

UNIVERSITE DE DAKAR

FACULTE DES SCIENCES

INSTITUT DES SCIENCES DE L'ENVIRONNEMENT (I.S.E.)



VERS UNE ECO-SANTE A RICHARD-TOLL... ?

CRITIQUE D'UN ENVIRONNEMENT SOCIO-CULTUREL
EN TRANSITION COMME STRUCTURE PATHOGENE

Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme d'Etudes Approfondies

(D. E. A.)

en Sciences de l'Environnement

par Malick BABOU

DAKAR, JUILLET 1982



INTRODUCTION

=====

Dans le cadre de la Révolution scientifique et technique, de l'industrialisation et de l'urbanisation accélérées, la transformation anthropogène de la nature atteint une intensité et une envergure sans précédent. La tendance demeure à une accélération de plus en plus rapide. L'industrie des hommes est aujourd'hui devenue un facteur puissant d'action universelle sur la nature, comparable désormais aux phénomènes géologiques sinon cosmiques.

Ces possibilités techniques de modifications cruciales peuvent toutefois aussi bien se réaliser dans le sens de l'exploitation rationnelle et de la transformation du milieu naturel dans l'intérêt des hommes, que dans le sens inverse, funeste à l'humanité.

Ainsi se pose le problème environnemental.

Il reste évident que les aspects négatifs de la relation homme-société-environnement ont leurs effets multipliés en intensité et en ampleur dans ce qu'il est convenu d'appeler le "Tiers monde". Et la mise en perspective de solutions durables au problème du sous-développement qui caractérise encore notre zone s'en trouve entravée dans une mesure égale.

En effet, "cette montée des périls ne menace pas seulement les pays fortement industrialisés, malades de leur propre croissance. On réalise bientôt que les problèmes de l'environnement sont aussi liés à l'épuisement des ressources naturelles, à la malnutrition, à la pauvreté, aux mauvaises conditions sanitaires. Ils affectent dangereusement les pays économiquement moins avancés dont la vulnérabilité est accrue par leur dépendance des pays riches..." (GOFFIN, 1982,3)

Le tout est de ne pas chercher à accréditer la thèse d'une "calamité naturelle" à ce sujet. Il s'agit donc de ne pas exagérer ou déformer de propos délibéré le fond objectif et le contenu scientifique de la question du sous-développement.

A partir du moment où le problème est posé dans les termes adéquats - examiné, par exemple, sous le rapport de l'option politique des régimes concernés -, des alternatives apparaissent impliquant généralement un renversement total de perspective. Il faut dire alors que le problème primordial est donc de choisir une voie, un type de développement à l'échelle nationale, choix qui manifesterait inmanquablement ses retombées au plan régional, zonal ou local.

C'est sous ce rapport que nous avons retenu de réfléchir sur les impacts du capitalisme périphérique sur les phénomènes d'urbanisation et leur influence sur l'état de l'environnement social et culturel de populations rurales africaines. [S.AMIN donne une définition technique de ce type de capitalisme dans la préface qu'il a faite de l'ouvrage de B. BARRY : le royaume du Waalo]

L'exemple choisi - la nouvelle commune de Richard-Toll dans le Département de Dagana, Région du Fleuve, Sénégal - tendra à montrer les retombées néfastes de l'agro-business sur la santé des populations ainsi que sur l'approche sanitaire même qui se dessine en milieu pré-urbain ou, ce qui revient au même, dans un environnement socio-culturel en transition.

Dans une perspective éco-sanitaire, nous appellerons le complexe social global ainsi engendré une "structure pathogène".

Mais, avant d'en arriver à la présentation de notre problématique ainsi qu'aux aspects méthodologiques de notre démarche, nous devons tenter de clarifier d'emblée le débat qui va s'engager en introduisant une approche sémantique de certains concepts fondamentaux impliqués dans notre entreprise.



1) Problèmes de définitions : Le travail que nous allons engager s'articulera autour de deux axes principaux : il s'agit des deux termes-clefs : Environnement et Eco-santé. Entendons-nous donc sur l'acceptation que nous leur attribuons.

1a) Environnement

"Certains mots de notre vocabulaire possèdent un pouvoir conceptualisateur étendu et l'usage, au gré des époques et des modes, les recouvre de sens multiples et variés. Ainsi en va-t-il pour l'environnement, soumis ces dernières années à une véritable inflation sémantique. Le mot risque de ne plus rien signifier à force de vouloir tout désigner." (GOFFIN, 1982,1)

C'est là ce qu'affirme M. Louis GOFFIN qui rappelle qu'il y a au moins 63 définitions officielles du mot Environnement. Et, en réalité, il semble y en avoir autant qu'il y a d'environnementalistes.

Nous devons cependant en retenir celles qui nous semblent les plus caractéristiques.

Ainsi, la Fondation Universitaire Luxembourgeoise (F.U.L) déclare que "l'Environnement est le système dynamique défini par les interactions physiques, biologiques et culturelles, perçues ou non, entre l'homme, les autres êtres vivants et tous les éléments du milieu, qu'ils soient naturels, transformés ou créés par l'homme." (Vocabulaire, S)

La définition d'Environnement et Développement du Tiers-monde (ENDA) est sensiblement identique, qui dit que l'Environnement, "c'est l'ensemble des éléments physiques, chimiques, biologiques et des facteurs économiques, sociaux, culturels relatifs à un groupe humain, à un individu ou à un organisme vivant qui agissent plus ou moins sur lui et qu'il peut plus ou moins transformer. On comprend qu'on ait évoqué à propos de l'environnement, un tableau impressionniste, à saisir globalement, encore que chaque groupe ou chaque individu puisse apporter sa touche." (Rapport : Série Etudes et Recherches)

De cette série de définitions, on peut tirer une certaine délimitation des composantes essentielles du concept. C'est ce qu'a fait M. GOFFIN au moment de préciser : "...l'environnement dans sa partie naturelle est composé de quatre systèmes étroitement liés et en évolution constante : l'atmosphère, l'hydrosphère, la lithosphère et la biosphère. Quant aux aspects humains de l'environnement, ils comprennent les groupes sociaux, les infrastructures matérielles construites par l'homme, les rapports de production et les systèmes institutionnels qu'il a élaborés". (1982,5)... Ces aspects humains pourraient sans doute être appelés "noosphère"

Cette conception de l'environnement permet de lever beaucoup d'équivoques entretenues à ce sujet. En particulier, elle permet de "... faire une distinction entre l'environnement et le milieu, objet d'étude des écologistes. Alors que le milieu demeure pour ceux-ci un cadre d'activités et un réservoir de ressources, extérieur et distinct de l'homme, l'environnement intègre de manière essentielle les implications humaines, structurées en un projet de société explicite ou implicite. On comprend dès lors qu'on ne peut évoquer l'environnement sans se référer à une conception du développement." (GOFFIN, 1982,10)

C'est cette conception du développement qu'exhibent MM. P-P. Vincke et X. Cogels qui stipulent: "...le courant environnementaliste..., parti de l'écologie, a donné au concept "Environnement" un sens acceptant "l'homme et la qualité de sa vie" comme finalité. Il faut protéger, conserver, aménager, gérer la nature pour sauver l'homme... L'enfant à vocation pratique de ce courant est [ce qu'Ignacy SACHS appelle] l'éco-développement. ... L'éco-développement est devenu le synonyme d'un développement socio-économique endogène, reposant sur des forces vives et organisées de la société, conscientes de la dimension écologique et recherchant une symbiose entre l'homme et la nature". (1980, 6-7)



Mais nous n'allons pas donner les 63 définitions, au risque d'y ajouter la notre propre. Essayons plutôt de résumer les acquis de notre investigation sémantique ! Ici encore, nous tirons le bilan en même temps que M. GOFFIN qui écrit : "cet environnement, ..., ne se réduit pas au milieu pollué ou dégradé que popularisent de nombreux journalistes. Il n'est pas non plus limité au cadre spatial présenté par les géographes et les aménagistes du territoire. Il ne s'identifie pas exclusivement à l'éco-système naturel privilégié par les écologistes. Pour nous, l'environnement se présente comme une réalité globale, celle de la vie sur terre. Cette vie doit être garantie à des conditions satisfaisantes pour tous. Ce qui engendre des problèmes de société et de civilisation. Il convient donc, pour y remédier, d'allier l'analyse scientifique à l'élaboration de stratégies d'action en vue de favoriser un véritable développement." (1982,12).

1b) Eco-santé

Ce terme a été forgé par M. Mike SINGLETON de l'ISE de Dakar comme répondant en matière de santé de la problématique sachsienne de l'éco-développement.

Laissons donc M. SINGLETON expliquer la perspective qu'il est venu à adopter et qu'il a proposé dans un contexte déterminé :

"... La rupture de continuité entre le traditionnel et le moderne n'est-elle pas telle qu'elle rend tout transfert de savoir ou de savoir-faire du premier au second purement symbolique?... Ayant eu... à m'occuper sur le terrain et en théorie de ce que j'appellerais maintenant l'Eco-santé, je vois plus clairement et concrètement ce que le monde occidental ou occidentalisé peut prendre et apprendre des autres mondes qui peuplent notre planète... S'intéresser positivement à la médecine traditionnelle, c'est déjà mieux que l'indifférence sinon le mépris-parfois militant-qui caractérisait souvent les tenants de la

médecine moderne. Mais dans la mesure où cet intérêt s'affuble de l'épithète "ethno-médical" et se limite à la recherche d'agents actifs dans la pharmacopée primitive ou la récupération éventuelle des guérisseurs pour la pratique sanitaire contemporaine, il est encore trop "ethno-centrique".... Or, toute pratique médicale est ethno-médicale... C'est pourquoi je préfère de loin parler d'éco-santé quand il s'agit de dépasser heuristiquement le contraste et le conflit, désormais caduc, encore le moderne et le traditionnel en matière médicale... Il ne s'agit pas d'une affiliation de la médecine traditionnelle à la médecine moderne, encore moins de son absorption par elle. Il est souhaitable dans l'immédiat que les guérisseurs continuent à fonctionner en circuit parallèle-ce qui ne veut pas dire exclu ou exclusif-et à contribuer ainsi à l'élaboration d'une prise en charge pluraliste de la santé."
(1982,1-2).

L'Eco-santé, c'est concrètement la santé de l'Environnement, avec toutes ses implications! c'est ce que précise d'ailleurs M. SINGLETON au moment de dire que sa perspective ne se limite pas à la réhabilitation de la médecine traditionnelle. En effet, dit-il, "par ce terme est visée non pas une pratique qui échapperait à tout contexte mais, tout simplement une alternative qui, dans la mesure du possible, synthétiserait ce qu'il ya à prendre des systèmes de soins qui ont cours jusqu'ici, et qui tiendrait davantage compte des facteurs environnementaux, surtout ceux qui sont liés au milieu humain." (ibidem)

D'autres auteurs se sont signalés par leur prise de position très nette en faveur de cette démedicalisation de la santé.

C'est le cas de Pierre-Marie Brunetti, pour qui "une bonne médecine n'est pas la domination technologique de la nature, mais la compréhension de sa logique"... Et, à partir du moment où "presque tous les fléaux actuels (maladies respiratoires, maladies vasculaires, cancer

troubles endocriniens, accidents, troubles mentaux) sont des maladies de civilisation", "pour favoriser la santé positive, l'effort devrait être porté en priorité sur la conservation et le rétablissement des milieux naturels à tous les niveaux, et sur l'étude des moyens pour faciliter une relation directe et sensée entre l'homme et sa sphère de vie dans les conditions particulières à chaque région et à chaque groupe... La satisfaction de ces besoins authentiques de la population ne nécessite pas des dépenses accrues mais un changement radical d'orientation de notre culture." En définitive, "... La santé n'est pas exclusivement, et n'est même pas principalement, l'affaire des médecins". (1981, 9-10-11)

André Bourguignon souligne pour sa part que "derrière le triomphalisme des discours sur la médecine se cache une situation de crise. L'origine de cette crise est, ..., à chercher dans une conception scientiste de la médecine, héritée du XIXe siècle ; autrement dit, dans une méconnaissance profonde de la nature humaine et des relations de l'homme avec son environnement. (1981, 15)

John Powles, dans "la médecine de l'homme industriel", parlant des "causes de l'amélioration de la santé", note "d'une part l'importance première en matière de santé de l'interaction entre l'homme et son milieu... et d'autre part l'importance secondaire des interventions médicales concernant le seul individu." (1981, 52).

C'est à partir de ces considérations que le même auteur livre son diagnostic quant à "l'avenir de la médecine". Il défend que "l'optique mécaniste qui oriente actuellement tous les efforts d'amélioration de la santé est non seulement trop coûteuse (même pour l'Amérique), mais aussi largement inefficace. Elle est en outre vouée à l'échec. Sa nature expansionniste dynamique la rend dépendante de la croissance économique. Il faut s'attendre à ce qu'une telle croissance perturbe encore davantage les rapports de l'homme avec son milieu, alors même que c'est de la quali-

té de ces rapports que dépend la santé en dernier ressort." (ibidem)

Michel Bosquet, se situant dans la perspective inaugurée par Yvan Illich (Nemesis médicale), a développé quatorze thèses, désormais célèbres, sur Médecine, Santé et Société. Nous voudrions en signaler deux seulement : la neuvième et la troisième :

La thèse n°9 porte sur "Médecine préventive et causes sociales de la maladie". Elle stipule que " les causes de la maladie sont avant tout des causes sociales et leur élimination exigerait que les individus se regroupent pour soumettre leur milieu de vie et de travail, les conditions de production, de consommation et d'habitat, à leur contrôle collectif." (1981,82)

Et la thèse n°3 affirme que "ce n'est pas la médecine qui a amélioré l'hygiène depuis 1950." "Elle revendique donc la légitimité de l'approche interdisciplinaire en matière de santé. Car "... en réalité les connaissances qui concernent la biologie et la santé humaines sont dues en grande partie à des non-médecins : biologistes, philosophes, moralistes, chimistes, agronomes. Ni le traitement de l'eau potable, ni l'assainissement des eaux usées, ni le souci de la propreté du corps, ni le souci du renouvellement de l'air dans les locaux n'ont été particulièrement introduits et diffusés par le corps médical." (1981,77)

Enfin, Silvia Sigal, traitant de la question "santé" dans l'ouvrage d'Ignacy SACHS : Initiation à l'éco-développement, donne l'orientation générale de l'approche éco-sanitaire, quand elle affirme "l'échec récemment reconnu par l'OMS des campagnes contre les maladies spécifiques a montré qu'il est indispensable de changer l'approche : il ne suffit pas de lancer les troupes médicales dans un assaut contre une endémie ; il faut une structure de maintien et une action contre les causes structurelles de la maladie ." (1981,226)

Eco-santé et santé de l'Environnement se révèlent donc être des notions synonymiques.

Les concepts fondamentaux ainsi définis, nous pouvons à présent passer à l'exposé de notre problématique.

2) Présentation de la problématique envisagée

Cette problématique sera explicitée suivant ses différentes articulations que sont : notre objet d'étude, notre (hypo) thèse et notre angle de vue : Elle répond donc aux trois questions suivantes : De quoi allons nous parler? Qu'est-ce que nous allons en dire ? Comment allons-nous nous y prendre ?

2a) Notre Objet : La Commune de Richard-Toll.

- Date de création de la Commune : 1er Juillet 1980
- Texte de création : Décret n° 80-586 du 24 Juin 1980
- Superficie : 1897 ha 30a 25ca
- Population : 17.700 habitants

Nous allons essayer de camper historiquement et géographiquement ce qui se présente aujourd'hui comme étant la commune de Richard-Toll.

2a1) Historique de Richard-Toll : Du village de Ndiouckouque (1820) à la Commune de Richard-Toll (1980).

A Vers 1820 est né le village de Ndiouckouque (qui deviendra Richard-Toll), fondé par Macodou DIEYE, son premier habitant. C'était un village essentiellement wolof (Waalo-waalo). A Macodou DIEYE, le fondateur, ont succédé les chefs Yamar Mbodj et Bariane Diaw, puis Birame Sassoume, commandant de cercle venu de Dakar.

A la même époque (vers 1820), la France envoya dans la Région du Fleuve, avec pour mission d'y créer un jardin d'horticulture et de naturalisation, le nommé Richard, un pépiniériste réputé. Celui-ci se fixa à Ndiouckouque, village waalo-waalo situé entre les deux anciennes

capitales du royaume du Waalo : Khouma et Ndiangué. L'ardeur et l'enthousiasme dans la tâche de Richard étonnèrent les villageois. Ceux-ci s'exclamaient en passant : "Thiey ! Richard ak tollam!" ("Ah! Richard et son champ!"). D'où le nom de Richard-Toll que prit depuis le village de Ndiouckouque. Sous l'impulsion de Richard, les villageois cultivèrent le café, la canne à sucre et le coton.

En 1822, la Compagnie du Galam-Empire créa à Richard-Toll/Ndiouckouque une habitation dite "la Sénégalaise" dont le deuxième Directeur, le savant botaniste Perrotet, introduisit entre autres des Iles Marie Galante le Nopal épineux. Le jardin d'acclimation de R.T./Ndiouckouque recevait des végétaux de toutes sortes arrivant du monde entier... de Paris, de Palerme, de Chandernagor, etc. Mais l'expérience n'a pas confirmé les espérances conçues : les terres sont salées, les sols sont maigres ; le coton, l'indigo sont chers.

En 1827, Richard, devenu chevalier de la Légion d'Honneur, rentra en France. Une forte crue ravagea les cultures.

En 1828, le Gouverneur Jubélin reprit l'affaire en main, mais sans succès. Aucune culture n'était rentable... Perrotet rentrait en France.

En 1831, le successeur de Jubelin détruisit le peu qui restait. Quelques manoeuvres travaillèrent à Richard-Toll/Ndiouckouque pour faire des légumes et entretenir le verger sous la direction d'un ouvrier mécanicien...

En 1832, des particuliers tentèrent un essai à leurs propres frais...

En 1832/1836, les Maures Trarza attaquèrent les Waalo-waalo. Une courte lutte s'engagea ; les récoltes de Richard furent pillées ; et même le jardin de Richard fut rasé pour mieux assurer la défense du

poste... Cette lutte se solda par la victoire des Maures. Pour calmer ces derniers, les waalo-waalo offrirent en mariage la princesse Guinbotte, fille du roi du walfq au Bour-Trarza, le roi Mouhamdel Habib... Leur fils Yelly, après la mort de son père, prit le pouvoir du Trarza. A ce moment, un certain Habib venant de l'Est, jaloux du règne de Yelly, attaqua celui-ci. Après quelques mois de bataille, Yelly était presque battu ; il fut dans l'obligation d'appeler Yamar Mbodj, Brack du Waalo, à son aide. Celui-ci défit Habib venant de l'Est... C'est alors que la reine Guinbotte, venant de Nder, installa son royaume à Richard-Toll... A la mort de Yelly, son fils Ameth Saloum devint le roi de Ganar/

En 1837/1841, la paix rétablie, un commerce de sangsues fut exploité à Richard-Toll par un pharmacien.

En 1856, le Waalo est annexé par la puissance coloniale française. Faidherbe créa à Richard-Toll une pépinière dénommée "la Taouey". Il en confia la direction à Simon, ancien élève de l'Ecole Nationale d'Agriculture, conducteur des Ponts et chaussées.

En 1863, Lecard, jardinier du Gouvernement redonnait une vive impulsion à Richard-Toll par la culture du coton. En effet, la guerre de sécession privait la France du coton des U.S.A.; aussi reprit-on cette culture en colonie française.

En 1864, parallèlement à l'effort officiel, les Dollfus de Mülhouse créèrent à Richard-Toll un établissement cotonnier dont la direction fut confiée au capitaine de cavalerie Ardin d'Esteil. L'irrigation des plantations était assurée.

En 1868 (une nuit d'Août), la foudre tomba sur le chaland ancré près de la Résidence... La guerre de sécession était finie... On arrêta la culture du coton... On tenta ensuite de cultiver des dattiers dans les villages environnants.

En 1903, on note la présence de Rabaud, colon subventionné par l'Association cotonnière coloniale.

En 1904, on reprend activement la culture du coton.

En 1906, il y eut une forte crue qui détruisit les cultures. On abandonna les essais...

En 1909, les essais sont repris par l'Association cotonnière coloniale.

En 1914/1918, on créa à Richard-Toll un orphelinat groupant 21 pupilles de guerre, puis une réserve forestière.

X [Pour plus de détails sur cette période, voir BARRY, B.: Le royaume du Waalo]

B) En 1945, la M.A.S. (Mission d'Aménagement du Sénégal) ouvrit le chantier de Richard-Toll pour y faire de la riziculture mécanisée et irriguée... Et depuis cette date, Richard-Toll ne cesse de croître en importance.

C) En 1970, le Décret N° 70-898 du 20 Juillet 1970 crée la C.S.S (Compagnie Sucrière Sénégalaise), agro-industrie productrice de sucre à partir de la canne cultivée sur place.

En 1971, on prépare un projet de décret devant porter création d'une commune à Richard-Toll; ce projet ne put suivre la procédure jusqu'à son terme... Mais on devine déjà que la commune de Richard-Toll serait un don (piégé) de la C.S.S..

En 1980 (le 1er Juillet), Richard-Toll devient une commune par les vertus du décret 80-586 du 24 Juin 1980 qui stipule que Richard-Toll "réunit les conditions exigées d'une agglomération pour recevoir un statut communal."

Extrayons quelques passages dudit décret pour saisir la problématique de cette promotion de Richard-Toll

"En effet, par ses activités économiques florissantes, sa situation agro-industrielle privilégiée, sa position géographique qui en fait un carrefour particulièrement fréquenté, ses grandes possibilités de main d'oeuvre et ses nombreuses infrastructures, Richard-Toll qui est, de loin, la localité la plus importante du département de Dagana, offre déjà l'aspect d'une cité."

"Cependant, cette situation, pour privilégiée qu'elle puisse paraître, entraîne, on s'en doute, un certain nombre de difficultés, notamment dans le domaine de l'assainissement, et les problèmes qui en découlent ne sauraient trouver de solutions définitives avec le statut juridique actuel de Richard-Toll qui, malgré sa dimension économique, demeure encore un village de droit commun".

"C'est pourquoi le comité départemental de développement de Dagana, traduisant un vieux rêve des populations de cette localité, a entrepris une étude de ce problème et proposé l'érection de Richard-Toll en commune de plein exercice."

2a₂) Délimitation géographique de la nouvelle commune (cf plan au 1/20.000°)

La commune de Richard-Toll se trouve dans le département de Dagana, région du Fleuve, République du Sénégal, au confluent de la Taouey et du Fleuve Sénégal.

Entités territoriales : La C.R.T. est formée de la réunion de 7 villages :

- a) Richard-Toll (Centre)
- b) Ndiao
- c) Ndiangué
- d) Ndombo-Alarba

} anciennement rattachés à l'Arrondissement de Ross-béthio

- e) Kouma Ouolof
f) Kouma Peulh
g) Kouma Mbodjène
- } anciennement rattaché à l'Arrondissement de Mbane.

Limites territoriales : la nouvelle entité est ainsi délimitée :

- a) Est : 1- Pointe Est de l'aire d'atterrissage de l'aérodrome
2- 500 m à l'Est de la borne kilométrique 330 située à 600 m de l'agglomération de Richard-Toll - Centre
3- Zone pionnière de la C.S.S dans le périmètre de Kouma
- b) Sud :
1. aire d'atterrissage de l'aérodrome
 2. Pointe ouest de l'aire d'atterrissage
- niveau de la C.S.S. sur la Taouey rectifiée
- contour du colonat de Ndombo-Alarba
- Canal d'irrigation de la C.S.S. sens Nord-Sud
- Route Nationale n° 2
 - 3.- digue de protection située à 500 m du nouveau lotissement de Ndiao
- installations de l'Usine de la C.S.S
- c) Ouest :
Digue de protection de Ndiao prolongée jusqu'au fleuve Sénégal
- d) Nord :
- 1.- Fleuve Sénégal, jusqu'à Kouma (drain C.S.S.)
 - 2.- ligne séparant le collangal de kouma (zone d'exploitation des populations) et la zone pionnière de la C.S.S

2b) Notre (hypo) thèse : Qu'est-ce qu'une "structure pathogène"?

Dans "Pour une civilisation de la santé. L'approche socio-épidémiologique". Georges Thill propose de considérer "l'environnement comme des ensembles structurés de situations qui sont elles-mêmes engendrées par le système d'organisation sociale et qui déterminent en cela le mode de vie des gens. Facteurs potentiels de nuisances, ces situations possèdent une dynamique propre et une cohérence interne.

Elles constituent une "structure pathogène" que caractérisent deux aspects fondamentaux : la globalité et la complexité". Et il ajoute que ce résultat est lié aux domaines de la vie familiale et de l'habitat. Par exemple, "l'interférence de trois variables dominantes, à savoir l'isolement social, les soucis financiers et la menace sur l'emploi (...) constitue la base possible d'une situation potentiellement pathogène : le stress et le découragement profond".

(La Revue Nouvelle Janvier 1982)

Ainsi une structure pathogène apparaît comme un milieu réunissant et entretenant des conditions environnementales propices à la maladie par des facteurs physiques et/ou psychologiques agissant directement ou indirectement sur le sujet.

C'est ainsi que, parlant du cas particulier de la dépression Pierre-Marie Brunetti affirme: "l'état de bien être résulte d'une harmonie, d'une réciprocité entre l'individu et son milieu... Or la dépression est une inhibition, un arrêt, une retraite, un renoncement accompagnés de sentiments tels que l'inutilité de l'effort, la faute de soi-même ou du milieu, comme si la vitalité de l'individu reculait devant une impossible intégration au milieu". Et, si cette interprétation est valable, l'auteur propose de la relier à la réflexion écologique. Aussi soutient-il que "l'environnement urbain dénaturalisé et déshumanisé non seulement crée un état de privation sensorielle et de possibilité de réponse motrice satisfaisante, mais remplace les stimulations agréables par des stimulations stressantes..." Cela s'explique par un processus commun aux systèmes sociaux des pays capitalistes avancés et arriérés qui "conduit à la concentration des moyens de production et de pouvoir, et à la standardisation des activités et des produits. Cela va de pair avec une négation des forces vitales de différenciation et une mutilation de l'échange dynamique individu-milieu". (1981 b, 167-168)

Ici est en cause la robotisation de l'espèce humaine, source de trahison de sa niche écologique et aboutissant à sa propre négation.

Parlant du "coût social très lourd" du "modèle de développement urbain des pays occidentaux", Krystyna Vinaner cite L.Mumford ("La Cité à travers l'Histoire") qui écrit :

"Dans le cadre du capitalisme et de ses principes, le développement des cités ne peut qu'aboutir à la destruction de tous les aménagements naturels où les hommes, vivant une vie communautaire, peuvent trouver détente et délasserement quotidiens. Les cours d'eau se transforment en collecteur de déchets, le promeneur ne peut plus s'approcher du front de mer, des frondaisons sont sacrifiées, de vénérables édifices rasés, à seule fin que la circulation s'accélère". (1981,271)

La structure pathogène ainsi définie dans son acception générale et, pourrait-on dire, abstraite, nous verrons comment cette définition s'appliquera au cadre strict de Richard-Toll.

Mais il importe dès à présent que nous fassions une précision : celle de savoir que notre approche des problèmes sanitaires de Richard-Toll n'aura pas beaucoup de points communs avec la perspective étroite du médecin, elle ne s'identifiera pas avec une thèse de médecine ; elle sera plutôt la négation de toutes les prétentions médicalisantes. Il faut dire que nous ne sommes ni médecin, ni épidémiologiste, ni amateur en leurs domaines. Nous sommes seulement un philosophe socio-logicien qui estime que la médecine plus précisément, la santé - est une affaire trop sérieuse pour être laissée aux seuls médecins.

2C) Notre angle de vue : la Critique Socio-logique éco-Sanitaire:

Selon L. GOFFIN, l'environnement doit être appréhendé "dans toute sa complexité et aucune discipline, considérée isolément,

ne peut en rendre compte globalement". Donc, dit-il "pour traiter un problème d'environnement, il est ... indispensable de mettre en oeuvre une approche interdisciplinaire, c'est-à-dire des formes d'interaction, à des degrés divers, entre les disciplines concernées". C'est qu'"un environnement déterminé doit être analysé en se référant à chaque instant et à la fois à tous les domaines ou discussions qu'il intègre : écologique, socio-économique, psychologique et culturel". (1981,8-9)

C'est cette approche que nous essayerons de concrétiser le long de ce travail, en insistant cependant davantage sur les faits socio-culturels. Car, nous semble-t-il, qui trop embrasse, mal étreint; ce qui n'est pas une remise en cause du principe de la nécessité de l'interdisciplinarité mais, au contraire, son renforcement par le souci, méthodologiquement soutenable, du travail d'équipe qui fait que chaque discipline apporte sa propre touche à l'édifice interdisciplinaire. Si cette acception de l'interdisciplinarité est valable, nous nous placerons sous un angle socio-logique pour tenter d'appréhender l'environnement socio-culturel richard-tollois en le confrontant avec la logique sociale origininaire selon laquelle les sociétés humaines semblent s'être structurées au départ ; la pathogénéité de cet environnement se mesurera précisément par son écart éventuel par rapport à ladite socio-logique ; ce qui sera une atteinte à la santé écologique de l'entité en question. Et notre approche socio-logique sera également éco-sanitaire. Précisons toutefois que nous n'identifions nullement la santé à un état primordial, paradisiaque, stagnant et stable ; nous pensons plutôt que la santé est essentiellement et dès le départ conflictuelle.

Note approche se voudra cependant globale car, ainsi que l'affirme Edouard Goldsmith, "la santé d'un système ne peut être assurée que si celle des autres systèmes qui font partie de la hiérarchie de l'écosphère est également assurée." (1981-224)

L'approche globale se démarque de la conception médicalisante de la causalité pathologique. Pour elle, un événement tel qu'une maladie est interprété à la lumière d'un modèle ou Weltanschauung extrêmement complexe..., ce qui ne pourrait être en contraste plus frappant avec l'idée incroyablement naïve de la causalité entretenue par la science aujourd'hui, qui veut qu'un événement soit déclenché par un seul facteur antérieur et non par une combinaison spatio-temporelle d'événements". (1981,228)

Si nous expliquons la maladie par les influences spatio-temporelles négatives de l'environnement, c'est parce que "la véritable fonction du traitement n'est pas de rendre la stabilité biologique ou psycho-logique au malade, mais de rééquilibrer les systèmes biologiques, écologiques et sociaux en s'attaquant à leur dislocation qui est la véritable cause du problème". (1981,231).

Nous identifierons les maladies aux symptômes d'un désordre écologique, que cela soit au niveau de la gestion de l'espace ou sur la plan de l'organisation sociale et des systèmes de solidarités qu'elle engendre.

En gros, nous emprunterons sa nouvelle définition de la santé et de la maladie à Georges Thill qui écrit : "quant au concept réactionnel de " mal-être", qui est plus opérationnel que celui, idéalisé, d'"état complet de bien être" figurant dans la définition de l'OMS, il renvoie à un malaise bien présent chez les gens. Sans doute les contours de ce malaise sont-ils difficilement traçables, mais il se traduit généralement par des signes multiples et variés : la fatigue, l'insomnie, le découragement, les troubles gastriques, la tension nerveuse, etc., bref, un tas de "petits riens" qui ne répondent guère, dans bon nombre de situations, à des critères de médicalisation précis et qui pourtant font la vie toute quotidienne des gens" (article cité).

Et notre approche socio-logique éco-sanitaire s'apparentera par conséquent à la "démarche neuve" proposée par cet auteur et définie comme suit : "la socio-épidémiologie fait appel très largement à l'outil que représente l'enquête sociologique. Toutefois, pas plus qu'elle ne se laisse enfermer dans la logique disciplinaire et institutionnelle de l'épidémiologie, elle ne reste rivée à des traitements propres à la sociologie. Travail sur les limites, elle exerce une pratique effective d'interdisciplinarité. Pour un dépassement concret des intelligences sectorielles de la santé, elle fonctionne sur le mode d'une démarche dialogique, transversale, qui fait circuler des informations et des savoirs différents, confronte des méthodes spécifiques, mais de manière à assurer le passage de particularités (médicales, épidémiologiques, sociologiques) reconnues à leur dépassement critique. De cette façon, peut-on dire, le sens d'une santé vécue se joue dans les interstices, les entre-deux, les entrelacements de lieux multiples et d'approches plurielles." (Ibidem)

Nous allons maintenant terminer cette introduction en livrant plus concrètement nos protocoles méthodologiques en spécifiant la manière dont nous avons mené nos enquêtes sur le terrain de Richard-Toll et les obstacles que nous avons eu à franchir pour achever ce travail.

3) Questions de procédures :

Ces questions couvriront la spécification des procédés utilisés et l'évocation des difficultés rencontrées.

3a) Procédés utilisés :

Nous avons procédé par observations, enquête libre, interviews et recherche documentaire.

3a₁) Observations...

Directe: Cette méthode se prête avantagement à l'enquête extensive, macro-scopique. Aussi, pour saisir le contexte global de notre recherche, avons-nous dû 1° opérer quatre descentes pour séjourner dans la commune de Richard-Toll, pour une à deux semaines à chaque fois 2° circuler dans cette localité à des moments différents de la journée (resp. de la nuit) 3° y arriver à des périodes différentes de l'année et, à la faveur des différences de saisons, tester le rythme de la vie des populations 4° visiter multiples endroits distincts dans la localité 5° fréquenter différents secteurs de la vie sociale de la commune.

Participante : Pendant toute la période d'enquête, nous nous sommes fait un Richard-Tollois parmi les richard-tollois. Nous avons successivement habité avec trois familles différentes. Nous nous sommes fait des amis et nous avons tissé des rapports de toutes sortes avec les populations...pour des raisons évidentes, nous n'aimerions pas développer ce point... Disons seulement que cette méthode nous a permis d'avoir une vue intensive microscopique

3a₂) Enquêtes libres

A l'occasion de n'importe quelle conversation-souvent suscitée par nous-nous avons cherché à saisir des informations utiles. Ces discussions libres ont cependant des exigences propres. Et nous dûmes : 1° nouer des relations très diverses et diversifiées, ce qui devait nous permettre de ne pas nous laisser focaliser, enfermer par les points de vue sectoriels, et souvent sectaires, de nos fréquentations 2° procéder à des interrogations très indirectes pour ne pas créer des susceptibilités ou susciter des craintes 3° par des questions très vastes, apparemment banales, essayer d'aller à la recherche du vécu, du perçu des populations 4° éviter de nous cantonner aux

discours spécialisés et prendre en compte tous les points de vue
5° recourir à l'occasion à des relais, des intermédiaires pour en-
registrer le point de vue de personnages particuliers.

3a₃) Interviews :

Pour recueillir des informations précises et concrètes, nous avons eu des rencontres diversifiées avec des interlocuteurs privilégiés. Ces débats serrés nous ont permis d'avoir des points de vue spécialisés dans les milieux médicaux, paramédicaux, administratifs, sur les lieux de travail, chez les guérisseurs, les marabouts, les délégués de quartiers, les responsables politiques, de jeunesse, des femmes, etc. Les entretiens ont généralement porté sur les activités spécifiques de l'interlocuteur (il s'agit de s'intéresser à tout ce qu'il fait) et obligatoirement englobé la question de la santé à Richard-Toll.

3a₄) Références documentaires:

Tout projet de recherche doit s'appuyer sur une certaine bibliographie. Encore faut-il que cette bibliographie soit existante et disponible. En l'occurrence, nous avons utilisé des ouvrages, articles et communications qui nous ont semblé aptes à éclairer ou étayer notre point de vue sur la question de l'éco-santé. De fait, à l'exception d'un ou deux articles des docteurs Borgès-Da Silva, nous avons largement patouillé dans ce cercle vicieux : nos textes sur la question de la santé ne portent pas sur Richard-Toll tandis que nos textes sur Richard-Toll ne portent pas sur la question de la santé. Aussi avons-nous dû faire oeuvre de pionnier en inventant nos corrélations. Nous avons toutefois pu utiliser les plans et cartes disponibles ainsi que les P.V et rapports de la Municipalité.

Précisons les handicaps de notre étude.



3b Difficultés rencontrées

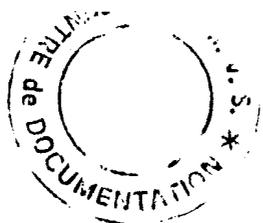
Hormis l'absence de textes utiles, nous avons rencontré des problèmes de quantification, des attitudes de duplicité, de refus et d'incompréhension de la part de certains interlocuteurs. Rendons-en compte succinctement.

3b₁) Problèmes de quantification :

Le modèle épidémiologique s'appuie très fort sur le modèle statistique. Ce sont les mesures statistiques qui assurent un caractère opérationnel à l'épidémiologie. C'est ce qu'affirme Georges Thill au moment d'écrire que " sans mesures quantitatives, il n'y a pas d'épidémiologie, même si l'épidémiologiste demeure conscient que la mise au jour de fréquences significatives d'une maladie donnée dans un groupe humain demeure un travail fort délicat sur le plan des méthodes statistiques." (article cité)

C'est là une raison supplémentaire pour dire que notre démarche ne saurait s'identifier ni à une approche strictement médicale ni à une perspective étroitement épidémiologique. Cette dernière méthode a une démarche restricttive : restriction du global au particulier, du vécu au manipulable.

Cette recherche de la quantification, toute contestable pour avoir une saisie correcte de la qualité de la vie, nous est même interdite par l'absence quasi-totale d'indications chiffrées dans les informations dont nous avons pu disposer. En effet, nous n'avons fait aucun échantillonnage, nous n'avons même pas retenu des questionnaires écrits ; à cause de l'inexistence de monographies antérieures sur la commune de Richard-Toll nous partons de zéro ; beaucoup de services n'ont pas de



statistiques, de comptabilités sur les questions qui les intéressent ; même les services de santé n'ont pas de registres à pour à certains points de vue, ... ces difficultés sont courantes dans le tiers monde... enfin, nous reconnaissons l'impossibilité de quantifier ce que l'on appelle la qualité de la vie, et que nous avons recherché à Richard-Toll.

Mais nous avons des raisons de nous réconforter en prenant en compte le point de vue de G. Thill selon lequel "la tentation permanente dans une culture moderne, qui privilégie le quantitatif et oblitère l'aspect construction, et donc fiction, des sciences, est de croire à la transparence des chiffres et d'en faire le reflet de la réalité. Qui plus est, prises dans les rouages du manipulable, la santé ou la maladie sont muées en des objets scientifiques et linguistiques étrangers à la vie et à la langue quotidiennes". (Ibidem)

Passons donc à la seconde difficulté.

3b₂) Duplicité (in) consciente

Selon les sociétés, les milieux sociaux, les gens n'aiment pas toujours faire connaître leurs moyens d'existence, leurs ressources, leurs opinions diverses, leur vie intime, privée, leur état de santé (surtout à un étranger!).

C'est ainsi que nous avons souvent dû faire face à des réponses visiblement à côté de la réalité, de la vérité. On nous donne souvent une réponse socialement désirable (ou conçue comme telle). Celle-ci peut reposer sur le sentiment de l'honneur, sur l'orgueil comme elle peut répondre au secret et à la dissimulation. Parfois aussi c'est un sentiment de culpabilité, d'auto-culpabilisation qui réprime les positions authentiques. Plus généralement, ceux qui nous disent des faussetés se méprennent sur l'origine et le but de notre enquête : ils nous identifient à la presse ou la police ou au pouvoir central. Enfin, nous devons

préciser que les réponses fausses ne relèvent pas toutes du mensonge : elles proviennent parfois de difficultés réelles de quantification ou de conceptualisation de la part de l'interlocuteur.

Ces difficultés posent la nécessité de la critique constante des sources. En effet, c'est au chercheur de faire preuve d'esprit critique pour vérifier les données, les confronter dans des recoupements multiples, non seulement au cours de l'enquête systématique mais dès la première phase d'observation des faits.

Mais d'autres ont refusé de collaborer.

3b₃) Refus

A côté de la méfiance nous retrouvons le refus pur et simple de se prêter aux interrogations ou de fournir des documents à l'enquêteur. Pour le cas de notre étude, nous avons repertorié les raisons de cette attitude en plusieurs catégories. D'abord, il y a la même méprise sur l'origine et le but réels de notre enquête, avec toutefois un rapprochement plus net avec la police ; parfois aussi les réponses que nous attendons relèvent du secret (professionnel, intime, social, etc) ; certaines de nos questions s'avèrent réellement dans le contexte richard-tollois (économie familiale, maladies "honteuses", etc) ; certains milieux sont exaspérés par une enquête qu'ils considèrent comme insolente ; enfin, selon l'importance que l'on se donne, on peut se considérer comme étant au-dessus de certains sujets ou de certains types d'échanges (question du paraître).

Mais, le plus souvent, nous ne sommes pas parvenu à nous faire comprendre par nos interlocuteurs.

3b₄) Incompréhension

Selon le niveau culturel et/ou intellectuel que l'on a, on a une compréhension plus ou moins nette de l'utilité d'une enquête. Et nous avons été très souvent confronté à une série d'interrogations tournant autour de la question "Une thèse, pourquoi faire?".

Mais deux facteurs principaux ont compromis la claire perception que nos interlocuteurs auraient dû avoir de notre démarche et des débats qu'elle engage : il s'agit de la langue d'une part et du langage d'autre part.

Problème de Langue : L'utilisation du Français s'est avérée être dans beaucoup de cas une nécessité, sans pour autant être heureuse. En effet, l'interlocuteur cherche souvent à faire usage de la langue française sans cependant que sa maîtrise de cette langue soit assurée (soit il veut briller, nous épater soit il nous considère réellement comme un "toubab bounoul"). Parfois aussi, c'est nous même qui utilisons cette langue : quand notre interlocuteur ne comprend ni Wolof ni Maure. Enfin, quand il ne comprend ni Français, ni Wolof, ni Maure, il devient nécessaire de recourir à un interprète.

Celui-ci va fortement influencer le débat, le diriger même. Il croira devoir s'interposer parfois et interrompre l'élan naturel de la communication qu'il jugera en train de dévier. Souvent il traduira à moitié ou interprètera plus qu'il ne traduira. Finalement, le risque est qu'il nous livre sa propre compréhension des phénomènes.

Problème de langage : Au moment même où la maîtrise du Français est assurée, nous rencontrons un problème de langage, source d'incompréhension entre notre interlocuteur et nous. En effet, il nous est souvent difficile, sinon impossible, d'expliquer notre perspective et les concepts techniques qui la sous tendent (Environnement, Eco-santé, etc), et cela même en Français ! Parfois aussi, nos questions ne vont pas dans le sens de l'attente de nos interlocuteurs. De plus, elles ne sont pas toujours claires (clairement perceptibles) : Il faut dire aussi que notre capacité à utiliser positivement les normes culturelles de nos interlocuteurs (gestes, détours, lacunes, silences) n'est pas toujours garan-

tie ; de même nous devons nous même saisir les moments opportuns pour user de l'observation silencieuse et du temps d'écoute, auxquels doit être subordonnée l'interrogation directe.

Malgré ce répertoire de difficultés, le courant doit nécessairement passer! L'observateur doit étudier ses conduites et ses attitudes par rapport aux réactions qu'elles suscitent ; il doit prendre conscience de la position imaginaire et symbolique dans laquelle le situent ses interlocuteurs : en effet, dans la vie communautaire, la connaissance est un attribut de statut ; c'est ainsi que la soi-disant "sagesse africaine" confère une autorité morale et politique. Nous avons rencontré, comme il est normal, le problème des atomes (non) crochus, d'incompatibilité de caractères et de l'impossible ubiquité statutaire (resp; dédoublement biologique)!

Mais ces difficultés ne sauraient nous arrêter, aussi ardues soient-elles. L'importance de la question aussi bien que son urgence nous commandent de nous livrer à cette investigation difficile mais nécessaire.

Nous le ferons suivant les axes que voici :

D'abord, nous utiliserons des variables physiques pour camper le cadre matériel ou milieu de vie des populations richard-tolloises. Nous insisterons à ce niveau sur les aspects pathogènes de la structure spatiale de la commune.

Ensuite, nous tenterons une saisie des dimensions culturelles du tout social global richard-tollois en nous référant à l'organisation sociale, notamment aux systèmes de solidarités ou encore à la manière de vivre des populations. Ces éléments culturels seront examinés sous le rapport de leur incidence, directe ou indirecte, sur la santé-maladie de populations en situation transculturelle.

Enfin, nous distinguerons la réponse officielle à cette série de phénomènes indicateurs de la "qualité" de la vie richard-tolloise telle qu'elle se donne à travers l'appareil technique et administratif supportant la pratique socio-sanitaire médicalisante en cours dans la commune.

Nous terminerons par quelques propositions sommaires que les termes de notre investigation nous autoriseront sans doute à formuler en rapport avec la situation structurellement pathogène de la commune de Richard-Toll et en direction des autorités ou décideurs aussi bien que des populations locales, utilisatrices-consommatrices-des soins dits de santé. Ces propositions se voudront alternatives au modèle officiel présent et orientées selon une perspective éco-sanitaire.

CONCLUSION : Jalons pour une pratique éco-sanitaire.

Au moment de jeter quelques jalons incertains pour une pratique éco-sanitaire dont les propositions se dirigent vers la commune de Richard-Toll, la première question qui vient à l'esprit est celle de savoir si une telle entreprise ne manque pas de réalisme, donnant dans la prétention démagogique ou relevant ^{du} simple rêve utopique.

De fait, un auteur comme Silvia Sigal est catégorique sous ce rapport : "parler d'alternatives en matière de planification des services de santé n'est pas un exposé de bonnes intentions utopiques. Il y a déjà une accumulation d'expériences prouvant qu'une autre voie est nécessaire et qu'elle est possible" (1981, 248)

Il faut dire que cette voie est généralement le corollaire d'un désir plus ou moins marqué de dépasser le modèle techno-médical officiel occidental.

Et F. Lesemann ajoute à ce propos que "la crise est plus profonde car elle touche directement à ce qu'on pourrait appeler le "modèle culturel" véhiculé par l'approche traditionnelle (occidentale) de la santé, à cause d'un soupçon collectif croissant d'inefficacité d'un grand nombre d'interventions menées au nom de la science médicale ou, pire, d'un véritable danger pour la santé individuelle et collective que constitue la gestion scientifico-commerciale de la maladie". (1979, 3)

Donnant le ton à la nouvelle démarche, Gilles Bibeau et Ellen Corin affirment que "l'Afrique est en train de mettre en place dans la discrétion une nouvelle manière de faire la médecine et de nouvelles structures de distribution de soins. Ce processus qui vient de se déclencher devrait normalement aboutir à la création d'une authentique médecine africaine qui ne sera ni une simple prolongement, de la médecine traditionnelle africaine ni non plus un simple décalque de la

médecine occidentale importée mais quelque chose de nouveau dont on devine déjà la forme mais qui est encore loin d'être achevé."(1979,147)

Nous pensons, pour notre part, que la nouvelle pratique de la santé, pour se démarquer des erreurs et tâtonnements du passé, doit nécessairement revêtir la forme d'une stratégie éco-sanitaire.

Nous voudrions dès lors conclure ce travail sur la santé à Richard-Toll par des propositions sommaires applicables dans cette perspective. Elles s'articulent globalement autour des deux thèmes que sont : premièrement, une approche intégrée de la question sanitaire et deuxièmement, la réhabilitation des thérapeutes traditionnels.

Eclatons ces deux thèmes à présent !

1) Approche intégrée de la question sanitaire

L'approche intégrée se ramène essentiellement au refus du mimétisme. Ce refus se reflète dans la suspicion du triomphalisme, de la médecine occidentale et la redéfinition des priorités sanitaires. Nous allons détailler ladite approche selon les trois axes suivants : définition environnementale de la santé, auto-protection des populations et formation de relais médico-sanitaires.

1a) Définition environnementale de la santé

La démarche environnementale en matière de santé ou éco-santé comporte deux aspects au moins : d'une part elle consiste à prendre en charge tous les besoins - de chacun et de tous et de toute nature - d'autre part elle invite à soigner le tout et non pas seulement la partie.

En d'autres termes, elle met l'accent sur les tâches préventives dans une perspective globale. Elle nie que la santé soit une affaire exclusivement - ou même principalement - médicale.

Au contraire, Silvia Sigal affirme que "l'approche médicale est le refus implicite d'une considération critique de la structure socio-politique d'une société sous-développée". (1981,230-231)

Et elle précise dans la même lancée que "l'accent presque exclusif mis sur les vaccinations ou sur la lutte contre les vecteurs animés s'explique, en partie, parce que l'éradication des maladies paraît possible en agissant sur des points précis, sans tenir compte des causes qui rendent possibles la multiplication des vecteurs et la vulnérabilité des malades.(or)... il est difficile de mener des campagnes sans une structure d'appui et suivie, et sans agir sur les causes des maladies." (1981,231)

Une politique sanitaire adéquate à Richard-Toll devra donc son succès à une solution appropriée des problèmes soulevés tout au long de ce travail et qui regardent les différents indicateurs - physiques et culturels - de la qualité de la vie des populations locales, ainsi que la structure et le fonctionnement de la couverture en présence.

Un résumé pertinent de cette nouvelle politique a été donné par le Directeur de l'OMS lui-même, au moment de définir ce qu'il faut entendre par "soins de santé primaires" : "La forme que le système basé sur les soins primaires prendra variera en fonction des conditions politiques, économiques, sociales et culturelles du pays. Mais il devra comprendre au moins la promotion d'une bonne nutrition, la création d'un habitat adéquat, l'approvisionnement en eau saine et des mesures essentielles d'assainissement, des soins de santé maternelle et infantile, y compris la planification familiale, la vaccination contre les principales maladies infectieuses, la lutte contre les maladies endémiques dans la région, des activités éducatives concernant les problèmes courants de santé et les moyens de les résoudre, enfin le traitement des maladies et accidents courants." (Dr Mahler 1978 :3).

De cette définition nouvelle de la santé, G. Bibeau et E. Corin tirent la conséquence selon laquelle les planificateurs de la santé doivent avoir le courage politique de réorganiser les priorités sanitaires de leur pays d'après l'incidence sociales qu'elles ont sur l'ensemble de la population nationale.

Cette réorganisation des priorités sanitaires est impensable sans la prise de "conscience du fait que de nombreuses maladies ont pour origine la pauvreté: les infections, la malnutrition, l'absence d'eau potable, les dangers inhérents à l'environnement etc..."

"Or, nous disent G.B et E.C., les prestations médico-sanitaires classiques ne sont pas à même d'agir sur les milieux socio-économiques, culturels et psychologiques qui produisent et entretiennent des maladies dans de larges secteurs de la population et seuls des modes d'intervention intégrés qui unissent santé, développement économique et développement socio-culturel peuvent non seulement faire disparaître de manière passagère les symptômes des maladies mais s'attaquer à leurs racines". (1979, 149)

C'est dans la même perspective que, pour illustrer les limites d'une action strictement médicale dans un milieu matériel et social pauvre, Silvia Sigal rappelle " le cas de l'Ecole de médecine de Cali, en Colombie, où il existe un programme de soins hospitaliers destiné aux enfants prématurés et où le taux de survie est comparable à celui de l'Amérique du Nord. Mais à leur sortie de l'hôpital, 70% des nouveaux-nés meurent dans les trois mois". (1981, 235)

G.B. et E.C. précisent sous le même rapport que "cette approche intégrée n'établit pas seulement une corrélation entre "économie et santé" qui ferait de l'état de santé un sous-produit du développement économique, réalité évidente que les planificateurs ont cependant tendance à oublier, mais cette nouvelle approche cherche aussi à établir des

corrélations entre valeurs culturelles nationales et santé, entre promotion personnelle et santé, etc." (1979,150)

On le voit donc, cette définition environnementale de la santé disqualifie les médecins comme seuls responsables de l'action sur les structures pathogènes existantes ou de la distribution des soins.

Sont également impliqués - et de façon fondamentale - les bénéficiaires présumés de la pratique médico-sanitaire, c'est-à-dire les populations elles-mêmes.

1b) Auto-protection des populations

La prise en charge par les populations elles-mêmes de leur propre santé exige que soient abandonnés les schémas établis et que les planificateurs promeuvent une participation réelle et accrue des populations dans les institutions sanitaires et dans l'effort de création et de maintien des conditions de santé.

Silvia Sigal, qui défend ce point de vue, en précise les implications comme suit : "il est nécessaire de sortir du vieux carcan idéologique qui considère les couches populaires comme des consommateurs de soins (non satisfaits, du reste) ou encore comme des secteurs "traditionnels" opposant un barrage au changement, car ils seraient attachés à des valeurs "non modernes". Il existe une réserve de capacités d'action ; pour l'utiliser, il faut abandonner l'approche verticale du donneur de services et mobiliser un capital humain qui peut devenir un agent direct dans l'amélioration sanitaire." (1981,229-230).

Il va sans dire que la condition sine qua non d'une telle participation réside dans la conscience que les populations peuvent avoir de l'enjeu des efforts qui leur sont demandés. C'est dire que le préalable consiste en l'éducation sanitaire ou sensibilisation aux problèmes de santé dont elles seraient les bénéficiaires.

Pour le cas de Richard-Toll, une triple action pourrait être menée dans ce sens. Il faudrait que, chacune en ce qui le concerne, les trois institutions que sont le service médical d'entreprise, le centre de santé et la municipalité agissent et interagissent pour créer les conditions de participation des populations à leur propre protection sanitaire.

Ce serait une concrétisation d'un des principes fondamentaux de l'Eco-développement : "auto-gestion/Subsidiarités, d'abord et dans la mesure du possible" (Schumacher, Small is beautiful)... Nous verrons plus loin si une telle perspective peut conjuguer avec la politique du Sénégal...

Posons-en les principes en attendant.

Pour sa part, le S.M.E semble se diriger vers cette tâche absolument nécessaire. C'est ainsi que le programme qui aurait été mis sur place devrait bien démarrer dont les articulations essentielles sont les suivantes :

1) Un système de 40 panneaux d'affichage devrait couvrir l'entreprise dont le contenu serait constitué par des slogans et mots d'ordre ayant trait à l'auto-protection contre les accidents du travail, les maladies professionnelles et les autres fléaux.

2) Des séances périodiques de projection de films et de diapositives axées sur les mêmes questions devraient avoir lieu.

3) Celles-ci devraient donner lieu à des discussions, entre praticiens médicaux et paramédicaux et personnel. Mais aussi des débats sur l'hygiène pourraient avoir lieu dans des contextes différents. En tous les cas, les grands thèmes à retenir seraient les suivants :

-1er Thème : hygiène de l'habitat : lutte contre les rongeurs, les insectes, protection des puits, construction et couverture des latrines, etc.

2ème thème : hygiène de l'alimentation : nécessité des protéines, conservation des aliments, liens entre l'alimentation et l'hygiène de l'eau, d'où protection des canaris, confection des filtres (charbon et sable), etc.

3ème thème : hygiène corporelle : lavage des mains, coupe des ongles, sommeil normal (8h/24), propreté des habits, port de chaussures, etc.

Ces thèmes pourraient être complétés par des séances sur la sécurité du travail et la propreté de l'entreprise.

Mais le point nodal réside, encore une fois, dans la dotation réelle en matériel sécurisant et dans l'allègement des conditions d'exploitation et d'oppression au sein de l'entreprise.

Quant au Centre de Santé, son action est double : elle concerne d'une part la population nondifférenciée et d'autre part les mères et leurs enfants (PMI). L'ampleur évidente des responsabilités qui incombent à ce service devrait interdire et l'indigence suprême dans laquelle il se trouve au chapitre des moyens d'intervention et les blocages psychologiques réels qui semblent se cristalliser dans la conscience de ses tenants.

En effet, il nous semble médico-sanitairement paradoxal qu'un médecin-chef puisse tenir ce langage : "l'Education sanitaire ? la prévention ? ça ne sert à rien ! Les gens ont d'autres problèmes ; ils ne sont pas comme nous, qui venons de Dakar. Ils se baignent et boivent aux mêmes endroits, celà ne leur fait rien; il n'y a pas plus de diarrhée qu'ailleurs ! Et quand ils nous sollicitent, leurs enfants ont la diarrhée depuis 1 à 3 mois... En tout cas, moi, j'explique individuellement aux mères - accompagnantes Elles font plus attention à chaquefois... Quant à une éducation collective, ce n'est pas mon problème... C'est inutile... Et, du reste, ce serait l'affaire de la sage-femme et du PPNS!..."

Il faut dire que le même responsable affirme qu'en toute chose, il s'agit de bien soigner, donc d'une bonne couverture sanitaire curative et non pas de promouvoir l'auto-protection des populations et refuse toute initiative allant dans le sens d'une éducation sanitaire radicalement responsabilisante.

Et, au moment de nous expliquer que son "refus de se lancer dans les conseils à donner trop généralement est dû au fait que les cas sont toujours particuliers", ledit responsable donne la mesure de ses vraies raisons en postulant : "Je suis contre la médecine de masse, car il y aurait alors possibilité qu'ils reviennent nous contredire en nous disant : "vous aviez dit ça!"!

En un mot, pour le médecin chef en question la santé est strictement l'affaire des médecins ! C'est encore l'illustration d'une mentalité monopolisante, cléricale qui est autant question de conditionnement culturel que de caractère, de socio-logique que de subjectivité. (C'était toutefois une conversation "privée")...Et il est tout aussi regrettable que la P.M.I de Richard-Toll ne dispose ni du personnel adéquat ni du matériel requis pour assurer une éducation tant soit peu sérieuse aux mères qui la réclament pourtant.

Les quelques séances de démonstrations culinaires et de conseils de régime organisées à la va-vite avec les moyens du bord sont dérisoires par rapport à ce qui devrait avoir lieu.

Il faut dire que l'unique sage-femme de Richard-Toll et l'unique infirmière-sanitaire qui collabore avec elle sont débordées par les consultations et interventions pléthoriques, les rapports et les pesées dont la fréquence est époustoufflante. Pour couronner le tout, il n'y a pas d'agent d'assainissement .

Finalement, nous pouvons dire qu'objectivement et subjectivement à la fois, le centre de santé n'est pas en état d'assurer une

éducation sanitaire aux populations qui aurait pour but de promouvoir leur participation réelle à l'effort de santé et leur capacité d'auto-protection.

Et pourtant, tout laisse croire que le centre de santé pourrait conjuguer ses efforts avec ceux de la municipalité pour la juste solution de la question qui nous occupe.

Oui, la Municipalité semble d'ailleurs avoir le même point de vue qui, non seulement participe au financement du centre de santé à raison de 200.000 cfa d'achat de médicaments mais également affiche la volonté décidée de mener aussi bien des opérations Augias que des campagnes de sensibilisation sanitaire où, dit-elle, "l'aide du médecin-chef serait souhaitable".

n- Nous avons déjà assez insisté sur la nécessité d'une action suivie de la municipalité au sujet de l'assainissement de la commune. Il s'agit en effet que soient réalisées les entreprises dont dépend le salut sanitaire-du moins physique -de la localité et qui ont été repertoriées au premier chapitre de ce travail au moment de passer en revue les problèmes de voirie et les tâches d'assainissement. Encore faut-il que les conseillers-mêmes soient conscients de l'importance de la question pour qu'ils consentent les efforts nécessaires à l'impulsion de comités d'hygiène dans les différents quartiers et que les éléments constituant ces comités soient réellement motivés et assument correctement leurs responsabilités.

s
s
s Seule une action coordonnée de tous les habitants de la commune, conjugée à l'effort des tenants de la pratique médico-sanitaire et appuyée par les pouvoirs publics locaux, pourrait venir à bout des conditions environnementales physiques et culturelles pathogènes qui forment le "milieu" richard-tollois.

Cette action autogestionnaire des groupes de base a été expérimentée un peu partout dans le monde, y compris à Pikine, au Sénégal. Elle a donné ses preuves. Elle n'est donc ni démagogique ni impossible.

F. Leemann, qui note "une convergence significative des expériences alternatives de santé", en définit ainsi la problématique : "des groupes de base cherchent à réaffirmer concrètement la primauté de la prévention, de la santé publique sur la médecine curative, du droit fondamental des citoyens à contrôler directement l'organisation de la santé, à en définir les objectifs spécifiques pour telle ou telle communauté locale, à contrer la spécialisation et la technicisation des soins, etc" (1979,4)

Les expériences de cette nature, impliquant d'une part une critique objective du système médical officiel occidental et d'autre part une prise en charge communautaire de leur santé par les populations elles-mêmes, montrent - selon Silvia Sigal - "que les carences ne sont pas un phénomène naturel, mais bien le résultat de mécanismes sociaux qui renvoient largement aux rapports de pouvoir. Elles peuvent constituer en même temps une pratique d'action à la base, de gestion autonome faisant obstacle à la reconstitution de systèmes autoritaires verticaux". (1981,256)

Mais cette médecine de masse, en même temps qu'elle nécessite la participation globale et totale de toutes les populations concernées, exige également qu'au sein de celles-ci un personnel intermédiaire soit formé à la pratique médico-sanitaire dont le rôle serait de rapprocher toujours davantage les soins de santé et leurs bénéficiaires, en servant de relais entre médecine et populations.

1c) Formation de relais médico-sanitaires

Selon G.B et E.C, "la double polarisation sur les soins de

santé primaires et sur la participation des collectivités au maintien de la santé pose le problème des ressources médico-sanitaires en termes tout à fait nouveaux. Le principe fondamental concernant l'organisation du palier le plus bas est qu'il faut désormais utiliser les ressources locales, humaines, matérielles et financières, qui sont fournies par la collectivité..." (1979,151)

En particulier, il s'agit de repenser de fond en comble le domaine de la formation du personnel de santé.

L'O.M.S a, elle-même, ainsi campé le nouveau profil du personnel médical dont il s'agit : "on s'efforce de promouvoir la formation et l'emploi d'assistants médicaux et d'agents de soins de santé primaires rattachés à un système intégré dont l'ensemble sera en mesure d'assurer la protection sanitaire de toute la population. On étudie en particulier la possibilité pour certains pays de recourir à des agents sanitaires de première ligne, qui seraient choisis par la collectivité elle-même et recevraient un minimum de formation leur permettant de dispenser des soins à temps partiels tout en s'acquittant d'autres tâches au sein de leur communauté". (Direction Générale OMS : 1975)

Quant à la formation de ces agents polyvalents, Silvia Sigal, s'inspirant du cas du Niger postule ; "ils suivent un cours spécial, de courte durée, qui les habilite à procéder à des vaccinations, à diffuser une éducation sanitaire qui comprend l'assainissement du milieu, la purification de l'eau, la planification familiale, et à délivrer les premiers soins." (1981, 242)

Il faut dire que cette expérience de formation de relais médico-sanitaires a été promue dans certains villages du Sénégal. Les résultats semblent cependant plus heureux en ce qui concerne les matrones ou les "gôr" (leurs homologues de l'autre sexe) qu'en ce qui est des dispensateurs de soins généraux. Cela est peut-être dû au fait que

ces derniers ne sauraient justifier pour leur compte les cadeaux que les sages-femmes ont toujours reçus après leur intervention et que leur recyclage ne fait que revaloriser. C'est du reste ce que le cas de Richard-tollois pourrait donner à penser quand on sait que des matrones y sont en formation permanente et opèrent même au niveau de la maternité-PMI au cours de leur stage tandis qu'une expérience du même genre n'est pas réalisée sous le rapport des soins généraux.

D'ailleurs, ces matrones viennent presque toutes des villages environnants et, comme nous l'avons dit précédemment, les richard-tolloises dédaignent cette formation, probablement parce qu'elle n'est pas "payante".

Différentes expériences dans le monde indiquent clairement la nécessité de restructurer le système éducatif, qui doit former des travailleurs de santé polyvalents, et promouvoir la création de spécialistes en santé publique.

Silvia Sigal cite le cas de Cuba Socialiste où "l'Ecole de santé publique a formé plus de 600 professionnels à l'aide de cours accélérés, pendant les trois premières années du nouveau régime ; pendant les cinq années suivantes, plus de 1000 professionnels ont été formés avec des programmes d'une durée d'un an, au lieu de 100 seulement formés au cours des trente années pré-révolutionnaires." (1981,236)

Dans la même perspective, il est intéressant de signaler le cas des médecins tanzaniens ayant une licence (les officiers assistants médicaux). Cette possibilité n'est pas offerte aux pratiquants sénégalais. En effet, la faculté de médecine de l'université de Dakar forme des médecins et rien que des médecins. C'est dire qu'après 7 à 8 ans d'études, l'Etudiant qui ne présente pas sa thèse est considéré au même pied d'égalité que quelqu'un qui n'ajamais fait de médecine. Aucun diplôme intermédiaire n'existe. Cette aberration devrait prendre fin au moment où l'accent est partout mis sur la nécessité d'un personnel

médical moins coûteux et polyvalent.

Mais, il s'agit au premier chef de former des agents sanitaires de première ligne. C'est une conséquence de l'effet de démonstration de l'exemple chinois. En effet, la Chine - intégrant la médecine occidentale et la médecine traditionnelle chinoise d'une part et utilisant l'expérience soviétique des écoles médicales intermédiaires d'autre part-notamment après la Révolution culturelle, a promu de nouvelles formes de travailleurs de la santé.

Ces relais médico-sanitaires sont "des travailleurs qui, à côté de leur activité normale, reçoivent une formation concernant l'assainissement du milieu, les immunisations, les premiers soins et le contrôle post-maladie. Ils doivent, en plus, transmettre des notions d'éducation sanitaire à leurs camarades de travail. Les travailleurs ruraux ("médecins aux-pieds-nus") reçoivent en général une formation de trois mois, dans un hôpital ; les travailleurs industriels ("médecins travailleurs"), une formation d'un mois et les docteurs Garde rouge ("Red Guard doctors"), généralement des mères de famille sont formés en 10 jours..." (S. Sigal, 1981, 239-240)

La médecine aux-pieds-nus est une médecine qui va elle-même vers le malade, dans la plupart des cas. En effet, le médecin aux-pieds-nus fait des tournées régulières dans sa localité, et lorsqu'il n'y a pas de malade, il se livre aux travaux champêtres.

Selon Mukuna Ka Muk , "le premier devoir du médecin aux-pieds-nus n'est pas de soigner durant ses tournées mais de faire de la médecine préventive. C'est à lui que revient l'organisation de l'hygiène publique dans les masses populaires, de la prophylaxie des maladies fréquentes dans la région : rhume, diarrhée, hépatite, etc à l'approche du changement de saison, il lui revient/é aussi préparer les paysans à faire face aux maladies saisonnière. A l'occasion, il fait aussi des campagnes de vaccinations." (1979, 162)

Il importe cependant qu'il soit bien compris que la solution va au-delà d'un simple allègement de la formation du personnel sanitaire. Il est en effet nécessaire que, dans le choix des nouveaux éléments, il soit tenu compte des structures sociales des villages et quartiers qui sont loin de constituer des structures homogènes. Si l'objectif est de doter chaque quartier de la commune d'une matrone et d'un auxiliaire de santé formé pour dispenser des soins généraux, une action globale et en profondeur n'en demeure pas moins nécessaire.

Silvia Sigal rapporte à ce sujet le cas alarmant de matrones de maradi, au Niger. En effet, dit-elle, "des informations publiées en 1971 rapportent que les services de développement, en recyclant des sages-femmes traditionnelles à Maradi, comptaient leur donner un rôle nouveau et assurer des conditions d'hygiène satisfaisantes ; 287 sages-femmes furent ainsi formées au cours de stages intensifs. Quelques mois après, une évaluation mit en évidence des résultats embarrassants : les conditions d'hygiène n'avaient pas changé ; mais les sages-femmes ayant suivi les stages avaient acquis un prestige supplémentaire. Elles étaient en conflit aigu avec les sages-femmes qui n'avaient pas été recyclées et leurs nouvelles connaissances leur servaient uniquement à faire augmenter le montant des cadeaux nécessaires à leur présence..." (1981, 242).

Il fut donc conçu et appliqué une approche beaucoup plus intégrée et qui donna des fruits... Dans le même ordre d'idées, M. Singleton pense que pour prévenir le cléricisme qui ferait de prétendus médecins aux-pieds-nus de réels mandarins, il faudrait que trois précautions au moins soient prises : d'abord que le centre, initiateur de la nouvelle politique, soit positivement convaincu qu'ils ne sont pas un simple expédient temporaire destiné à combler un manque de docteurs pleins mais qu'ils ont un rôle unique à jouer dans les programmes de santé ; ensuite qu'ils soient eux-mêmes persuadés que leur voie est parallèle à celle

du docteur mais d'une valeur équivalente au moins complémentaire; autrement, non seulement ils auraient un complexe d'infériorité mais en outre ils seraient longs à réclamer cette promotion qui en ferait aussi "la chose même" : des praticiens pleins, enfin, si ces conditions sont remplies, il y a beaucoup de chance que les populations remettent les médecins aux-pieds-nu dans leurs droits; de plus, pour empêcher que ces derniers monopolisent les soins médicaux, qu'ils fassent montre d'intolérance vis-à-vis de leurs rivaux tels que les thérapeutes traditionnels, ou bien qu'ils réservent leurs services à leurs parents et amis, il est indispensable qu'on les rende comptables devant un comité local d'anciens ou de sages plutôt que devant une lointaine autorité centrale.

(Ethno -medical elucubrations)

Mais l'approche intégrée de la question sanitaire, bien que s'articulant essentiellement autour des axes constitués par la définition environnementale de la santé, l'auto-protection des populations et la formation de relais médico-sanitaires, n'épuise pas, quand elle s'applique à l'Afrique, les possibilités d'utilisation des ressources locales.

En effet, dans la nouvelle perspective, l'Afrique est en train d'innover. Et cette innovation consiste en la réhabilitation des thérapeutes traditionnels africains que d'aucuns appellent aussi guérisseurs (ou médecins traditionnels, ou médecins africains).

Nous voudrions à présent nous pencher sur cette deuxième constituante des jalons pour une pratique éco-sanitaire.

2) Réhabilitation des thérapeutes traditionnels

Comme le disent G.B et E.C, "tout pays qui désire restructurer ses services de santé en recourant entre autres à la médecine traditionnelle... doit commencer par mener des recherches fondamentales dans le but d'obtenir les données de base indispensables pour élaborer une

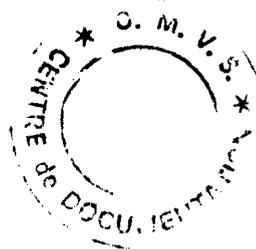
politique réaliste de santé. Les planificateurs ne pourront en effet utiliser la médecine traditionnelle que s'ils disposent d'informations précises à son sujet, tant sur sa structure que sur son fonctionnement" (1981,152)

Notre réflexion sur la réhabilitation nécessaire, au Sénégal et à Richard-Toll, des thérapeutes traditionnels va se faire selon les trois moments suivants : d'abord nous essayerons d'en saisir la problématique, ensuite nous développerons les principes qui la guident, enfin nous dégagerons certaines tâches qu'elle ne saurait ne pas impliquer.

2a) Problématique

Le système des interrogations que soulève la perspective qui nous occupe s'articule autour de la question de savoir comment se concevrait l'utilisation de la médecine traditionnelle par un Etat qui se dit moderne et qui possède déjà un service de distribution de soins structuré sur la médecine occidentale.

Les auteurs du texte "de nouveaux médecins pour l'Afrique", qui tentent de répondre à cette question, posent : "Nous nous rendons compte que l'intégration des guérisseurs ne pourra devenir pleinement effective qu'au moment où de nouvelles structures sanitaires de base, impliquant la médecine moderne, auront été mises sur place..." Et ils ajoutent : "... De plus il est important de ne pas oublier qu'il ne s'agit pas seulement du problème de l'intégration de guérisseurs dans le système moderne de soins mais plus fondamentalement encore du problème de l'assomption des conceptions africaines de la santé, de la maladie et de la thérapie par un système "scientifique" de santé publique" (1979,155)



Le fondement de la problématique ainsi dégagé et en attendant de revenir sur les implications qui sont les siennes, passons à l'identification des thérapeutes traditionnels que l'on pourrait rencontrer à Richard-Toll. A ce propos, nous relevons trois types : les herboristes, les ritualistes et les marabouts.

Les herboristes pratiquent une médecine à base d'herbes et de plantes qui sont administrées sous forme de médicaments à des personnes individuelles et agissent principalement sur le corps. Pour le cas de Richard-Toll, on peut citer, parmi les plus célèbres, Yelly Seck de Khouma Mbodiène (ethnie Wolof), spécialisé dans le traitement des seins enflés dont il aspire le liquide, Aly Fall Diago de Richard-Toll-centre (Wolof), spécialisé dans le traitement des affections pulmonaires (poitrine) et autres maladies infectieuses (rougeole, etc) - il fait aussi de la prévention et assure le suivi au niveau de toute une famille - Alioune Ndiaye de Ndiaw (Wolof), ouvrier de profession, gynécologue réputé, s'occupant aussi de la lutte contre les démons (raab) et utilisant également le coran ; etc.

Les ritualistes traitent leurs malades par des cérémonies au cours desquelles ils prononcent des paroles et font des actions et des gestes qui vont aider à guérir la maladie, en l'atteignant dans sa dimension la plus profonde ; ils chassent les sorciers et les esprits qui sont à la source du mal et il purifient le malade. Parmi ceux-ci, on peut citer El Hadj Aly Fall Gaya de Gaya II (Wolof) qui, en plus des "deum", extrait les arêtes de poisson restant au travers de la gorge, étant thioubalo. (pêcheur) de clan, Seydou Mbaay de Ndiaw (Toucouleur), Samba Niang de Khouma Santhiaba (Toucouleur), Thioubalo de clan, porteur d'eau à la C.S.S ; les ritualistes recourent également à la divination pour chercher les causes - pas seulement physiques- de la maladie.

Les marabouts donnent des talismans ou des gris-gris et ils font des prières en récitant des versets de coran qu'ils soufflent ou crachent sur le malade afin de déloger le maléfice. Il arrive aussi qu'un marabout intervienne directement en convoquant ou en allant voir les protagonistes d'un conflit inter-individuel ou inter-groupe. Parmi les marabouts-thérapeutes de Richard-Toll, il faut citer Thierno Yaya Ba de Richard-Toll centre, (Toucouleur), Therno Moussa de Ndiaw (Toucouleur), Thierno Mountaga Ba et son frère ainsi que Thierno Hamath Modjio de Khouma Peulh (Al Pulaaren), Serigne Ablaye Dièye de Richard-Toll centre (Wolof), Iman de la mosquée du vendredi et gynécologue de renom; on mentionne aussi le cas de El Hadj Diagne de Ndiangué (Wolof), déviant et un peu détraqué, faisant l'objet de beaucoup de légendes; d'autres marabouts, pour l'essentiel tenant des Ecclésiastiques coraniques, peuvent aussi se muer en thérapeutes à l'occasion.

Il s'agit donc, dans une perspective d'utilisation rationnelle des ressources humaines disponibles comme alternative à l'approche techniciste occidentale dont l'échec partiel n'est plus à démontrer, de mettre sur pied le cadre matériel et juridique de la collaboration nécessaire entre médecine occidentale et médecine traditionnelle.

Voyons maintenant les principes qui président à cette réhabilitation des thérapeutes traditionnels.

2b) Principes directeurs

Il s'agit tout d'abord de réviser la législation sur l'Art de guérir et de proposer de nouveaux textes prévoyant la collaboration entre les deux types de médecine et en définissant les termes.

A ce sujet, le point de vue du Docteur Bayona ba Meya est digne d'intérêt qui stipule : "l'option que je préconise fait appel à la fois à une politique de législation formelle, à une politique législative de collaboration séparée, autonome et à une politique de collabo-

ration intégrée. Les activités des guérisseurs doivent bénéficier d'une reconnaissance formelle de la loi qui doit se limiter à proclamer la licéité de leur pratique médicale. Il est à peine besoin de souligner qu'une politique légale d'interdiction manquerait totalement de réalisme et serait vouée d'avance à l'échec sur le plan de l'application des sanctions. La politique législative de collaboration autonome devrait être, à mon sens, la politique de base parce qu'elle a le mérite de placer sur le même pied d'égalité la médecine traditionnelle et la médecine moderne, en outre, grâce à cette politique, la médecine des guérisseurs va échapper au danger de dénaturation qui consiste à lui enlever son substrat socio-anthropologique." cité par G.B et E.C (1979,149).

Il faut dire d'ailleurs que différents pays africains ont cherché à appliquer cette tendance, disons "continentale", à la réhabilitation des thérapeutes traditionnels. Les termes de cette application diffèrent d'un pays à l'autre et, il faut le dire, les voies empruntées sont plus ou moins heureuses/... C'est ainsi qu'en Guinée-Conakry une réforme de toute l'orientation du système médical moderne a été effectuée ramenant la médecine moderne et la médecine traditionnelle au même pied d'égalité. Le thérapeute traditionnel est devenu un médecin comme un autre. En fait, la Guinée-Conakry a recopié intégralement le modèle chinois. Seul l'aspect médicamenteux de la thérapie traditionnelle est valorisé, le ritualisme étant considéré comme obscurantiste, aliénant et "contre-révolutionnaire". Le Mali a mis sur pied une Direction nationale de la Médecine traditionnelle, promettant de ramener à la base cette réforme qui a commencé par le sommet. Le Zaïre semble très avancé dans ce domaine qui a mis sur pied un centre national de recherche sur les problèmes liés à la médecine traditionnelle ; et son plan de réforme des structures de santé implique une transformation dans l'or-

ganisation des services dispensés par la médecine occidentale ainsi que le recours explicite aux guérisseurs traditionnels.

Mais, évidemment, tous les pays africains ne sont pas favorables à cette tendance. Et il est fort intéressant à ce propos de noter une certaine corrélation entre l'attitude des pays africains vis-à-vis de la réhabilitation des thérapeutes traditionnels et leur projet global de société. Ainsi que les remarquent G.B et E.C, "la côte d'Ivoire parmi les pays francophones et le Kenya parmi les pays anglophones sont incontestablement les pays qui manifestent la plus forte orientation capitaliste en Afrique et il n'est pas étonnant que les ministères de la santé de ces deux pays cherchent à reproduire le modèle médical français et britannique. Les planificateurs ivoiriens et Kenyans ont opté pour une médecine scientifique et il ne peut être question pour eux d'accorder un statut à l'obscurantisme des "Witch-doctors" et des "féticheurs", comme ils le disent ouvertement"... (1979,155)

"Dans d'autres pays, cette intégration des guérisseurs est plus balbutiante et se situe au niveau de secteurs particuliers de la médecine traditionnelle. Nous pensons par exemple au Sénégal qui mène depuis plus de dix ans des recherches sérieuses dans le domaine de la santé mentale et a mis sur pied plusieurs expériences de collaboration entre hôpitaux psychiatriques et guérisseurs spécialisés dans le domaine de la folie. Toujours dans le domaine psychiatrique, nous signalons que le Nigéria a expérimenté l'utilisation de guérisseurs, entre autres à l'hôpital psychiatrique d'Abéokuta dans le pays Yoruka..." (idem, ibidem). On peut se demander à ce niveau si, de la même manière que l'hôpital d'Abéokuta est revenu à la "bonne" vieille pratique psychiatrique occidentale son initiative n'ayant dû son succès du début qu'à la personnalité charismatique de Docteur Lambo, de la même manière l'hôpital de

Dakar-Fann ne va pas connaître le même échec après le départ et la mort du Docteur Collomb.

En tous cas, nous pensons que cette expérience pourrait être tentée au niveau de la pratique des soins généraux - et donc ne plus être limitée au seul domaine de la folie - et ce dans les termes qui seront dégagés plus bas.

Un autre principe fondamental de la nouvelle perspective consiste à prendre globalement la médecine traditionnelle qui est une forme thérapeutique globale. Un frein à la collaboration recherchée est constitué par la considération du mysticisme de la médecine traditionnelle comme un élément superstitieux, magique. D'où une tentative de réduire la médecine des guérisseurs à son aspect médicamenteux et de mettre entre parenthèse son aspect rituel ou mystérieux, ce qui en détruit la richesse et la marque propre. Or il s'agit, comme le disent fort justement G.B et E.C., de "comprendre le lien entre les croyances surnaturelles que l'on trouve dans la médecine des guérisseurs et le champ de la santé des individus..." (1979, 153)

M. Singleton insiste sur le même principe, au moment de parler "de l'éthique et de l'efficacité de la recherche ethno-botanique", en faisant remarquer l'inadéquation de la causalité bio-chimique - déjà inopérante en médecine occidentale - en matière de thérapie traditionnelle africaine. Celle-ci s'accompagne en effet, dit-il, d'un supplément vital connu des seuls spécialistes et sans lequel les plantes recueillies ne seraient que des morceaux de végétaux ou d'une formule coranique pouvant seule les rendre opérationnelles. De plus pour donner des résultats satisfaisants, cette médecine doit être appliquée selon les rites et certains tabous doivent être respectés. (cf Ethno-Medical Elucidations).

Si donc nous retenons les deux principes selon lesquels d'une part un cadre juridique et matériel doit être mis sur pied pour assu-

rer des chances de succès à la problématique retenue et d'autre part la thérapie traditionnelle ne doit pas faire les frais d'un esprit réductionniste caractérisant les planificateurs de la santé - et ce sur la base de différentes expériences connues -, nous devons à présent dégager les principales tâches qu'appellent la création des conditions nécessaires à la collaboration entre les deux types de médecine et, partant, la réhabilitation des thérapeutes traditionnels.

2c) Tâches impliquées

Quand on parle de l'intégration des médecines occidentale et africaine, on se trouve face à trois milieux distincts : celui des thérapeutes traditionnels, celui des praticiens de la médecine occidentale et celui de la population générale.

Il faut donc penser séparément l'action à entreprendre dans chacun de ces trois milieux et bien réfléchir au degré de rapidité et de publicité que doivent revêtir ces différentes actions.

La condition première de l'accomplissement de ces tâches serait la création au sein du ministère de la santé d'une Direction nationale de la médecine traditionnelle qui superviserait l'ensemble des programmes de réhabilitation des thérapeutes traditionnels dans le cadre d'une approche éco-sanitaire.

Cette réforme des structures est donc une nécessité dans et par laquelle se définiraient et se concrétiseraient les lignes d'intervention sur les trois milieux mentionnés, lesquelles devront tenir compte des dynamismes propres à chacun de ces derniers.

Quelles sont donc les tâches en question ?

Au niveau des thérapeutes traditionnels : Il faut dire que la légitimation au niveau de la loi de la pratique de la médecine traditionnelle n'implique pas ipso facto la reconnaissance des guérisseurs tradi-

tionnels. C'est ce que soulignent G.B et E.C pour qui la tâche suivante, point névralgique de la réforme, consiste à identifier les guérisseurs, à évaluer leur pratique puis à leur décerner une licence individuelle... Ce principe de la reconnaissance individuelle implique qu'une décision particulière doive être prise pour chacun des guérisseurs". Et, parlant du cas du Zaïre, ils précisent : " Dans ce travail de collecte d'informations sur les guérisseurs individuels, le comité d'évaluation utilise les documents préparés par le centre de médecine des guérisseurs avec lequel il collabore d'ailleurs. Une fois les dossiers constitués sur les guérisseurs individuels, il faudra procéder à la délivrance des licences personnelles de pratique sous la supervision du département de la santé publique. Des critères précis permettant d'apprécier les divers dossiers ont été mis au point et ils devraient normalement constituer les seuls paramètres conduisant à la délivrance des licences individuelles.. En un troisième temps, les guérisseurs reconnus par l'Etat devront être informés des objectifs du plan national de santé de façon à pouvoir prendre leur place dans la structure sanitaire du pays..." (1979, P.158)

Il faut ensuite veiller à ne pas commettre la grave erreur qui consisterait à vouloir transférer les guérisseurs ainsi reconnus dans un hôpital/^{ou} à vouloir encore les transformer en mini-infirmiers en leur enseignant des techniques de soins modernes car, comme le disent G.B et E.C, "la participation des guérisseurs à la distribution officielle des soins de santé doit se faire qu'ils aient besoin de sortir de leur milieu habituel de travail ... Bien des erreurs de ce genre ont été commises et ce serait regrettable de récidiver encore une fois. C'est en effet par ce qu'il est et par la façon dont il travaille que le guérisseur peut aider la population, et il faut davantage essayer de l'aider à améliorer ses conditions de travail "chez lui" que de lui donner un local tout blanc à l'hôpital" (1979, 157)

Il est clair que la tâche d'amener les thérapeutes traditionnels à s'inscrire dans une structure officielle ne sera pas facile. M. Singleton, soulignant que les spécialistes autochtones et souvent les populations elles-mêmes sont conscients de l'incompatibilité des deux médecines, rapporte le cas d'une thérapeute sénégalaise qui, interrogée pour savoir si elle était prête à coopérer avec les hôpitaux, a répondu que sa mère (et initiatrice) a toujours été contre une telle éventualité et que, si jamais elle acceptait, elle serait vue comme quelqu'un qui veut "simplement faire de l'argent". Au moment de tenter une explication des raisons de cette réticence, M. Singleton affirme que "ce phénomène illustre la théorie sociologique relative à la maintenance de l'identité structurelle". Et de rapporter l'histoire d'une caricature parue dans Paris-Match et qui montrait des parents et leurs deux adolescents tous habillés de la même manière : tee-Shirts, blue jeans, cheveux longs, se vautrant dans des sofas et écoutant de la pop music en fumant du hash ; la légende disait : "Mammi et Pappi, pourquoi ne pouvez-vous pas être corrects comme les autres parents ?"... M. Singleton poursuit en disant que l'identité exige différence et distance. Rien n'est gagné en termes d'harmonie sociale et de diversité enrichissante par quiconque tenterait d'être aux mêmes places au même moment. Que la distance prenne la forme de pont plus que de barrière est une chose (éthique), que les différences (ciations) ne soient pas des discrimination constitue la même chose éthique, mais une autre chose, sociologique, est le besoin pour n'importe quel tout social complexe, structuré, de maintenir l'identité de ses parties respectives." (Ethno-Medical Elucubrations.)

C'est ainsi que M. Singleton en arrive à discuter le principe qu'il appelle de "Subsidiarité" au nom du pluralisme qui devrait le compléter au moins. En effet, selon cet auteur, au lieu que le centre ait à créer une Direction au sein du ministère de la santé qui superviserait l'ethno-médecine", à retenir des programmes de modernisation et de promotion des guérisseurs, à légiférer contre les charlatans, en un mot

à officialiser et rendre orthodoxe la pratique de la médecine traditionnelle..., ce centre ferait sans doute mieux d'agir avec beaucoup plus de circonspection : il pourrait lever les obstacles légaux qui restreignent la pratique médicale à une minorité de privilégiés qui la monopolisent, appuyer discrètement les systèmes alternatifs, aider les guérisseurs à améliorer leur image en leur permettant l'accès aux médias, les invitant à se former et à informer les autres. (ibidem). Car le danger serait que ceux que le centre accrédite soient discrédités par la périphérie et que, par ailleurs, les non-accrédités entrent dans la clandestinité et opèrent donc dans l'illégalité ; en plus il pourrait y avoir une certaine division au sein des thérapeutes traditionnels se traduisant par des querelles de compétence allant jusqu'à la dénonciation policière. (Ibidem)

Ainsi donc la sagesse induirait à ne pas substituer un impérialisme à un autre et à ne pas donner dans un syncrétisme qui serait le dénominateur commun des impérialismes confondus. Il faudrait développer le pluralisme comme base de la collaboration entre les deux médecines.

Au niveau des praticiens formés à l'occidentale : le but est d'arriver à compromettre les médecins et infirmiers dans le mouvement en cours et de les amener à mieux connaître la médecine des guérisseurs, à mieux comprendre son originalité de médecine globale et à s'impliquer dans la mesure du possible dans une collaboration inter-médecines.

C'est en ces termes que G.B et E.C posent le problème qui dégagent sur ce plan deux principes au moins. Premièrement, "une collaboration réelle avec les guérisseurs ne peut s'envisager que dans le cadre d'une réforme profonde de toute la structure du système de santé moderne. Nous sommes donc pleinement d'accord avec la perspective de la Guinée et il serait absurde de parler d'une collaboration avec les guérisseurs tout en restant guidés par une conception bourgeoise de la médecine, qui comprend cette dernière plus en termes d'une technicisation de plus en

plus poussée que dans le sens des actions préventives de santé publique." (1979, 157)

Deuxièmement, "l'insertion progressive des guérisseurs dans les structures de santé publique n'implique pas seulement un réaménagement du plan médical de santé ; elle exige que ceux qui sont du côté de la structure médicale dominante (l'occidentale évidemment) approchent leurs nouveaux partenaires dans une attitude ouverte qui respecte l'identité de l'autre; reconnaissant cette dernière, ils doivent se laisser interpeler et accepter de remettre en cause leur propre approche de la maladie. Par-delà les individus, il faut que les structures de support de la médecine officielle épousent ce mouvement de renouvellement et introduisent dans leur fonctionnement de nouvelles perspectives de base : dans l'administration du département de santé, dans un nouveau style de formation à l'université et dans les autres institutions de formation médicale, etc". (Ibidem).

Il importe cependant de tenir compte des facteurs de blocage qui ne sauraient manquer de se faire jour à ce niveau. Nous en relevons deux au moins: d'abord la crainte-incompréhension, ensuite la lutte "de classe". En effet, d'une part les thérapeutes traditionnels parlent de sorciers, d'esprits, d'ancêtres etc. Et, comme le disent G.B et E.C, "c'est tout ce vocabulaire, qui intervient à la fois dans les divinations et dans les traitements, qui a souvent posé un problème aux praticiens de la médecine moderne lorsque l'on parlait d'une collaboration avec les guérisseurs : cela leur semblait être des croyances superstitieuses ou magiques, qui n'avaient rien à faire avec la santé. D'un autre côté, c'est ce même contexte mystique qui entoure la pratique des guérisseurs qui suscitait la crainte chez des gens encore davantage enracinés dans la tradition africaine et qui auraient pu être des partenaires pour une collaboration, comme des infirmiers ou divers membres des services de santé moderne". (1981 . 153). D'autre part, il faut se dire que les médecins forment une catégorie socio-professionnelle, socio-économique

distincte essentiellement petite-bourgeoise mais dont les aspirations bourgeoises sont clairement dessinées. Ces aspirations s'inscrivent en faux contre la tendance qui viserait à renverser la pyramide médico-sanitaire. Le conservatisme très marqué des médecins ne saurait ne pas se manifester devant des innovations stratégiques et de reconsidérations hiérarchiques somme toute progressistes, sinon révolutionnaires - Ils lutteront pour défendre les privilèges et le statut social que leur confère la pratique médicalisante. Ainsi que l'affirme Silvia Sigal, "il s'agit, on le voit, d'une mutation véritable, difficile à mettre en oeuvre sans une transformation radicale dans d'autres domaines de la structure socio-politique" (1981, 237).

Si nous nous reportons au cas de Richard-Toll pour tester l'attitude de praticiens de la médecine occidentale vis-à-vis de celle traditionnelle, nous pouvons déceler une attitude très ambiguë mêlée de refus - timide ou ouvert, global ou partiel - et d'acceptation conditionnelle, très paternaliste en tous points.

Nous allons reproduire des extraits de discours qui nous ont été tenus au sujet de la Médecine traditionnelle par les responsables principaux des différents services :

Centre de Santé :

"Quand le malade y trouve son compte, c'est tant mieux pour lui. Les deux pratiques se valent. Il suffit de savoir jongler avec les deux. Car l'essentiel est de trouver l'antidote... Par exemple, dans le cas d'entorse, etc, j'envoie les malades voir le guérisseur (après leur avoir donné un calmant). .. Il y a des gens qui connaissent (connaître c'est connaître ses propres limites). Ceux-là, on pourrait travailler avec eux... On aurait pu collaborer si la médecine traditionnelle était beaucoup mieux encadrée... Nous ne connaissons pas leurs méthodes (qui sont particulières). Donc on ne peut pas généraliser... Il y a des prin-

cipes actifs dans leurs plantes, le problème est de dosage ... La sorcellerie, ça ne marche pas ! Il faut y croire ! Moi, ça me dépasse..."

Service Médical d'Entreprise

"Les gens croient en la médecine occidentale. La chimie a fait tellement de progrès que nous arrivons à être convaincants. Dans le cas de maladies psychiatriques ou d'hépatite virale, il faut les deux traitements à la fois. Ici, nous consacrons 2 à 5 mm à chaque malade, ailleurs c'est 2 à 3 jours. C'est donc un problème de contact. Pour les affections psychiatriques typiques (psychose, névrose), les guérisseurs ont presque plus d'efficacité que nous. Pour l'hépatite virale, nous sommes à égalité (notre avantage consiste à reconnaître qu'on n'y peut rien... connaître, c'est connaître ses limites). Pour le reste, nous sommes les plus forts. Par exemple dans le cas de panaris le traitement traditionnel occasionne beaucoup de coupures de doigts... La sorcellerie, je n'y crois pas ! Il n'y a pas de surnaturel ! les guérisseurs traitent les maladies mentales comme nous faisons en psychiatrie..."

Pharmacie

"Il y a de très bons guérisseurs. C'est peut-être pas scientifique mais ça a toujours traité son homme. C'est des connaissances ancestrales transmises de père en fils. La sorcellerie traite les maladies mentales. Il s'agit de retenir l'essentiel de la médecine traditionnelle, puis de moderniser. Il s'agit que les chercheurs acceptent de collaborer avec les guérisseurs. Ceux-ci peuvent aider, informer dans la recherche de principes actifs dans les plantes. Souvent, le médecin moderne est un dernier recours : quand ça ne s'améliore pas ou se complique. L'inverse est possible également. On tâte le terrain à chaque fois."

Maternité - PMI

"La médecine traditionnelle ! Je n'ai rien contre elle. C'est bien d'un côté. En tout cas, je n'ai jamais conseillé à quelqu'un d'aller

voir un marabout ou quelqu'un du genre. Je ne dis pas que ce n'est pas bien, mais... La médecine occidentale a réponse à tout. (Si ce n'est pas ici, c'est St-Louis ou Dakar)!... Je ne sais rien des "deum", des "raab" ou des "ndeupp"... Récemment il y a eu un cas de psychose perpétuelle, les gens ont parlé de "raab" ; on a envoyé la femme à l'hôpital de St-Louis ; elle a guéri ! Donc, il s'agit d'intervenir techniquement sur les corps. Un cas d'entorse nécessite une radio (un collaborateur de l'orateur qui acquiesçait jusque là intercale en notre direction : "vous êtes maure, vous; eh bien, les maures savent soigner les entorses!") Il est possible qu'il y ait un principe actif dans les plantes médicinales... Peut-être la pharmacopée africaine, peut-être... !"

Il y aurait donc long à juguler la condescendance et la suffisance qui se lisent en pointillés à travers les discours volontairement accueillants des tenants de la pratique médicale officielle. La résistance réelle est d'ailleurs d'autant plus forte que le niveau est moins élevé. On croit souvent que c'est là un critère de modernité et de niveau intellectuel et culturel. Quelqu'un a dit que "la culture, c'est comme de la confiture : moins on en a et plus on étale". Et il n'est pas dit que l'ouverture théorique dont font montre ceux qui sont au sommet de la hiérarchie ne se trouvera pas compromise par l'attitude de blocage de ceux qui sont au bas de l'échelle techno-médicale. De plus, un fossé non négligeable est à prendre du compte qui sépare les discours actuels et l'attitude de future au moment de la mise en pratique des principes énoncés.

Pourtant cette disponibilité majoritairement manifestée pourra être exploitée à bon escient dans l'entreprise future. Le tout sera d'amener ces techniciens à considérer et à accepter globalement une pratique socio-sanitaire globale, sans donner dans un réductionnisme autoritaire injustifié et injustifiable.

Au niveau des populations : l'action à entreprendre est plus difficile à planifier ce milieu est pourtant à considérer de façon aussi

importante que les deux premiers "car c'est là que se fait le départage entre les deux médecines et c'est la population qui est l'enjeu des nouvelles politiques de santé". Mais, "s'il est relativement facile de programmer les étapes à suivre dans les deux premiers milieux et de prévoir leurs réactions au changement, il est beaucoup plus difficile d'anticiper la façon dont la population va réagir, par exemple, à une valorisation soudaine et officielle de la pratique des guérisseurs." (G.B. et E.C, 1979,155)

C'est en tout cas le point de vue de G.B et E.C qui pensent d'ailleurs que "donner dès le départ une publicité, outrancière à la valorisation des guérisseurs risque d'être interprété par la population comme une dévalorisation simultanée de la médecine moderne et donc de fausser trop brutalement l'équilibre que la population a elle-même établi dans sa recherche de santé..." (1979,155)

C'est ce qui fait craindre à M. Singleton que les populations en arrivent à discréditer ceux que le pouvoir central a accrédités.

Quant à l'intervention en direction des populations, il faut dire que "les mass-média fournissent depuis plusieurs années une série d'informations à la population mais le plus souvent dans une optique davantage publicitaire qu'éducative. Il faudrait accentuer dans la programmation de la radio nationale (et de la télévision pour les grandes villes) l'aspect éducation et amener le public à mieux comprendre ce qu'est la médecine traditionnelle, son originalité par rapport à la médecine occidentale, ses principaux domaines d'efficacité et ses limites dans la solution des problèmes de santé" (G.B et E.C 1979,156)

Selon les auteurs, l'utilité de cette campagne d'éducation et d'information fondée sur une nouvelle orientation de la grille de programmation, est ainsi définie qu'elle "devrait aider la population à utiliser plus judicieusement les services des guérisseurs et de mettre en garde

contre les abus des charlatans . Ces programmes devraient également être le lieu de discussion critique de certaines conceptions para-médicales qui sont directement impliquées dans tout processus de revalorisation de la médecine traditionnelle, les problèmes de sorcellerie et d'esprits, le recours aux fétiches magiques, la place de la divination, etc., autant de réalités qui sont fondamentales dans la pensée traditionnelle africaine et dont il faut justement réexaminer l'impact dans la médecine moderne..." (1979, 156-157).

On le voit donc, l'intégration des guérisseurs dans la structure officielle de distribution de soins de santé est une action qui ne va pas de soi. Des tâches difficiles y sont impliquées concernant différents niveaux et différents milieux. Et, par-dessus tout, règne la question incontournable de la volonté politique de ceux qui sont en situation de décideurs.

Perspectives

Mais dès lors, quelles sont les perspectives qui s'offrent à cette stratégie alternative qui se trouve être le salut des bénéficiaires des soins de santé ? Quelles chances de succès sont les siennes ?

A première vue, les obstacles sont historiquement surmontables. En effet, depuis que des médecins formés à l'occidentale officient en Afrique, les Africains ont toujours allié les deux types de médecine. Cette tendance est vérifiable jusques et y compris chez les protagonistes de l'une ou l'autre des deux pratiques médico-sanitaires.

Alors, la difficulté viendrait-elle de ce que le pouvoir central se mêle de cette affaire ?

A vrai dire, l'erreur du centre se situerait plutôt au niveau où il a historiquement opté - ou été déterminé à opter - pour le type occidental de la pratique médicale, foulant aux pieds ce qui constituait

jusqu'avant l'arrivée des Blancs le principal système protecteur des Africains en matière de santé, du moins dans ce qu'il avait de paradigmatique, archétypique ou idéaltypique.

La tâche consiste donc bel et bien en une réhabilitation... La médecine n'est d'ailleurs pas le seul domaine où une telle tâche s'avère nécessaire à l'heure actuelle... C'est d'une rupture avec le néocolonialisme, socio-économique et culturel, qu'il s'agit en réalité.

C'est pour cette raison que l'on peut s'interroger sur l'avenir de certaines décisions prises dans ce sens par des régimes africains dont on sait la liaison ombilicale avec les milieux propagateurs de la conception et de la pratique bourgeoises de la médecine.

Et c'est pour la même raison que l'on ne doit pas se faire d'illusion sur la volonté politique de ceux qui leur ressemblent et que l'on voudrait pourtant amener à prendre des mesures populaires en matière de santé. En réalité les hésitations actuelles sont liées au fait que certaines actions, dans leurs implications profondes, remettent en cause des secteurs entiers de la base sociale des régimes concernés ainsi qu'une partie des systèmes qui les alimentent et, partant, pourraient contrarier leur reproduction et leur expansion propres.

C'est ce qui fait dire à Silvia Sigal que "sous des formes plus ou moins directes ou cachées, le mode d'organisation des systèmes de santé et la conception même de la maladie sont partie intégrante d'un système social et reflètent, donc, les formes de domination. L'esprit d'imitation des styles occidentaux n'est pas seulement une déformation mentale des élites ; il assure le maintien d'un accès très inégalitaire aux conditions qui garantissent un état de santé satisfaisant". (1981, 252).

Les populations devront donc prendre leurs responsabilités. Une pression continue et consciente est à exercer sur les décideurs. Après

tout, c'est par les populations que les décideurs sont censés avoir été habilités à prendre des décisions pour les populations. Ce rôle pourrait tout aussi bien revenir aux populations elles-mêmes... En attendant, la bataille doit être engagée pour la mise en pratique - au sein même des systèmes existants - des fondements de l'alternative éco-sanitaire !

