochiaceae) | 17 | <i>Diospyros tricolor</i> (Schum. et Thonn.) Hiern (Ebenaceae) |
| 7 | <i>Asplenium brausei</i> Hieron. (Aspleniaceae) | 18 | <i>Dorstenia embergeri</i> Mangenot (Moraceae) |
| 8 | <i>Begonia rostrata</i> Welw. ex Hook. f. (Begoniaceae) | 19 | <i>Drosera indica</i> L. (Droseraceae) |
| 9 | <i>Burmannia madagascariensis</i> Mart. (Burmanniaceae) | 20 | <i>Drypetes aframensis</i> Hutch. (Euphorbiaceae) |
| 10 | <i>Chlamydocardia buettneri</i> Lindau (Acanthaceae) | 21 | <i>Drypetes laciniata</i> Hutch. (Euphorbiaceae) |
| 11 | <i>Cleidion gabonicum</i> Baillon (Euphorbiaceae) | 22 | <i>Drypetes singroboensis</i> Aké Assi (Euphorbiaceae) |
| | | 23 | <i>Eleocharis naumanniana</i> Boeck. (Cyperaceae) |
| | | 24 | <i>Epithema tenue</i> C. B. Clarke (Gesneriaceae) |
| | | 25 | <i>Fagara mezoneurospinosa</i> Aké Assi (Rutaceae) |
| | | 26 | <i>Fagara psammophila</i> Aké Assi (Rutaceae) |
| | | 27 | <i>Gerrardanthus paniculatus</i> (Masters) Cogn. (Cucurbitaceae) |
| | | 28 | <i>Gymnosiphon longistylus</i> (Benth.) Hutch. (Burmanniaceae) |
| | | 29 | <i>Haplormosia monophylla</i> (Harms) Harms (Papilionaceae) |
| | | 30 | <i>Heteradelphina paulojaegeria</i> Heine (Acanthaceae) |
| | | 31 | <i>Hexalobus salicifolius</i> Engl. et Diels (Annonaceae) |
| | | 32 | <i>Hibiscus comoensis</i> A. Chev. ex Hutch. et Dalz. (Malvaceae) |
| | | 33 | <i>Hugonia rufipilis</i> A. Chev. ex Hutch. et Dalz. (Linaceae) |
| | | 34 | <i>Loesenera kalantha</i> Harms (Caesalpiniaceae) |
| | | 35 | <i>Lycopodiella affinis</i> (Bory) Pic.-Ser. (Lycopodiaceae) |
| | | 36 | <i>Macrosphyra brachysiphon</i> Wernham (Rubiaceae) |
| | | 37 | <i>Maranthes robusta</i> (Oliver) Prance (Chrysobalanaceae) |
| | | 38 | <i>Mesanthemum radicans</i> (Benth.) Koern. (Eriocaulaceae) |

¹ Centre National de Floristique, Université d'Abidjan. 04 B.P. 322, Abidjan 04. Côte d'Ivoire.

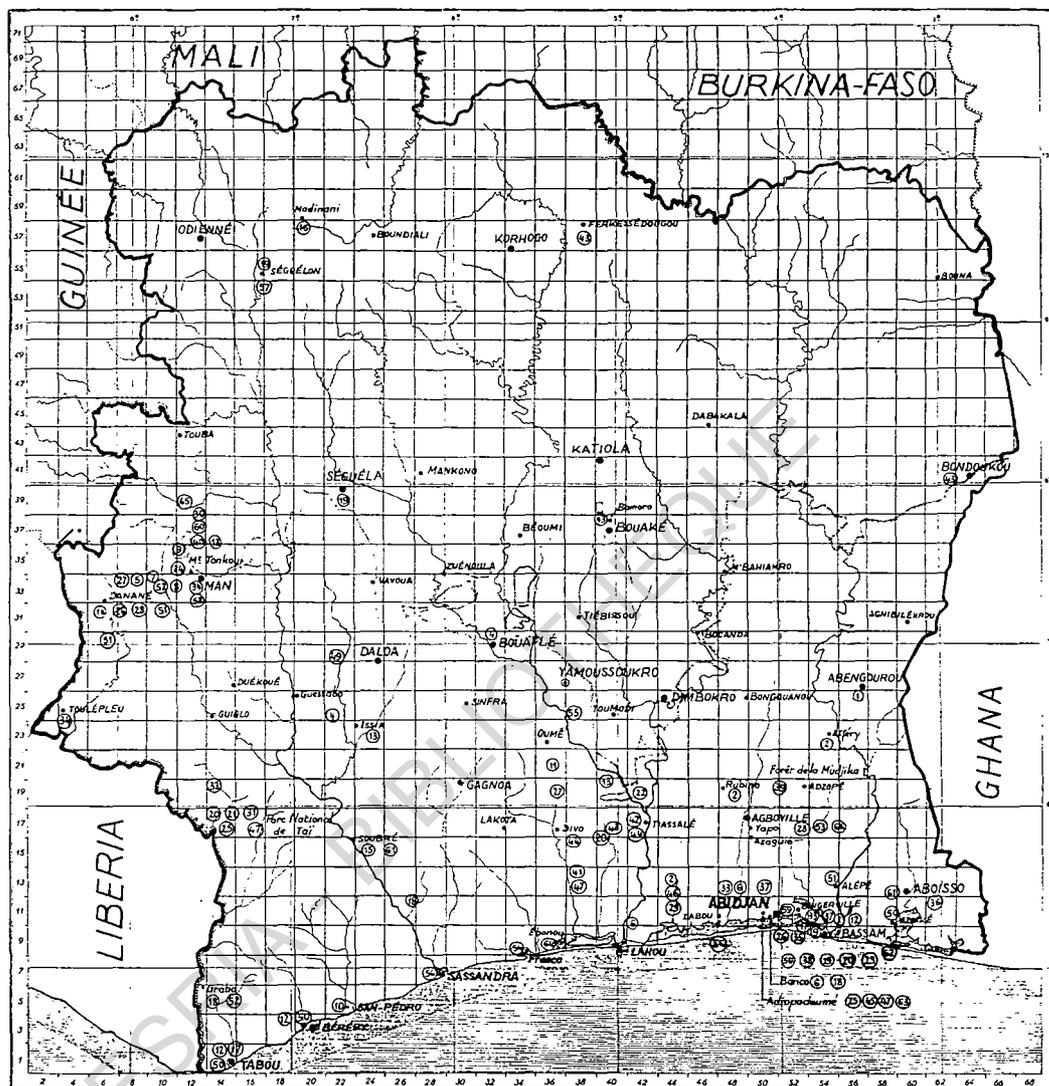


FIGURE 1. Carte de répartition des espèces en voie d'extinction de la flore de la Côte d'Ivoire. Les chiffres sont ceux correspondant à la liste alphabétique des plantes concernées.

- | | |
|---|--|
| 39 <i>Monanthotaxis capea</i> (E. G. Camus) Verdc. (Annonaceae) | 47 <i>Rhigiocarya peltata</i> J. Miège (Menispermaceae) |
| 40 <i>Neoschumannia kamerunensis</i> Schltr. (Asclepiadaceae) | 48 <i>Rivina humilis</i> L. (Phytolaccaceae) |
| 41 <i>Nothospondias staudtii</i> Engl. (Anacardiaceae) | 49 <i>Rorippa madagascariensis</i> (DC.) Hara (Brassicaceae) |
| 42 <i>Notobuxus acuminata</i> (Gilg) Hutch. (Buxaceae) | 50 <i>Scaevola plumieri</i> (L.) Vahl (Goodeniaceae) |
| 43 <i>Pararistolochia goldieana</i> (Hook. f.) Hutch. et Dalz. (Aristolochiaceae) | 51 <i>Schizocolea linderi</i> (Hutch. et Dalz.) Bremek. (Rubiaceae) |
| 44 <i>Pisonia aculeata</i> L. (Nyctaginaceae) | 52 <i>Sciaphila africana</i> A. Chev. (Triuridaceae) |
| 45 <i>Psilotum nudum</i> L. (Psilotaceae) | 53 <i>Sebaea oligantha</i> (Gilg) Schinz (Gentianaceae) |
| 46 <i>Rhaptopetalum beguei</i> Mangenot (Scytocellaceae) | 54 <i>Sesuvium portulacastrum</i> (L.) L. (Aizoaceae) |
| | 55 <i>Solanum terminale</i> subsp. <i>inconstans</i> (C. H. Wright) Heine (Solanaceae) |

- 56 *Sophora occidentalis* L. (Papilionaceae)
 57 *Streptocarpus nobilis* C. B. Clarke (Gesneriaceae)
 58 *Strophanthus barberi* Franch. (Apocynaceae)
 59 *Strophanthus thollonii* Franch. (Apocynaceae)
 60 *Strychnos chromatoxylon* Leeuwenb. (Loganiaceae)
 61 *Synsepalum aubrevillei* (Pellegrin) Aubrév. et Pellegrin (Sapotaceae)
 62 *Synsepalum tsoumke* Aubrév. et Pellegrin
 63 *Tarenna hutchinsonii* Bremek. (Rubiaceae)
 64 *Teclea carpopunctifera* A. Chev. (Rutaceae)
 65 *Vanilla imperialis* Kraenzl. (Orchidaceae)
 66 *Voyria primuloides* Baker (Gentianaceae)

Six autres espèces, quantitativement bien représentées dans les différentes formations végétales climatiques du pays, sont menacées de disparition du fait de leur exploitation abusive pour divers usages domestiques traditionnels. Ce sont *Iodes liberica* Stapf (Icacinaceae) et *Momordica angustisepala* Harms (Cucurbitaceae) sont deux lianes, dont les tiges servent à confectionner des éponges; les fragments de tige et les petites racines de *Garcinia afzelii* Engl. et de *Garcinia kola* Heckel (Clusiaceae) sont utilisés comme frotte-dents; deux palmiers lianes, *Eremospatha hookeri* (Mann et Wendl.) Wendl. et *Eremospatha macrocarpa* (Mann et Wendl.) Wendl. (Arecaceae), ont leurs tiges qui sont employées en sparterie et en vannerie.

Le problème de protection de la nature est d'actualité. C'est pourquoi il paraît hautement souhaitable que l'attention de l'opinion internationale soit attirée sur le danger qui menace les espaces naturels des pays en développement, afin que soient envisagées des mesures adéquates pour la sauvegarde de spécimens importants de nos forêts en péril.

BIBLIOGRAPHIE

- ADJANOHOON, E., L. AKÉ ASSI & J.-L. GUILLAUMET. 1966. Conservation de la végétation: Côte d'Ivoire. Acta Phytogeogr. Succ. 54: 76-81.
- AKÉ ASSI, L. 1979. La préservation des espèces végétales pour la santé humaine en Afrique au Sud du Sahara. 3ème Symposium Interafricain OUA/CSTR sur la pharmacopée traditionnelle et les plantes médicinales africaines, Abidjan, 25-29 Septembre 1979: 26-31.
- . 1984. Flore de la Côte d'Ivoire: Etude Descriptive et Biogéographique, avec Quelques Notes Ethnobotaniques. Thèse de Doctorat ès Sciences, présentée à la Faculté des Sciences de l'Université d'Abidjan, Juin 1984.
- . 1988. Espèces rares en danger d'extinction de la flore de la Côte d'Ivoire: le cas de *Monanthon taxis capea* (E. G. et A. Camus) Verdc. (Annonaceae). Ann. Univ. Abidjan (sous presse).
- & G. PARADIS. 1983. Arguments en faveur de l'origine anthropique des savanes littorales de Côte d'Ivoire. Bull. Mus. Natl. Hist. Nat., 4e sér., Sect. B, Adansonia, 2: 179-188.
- AUBREVILLE, A. 1957-1958. A la recherche de la forêt en Côte d'Ivoire. Bois Forêts Trop. 56 & 57.
- DORST, J. 1965. La nature dé-naturée. Dans Points, n° 9. Editions Delachaux et Niestlé, Paris.
- . 1965. Avant que Nature Meure. Editions Delachaux et Niestlé, Paris.
- HUTCHINSON, J. & J. M. DALZIEL. 1954-1972. Flora of West Tropical Africa, 2e édition. R. W. J. Keay & F. N. Hepper (éditeurs). Crown Agents, London.
- MANGENOT, G. 1971. Une nouvelle carte de la végétation de la Côte d'Ivoire. Mitt. Bot. Staatssamml. München 10: 116-121.
- MONNIER, Y. 1968. Les effets des feux de brousse sur une savane préforestière de Côte d'Ivoire. Etudes éburnéennes, 9. Direction de la Recherche Scientifique, Ministère de l'Education Nationale, Abidjan.
- PAVAN, M. 1968. Interférences de l'homme sur la nature. Les équilibres biologiques. Union Int. pour la Conservation de la Nature et de ses Ressources. Ind. Lito-Tipo Mario Ponzio S.P.A. Pavia, Italie.
- SASSON, A. 1969. La protection de la nature ou l'homme et la nature. Soc. Sci. Nat. et Phys. du Maroc (Compt. Rend. Séances Mens.): 79-96.
- SCHNELL, R. 1950. Quelques observations sur la reconstitution de la forêt dense en Afrique Occidentale. Conf. Afr. Ouest, Bissau 1947, Lisbonne 1950, tome 2: 321-333.
- TIRVENGADUM, D. D. 1983. L'exemple de l'île Rodrigues (Mascareignes): destruction d'une flore insulaire. Compt. Rend. Sommaire Séances Soc. Biogéogr. 59: 213-222.
- UNION INTERNATIONALE POUR LA CONSERVATION DE LA NATURE ET DE SES RESSOURCES. 1967. Liste des Nations Unies des Parcs Nationaux et Réserves Analogues. Union Int. pour la Conservation de la Nature et de ses Ressources, Publications Nouvelle série, n° 11.
- WHITE, F. 1983. The Vegetation of Africa. UNESCO, Paris.

Bull. Soc. bot. Fr., 136, Actual. bot. (3/4), 27 - 31, (1989)

**Flore de la Côte d'Ivoire : disparition de nombreuses espèces
due à la destruction inconsidérée de l'espace naturel.**

**Le cas de *Monanthotaxis capea*
(E.G. et A. Camus) Verdc. (*Annonaceae*).**

par Gladys ANOMA et Laurent AKE ASSI

Laboratoire de Botanique de la Faculté des Sciences ; Université Nationale de Côte d'Ivoire,
04 BP. 321 Abidjan C.I.

Résumé.- Dans certains états d'Afrique intertropicale, beaucoup d'espèces végétales ont déjà disparu ou sont en voie d'extinction. C'est le cas notamment de *Monanthotaxis capea* existant dans une seule localité de la Côte d'Ivoire et dont il subsiste à l'heure actuelle que quelques rares pieds après défrichements de la forêt dans laquelle elle poussait. La description de cette espèce est donnée dans cet article.

Summary.- In some intertropical African States, much plant species have disappeared or are on the way to disappear. This is especially the case of *Monanthotaxis capea* still standing in one place of Ivory Coast: it remains actually some rare individuals of this plant after inopportune clearings of the rain forest in which this species is localized. The whole description of this species is represented in this article.

Key words : Intertropical african states - *Monanthotaxis capea* - Ivory Coast - species disappearance.

*

**

Les espèces qui constituent une flore sont, en général, très nombreuses (Hutchinson et Dalziel, 1954 - 1972). Leur richesse varie énormément. Quelques-unes sont très répandues et existent en grand nombre ; d'autres sont, au contraire, extrêmement rares. Certaines possèdent un pouvoir d'adaptation considérable et se développent dans des conditions très diverses (Aké Assi, 1977, 1980) ; d'autres exigent un habitat tout particulier et n'existent, par conséquent, qu'en quelques rares endroits (Adjahoun et Aké Assi, 1960 ; Aké Assi, 1970). Quelques-unes se perpétuent grâce à l'intervention de l'homme ; d'autres tendent à disparaître, après une légère altération de leur habitat. Ainsi, dans certains Etats d'Afrique intertropicale, beaucoup d'espèces végétales ont disparu ou sont en voie de l'être (Aké Assi, 1984, 1988).

En Côte d'Ivoire, par exemple, des plantes médicinales les plus célè-

bres, mystérieuses et rares, sont en voie d'extinction, et ne se rencontrent, à présent, qu'exceptionnellement (Aké Assi, 1979). Tel est le cas de *Monanthotaxis capea*. Cette plante, dont on ne connaît, à ce jour, qu'une seule station dans le monde, pousse en forêt dense humide semi-décidue (Mangenot, 1971). Elle est exclusive à la région comprise entre l'axe routier Agboville-Abengourou et la rivière Agbo (Agneby) d'une part, et les villages d'Attobro et de Goto d'autre part, dans l'ex-forêt classée de la Mudjika, à 40 km au Nord-Est d'Agboville. Dans cette localité, la plante était exploitée par les femme Abbeys. Ses feuilles, en raison de leur parfum, étaient régulièrement cueillies, séchées, et faisaient l'objet d'un commerce intense avec le Ghana et le Nigéria, pour leur industrie de cosmétiques et de parfums.

Malheureusement, eu égard à la démographie croissante de la région, à la demande des habitants, cette belle forêt de près de 9 000 hectares a été, il y a plus d'une quinzaine d'années, déclassée par le Ministère de l'Agriculture et des Eaux et forêts de l'époque, et distribuée pour sa mise en valeur industrielle. Ainsi, après les défrichements anarchiques qui s'en suivirent, la flore naturelle a fait place à des bananiers, à des cacaoyers, à des caféiers, etc... ainsi qu'à des espèces rudérales comme *Eurpatorium odoratum*, *Mikania cordata*, *Synedrella nodiflora* (Asteraceae), etc...

Il ne subsiste donc, de cette plante, que quelques rares pieds que certains habitants ont eu l'intelligence de préserver dans leur parcelles respectives ou de planter dans les villages. Malgré la régénération très difficile de cette espèce, le Jardin Botanique de l'Université d'Abidjan se félicite de posséder un beau spécimen.

Monanthotaxis capea n'est qu'un exemple parmi tant d'autres. La liste est longue, car en Côte d'Ivoire comme ailleurs en Afrique ou sur d'autres continents, les espèces végétales qui disparaissent chaque année, en raison des défrichements inconsidérés et des feux de brousse intempestifs, sont nombreuses (Dorst 1965 a et b ; Monnier 1968 ; Pavan, 1968 ; Sasson, 1969 ; Tirvengadam, 1983). C'est depuis près d'un quart de siècle que la situation devient de plus en plus alarmante. La création des plantations, tant traditionnelles qu'industrielles, ainsi que l'exploitation forestière en sont les causes principales.

L'équipement des Etats et l'emprise croissante des hommes sur l'espace naturel font peser des menaces grandissantes sur les derniers refuges de la vie sauvage. C'est pourquoi, il devient urgent de renforcer, à l'échelle internationale, la protection des éléments de la nature contre les destructions intempestives (Union nationale pour la conservation de la Nature et de ses Ressources, 1967). Une des tâches de la protection de la nature est de conserver, pour l'avenir, des portions de nos milieux et de nos paysages naturels (Adjánohoun et coll., 1966) parce que ces derniers constituent de véritables musées du patrimoine floristique et faunistique, et des témoins exceptionnels de l'environnement dans lequel nous vivons. Ce sont aussi des laboratoires permettant aux Chercheurs d'observer, d'analyser et, au besoin, d'expérimenter les mécanismes et les lois de l'Ecologie.

Tel est le sens profondément socio-économique et culturel de cette intervention. Le moment est venu de montrer plus de prudence dans nos actions, plus de respect pour la nature, dans notre intérêt et dans celui des générations à venir, envers lesquelles nous avons de très grandes responsabilités : la

sauvegarde de notre nature et de ses ressources. A cet égard, il serait hautement souhaitable que soit assuré, par tous, le strict respect de la législation relative aux Réserves Botaniques et aux Parcs Nationaux.

OBSERVATION

Monanthes caepea peut être reconnu par les caractères suivants :
Monanthes caepea (E.G. et A. Camus) Verdc., Kew Bull. 25 : 21

(1971).

= *Popowia caepea* E.G. et A. Camus, Bull. Maison Roure-Bertrand
Fils, sér. 3,8 : 43, t. 1 - 5 (1911).

= *Enneastemon caepea* (E.G. et A. Camus) Ghesq., Rev. Zool. et
Bot. Afr. 32 : 141 (1939) ; Keay, F.W.T.A., ed. 2,1 : 48 (1954).

Arbrisseau sarmenteux ou liane, atteignant de 5 à 15 m de hauteur. Jeunes rameaux finement pubescents, à pubescence de couleur ferrugineuse, devenant moins dense sur les rameaux adultes. Feuilles de grandeur assez variable, les supérieures plus petites, atténuées vers la base ou les supérieures arrondies, un peu cordées, toutes munies d'un acumen plus long dans les inférieures, brièvement pétiolées, membraneuses, glabres, lisses et d'un vert intense sur la face supérieure, glaucescentes sur la face inférieure ; à nervures médiane et latérales saillantes en-dessous, ces dernières dirigées vers le sommet et anastomosées par des nervures parallèles très fines. Pédicelles grêles, pubescents. Fleurs petites, d'abord en boutons déprimés. Calice formé de 3 sépales courts. Corolle à pétales un peu épais, pubescents extérieurement, les trois extérieurs dépassant peu les intérieurs. Etamines à connectif développé, tronqué, appliqué au-dessus des loges des anthères et manifestement granuleux-papilleux, à anthères presque latéralement extérieures. Fruits comportant de 2 à 5 méricarpes verruqueux contenant chacun de 1 à 4 graines (Planche I).

Cette description peut être ainsi résumée en latin : *Frutex scandens ; ramulis novellis dense ferrugineopilosis, adultis glabrescentibus nigro-corticatis ; foliis brevissime petiolatis, membranaceis, supra glabris laevibus, intense viridibus, subtus glaucescentibus, nervis lateralibus utrinque oblique adscendentibus, nervulis cosubrectangulo-conjungentibus ; pedunculis filiformibus quam petiolum paulo longioribus ; calyce breviter lato-trifido atque petalis crassis tenuiter sericeis ; petalis breviter ovatis subascutis, exterioribus quam interiora paulo majoribus ; staminibus connectivo amplo oblique truncato glanduloso, thecis ovalibus lateralibus ; carpellis numerosis, pilosis, monocarpiis stipitalis, ovoideis vel subglobosis, 1 - 4 - spermis, verrucosis.*

BIBLIOGRAPHIE

- ADJANOHOUN E. et L. AKE ASSI, 1960.- Sur l'existence de deux Composées nouvelles pour la Côte d'Ivoire. *Bull. Soc. bot. Fr.*, 197, 212.
- ADJANOHOUN E., L. AKE ASSI et J.L. GUILLAUMET, 1966.- Conservation de la végétation : Côte d'Ivoire. *Acta Phytogeographica Suecica* 54, 76 - 81.
- AKE ASSI L., 1970.- Deux espèces d'introduction récente en Basse Côte d'Ivoire. *Bull. de l'I.F.A.N.*, 32, sér. A, 982 - 985.
- AKE ASSI L., 1977.- *Salvinia nymphellula* Desv. (Salviniaceae) : Fléau en extension vers l'Ouest de l'Afrique intertropicale. *Bull. de l'I.F.A.N.*, 39 (3) sér. A, 554 - 562.
- AKE ASSI L., 1979.- La préservation des espèces végétales pour la santé humaine en Afrique au Sud du Sahara. 3ème Symposium Inter africain OUA/CSTR sur la pharmacopée traditionnelle et les plantes médicinales africaines, Abidjan, 25-29 Septembre 1979, 26 - 31.

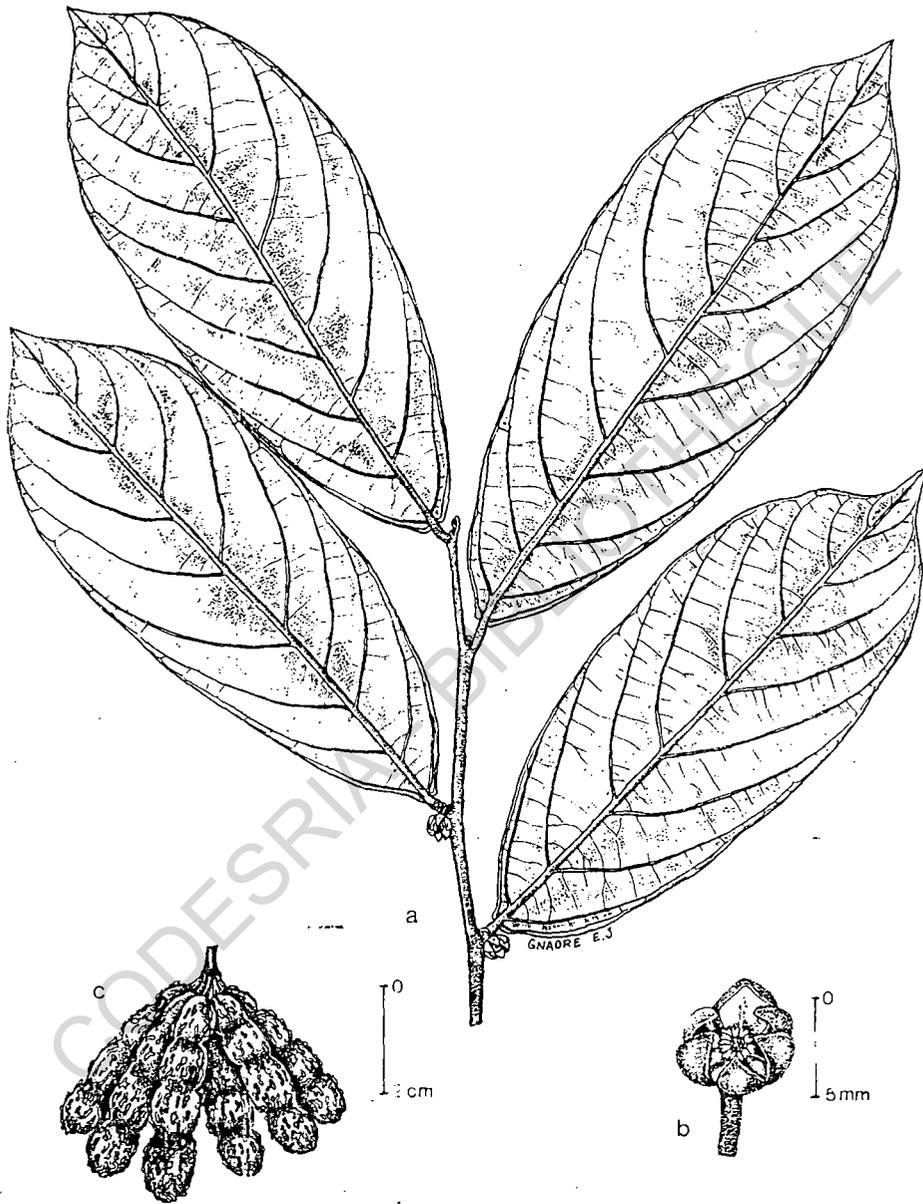


Planche I
Monanthes caepa (E.G. et A. Camus) Verde (Annonaceae).
a) Rameau florifère ; b) Fleur ; c) Méricarpes.

- AKE ASSI L., 1980.- *Cecropia peltata* Linné (Moracée) : ses origines, introduction et expansion dans l'Est de la Côte d'Ivoire. *Bull. de l'I.F.A.N.*, 42 (1), sér. A., 96 - 102.
- AKE ASSI L., 1984.- Flore de la Côte d'Ivoire : Etude descriptive et biogéographique, avec quelques notes ethnobotaniques. Thèse de Doctorat ès-Sciences, présentée à la Faculté des Sciences de l'Université d'Abidjan, Juin 1984, 6 fasc., 1206.
- AKE ASSI L., 1988.- Espèces rares et en voie d'extinction de la Flore de la Côte d'Ivoire. *Monogr. Syst. Bot. Missouri Bot. Gard.* 25, 461 - 463.
- DORST J., 1965 a.- La nature dénaturée. Points, 9. Delachaux et Niestlé, éd. Paris, 188.
- DORST J., 1965 b.- Avant que nature meure. Ed. Delachaux et Niestlé, Paris 450.
- HUTCHINSON J. et J.M. DALZIEL, 1954-1972.- Flora of West Tropical Africa (ed. 2, par Keay R.W.J. et Hepper, F.N.), Crown Agents, London 3.
- MANGENOT G., 1971.- Une nouvelle carte de la végétation de la Côte d'Ivoire. *Mitteilungen der Botanischen Staatssammlung, München*, 10, 116 - 121.
- MONNIER Y., 1968.- Les effets des feux de brousse sur une savane pré-forestière de Côte d'Ivoire. Etudes éburnéennes, 9. Direction de la Recherche Scientifique, Ministère de l'Education Nationale, Abidjan, 260.
- PAVAN M., 1968.- Interférences de l'homme sur la nature. Les équilibres biologiques. Union internationale pour la Conservation de la Nature et de ses Ressources. Ind. Lito-Tipo Mario Ponzio S.P.A. Pavia, Italie, 67.
- SASSON A., 1969.- La protection de la nature ou l'homme et la nature. *Soc. Sci. Nat. Phys. Maroc* (Comptes-rendus des Séances mensuelles) 79 - 96.
- TIRVENGADUM D.D., 1983.- L'exemple de l'île Rodrigues (Mascareignes) : Destruction d'une flore insulaire. *Comp. Rend. Soc. Biogéogr.* 59, 213 - 222.
- UNION INTERNATIONALE POUR LA CONSERVATION DE LA NATURE ET DE SES RESSOURCES, 1967.- Liste des Nations Unies des Parcs Nationaux et Réserves analogues. U.I.N.C., Publications Nouvelle série, 11, 550.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

EN COUVERTURE

DODJI-ZRÉDJI, GALLA BI-BALLO:



Claude Loba Grodji dit Dodji-Zrédi; on vient de partout pour solliciter sa science.

Galla Bi-Ballo, un nom dans la région gouro de Sinfra.

NOUS CHASSONS LES SORCIERS

Croyez-vous aux sorciers? Peut-être que oui, peut-être que non. Mais dans la mesure où certains se déclarent être des mangeurs d'âme, pourquoi ne pas les croire? Rassurez-vous, à Gbagrélilié (Lakota) et à Prozibanfla (Sinfra) Dodji-Zrédi et Galla Bi-Ballo existent pour vous. Ils traquent les sorciers jusque dans leurs derniers retranchements.

La lutte est héroïque.

Louons le Seigneur
Prions Dodji-Zrédi
Invoquons les esprits de nos ancêtres
Pour qu'ils couronnent de succès les entreprises du Père de la Nation.
Prions pour tous les membres du Gouvernement, pour tous nos élus et responsables.

Prions Dieu pour que tous nos frères et sœurs qui souffrent moralement ou physiquement et qui sont venus se confier à nous, guérissent de leurs maux...

C'est ainsi, à quelques expressions près, que Claude Loba Grodji dit D^r Dodji-Zrédi, commence ses «séances de travail». Le jeudi 6 juillet 1989, nous nous trouvons dans

le petit cimetière jouxtant le village de Gbagrélilié, dans la région de Lakota. Après s'être reposé, pendant un mois (juin), le Docteur reprenait du service pour le bonheur de ses nombreux patients.

Dès le petit matin, des hommes, femmes et enfants venus pour guérir d'une maladie, chercher le bonheur, le succès à des concours ou exa-

Enquête

Daniel Yao, le prophète venu d'Oumé

● IL TRAQUE LES SORCIERS, GUÉRIT PAR LES PLANTES, DÉLIVRE PAR LA PRIÈRE

AINSI donc, il déplace des foules venues de partout trouver solutions à leurs problèmes (chômage, maladie, protection, etc). Daniel Yao est un adolescent d'à peine 23 ans. On le prendrait pour tout, sauf un devin. Et pourtant, ses dons de voyant et son aptitude à soigner les malades ont vite fait de lui un homme providentiel qu'on vient consulter depuis les contrées les plus éloignées. Nous avons déjà entendu parler de lui à Abidjan. On le disait extraordinaire. C'est dire que sa renommée a franchi les limites de son Dougbafla natal. Un village situé à 05 minutes de route d'Oumé.

Comme le hasard est fertile en ressources, nous l'avons rencontré à l'occasion de radiovacances à Oumé, sur insistance de quelques personnes : « vous ne pouvez pas repartir à Abidjan sans rencontrer le prophète Alloukou... Il faut que vous témoigniez des choses extraordinaires qu'il fait afin que tout le monde le sache... ». Ces éloges dit hynamiques nous font débarquer à Dougbafla.

Jeudi 17 août 89. Le maître des plantes, un jeune, homme frêle

Située à 255 kilomètres d'Abidjan, avec ses 42.000 âmes, Oumé, la cuvette qui s'est tapie entre trois montagnes, connaît voilà peu, une affluence peu ordinaire. Non pas parce que l'ASO, l'équipe de football de cette commune vole de victoire en victoire. Mais à cause d'un homme de 23 ans à peine, jugé d'extraordinaire: il traque les sorciers, guérit des maladies face auxquelles la médecine moderne jette l'éponge. Là-bas à Oumé, cet homme providentiel a été reconnu comme un prophète. Nous l'avons rencontré, qui parle de sa religion harriste, de sa science et de ses dons, des rapports entre la médecine moderne et la médecine dite traditionnelle... que de révélations !

danseur d'un rythme ivoirien dénommé Alloukou. Ce n'est pas le cas lorsqu'on l'assimile à un sorcier. Là, sans perdre son sang-froid, il martèle les mots comme pour rassurer : « Je ne suis pas sorcier ; je suis harriste, marié à deux femmes sans enfant. » Le sorcier est selon lui, un personnage s'occupant particulièrement des rapports avec les esprits malfaisants. Il ôte la vie. Or Daniel Yao déclare, lui, sauver des âmes en péril, se trouvant dans le collimateur des « enleveurs de vie ».

Et il le fait, dit-on, sans tambour ni trompette. « J'évite, nous confie-t-il, de créer des troubles sociaux. Quand je détecte un sor-

cière, son parcours pour le moins édifiant.

Ainsi, a-t-il fait l'école buissonnière pendant bien longtemps, téléguidé comme il était par une voix qu'il était seul à entendre. Dans ses songes, cette voix mystérieuse l'invitait à élire domicile des mois durant en brousse, à aller de village en village : des villages de Bouaflé à N'Gattakro, etc. Tombé gravement malade, son médecin traitant l'invite à se faire soigner chez un tradi-praticien. C'est alors qu'il rencontre le prophète Atcho qui lui confie : « Dieu t'a choisi, tu es comme moi appelé à aider tes frères ». C'était le 10 avril 85 à Gbrègbo (Binger-ville).

La révélation du prophète Atcho allait se confirmer par sa maîtrise des plantes, et sa connaissance des herbes qui soignent la folie, l'épilepsie, etc.

D'ailleurs, comme il nous le montrera, il n'est pas comme tout le monde : un signe de croix est inscrit dans sa paume gauche.

Malgré son choix, ce n'est pas de gaieté de cœur que ses parents l'ont vu changer inexorablement de cap. Au début, pré-cise-t-il, ils ne pouvaient pas



Daniel Yao, enfant, il intriguait déjà son entourage par ses dons et ses connaissances des plantes.



Rencontre avec Georgette YOWEL, célèbre guérisseuse à Toupah (Dabou)

Rencontrer un guérisseur — ou une guérisseuse — l'expérience, tout compte fait — en vaut la peine, que l'on croie ou non, en leurs pouvoirs. Pendant le long week-end de la fête du 1^{er} mai, nous avons été l'hôte de M^{me} Yowel Georgette, guérisseuse à Toupah. Toupah, dans son genre, est une sorte de métropole du pays adioukrou. C'est une coquette petite ville, où l'on s'étonne de ne pas trouver un sous-préfet. Des agglomérations moins grandes, moins dynamiques, en ont un, alors? Eh bien, d'ici un ou deux ans, cette lacune sera comblée. Toupah le mériterait bien. La ville est charmante, propre.

Le palmier à huile, l'hévéa, couvrent ici d'énormes étendues, au milieu desquelles la ville fait figure d'îlot. C'est dire que les paysans sont relativement aisés. Ils se plaindraient seulement — s'ils le faisaient — de ce que les terrains de culture sont plutôt éloignés de leur agglomération.

Revenons à Yowel Georgette. C'est la guérisseuse la plus célèbre de la région. De taille moyenne, teint clair, elle porte avec aisance un début d'embonpoint qu'explique sa propension à manger à tout moment. Yowel Georgette est une jumelle. Ce détail n'est pas vraiment indifférent. En Afrique, jumeaux et jumelles passent pour être peu ou prou sorciers. Lorsque la guérisseuse est une jumelle, cela



augmente sa crédibilité. Pour sa part, Yowel passe pour être une grande guérisseuse, une voyante. De tout le pays, afflue vers elle, les mercredi et vendredi (ses jours de consultation) des dizaines, voire des centaines de personnes qui ont un problème quelconque.

Au cours de notre bref séjour, on nous a présenté l'héroïne de l'histoire suivante: jeune fille, elle fut séduite par un instituteur de Toupah. Les deux s'enfuirent pour la région de Man. Cela dura six ans. Les parents de la jeune fille la

croyaient disparue à tout jamais, morte. Puis ils décidèrent de venir consulter Yowel. «Je vois votre fille, leur dit-elle. Elle vit encore. Elle reviendra. Quelques jours après cette consultation, la jeune fille est effectivement revenue d'elle-même. Ses parents furent si heureux qu'ils l'ont définitivement «confiée» à Yowel.

Les exemples de ce genre abondent. De quels pouvoirs, occultes dispos cette guérisseuse?

Use-t-elle à volonté de la télépathie? Yowel Georgette connaît sans doute les vertus de nombreuses herbes et racines. Mais elle s'intéresse essentiellement aux malaises mentaux, et il semble que, dans ce domaine, elle réussit de nombreuses guérisons. Sa méthode rappelle beaucoup celle des psychanalystes. Elle se soucie essentiellement de rassurer le malade, en lui fournissant une réponse sans équivoque à ses interrogations. Voyons le cas de M. Djoussou Meless Claude, 32 ans, originaire de Lopou. Il raconte: «J'étais paralysé sur tout un côté. Je ne pouvais pas marcher. J'ai fréquenté tous les hôpitaux. J'ai même participé à un concours des NEA et on devait m'envoyer en France pour y être soigné. Je suis arrivé ici, tantie Yowel m'a soigné. C'est mon oncle qui m'avait empoisonné. M^{me} Yowel l'a convoqué, il n'est pas venu ».

Existerait-il donc des sorciers, ici et ailleurs? Ne posez pas la question à M^{me} Yowel, elle vous prendrait pour un simple d'esprit. Les sorciers, elle les rencontre tous les jours, elle leur fait avouer leur sorcellerie et leurs forfaits. Dans la cour de la guérisseuse, trône un grand récipient (la moitié d'un vieux fût d'essence) rempli de fétiches qu'elle a arrachés aux sorciers.

M^{me} Yowel, nous dit-on, a prêté beaucoup d'événements qui se sont réalisés. Elle avait, ainsi, annoncé l'accident qui devait coûter la vie à la mère et au frère de l'ancien ministre Lasmé.

La guérisseuse ne demande aucune rétribution. Les maladies, une fois guéris, savent se montrer reconnaissants, selon leurs moyens.

Guérisseuse? Psychanalyste? Peut importe. Yowel Georgette réussit de nombreuses guérisons, et c'est l'essentiel. Le personnage qu'elle représente est naturellement généré par la propension irrépressible de la population de cette région à croire en l'existence de forces occultes qui interviendraient en permanence dans la vie des uns et des autres. Il n'y a que la foi qui sauve, c'est bien connu.

ATTA KOFFI



JEANNOT KOUDOU

LE "CHRIST NOIR" DE LAKOTA



Age: 45 ans. Teint: noir foncé. Taille: moyenne. Situation matrimoniale: polygame, six enfants. Profession: planteur, guérisseur et exorciseur. Signe particulier: accompagné par son frère défunt Gbahié. Voici l'état signalétique de Jeannot Koudou, le «messie» de Bonoua, le guérisseur de Zikoboué et l'exorciseur national. Nous avons été sur ses traces dans le pays Abouré, nous l'avons vu à l'œuvre dans son village natal, avons recueilli des témoignages à son sujet. Nous vous le présentons, découvrez «Gbahié», panthère parmi les panthères.

EN COUVERTURE

LES SECRETS DU

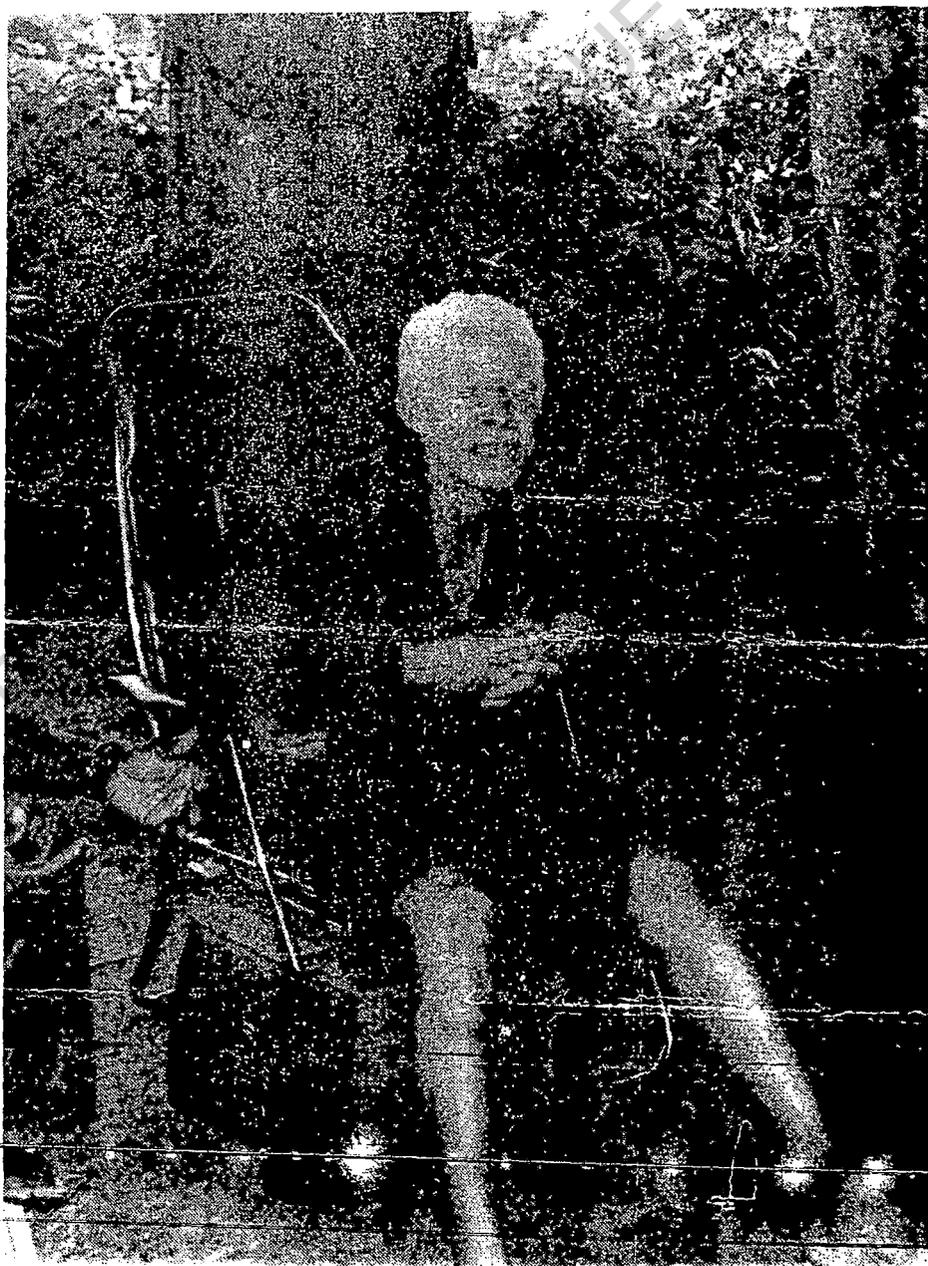
FÉTICHEUR ALBINOS

Par Raphael Lakpé

51 ans, 6 femmes, 33 enfants, Koffi Kouma, dit Koffi Fry, l'albinos du village de Gbodé (s/p Nassian) est très célèbre, dans sa région, voire dans toute la Côte d'Ivoire, pour sa puissance mystique et ses dons divinatoires. Sa renommée méritait bien un pèlerinage. Nous lui avons rendu visite. Un voyage riche en péripéties.

Koffi Kouma ne fut pas un bébé comme les autres. A sa naissance, disent les notables de Gbodé, il était d'une blancheur extraordinaire. Ses cheveux, rares, étaient blancs. De plus, dit-on, il est né avec un fétiche dans la main. Comment cela est-il possible? N'est-ce pas parce qu'il est le seul albinos parmi les neuf enfants de sa mère qu'on l'entoure de tant de mystère? Ne posez surtout pas cette question à son oncle, le vénérable Ibrahima Ouattara. Il rentre en colère et vous menace d'un regard à vous faire trembler.

«Pourquoi mentrais-je?», rétorque-t-il d'une voix grave. «Quand mon neveu est né, sa mère Poko Ouattara a disparu dans la forêt et elle y a fait trois jours. A son retour au village, elle était devenue sourde. Jusqu'à présent, après de nombreux soins, elle entend très mal. A l'âge de trois ans, Kouma ne marchait toujours pas, mais il tenait des propos à vous surprendre. Il disait des choses qu'on ne pouvait imaginer chez un enfant de son âge. En plus, rien qu'en regardant



Koffi Kouma, dit Koffi Fry. Déjà enfant, il intriguait ses parents.

Photos : Bi Tawa Ziga.

EN COUVERTURE

MAMIE KOFFI AKOUA, PRÊTRESSE DE TANGUÉLAN:

«MES CENT FÉTICHE»

De nos envoyés spéciaux D. Bailly, Parfait Kouassi et Etienne Nangbo (Photos)



La prêtresse Koffi Akoua (à gauche), en face de ses élèves et acolytes.

Depuis plusieurs années, Mamie Koffi Akoua, 80 ans, dirige une école de féticheurs qu'elle a fondée à Tanguélan, village situé à 19 kilomètres d'Agnibilékrou. La prêtresse a déjà formé plus de cent élèves qui, à leur tour, ont formé d'autres élèves. Une expérience unique en son genre.

MÉDECINE TRADITIONNELLE

ISSA CISSÉ: LE MYSTÈRE DES FEUILLES



Le «cimetière des plâtres» dans ce lieu un pansement traditionnel remplace systématiquement celui des CHU.

→ traditionnels, faits de brindilles d'herbes rembourrées et enfermées dans cette matière si résistante que l'on utilise aussi pour la fabrication des sacs de riz.

Déjà là, apparaissent les premières caractéristiques de l'univers d'Issa Cissé et ses malades. L'un d'eux, dont le pied droit est pratiquement immobilisé, reçoit des gens de sa famille qui sont assis sur son lit et sur celui de son voisin. Ils discutent tous ensemble, sans bruit, et puis la famille est venue, on décide qu'elle mangera là ce midi. Au milieu de ce grand dortoir, trône

mobilisé.

Deux hommes d'âge mûr arrivent avec un jeune garçon, d'une quinzaine d'années. Son apparence chétive est aggravée par la pâleur de son teint. Il a le bras droit cassé et le plâtre qu'on lui a mis à l'hôpital le fait souffrir. Un des fils du vieux Issa fait asseoir le jeune homme sur l'un des deux bancs et se met juste en face de lui.

A la grande surprise du curieux venu là pour percer le mystère qui entoure Issa Cissé, le fils soignant, après avoir attentivement écouté les explications de la famille, réclame en premier lieu la radio faite à l'hôpital. Il la consulte d'un œil

Début d'après-midi... Nous sommes en pleine discussion avec M. Diaby Moustapha, paralysé des deux jambes, lorsqu'apparaît le vieil Issa Cissé, docteur traditionnel qu'un récent pèlerinage à la Mecque a hissé au rang d'El Hadj. Juste aboutissement d'une vie entièrement consacrée à soigner ses semblables.



le rien. Le malade peut même se laver les mains lorsqu'il est par exemple, il vient manger un met plein de graisse. C'est le fait de se laver le corps avec du savon, comme un bébé qui gèle tout ; le fait de se laver là où il y a le médicament.

«Qui va chercher les feuilles en brousse ?

— Mon fils. Il les trouve derrière Grand-Bassam.

«Que faites-vous de ces feuilles ?

— On les met dans un canari, on les fait bouillir et on soigne les malades.

«Quelles sont les propriétés de ces feuilles ?

— J'ai mon met. Lorsque je fais bouillir les feuilles dans un canari, je soigne les malades. Même lorsque j'ai affaire à une vieille personne, je les soigne avec l'aide du même médicament.

«A quel stade vient le beurre de karité ?

KOUASSI KOFFI DIT SAHOOU

«**COMMENT JE SUIS DEVENU GUÉRISSEUR**»

Il n'a pas reçu ses dons de guérison d'un génie. Il s'est mis à l'école de son grand-père, guérisseur de renom.

ans et était très lié à son grand-père. C'est lui qui allait collecter les plantes ici et là sur indication du tradi-praticien. A force de faire le coursier et d'observer grand-papa, il a acquis la science de guérir les hommes. Quel type de maladie n'a-t-il pas rencontré dans son existence? A présent, il lui suffit de te voir pour te dire de quoi tu souffres. «Pourtant, dit-il, je ne suis pas un



Kouassi Koffi, en pagne, entouré de son adjoint Adama Dicko (à droite) et son stagiaire Mamadou Koné (son neveu), à gauche.

Chacun le sait, dans l'Afrique traditionnelle, le savoir se transmet difficilement. Nombre de nos «scientifiques» ont emporté leurs connaissances dans les tombes. Ils le faisaient, le plus souvent, non pas par égocentrisme, mais parce qu'ils ne trouvaient pas de disciple de confiance. En effet, pour bénéficier de ces enseignements scientifiques, il faut se mettre à l'école du maître.

Lui obéir, l'aider dans ses tâches. C'est ce qu'a fait le jeune Kouassi Koffi auprès de son grand-père. Ce dernier était un guérisseur de renom. Il soignait de nombreuses maladies avec des plantes qui poussaient dans la région. Et les gens venaient de partout pour des soins.

En 1939, Kouassi Koffi était encore un bébé. Il n'avait que 14

ans, je ne jette pas de cauris, je fais des diagnostics par observation et je me trompe rarement». Il explique que son grand-père était surtout spécialiste de la stérilité et des avortements spontanés. Ces maux ne sont que le début de la très longue liste des maladies que Kouassi Koffi, dit Sahouo, peut guérir.

LE SEIGNEUR EUGÈNE 1^{er}:

« AU NOM DE JÉSUS, JE VOUS GUÉRIS »

par Fidele DJESSA

Un homme défraie la chronique. On l'appelle « Seigneur Eugène 1^{er} ». Dans son « Centre de santé charismatique », il guérit « au nom de Jésus ».

Sur ces guérisons, obtenues à partir d'un rituel précis, des témoignages abondent. Ils défient la raison et interpellent les hommes de science.

id N° 867 - 20 SEPTEMBRE 1989

UNE GROISADE MAGNIFIQUE

REVEIL-MIRACLE
SEPT JOURS:

- DE MIRACLES EXCEPTIONNELS • DE DELIVRANCES
- DES GUERISONS INSTANTANÉES
- DE RECONSTRUCTION DES FOYERS BRISÉS
- DES CONVERSIONS MIRACULEUSES
- DES STÉRILITÉS GUÉRIES

DU 17 AU 23 DEC 1989

Entrée Libre

PREDICATEUR:
William Kumuyi
(EVANGELISTE REPUTE
ET PASTEUR DE LA PLUS GRANDE
EGLISE EN AFRIQUE)



LE BOITEUX MARCHE



L'AVEUGLE VOIT



LE SOURD-MUEI ENTEND ET PARLE

STÉRILITÉ DE 23 ANS GUÉRIE

STADE CHAMPROUX

(MARCORY-BOULEVARD GISCARD D'ESTEING) ABIDJAN

TOUS LES JOURS A 18H

A N N E X E IV

LISTE DE BANDES DESSINEES

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

	<u>PAGES</u>
- Bande n° 1 : Le crapaud et son médicament	334
- Bande n° 2 : Le secret emporté	398
- Bande n° 3 : Trop c'est trop	574

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

A N N E X E V

LISTE DE CARTES GEOGRAPHIQUES

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

	<u>PAGES</u>
<u>Carte n° 1</u> : Densité actuelle des Musulmans	31
<u>Carte n° 2</u> : Essai de répartition des formes religieuses typiques en Côte d'Ivoire .	31
<u>Carte n° 3</u> : Champ d'étude	31 bis
<u>Carte n° 4</u> : Végétation de la Côte d'Ivoire	51
<u>Carte n° 5</u> : Présentation des Directions Régionales Sanitaires	143
<u>Cartes n° 6</u> : Itinéraire de la "médecine nomadiste" .	222
<u>Carte n° 7</u> : Korhogo : carte de densité démographique et ethnique	285

CODESRIA BIBLIOTHEQUE

A N N E X E VI

LISTE DE PHOTOS

	<u>PAGES</u>
<u>Photo n° 1</u> : Marché de plantes médicinales à Adjamé (Abidjan)	219
<u>Photo n° 2</u> : Une femme "Bororo" en quête de clients	224
<u>Photo n° 3</u> : La Pharmacie ambulante en activité ...	238
<u>Photo n° 4</u> : Un étalage de "toupaye" sur le marché.	238
<u>Photo n° 5</u> : Caractère dominant de la "médecine publicitaire"	250
<u>Photo n° 6</u> : La danse de possession par un "élu" des esprits	341
<u>Photo n° 7</u> : Technique des gouttes nasales en médecine africaine	370
<u>Photo n° 8</u> : poires à lavement (une vue de dos)	387
<u>Photo n° 9</u> : Paires à lavement (une vue de face) ...	387
<u>Photo n° 10</u> : Fonction gendarme du fétiche	437
<u>Photo n° 11</u> : "Keh-min" - un rituel de danse de possession en pays Akié (Montezo)	486

A N N E X E VII

ECHANTILLON DE PLANTES MEDICINALES

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

	<u>PAGES</u>
- Mangifera indica	451
- Annona muricata	453
- Annona Senegalensis	455
- Rauvolfia Vomitoria	457
- Newbouldia Laevis	459
- Ceiba Pentandra	461
- Carica Papaya	463
- Solenostemon Monostachyus	465
- Lophira Lanceolata	467
- Glyphaea Brevis	469

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

A N N E X E VIII

REPORTAGES DE JOURNAUX

	<u>PAGES</u>
- Mangeurs d'âmes d'Afotobo : les moutons noirs de la sorcellerie	5
- Mankono : Ni bloc chirurgical, ni laboratoire à l'hôpital.....	185
- Kouibly : Santé : un hôpital bien tenu mais mal équipé	185
- Le faux médecin voulait épater les filles	259
- Man : Cinq sorciers de Blolequin devant le Tribunal	430
- Sport : Joueurs, dirigeants, supporters : le gris-gris doit mourir	435
- Le dipri : La fête du Kpon	510
- Médecine traditionnelle :réussir là où des médecins ont "échoué" ?	516

A N N E X E I X

TABLEAUX STATISTIQUES

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

<u>Tableau n° 1</u>	: Schéma de la thèse de la collaboration.....	24
<u>Tableau n° 2</u>	: Lutte contre les principales maladies transmissibles	70
<u>Tableau n° 3</u>	: Evolution de la mutuelle de 1975 au 31/8/1988	84
<u>Tableau n° 4</u>	: Comparaison BGF-Santé et BGF de 1980 à 1989	91
<u>Tableau n° 5</u>	; Quelques aspects des dons par les ONG ...	95
<u>Tableau n° 6</u>	: Les bases de secteur de santé rurale	106
<u>Tableau n° 7</u>	: Récapitulation des formations sanitaires de la santé publique de 1960 à 1990	114
<u>Tableau n° 8</u>	: Effectifs de la faculté de Médecine	116
<u>Tableau n° 9</u>	: Effectifs de l'Institut d'Odonto-Stomato- logie	117
<u>Tableau n° 10</u>	: Effectifs de la faculté de Pharmacie	118
<u>Tableau n° 11</u>	: Effectifs de l'école des Infirmiers (ières) (Abidjan)	119
<u>Tableau n° 12</u>	: Effectifs de l'école des sages-femmes (Abidjan)	120
<u>Tableau n° 13</u>	: Tableau synthétique des personnels du Ministère de la santé par catégorie professionnelle au 16/06/1989	121
<u>tableau n° 14</u>	: Les officines et dépôts de Pharmacie en fonctionnement (1988)	123
<u>Tableau n° 15</u>	: CHU de Coccody - situation du personnel et des lits par service (1986)	145
<u>Tableau n° 16</u>	: CHU de Treichville - situation du personnel et des lits par service (1986).	147

		<u>PAGES</u>
<u>Tableau n° 17</u>	: CHU de Yopougon - situation du personnel et des lits par service (1989)	148
<u>Tableau n° 18</u>	: Rapport santé - Population de la Direction Régionale du Sud-Est (Abidjan)...	153
<u>Tableau n° 19</u>	: CHR d'Abengourou - situation du personnel et des lits par service (1988)	155
<u>Tableau n° 20</u>	: Rapport santé - population de la Direction Régionale de l'Est	157
<u>Tableau n° 21</u>	: CHR de Bouaké - situation du personnel et des lits par service	159
<u>Tableau n° 22</u>	: Rapport santé - population de la Direction Régionale du Centre-Nord	160
<u>Tableau n° 23</u>	: CHR de Daloa - situation du personnel et des lits par service (1988)	163
<u>Tableau n° 24</u>	: Rapport santé - population de la Direction Régionale du Centre-Ouest	164
<u>Tableau n° 25</u>	: CHR Divo - situation du personnel et des lits par service (1987)	165
<u>Tableau n° 26</u>	: Rapport santé - population de la Direction Régionale du Sud-Ouest	168
<u>Tableau n° 27</u>	: CHR de Korhogo - situation du personnel et des lits par service (1988)	170
<u>Tableau n° 28</u>	: Rapport santé - population de la Direction Régionale du Nord	172
<u>Tableau n° 29</u>	: CHR de Man - situation du personnel et des lits par service (1988)	174
<u>Tableau n° 30</u>	: Rapport santé - population de la Direction Régionale de l'Ouest	176

<u>Tableau n° 31</u>	: CHR de Yamoussoukro - situation du personnel et des lits par service	178
<u>Tableau n° 32</u>	: Rapport santé - population de la Direction Régionale du Centre-Sud	179
<u>Tableau n° 33</u>	: Tableau récapitulatif de la situation des Centres Hospitaliers	181
<u>Tableau n° 34</u>	: Le rapport CHU - population des Directions Régionales sanitaires	183
<u>Tableau n° 35</u>	: Evolution des crédits des médicaments ...	200
<u>Tableau n° 36</u>	: Evolution du prix du kilogramme aux paysans de quelques produits agricoles (en francs CFA)	202
<u>Tableau n° 37</u>	: Evolution des rapports Médecine africaine - Médecine officielle	217
<u>Tableau n° 38</u>	: Typologie des guérisseurs chez les Akié..	344
<u>Tableau n° 39</u>	: Typologie des guérisseurs chez les Tiembara	345
<u>Tableau n° 40</u>	: Répartition des communes municipales par Direction Régionale sanitaire	568
<u>Tableau n° 41</u>	: Tableau des perspectives stratégiques de la collaboration	583

