

APERÇU DES TRAVAUX SUR LE COMITE D'EXPERTS
DE L'O.M.S. SUR LA MEDECINE TRADITIONNELLE
DU 9 au 13 FEVRIER 1976 à BRAZZAVILLE

par Francis JOHNSON-ROMUALD

I - BUTS ET OBJECTIFS DU COMITE :

Le Comité régional d'Experts de l' O.M.S. réunis du 9 au 13 février 1976 à Brazzaville avait pour but :

- 1/- de faire le point sur la situation actuelle de la médecine traditionnelle dans la région Africaine.
- 2/- de suggérer les voies et moyens d'assurer l'intégration de la médecine traditionnelle et de la médecine moderne.
- 3/- de proposer les éléments pour le document de travail de la XXVI^e session du Comité régional de l' O.M.S. pour l'Afrique, qui se tiendra en Septembre 1976 à Kampala (OUGANDA).
80% des populations rurales étant encore, malgré tous les efforts des Gouvernements Africains, à l'écart des soins de santé "moderne", l'objectif immédiat pour l'O.M.S. était d'envisager la possibilité de mettre à profit les ressources de la médecine traditionnelle pour les soins de santé primaires à la périphérie, d'où une certaine priorité accordée par l'Organisation à l'objectif n° 2 indiqué ci-dessus.

II - COMPOSITION DU COMITE :

C'était le premier Comité d'Experts O.M.S. qui se réunissait en région Africaine. A ce sujet il faut préciser que dans un Comité d'Experts il ne s'agit pas des pays qui sont représentés mais des Personnalités qui ne représentent qu'elles-mêmes, d'où il ressort que les résultats des travaux d'un tel Comité n'engagent pas l'O.M.S. mais uniquement leurs auteurs.

Pour préparer les travaux, l' O.M.S. désigna 2 consultants, l'un du Togo pour la zone Francophone, l'autre du Ghana pour la zone Anglophone, chacun devant avoir visité deux pays de sa zone et faire un rapport sur la situation de la médecine traditionnelle dans ces 2 pays.

En fait pour des raisons budgétaires, seul un pays fut retenu par zone.

Les Experts formant le Comité étaient originaires de :

- MADAGASCAR
- MALI
- CAMEROUN
- NIGERIA
- OUGANDA
- TANZANIE
- ZAIRE

Des Observateurs furent invités :

- CONGO comme pays hôte
- Certains organismes internationaux : OCEAO, etc...

Le Président du Comité fut le Malgache, le Vice-Président l'Ougandais.

Le Secrétariat était assuré par les Fonctionnaires du Bureau Régional, le Directeur des Services de Santé dudit Bureau représentant personnellement le Directeur Régional.

III - DEROULEMENT DES TRAVAUX :

Les rapports des consultants ont donné le "coup d'envoi"; ils ont mis l'accent sur le caractère profondément original des conceptions de base de la médecine traditionnelle qui ne limitent pas l'homme à un contenu purement matériel, mais prennent également en considération l'environnement sociologique (familial ou autre), vivant ou mort (ancêtres), ainsi que les "forces intangibles" de l'univers (esprits et Dieux), d'où les conséquences suivantes :

- 1/- la maladie n'est pas simplement le résultat du dysfonctionnement d'un organe provoqué par une cause matérielle mais peut être due aussi à une "force intangible".
- 2/- le traitement doit donc utiliser non seulement des substances matérielles mais également des ressources empruntées au monde cosmique ou immatériel.
- 3/- les lieux du travail du guérisseur reflètent également cette conception car ils comprennent constamment une partie "publique" correspondant au secteur somatique et une partie "privée" correspondant au monde cosmique.
- 4/- le comportement quotidien du guérisseur et les problèmes liés à sa succession découlent également directement de ces conceptions.

Après de longues discussions le Comité s'est arrêté sur la définition suivante du guérisseur : "un guérisseur traditionnel est une personne qui est reconnue par la collectivité dans laquelle elle vit comme compétente pour dispenser des soins de santé, grâce à l'emploi de substances végétales, animales, minérales et d'autres méthodes basées sur le fondement socio-culturel et religieux aussi bien que sur les connaissances, comportements et croyances liés au bien-être physique, mental et social ainsi qu'à l'étiologie des maladies et invalidités prévalant dans la collectivité".

Il résulte notamment de cette définition que la médecine traditionnelle subit une grave mutilation quand on tend à l'assimiler comme c'est souvent le cas dans divers milieux ou rencontres Internationales à une simple étude de plantes médicinales, c'est-à-dire à une simple phytothérapie.

Après cette définition la voie était ouverte pour aborder les autres points à envisager en matière de médecine traditionnelle, à savoir :

1/- les impacts positifs et négatifs de la médecine traditionnelle dans la protection et dans la promotion de la santé en Afrique.

2/- la nécessité et l'opportunité d'intégrer les activités du guérisseur dans les services de santé, notamment les soins de santé primaires.

3/- les conditions préalables à une coopération entre médecine traditionnelle et médecine moderne

- a) approche requise du guérisseur
- b) approche requise de la collectivité
- c) approche requise du personnel de santé
- d) approche requise des autorités administratives

4/- l'utilisation des plantes et autres produits de la pharmacopée africaine

5/- les modalités pratiques de coopération pour l'intégration de la médecine traditionnelle dans le système des prestations sanitaires.

- a) aspects techniques
- b) aspects matériels et financiers
- c) formation
- d) documentation et information
- e) recherches.

6/- rôle de l' O.M.S. et autres organismes Internationaux.

IV - PRINCIPALES IDEES RETENUES ;

1/- Exercée actuellement dans de nombreux pays parmi un secteur important de la population, la médecine traditionnelle a le mérite d'exister.

Pour les localités éloignées des centres de soins modernes, la seule ressource demeure le guérisseur. Un grand nombre de maladies en zone rurale pourraient être évitées ou soignées avec des moyens simples par des personnes non spécialement qualifiées mais facilement accessibles comme le guérisseur. De plus, par ses connaissances du milieu et son audience particulière, le guérisseur peut devenir un agent actif de promotion de la santé.

2/- Avec la découverte possible de médicaments nouveaux et compte tenu du coût de plus en plus élevé des médicaments modernes, le traitement de certaines maladies pourrait devenir plus efficace et économiquement plus abordable.

3/- Les côtés négatifs de la médecine traditionnelle, très réels, (imprécision du diagnostic, posologie sans rigueur, pratiques douteuses et contestables, exploitation parfois abusive de la crédulité humaine, etc) ont été reconnus cependant comme non spécifiques à la médecine traditionnelle, car ils peuvent se retrouver même en médecine moderne. Mais il importe d'amener les guérisseurs à prendre conscience de leurs limites.

4/- Pour l'intégration des deux médecines, la première étape de l'intégration est d'ordre psychologique, car les praticiens des deux systèmes ont d'abord à transcender certaines de leurs attitudes mentales.

L'intégration peut se tenter à tous les niveaux, mais spécialement à deux ; à la base sur le terrain et, au sommet, dans le cadre d'un Institut de recherches ou de soins.

Il n'y a pas de modèle standard, tout dépendant des conditions locales.

5/- Compte tenu de l'ostracisme dont il a été souvent l'objet et compte tenu aussi de l'isolement à peu près absolu dans lequel le guérisseur travaille habituellement à l'heure actuelle, il importe pour lui redonner confiance et créer un climat véritable de coopération, de le sortir au préalable de cette attitude de repli sur soi. D'où la nécessité absolue des associations de guérisseurs permettant une meilleure prise de conscience de leur force collective entraînant une meilleure acceptation de l'exercice au grand jour, affaiblissant ainsi graduellement le culte excessif du secret et favorisant l'élimination progressive des imposteurs (sorciers, charlatans, etc) par les guérisseurs eux-mêmes. En somme une "auto-purification" par une marche collective en avant.

Une association nationale par pays est chaque fois que c'est possible largement souhaitable, ceci afin de limiter au maximum les risques de rivalités de tous genres.

Le recrutement de telles associations devrait passer par trois étapes successives :

- a)- le recensement de tous ceux qui se présentent actuellement et que la collectivité reconnaît comme guérisseurs.

b)- la cooptation des nouveaux guérisseurs par les anciens.

c)- enfin la phase de formation spéciale par des "études" sanctionnées par des examens.

6/- Le complexe de supériorité d'une partie du personnel de santé est une survivance historique qui disparaîtra probablement avec le temps. Mais on peut hâter cette évolution par la promotion de la notion d'équipe de santé comprenant un ou deux guérisseurs et en initiant le personnel de santé et les étudiants qui le désirent aux pratiques de cette médecine.

7/- L'attitude des autorités officielles est déterminante en faveur de la révalorisation de cette médecine.

Les pays où les progrès les plus sensibles ont jusqu'ici été notés sont ceux où il y a eu une prise de position officielle sans équivoque en faveur de cette médecine.

8/- Si le règne végétal a une place de choix dans la médecine traditionnelle, il faut admettre que la conception d'origine de la médecine traditionnelle considère la plante d'abord comme support de la "force intangible" et seulement après comme efficace par elle-même. D'où l'insuffisance grave déjà notée plus haut d'une conception de la médecine traditionnelle réduisant cette médecine à une "pharmacopée" ou une phytothérapie pure et simple, sans pour autant minimiser la portée majeure de cette pharmacopée.

9/- Dans le cadre des réglementations appropriées édictées par les autorités nationales compétentes, le guérisseur doit rester libre dans l'exercice de son métier si l'on veut qu'il donne le meilleur de lui-même et se prête à la plus large collaboration.

10/- La question de l'intéressement peut prendre diverses formes :

- contrat à temps plein ou partiel
- ristourne à l'acte
- indemnité accordée à un guérisseur méritant
- équipement minimum (tenue de travail, bicyclette, etc).

L'opportunité du principe d'une "fonctionnarisation" plus ou moins large est laissée à l'appréciation des autorités nationales mais ici il faut faire attention à la dénomination. A ce sujet, le Comité n'a retenu qu'un principe d'exclusion : éviter le terme "médecin" comme dans "médecin traditionnel" pour ne pas créer de difficultés aux autorités nationales en cas de rémunération à la fonction publique.

11/- Pour les recherches : Si d'importants résultats ont été enregistrés par de nombreux auteurs, il faut reconnaître cependant que d'immenses domaines sont encore à peine explorés. Ici un préalable absolu est apparu nécessaire au Comité : l'esprit même de la recherche qui appelle une désaliénation de la conception de nombreux chercheurs calquant trop souvent le sens et les modalités des recherches sur des modèles extérieurs : exemple des recherches en chimie visant à tout prix à isoler des principes actifs, exemple de la fausse alternative "essai sur l'animal ou essai clinique" etc.

Si les recherches doivent être poussées activement dans tous les domaines, il faut se garder cependant selon le Comité de faire de ces recherches la condition préalable d'une utilisation de plus en plus étendue de la médecine traditionnelle. Celle-ci doit servir tout de suite et c'est à force de servir qu'elle s'améliorera.

De plus, le Comité appelle instamment les chercheurs africains ou autres à ne plus esquivier les particularités propres et fondamentales de la médecine traditionnelle, à savoir les "aspects intangibles". Les rejeter à priori ne témoigne aucunement d'un esprit scientifique. D'ailleurs plusieurs pays industrialisés ont déjà entrepris l'étude de ce qui est appelé maintenant "PARAPSYCHOLOGIE".

Enfin il y a nécessité de former pour les recherches des équipes pluridisciplinaires, compte tenu de l'extrême complexité et de l'étendue du domaine de la médecine traditionnelle.

CONCLUSION :

Ce premier Comité d'Experts O.M.S. a incontestablement fait oeuvre utile. D'abord, il a restitué la médecine traditionnelle dans son contexte global socio-culturel et même religieux, tant au niveau du traitement que de la conception même de la maladie.

Ensuite il a soigneusement analysé les points forts et les points faibles de cette médecine en indiquant les meilleurs moyens selon lui de mieux mettre à profit les premiers tout en éliminant progressivement les seconds. Evidemment certaines prises de position peuvent faire "tiquer" quelques esprits réputés "scientifiques" qui n'hésiteront pas à les tourner en dérision.

La vérité est que les Africains eux-mêmes doivent d'abord se "réycler" entièrement vis-à-vis de la médecine traditionnelle, en se mettant d'abord sans arrière-pensées à l'écoute des praticiens de cette Médecine.

En soulignant l'interdépendance foncière en Médecine Traditionnelle Africaine de l'homme et de son environnement visible ou invisible, les travaux du Comité ont donné un relief nouveau à la prise de conscience de l'originalité foncière de cette Médecine.

En prenant donc carrément position en faveur de la revalorisation de la Médecine traditionnelle, le Directeur général, le Directeur Régional à Brazzaville et l'O.M.S. elle-même ont ouvert une voie nouvelle pleine de promesses à la santé en Afrique et dans le monde.