



**Université de Montréal**

**Reconnaître pour choisir, orienter et rencontrer**

Mères, guérisseurs et biomédecins à l'épreuve des rencontres et reconnaissances en milieux pédiatriques camerounais

par

André Wamba

Département d'anthropologie  
Facultés des Arts et des Sciences

Thèse présentée à la faculté des études supérieures et postdoctorales  
en vue de l'obtention du grade de Philosophiae doctor (Ph.D)  
en anthropologie (Option : anthropologie médicale)

novembre 2014

© André Wamba

**Université de Montréal**  
Facultés des Arts et des Sciences

Cette thèse intitulée :

**Reconnaître pour choisir, orienter et rencontrer.**

Mères, guérisseurs et biomédecins à l'épreuve des rencontres et reconnaissances en milieux pédiatriques camerounais

présentée par :

André Wamba

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Gilles Bibeau, Université de Montréal (Canada)  
président-rapporteur

Sylvie Fortin, Université de Montréal (Canada)  
directrice de recherche

Fernando Alvarez (pédiatre), Hôpital Sainte Justine pour enfants, Université de Montréal (Canada)  
membre du jury

Ilario Rossi, Université de Lausanne (Suisse)  
examineur externe

Barthelemy Kuate Defo  
représentant du doyen

## Résumé

Si hier les guérisseurs revendiquaient uniquement le besoin de reconnaissance, aujourd'hui, ils se battent plutôt pour que la reconnaissance qui leur a été accordée par l'État soit capable d'intégrer les conceptions africaines de la maladie et des thérapies ; de les protéger au même titre que les biomédecins dans l'exercice de leur profession ; de protéger les malades en cas de préjudices moral et physique. Ils craignent que la reconnaissance [accordée] ne soit pas reconnue juridiquement par une loi camerounaise qui régule leurs pratiques de soins. Dans la mesure où, sans une reconnaissance juridique et institutionnelle, il leur est impossible de se maintenir dans l'espace [public] de sociabilité thérapeutique ; de changer, à partir de la position illégitime, leurs conditions de praticiens précaires, et surtout leur relation aux usagers de soins [les mères] et aux biomédecins. Dans cette perspective, on se demande quelles sont les modalités d'intéressement ou de désintéressement mutuel qui permettent aux guérisseurs – affaiblis institutionnellement – et aux biomédecins – fortement reconnus – d'évoluer vers une réciprocité de perspectives. L'étude cherche à identifier les modes d'arrachement à l'affaiblissement institutionnel, en s'intéressant, d'un côté, aux processus de capacitation et de renforcement de la légitimité ; et de l'autre, à l'impact de ce renforcement, d'abord, sur la redéfinition des objets et figures de la rencontre et de la reconnaissance, et ensuite, sur la reconfiguration de l'espace de soins et du profil du thérapeute camerounais contemporain. Pour répondre à cet objectif, nous avons sollicité le cadre théorique de la sociologie des épreuves d'inspiration pragmatiste [Thévenot, Boltanski, Gennard et Cantelli] et de l'anthropologie capacitaire [Ricoeur]. Les observations de consultations en Maisons de Soins [chez les guérisseurs] et au Centre Mère et Enfant [Hôpital pédiatrique] et les entretiens individuels effectués à Yaoundé [Cameroun] ont engendré une réflexion sur le sens que donnent les mères, guérisseurs et biomédecins au fait de rencontrer ou de refuser de rencontrer un soignant. L'analyse des données recueillies inscrit la rencontre dans l'axe de la reconnaissance capacitaire [des compétences], permettant ainsi d'envisager une pluralité de figures de la reconnaissance et de la rencontre. Elle indique aussi que si la formation à l'identité professionnelle biomédicale constitue pour les guérisseurs une tactique de renforcement de leur légitimité, l'inscription en médecines africaines de certains biomédecins [résistants ou non conformistes] les prédisposent à une résistance institutionnelle aux normes biomédicales ; ce qui permet de nuancer, au regard de la pluralisation et de la diversification des rationalités en jeu, la compréhension du caractère

monolithique des institutions. Il en résulte une réflexion sur le brouillage des frontières entre les médecines africaines et la biomédecine, ce brouillage ayant alors comme conséquences, entre autres, une possible fragmentation ou morcellement de ces médecines en termes de «biomodernisation» des médecines africaines et de «traditionalisation» de la biomédecine en contexte africain.

**Mots clés :** Anthropologie, santé de la mère et de l'enfant, rencontre et reconnaissance (in)formelles, capacités et renforcement de la légitimité, rationalités, médecines africaines, biomédecine.

## **Abstract**

If yesterday the need for recognition was the core claim among traditional health practitioners, today, their quest resides in the recognition not only of their practice but also of the African conceptions of diseases and therapies; in their protection as professionals (such as biomedical health practitioners); in the protection of patients in case of moral or physical prejudices. The traditional health practitioners fear that their recognition will not extend to or be sanctioned by Cameroonian law, which regulates their care practices. Without legal and institutional recognition, it is impossible for these practitioners to remain in the social care space; to change, from their illegitimate position, their condition of precarious practitioners, and especially their relationship to biomedical health practitioners. Thus, what are the modalities of mutual interestedness or disinterestedness that allow traditional [institutionally weakened] and biomedical practitioners [strongly recognized] to evolve towards reciprocity of perspectives? The study is seeking to identify modes of wrenching from the institutional weakening, focusing, on one hand, on empowerment and reinforcing processes of healers' legitimacy; and on the other hand, to the impact of empowerment on the redefinition of objects and figures of encounter and of recognition, on the reconfiguration of social care space and the profile of the therapist. To achieve this objective, we have sought the reference framework of sociology of proofs and the anthropology of capacity of Ricœur. The observations of consultations in «Maisons de Soins» and to the «Centre Mère et Enfant» and interviews have led to a reflection on the interpretation associated by mothers, traditional and biomedical health practitioners to what it means to consult or refuse to consult traditional healer or biomedical practitioner. The analysis of data situates the encounter in the axis of capacity of recognition, allowing us to consider multiple figures of recognition and of encounter. It shows that if the adoption of the biomedical professional identity constitutes for traditional health practitioners a tactic of reinforcement of their legitimacy, the integration in African medicines of some biomedical health practitioners predispose them to an institutional resistance to biomedical norms; making it possible to nuance the comprehension of the monolithic character of institutions, given pluralization and diversification of rationalities at stake. This results in a reflection on blurring of frontiers of African medicines and biomedicine, thus giving place to a possible fragmentation of these medicines in terms in terms of biomodernization of African medicines and traditionalization of biomedicine.

**Key words:** Anthropology, mother and child health, informal recognition and encounter, capacity and empowerment, rationalities, African medicines, biomedicine

## Table des matières

<b>INTRODUCTION GENERALE .....</b>	<b>1</b>
<b>PREMIERE PARTIE : CADRE CONCEPTUEL.....</b>	<b>6</b>
<b>1 PROBLEMATIQUE .....</b>	<b>6</b>
1.1 Constat : émergence des nouveaux traditionnels et nouveaux modernes.....	6
1.1.1 Spécificités des nouveaux traditionnels : qui sont-ils ? .....	6
1.1.2 Spécificités des nouveaux modernes : qui sont-ils ?.....	8
1.2 Position du problème : trois niveaux d'analyse de la reconnaissance et rencontre .....	10
1.2.1 Au niveau des mères : choix thérapeutique comme épreuves de considération .....	11
1.2.2 Au niveau du soignant : orientation thérapeutique comme épreuve de compétences.....	12
1.3 Rencontre comme épreuves de compétences et de reconnaissance capacitaire .....	13
1.4 Re-apprendre le mouvement de la rencontre et de la reconnaissance.....	15
1.5 Objectifs de la recherche Questions de recherche .....	20
<b>REVUE DE LA LITTERATURE ET APPROCHES THEORIQUES.....</b>	<b>23</b>
<b>2.1 REVUE DE LA LITTERATURE.....</b>	<b>23</b>
2.1.1 Ancrages sociohistoriques de la rencontre et de la reconnaissance .....	23
2.1.1.1 Déni du statut de médecine aux médecines africaines et à ses agents .....	24
2.1.1.2 Le moment d'acceptation et de tolérance .....	25
2.1.2 Au niveau des politiques nationales des pays : l'Inde et la Chine.....	26
2.1.3 Au niveau des politiques nationales en Afrique.....	28
2.1.4 La reconnaissance officielle ne suffit pas, encore faut-il une volonté politique .....	30
2.1.4.1 Irrégularités de la procédure de reconnaissance et enjeux politiques.....	30
2.1.4.1 Le Cameroun et le problème de la reconnaissance .....	33
2.1.5 Les médecines africaines et la médecine moderne : de quoi parle-t-on au juste ? .....	35
2.1.6 Dynamisme de la rencontre et émergence des nouveaux thérapeutes .....	38
2.1.6.1 Il n'y a d'identités professionnelles émergentes que disputées.....	40
2.1.6.2 Des mécanismes de déni et de détournement de l'identité assignée .....	42
2.1.6.3 Du déni des identités assignées à construction d'une identité disputée.....	44
2.1.6.4 Les néothérapeutes et la question de légitimité identitaire .....	46
2.1.7 Néothérapeutes et problématique de la reconnaissance et de la rencontre .....	47
2.1.8 Néotraditionnels et exigences de reconnaissance .....	48
<b>2.2 APPROCHES THEORIQUES DE LA RENCONTRE ET DE LA RECONNAISSANCE .....</b>	<b>51</b>
2.2.1 Quelles théories de la reconnaissance pour quels types de revendications.....	51
2.2.1.2 Tolérer les pratiques différentes, n'est pas les reconnaître.....	52

2.2.1.3 Reconnaître juridiquement la reconnaissance .....	55
2.2.1.4 La reconnaissance normative .....	57
2.2.1.5 Au cœur de la rencontre et reconnaissance : les compétences et les capacités .....	59
2.2.1.6 Reconnaissance au cœur des inégalités et des écarts de grandeurs .....	61
2.2.1.7 Parcours d'épreuves et anthropologie capacitaire.....	63
2.2.1.8 Ordre des grandeurs et ordonnancement des ordres de reconnaissance .....	67
2.2.2.1 Reconnaissance assignée et reconnaissance disputée .....	69
2.2.3 L'action normative au cœur de la reconnaissance bricolée .....	71
2.2.4 Pour conclure : reconnaissance comme réciprocité.....	73
<b>DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE ET ETHNOGRAPHIE DES MILIEUX PEDIATRIQUES.....</b>	<b>76</b>
<b>3 DEMARCHES METHODOLOGIQUES.....</b>	<b>76</b>
3.1 Rappel de la question de recherche et des objectifs de l'étude .....	76
3.2 Devis de la recherche.....	77
3.2.1 Les observations directes.....	77
3.2.2 Les entretiens individuels .....	79
3.2.2.1 Les entretiens avec les thérapeutes .....	80
3.2.2.2 Les entretiens avec les mères.....	82
3.3 Site de l'étude.....	83
3.3.1 Lieu d'étude : Maisons de soins et Centre Mère et Enfant.....	86
3.4 Population : diversifier la population à l'étude .....	88
3.4.1 Méthode de recrutement et d'inclusion des participants à l'étude.....	89
3.5 Déroulement de la recherche .....	91
3.5 Analyse des données : varier les échelles d'analyse .....	94
3.5.1 Relation d'enquête en contexte peu légitime .....	95
3.5.2 Le moment compréhension de l'analyse ethnographique .....	97
3.5.2 Coprésence : une voix différente dans le choix et analyse des corpus.....	98
3.5.3 Méthode du choix des corpus à analyser .....	101
3.5.3.1 Méthodes d'analyse des données .....	103
3.5.3.2 Méthode de traitement des données .....	106
3.6 Retour sur la méthodologie : difficultés et faiblesses .....	107
3.6.1 Ce que le partage de la langue des enquêtés apporte à la recherche .....	110
3.6.2 Réception de l'autoconfrontation : technologie de l'implication des enquêtés à la production du savoir .....	111
3.6.3 Savoirs ordinaires et savoirs experts : quels liens ?.....	114
3.6.4 Conséquences théoriques et méthodologiques du dispositif de l'autoconfrontation .....	115
3.6.5 Difficultés et limites de la recherche .....	115
<b>4. ETHNOGRAPHIE DES RECOURS AUX SOINS EN MAISONS DE SOINS ET AU CENTRE MERE ET ENFANT .....</b>	<b>116</b>
4.1 Accueil en Maisons et à la Fondation.....	117



4.1.1 Mode de fonctionnement en Maisons et Fondation .....	120
4.1.2 Moments, temps et lieux de consultation en Maisons et à la Fondation .....	123
4.2 Les problèmes de santé répertoriés .....	129
4.3 Les stratégies de résolution des problèmes santé .....	131
4.3.1.1 Les stratégies familiales : recours aux traitants non professionnels.....	131
4.3.1.2 Prêtres/pasteurs et prophètes : des professionnels ?.....	135
4.3.1.3 Les traitants non professionnels : tremplin, démarche provisoire ou définitive ? .....	137
4.4 Les recours aux soignants professionnels : expression de choix thérapeutiques.....	137
4.4.1 «Banque Malheur» : facteur de choix thérapeutique.....	142
4.4.2 Choix thérapeutiques, connaissances et perceptions de la maladie et du soignant .....	146
4.5 Orientations thérapeutiques .....	152
4.6 Recours non professionnel, choix et orientation thérapeutiques : quelles articulations ? .....	160
<b>TROISIEME PARTIE : LES DYNAMIQUES DES RENCONTRES ET DES RECONNAISSANCES .....</b>	<b>164</b>
<b>5 Rencontre : forme, espaces-lieux et supports.....</b>	<b>167</b>
5.1.1 Différence de perception de la qualité de soins : source de rencontres (in)formelles .....	168
5.1.2 De la fabrication des rencontres formelles .....	173
5.1.3 De la fabrication des rencontres informelles .....	176
5.2 Que retenir des rencontres formelles et informelles.....	179
5.3 Espaces et lieux de rencontres formelles et informelles .....	182
5.4 Rencontres thérapeutiques et savoirs mobilisés .....	186
<b>6 LES IDENTITES PROFESSIONNELLES MULTIPLES : À QUOI SERVENT-ELLES ? .....</b>	<b>189</b>
6.1 Identités professionnelles multiples : exigence des attentes des usagers .....	190
6.2 Identités professionnelles multiples : requalification professionnelle .....	196
6.2.1 La dimension politique l'acquisition des identités professionnelles multiples.....	202
6.2.2 Résistance et acquisition des identités professionnelles multiples .....	204
6.2.3 La ruse, comme stratégie essentielle de résistance au pouvoir biomédical .....	209
6.2.3.1 Les enjeux de la multiplication des identités professionnelles.....	213
<b>7 LA RECONNAISSANCE .....</b>	<b>215</b>
7.1 Reconnaissance professionnelle dans la perspective des usagers de soins.....	216
7. 2 Reconnaissance professionnelle dans la perspective des biomédecins résistants .....	219
7.3 Auto-reconnaissance : un concept de pouvoir depuis la position d'acteurs faibles .....	225
7.4 Ordonnement des ordres et épreuves de grandeurs et de reconnaissance .....	232
7. 5 Pour rencontrer, choisir et orienter, il faut d'abord reconnaître .....	235

7.5.1 Que reconnaître ? Comment reconnaître ?.....	239
<b>8 LOGIQUES DERRIERES LES RATIONALITES DES CONDUITES DE SOINS .....</b>	<b>245</b>
8.1.1 Logiques derrière les rationalités des usagers de soins .....	245
8.1.2 Logiques derrière les rationalités des biomédecins résistants .....	250
8.1.3 Des logiques individuelles aux logiques organisationnelles.....	252
8.1.3.1 Logiques organisationnelles au cœur des conflits de rationalités.....	256
8.2 Configuration familiale et espace thérapeutique .....	260
8.2.1 Configuration du profil du thérapeute camerounais contemporain.....	262
8.2.2 Configuration de l'espace de soins et émergence des «néomédecines» .....	267
8.3 Les raisons de l'indigénisation de la biomodernisation des médecines africaines.....	271
8.4 Formalisation des savoirs médicaux en contexte de médecines africaines.....	276
<b>CONCLUSIONS .....</b>	<b>281</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>	<b>289</b>

#### LISTE DES FIGURES

Cartes de l'Afrique et du Cameroun.....	83
Tableau des sous-secteurs de la santé au Cameroun.....	84
Diagramme de Venn .....	182

#### ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'utilisation des produits naturels et Biomicrolyse

Annexe 2 : Autorisation de recherche au Centre Mère et Enfant de la Fondation Chantal Biya  
[Yaoundé]

Annexe 3 : Clairance Éthique. Autorisation de recherche en milieux hospitaliers camerounais

Annexe 4 : Document de la Banque Malheur [Couverture solidarité sociale informelle]

*À David, Andréa, et Rose Flore Nana*

## Remerciements

Mes remerciements vont tout d'abord à l'endroit des guérisseurs qui nous ont accueillis dans leurs Maisons de soins, lieu de pratiques des médecines africaines ; des médecins, du personnel paramédical, et particulièrement du directeur du Centre Mère et Enfant de la Fondation Chantal Biya [hôpital universitaire pour enfants] qui a eu la gentillesse et le courage de m'ouvrir les portes des différentes unités pédiatriques de la Fondation. Je remercie les mères consultantes et non consultantes pour le temps qu'elles m'ont accordé, alors même que certaines étaient prises parfois entre les travaux champêtres, de bureau ou d'enseignement, etc., la maladie de leur enfant, et/ou leur rôle de parents. Qu'elles/qu'ils trouvent dans ce travail l'expression de ma sincère reconnaissance.

La recherche est affaire d'équipe. La réalisation de la thèse suppose l'accompagnement de l'étudiant par un directeur. À cet effet, je tiens à remercier ici de tout cœur Sylvie Fortin, la directrice de ma thèse. J'ai eu la chance et le privilège de travailler sous sa direction, et elle m'a accordé tout son temps. Je tiens à saluer toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation et à la concrétisation de cette étude par leurs conseils, suggestions avisées et remarques.

Ma famille s'est montrée très compréhensive à l'égard de mes absences répétées pour le motif de terrain. Je tiens à remercier spécialement ma conjointe et mes enfants pour leur confiance, patience et encouragement ; ma mère, Rose Rose Manekong ; mon père, feu David Kamzi ; et mes frères et sœurs – Rosalie Matelekeu, Jeantal Messokeu, Olivier Kemtsa et Rachel Madiffo – pour leur accueil au Cameroun. J'aimerais exprimer ici ma profonde gratitude à Denise Barth, pour le travail de relecture de ma thèse.

Des ami(e)s m'ont beaucoup stimulé au travail de différentes manières, surtout pendant les moments de terrain. Je pense ici à Juliette J. Manto ; à Annie Kenfack Dongmo ; à Jean-Jacques Donfack et à Félix Kammoé à qui j'adresse mes sincères remerciements.

Enfin, j'aurai mené cette étude avec beaucoup de difficultés sans le soutien financier de nombreux organismes et institutions : le Centre de Recherche en Éthique de l'Université de Montréal [CREUM] ; l'Unité de pédiatrie interculturelle ; la faculté des études supérieures et postdoctorale et le département d'anthropologie de l'Université de Montréal.

## INTRODUCTION GENERALE

La fin des années 1990 a été marquée par une redécouverte des médecines traditionnelles et une réouverture à ses pratiques de la part des États africains en général, et du Cameroun en particulier. Cette réouverture s'est traduite, dans le cadre de la stratégie pour la région d'Afrique, par l'adoption d'une résolution en 2002 par l'Organisation Mondiale de la Santé [OMS] sur la «Promotion du rôle de la Médecine Traditionnelle dans le système de santé» (OMS, 2002). En écho à cette résolution, le 31 août a été institué comme Journée Africaine de la Médecine Traditionnelle depuis 2003 par l'OMS. Pour sa part, le Cameroun commémore la Journée chaque année. Pourtant, l'évolution des politiques sanitaires montre que c'est tout récemment en 2006 que ce pays s'est prononcé en faveur de la reconnaissance de l'existence des guérisseurs (Fogang, 2011). Par ailleurs, ces derniers continuent encore et toujours à se plaindre, comme l'illustre cette déclaration<sup>1</sup> du 31 août 2013 à l'occasion de la 11<sup>ème</sup> Journée Africaine de la Médecine Traditionnelle : «nous, tradipraticiens, aimerions que le Ministère de la Santé publique nous considère comme des partenaires. Cela ne peut se traduire en acte qu'à travers l'adoption d'une loi camerounaise et l'autorisation de l'exportation des plantes». En effet, cette plainte révèle le caractère fragile et imparfait de la reconnaissance attribuée. Elle pose deux problèmes, au regard de cette reconnaissance – perçue comme négative – qui intervient après que les guérisseurs aient passé plus de deux siècles de pratiques médicales clandestines et illégitimes, de disqualification socioprofessionnelle, de marginalisation, d'invisibilité sociale et institutionnelle (Beneduce, 2011).

D'abord, les revendications d'une loi camerounaise régissant le métier du guérisseur suppose que la législation qui est censée réguler les pratiques de soins de ces derniers reste fondée, comme l'a relevé Mounyol à Mboussi (2006, p. 228) dans *Une nécessaire relecture de la législation sur la sorcellerie au Cameroun*, sur le code pénal de la loi coloniale. Or, ce code, toujours en vigueur, est limité et incapable, comme l'avait déjà mentionné Bibeau (1982a) dans le cas du Zaïre, d'intégrer les conceptions africaines de la maladie et des thérapies ; de protéger les guérisseurs au même titre que les biomédecins dans l'exercice de leur profession ; de protéger les usagers de soins en cas de préjudices moral et/ou physique. Ensuite, la plainte révèle que ce que les guérisseurs

---

<sup>1</sup> Journal camerounais, *Aurore Plus*, note que le thème de 2013 était : recherche, développement en médecine africaine. [http://www.auroreplus.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1340:reconnaissance--medecine-traditionnelle](http://www.auroreplus.com/index.php?option=com_content&view=article&id=1340:reconnaissance--medecine-traditionnelle)

demandent de nos jours ce n'est pas, comme l'avait souligné Taylor (1992, p. 65) dans *Grandeur et Misère de la modernité*, un simple besoin de reconnaissance identitaire. Mais ils souhaitent plutôt que la reconnaissance qui leur a été attribuée soit sanctionnée par une loi [juridique]. Autrement dit, ils revendiquent la reconnaissance institutionnelle de leur reconnaissance.

Cela est d'autant vrai qu'un regard anthropologique posé sur les conditions professionnelles dans lesquelles travaillent les guérisseurs révèle les persistances dans le maintien dans la «misère de condition» et la «misère de position», selon une formule de Bourdieu (1993b) ; dans des «carrières négatives» et des «identités» [professionnelles] encombrantes», selon le diagnostic proposé par Le Blanc (2007) dans *Vies ordinaires, Vies précaires*. Ainsi, les guérisseurs combattent pour changer leurs conditions de vie et de praticiens précaires, et «surtout leur relation à autrui» (Fierens, 2003, p. 63), notamment envers les usagers de soins et les biomédecins, dont certains de ces derniers les offrent paradoxalement des appuis. Mais ce qu'on a moins bien vu, c'est qu'un tel combat qui se mène en contexte de rapports de forces asymétriques et depuis la position affaiblie/illégitime suppose la capacité de faire face aux empêchements institutionnels et de s'en sortir (Fierens, 2003), et donc un agir faible qui connote une certaine idée de puissance et de compétences qu'on créditerait au compte de l'acteur affaibli. Dans le cadre de cette thèse, nous chercherons à identifier, d'une part, la manière dont se manifeste l'«agir faible» ; et d'autre part, son impact sur les relations à autrui [les biomédecins et mères d'enfants] et l'espace de sociabilité thérapeutique.

Dès lors, le problème que nous soulevons ici est celui des modalités de passage de l'affaiblissement au renforcement capacitaire, en contexte de non reconnaissance juridique et de fragilisation institutionnelle ; de la disqualification à la requalification professionnelle, à partir d'un statut d'agent non officiel de la santé ; de l'invisibilité à la visibilité institutionnelle, depuis la position illégitime et vulnérabilisée. Le problème ainsi posé n'est pas nouveau. Il a été étudié par de nombreux auteurs, à partir d'une situation de l'«agir fort» caractéristique des acteurs fortement reconnus. Mais, jamais, il n'avait été abordé sous l'angle que nous proposons dans cette thèse, à savoir à partir de la perspective d'une anthropologie de l'action capacitaire des guérisseurs affaiblis en contexte peu légitime. Cela étant, l'objectif de la thèse travaille à la compréhension et à l'explicitation des procédés d'arrachement à l'affaiblissement institutionnel au niveau de

l'autoreprésentation, en nous intéressant, d'une part, au processus de passage d'un état à un autre ; et d'autre part, à l'impact du renforcement capacitaire, d'abord, sur la redéfinition des objets et figures de la rencontre et de la reconnaissance et, ensuite, sur la reconfiguration de la physionomie de l'espace de soins et du profil du thérapeute camerounais contemporain exerçant à Yaoundé.

Ces procédés sont situés dans un double courant théorique de l'action capacitaire, dont les bases ont été posées explicitement dans la sociologie des épreuves d'inspiration pragmatique représentée par Thévenot (2006) dans *L'action au pluriel* ; et dans l'anthropologie capacitaire de Ricœur (1990), notamment dans *Soi-même comme un autre*. Ces courants participent de la compétence et de l'empowerment (Boltanski, 1990; Genard, 2013) ; et s'inscrivent au cœur de *L'épreuve de la grandeur* (Heinich, 1999), ce qui permet d'envisager l'émancipation des acteurs affaiblis (Boltanski, 2009) ; de ranger les capacités des individus par ordre de reconnaissance (Ferry, 1991) et de la grandeur de l'estime sociale (Boltanski & Thévenot, 1991) ; de dépasser les empêchements institutionnels à la réalisation des acteurs faibles (Payet & Laforgue, 2008). Or, on sait avec Le Blanc (2009) que la capacité de se maintenir visible dans l'espace public de parole ne repose pas sur les seules compétences des sujets. Elle dépend, selon l'auteur, des règles sociales de confirmation et d'infirmité des modes d'existence qui légitiment ou précarisent une vie. Faute du mode de confirmation fondé sur la reconnaissance juridique des capacités, les sujets recourent aux appuis conventionnels/institutionnels (Dodier, 1993) que nous avons regroupés sous deux formes.

D'abord : les appuis sur soi-même, c'est-à-dire au niveau de l'autoreprésentation de ses propres capacités d'action perçues ou prouvées dans l'espace de sociabilité thérapeutique. Il s'agit de la monstration des capacités à réinscrire les actes thérapeutiques dans le marché de la santé, et surtout de s'y maintenir durablement, à partir des modes de confirmation non institutionnels. Ensuite : les appuis des personnes ordinaires : usagers de soins et soignants. Il s'agit de la réception des capacités d'autoreprésentation des guérisseurs par leurs pairs à l'intérieur des médecines africaines ; par les usagers de soins ; et par les soignants biomédicaux. Nous avons focalisé sur les formes d'interactions qui découlent de cette réception tant à l'intérieur de la biomédecine, étant donné que l'inscription en médecines africaines de certains biomédecins les

prédisposent à une résistance institutionnelle aux normes biomédicales ; qu'à l'intérieur des médecines africaines, où certains guérisseurs lettrés prennent désormais de la distance à l'égard des modèles de pratiques des guérisseurs illettrés [orthodoxes, conservateurs ou classiques].

L'étude repose sur un devis de recherche ethnographique faisant appel à une combinaison de méthodes des observations et des entretiens individuels de type semi-directifs, comme techniques de recueil de données. Mais à elles seules ces techniques ne suffisent pas pour élaborer une interprétation dense (Geertz, 1973, p. 21) susceptible de rendre compte de ce que pensent et sentent les agents faibles et forts. Pour rester en conformité avec la situation d'enquête en contexte de rapports de forces inégalitaires, nous avons adopté des démarches méthodologiques ethnographiques compréhensives inspirées des relations institutionnelles compréhensives. Elles ont l'avantage de pouvoir rendre possible, tant en situation de revendication à la reconnaissance juridique qu'en celle de la relation d'enquête, la promesse de la coprésence (1999), au sens de Martinien du concept, un sens qu'évoque aussi le concept de co-temporalité chez Fabian (1999, 2006). Les méthodes compréhensives sont nourries des réflexions méthodologiques historicistes (de Martino, 1999), dont Boas en est le précurseur ; de celles de Smith (1999) sur *Decolonizing methodologies*. Elles focalisent sur la relation d'enquête à partir d'une double perspective : celle de l'empowerment des affaiblis et celle de l'empowerment des forts, ce qui situe notre approche dans deux conceptions de l'empowerment, pour reprendre un concept de Cantelli (2013). Dans le cadre de notre thèse, elles abordent la démarche de l'enquêteur sur ses propres catégories cognitives, et répondent à un problème fondamental de l'autoréalisation des enquêtés en contexte peu légitime.

L'organisation de la thèse s'articule autour de trois parties. La première aborde les aspects conceptuels, et comporte deux chapitres [#1 et #2]. Le chapitre #1, la problématique, présente, à partir du constat sur le terrain de l'action capacitaire des nouveaux traditionnels et des résistances institutionnelles à l'intérieur de la biomédecine, les problèmes actuels que posent la rencontre et la reconnaissance dans l'espace de sociabilité pédiatrique camerounais. Dans le chapitre #2, nous abordons le concept de reconnaissance sous l'angle du système capacitaire des acteurs affaiblis, tout en étant attentif aux nouvelles figures et formes de la reconnaissance dont il est capable de produire.



La deuxième partie comporte deux chapitres [#3 et #4]. Le chapitre #3 traite des démarches méthodologiques et le chapitre #4 de l'ethnographie des deux milieux pédiatriques que nous avons consultés à Yaoundé [Cameroun] : les Maisons de soins et le Centre Mère et Enfant. Nous y répondons aux questions et objectifs initiaux de la recherche ; présentons les problèmes de santé observés et les recours aux soins auxquels ils donnent lieu, en termes de stratégies de résolution de ces problèmes ; la manière dont les médecines sont utilisées tant par les mères que par les soignants ; les récits d'expériences de demandes et d'offres de soins qui rendent compte des pratiques du pluralisme médical telles qu'elles s'effectuent au Cameroun, des philosophies de soins qui orientent, conditionnent et pénalisent, les décisions des choix et d'orientations thérapeutiques.

La troisième partie porte sur la reconnaissance et la rencontre. Nous y abordons les thèmes émergents. Elle comporte quatre chapitres [#5, #6, #7 et #8]. S'appuyant sur les récits et les expériences aussi bien des mères que des soignants, le chapitre #5 met en évidence les schèmes d'identification des compétences/capacités des soignants et les schèmes relationnels, tout en montrant l'impact de ces schèmes sur la structuration de la diversité des formes de rencontres. Dans le chapitre #6, nous présentons les phénomènes d'acquisition des identités professionnelles multiples, les tactiques et stratégies d'arrachement à l'affaiblissement institutionnel, ainsi que les formes de ruses et résistances [politiques] auxquelles elles donnent lieu. Le chapitre #7 aborde la pluralité des formes et des figures de reconnaissances institutionnelle et non institutionnelle ; les dynamiques de celles-ci, ainsi que les logiques et rationalités qui participent à la fabrication des nouveaux lieux et espaces de rencontres et de reconnaissances qui n'ont pas encore subi l'institutionnalisation. Quant au chapitre #8, nous y présentons la pluralité interne des logiques et rationalités des agents officiels et non officiels de soins et leur impact, d'une part, sur la reconfiguration du profil du thérapeute camerounais contemporain ; et d'autre part, sur la fragmentation des médecines africaines [biomodernisation] et de la biomédecine [traditionalisation].

## **PREMIERE PARTIE : CADRE CONCEPTUEL**

La première partie comprend deux chapitres [#1 et #2]. Le premier traite de la problématique ; et le second de la littérature et des approches théoriques de la reconnaissance et de la rencontre des médecines africaines et de la biomédecine en Afrique en général, et au Cameroun en particulier.

### **1 PROBLEMATIQUE**

#### **1.1 Constat : émergence des nouveaux traditionnels et nouveaux modernes**

L'espace de sociabilité thérapeutique camerounais où coexistent les médecines africaines et la biomédecine connaît de nos jours de profondes mutations tant au niveau des structures de la santé qu'à celui des personnages qui ont la charge de dispenser les biens de santé (Gruénais, 2002b). Dans ce contexte de mutations et de transformations, voire de changements profonds des pratiques de soins, on assiste depuis quelques temps à l'émergence de deux phénomènes interdépendants et complémentaires interactifs. Le premier, bien documenté dans la littérature ethnologique et socio-anthropologique, est qualifié de «nouveaux traditionnels», selon un vocabulaire que nous empruntons à Benoist (2004). Tandis que le second, que nous désignons ici sous le nom de «nouveaux modernes», n'est pas encore bien maîtrisé dans le champ de la santé. En effet, les deux phénomènes décrivent les influences que subissent les médecines africaines au contact de la biomédecine et celles que cette dernière subit elle aussi au contact des premières. Ces influences réciproques ouvrent une réflexion sur une nouvelle manière d'écrire et de concevoir la socio-anthropologie de la rencontre et l'anthropologie de la reconnaissance. Mais avant d'aller plus loin dans le projet de réécriture de la rencontre et de la reconnaissance, il convient de circonscrire ce qui est entendu par les termes de nouveaux traditionnels et nouveaux modernes ?

##### **1.1.1 Spécificités des nouveaux traditionnels : qui sont-ils ?**

Les nouveaux traditionnels renvoient aux nouvelles pratiques d'offres de soins qui, bien que s'enracinant résolument dans les médecines africaines, empruntent une part des techniques à différentes sources, notamment à la biomédecine et aux religions. La littérature anthropologique

les qualifie de «néo-traditionnels» (Dozon, 1974). C'est un phénomène assez répandu en Afrique et en Asie. Dans ses travaux en Inde, Pordié (2008, p. 9) définit le néo-traditionalisme comme suit :

«Neo-traditionalism could thus characterize a diversification of healers activities and a multiplication of legitimating instances, their proximity to biomedicine on the practical, epistemological and symbolic planes, or the fact that they would be both subject to and participants in globalization [deterritorialization of actors and practices, modern trans-nationalization of knowledge] and that they would make systematic use of tradition] to legitimate new practices».

En effet, les nouveaux traditionnels produisent ce que Pordié et Simon (2013) ont qualifié, en Inde, de «nouveaux guérisseurs», dont les conditions d'émergence ont été très peu circonscrites dans la littérature anthropologique. Les nouveaux guérisseurs que nous avons rencontrés apparaissent dans deux études menées au Cameroun tantôt sous le nom de «thérapeutes néo-traditionnels» (Akoto, Songue, Lamle, Kemadjou, & Gruénais, 2002) et tantôt de «néo-tradipraticiens» (Gruénais, 2002a). Nous les identifions dans notre thèse sous le nom «néo-guérisseurs». Il s'agit des guérisseurs d'un genre nouveau qui, comparativement aux anciens guérisseurs, sont allés à l'école ; ils maîtrisent la lecture, l'écriture et le parler de la langue française. En plus de la langue française, certains parlent et savent lire et écrire l'anglais. À ces deux langues – considérées comme officielles au Cameroun – il faut ajouter une multitude de langues vernaculaires camerounaises, comme par exemple le Yemba. Les néo-guérisseurs évoluent et cherchent à s'adapter aux transformations sociales et professionnelles qui ont cours au Cameroun. Ils présentent un portrait très différent de celui des anciens guérisseurs dont la majorité est illétrée. Ils ont pris une grande distance de ces derniers et les désignent désormais sous le nom de conservateurs ou de classiques. Ils fondent, comme les anciens guérisseurs, leurs connaissances médicales sur un pouvoir de guérison hérité d'un ancêtre qui fut, lui aussi, guérisseur ou devin : don ou pouvoir transmis ; et se réclament, en plus, d'un savoir scientifique appris et acquis d'une école de référence camerounaise ou étrangère ayant mandat de former les agents biomédicaux de la santé. Certains sont également impliqués à de degrés divers dans les mouvements religieux ; et d'autres, sont parfois des directeurs de conscience : pasteurs dans une église évangélique ou protestante. Ils n'hésitent pas à se dire chrétien, dans un cas, et fidèle au culte des ancêtres, dans un autre.

Ils se disent aussi réformateurs des médecines africaines, en ce sens qu'ils entendent reformuler celles-ci, afin de les inscrire dans le marché globalisé de la santé. La reformulation les inscrit dans

le courant de «réhabilitation des capacités et des ressources d'individus affaiblis, disqualifiés et stigmatisés» (Payet & Laforgue, 2008, p. 10) professionnellement. Ainsi, adoptent-ils des pratiques hygiéniques dans l'administration des soins, comme par exemple l'usage de l'eau minérale ou potable pour la composition des potions et décoctions buvables ; procèdent-ils au conditionnement des remèdes médicinaux qu'ils présentent dans des flacons. S'ils se sont lancés dans la reformulation des remèdes traditionnels, c'est parce qu'ils veulent leur donner des formes esthétiquement acceptables et présentables sur le marché de la santé. L'enjeu est bien à ce niveau, ce qui est bien comparable aux pratiques de recomposition observées chez les guérisseurs en Inde sous le nom de «nouveaux médicaments» (Pordié, 2012) ; et au Bénin sous l'appellation de «médicaments néo-traditionnels» (Simon & Egrot, 2012). Ces caractéristiques inscrivent, comme nous allons le voir dans les prochains chapitres, leurs pratiques dans ce que nous avons appelé la «néomédecine». Celle-ci est caractérisée, comme l'avait déjà remarqué Bastide (2001, p. 139) dans le cas du Candomblé au Brésil, par une double influence qui se traduit par une double réappropriation : d'abord du côté des guérisseurs, une incorporation de certains référents biomédicaux en les médecines africaines ; et ensuite, du côté des biomédecins, une incorporation de certains référents des médecines africaines en la biomédecine. Alors qu'il existe une importante littérature anthropologique sur l'influence de la biomédecine sur les médecines africaines, il manque de connaissances sur celle des médecines africaines sur la biomédecine.

### **1.1.2 Spécificités des nouveaux modernes : qui sont-ils ?**

Les nouveaux modernes sont un phénomène très récent qui est né au sein même de la biomédecine. Ce phénomène, encore peu répandu, est revendiqué par certains biomédecins dont les pratiques de soins s'appuient à la fois sur les référents en médecines africaines et en biomédecine. De sorte que la désignation qui leur convient le mieux serait celle de «médecins-guérisseurs», comme en témoigne Tonda (2001b) dans ses études au Congo. Appelons-les dans cette thèse des «néo-biomédecins». L'une des caractéristiques de ces derniers est l'emprunt aux médecines africaines de certains objets thérapeutiques – en l'occurrence certaines plantes médicinales – qu'ils proposent ou conseillent à leur patient dans certains cas de problèmes de santé comme par exemple les maux de tête ou la fièvre. Ils se caractérisent aussi par des «résistances à l'institutionnalisation» (Hmed & Laurens, 2011), lesquelles prennent naissance de l'intérieur même de l'institution biomédicale. Leur spécificité est qu'ils ont commencé à prendre de

la distance vis-à-vis de leurs homologues biomédicaux. Ils se plaignent d'être au service des normes biomédicales et non au service des mères. Ils n'hésitent pas alors à recourir informellement aux compétences des guérisseurs lorsqu'ils en jugent nécessaires dans certaines situations de soins potentiellement problématiques, dont la plus illustrative est, comme nous allons le voir dans les prochains paragraphes, le cas des accouchements difficiles où l'enfant est en position de siège dans le ventre de la mère. Dans une telle situation, la solution régulièrement envisagée lors des visites prénatales à l'hôpital est la césarienne. Cette solution aurait pu encore être acceptée, même si elle vient court-circuiter le souhait profond et la préférence d'accoucher par voie basse. Mais le fait qu'un grand nombre de mères décède en enfantant par césarienne a provoqué une psychose de mort, et donc de grosses résistances à l'accouchement par césarienne. Les statistiques de l'enquête démographique de santé au Cameroun rendent cette situation particulièrement préoccupante et alarmante : le ratio de mortalité maternelle est de 782 pour 100000 naissances vivantes (Libité & Barrère, 2011, p. 223), un taux à peine inférieur à celui de l'Afrique tout entière estimé à 872 pour 100000 naissances vivantes. Pour limiter cette psychose de la mort provoquée par la peur de la césarienne et baisser le nombre de décès maternel par césarienne, certains biomédecins ont pris le risque de faire participer certains guérisseurs à l'entreprise, où la co-intervention avec ces derniers permet parfois d'éviter, comme nous le verrons dans les résultats de l'étude, une césarienne programmée lors des visites prénatales. Le succès d'une co-thérapie a engendré chez les néo-biomédecins un sentiment d'inefficacité, car les solutions thérapeutiques qu'ils proposent sont parfois inadéquates, au regard des attentes/préférences de certaines mères qui, bien qu'étant en situation d'accouchement difficile, ne souhaiteraient pas être césarisées.

Relevons cependant que le recours aux néo-guérisseurs dans de pareilles situations prend comme base justificatrice la réalité des compétences prouvées sur le terrain des soins, ce qui pousse les néo-biomédecins à adopter une attitude ambivalente et ambiguë à l'égard de la biomédecine. En effet, le recours aux guérisseurs peut être interprété de trois façons. D'abord, comme une résistance opposée de l'intérieur à la biomédecine, ce qui confère aux néo-biomédecins le qualificatif de résistants ou de non conformistes aux normes des pratiques biomédicales. Ensuite, il peut être l'expression d'un malaise professionnel dû au fait qu'il leur est difficile de faire usage, comme ils auraient souhaité, de la diversité des ressources thérapeutiques disponibles pour aider

adéquatement les usagers de soins. Enfin, c'est un crédit conféré aux pratiques médicales des néo-guérisseurs, ce qui est différent du simple respect de leur statut identitaire. D'ailleurs, ces derniers souhaitent que les usagers de soins et les autorités (inter)nationales de la santé publique les considèrent non pas pour ce qu'ils sont, mais pour ce qu'ils font, à savoir ce dont ils sont capables, c'est-à-dire leurs capacités et compétences individuelles réelles prouvées sur le terrain des soins. La considération qui découle de ce crédit est travaillée et traversée par le souci de reconnaissance de la double/triple identité professionnelle actuelle des guérisseurs à cheval entre les médecines africaines et la biomédecine. La question du déploiement de cette considération se pose alors.

## **1.2 Position du problème : trois niveaux d'analyse de la reconnaissance et rencontre**

La considération dont il est question ici est celle qu'un individu ordinaire s'accorde à lui-même, en termes de «reconnaissance de soi» par soi-même, de «reconnaissance de ses compétences» et de son «pouvoir d'agir» (Métraux, 2008, p. 142). Elle est également celle que le même individu accorde à un autre ou à un groupe, à partir d'outils et dispositifs dont nous nous proposons de mettre en évidence tout au long de cette thèse. Proche par ailleurs du troisième modèle de reconnaissance intersubjective de Honneth (2000), à savoir «l'estime de soi» sur lequel nous reviendrons dans les prochaines lignes, la considération permet de repenser autrement la problématique de la rencontre et de la reconnaissance, dans un contexte de rapports professionnels inégalitaires/asymétriques et de rapports de forces et de positions de pouvoir hiérarchisées, à partir de ce dont les gens peuvent faire ou ne peuvent pas faire, c'est-à-dire à partir de l'action capacitaire. Celle-ci engendre *ipso facto* des épreuves de compétences qui sont au cœur même de la programmation de recherche de la sociologie pragmatiste de Thévenot (2006) et de l'anthropologie de l'homme capable de Ricœur (1990). Une entrée dans l'analyse de la rencontre et de la reconnaissance favorise, par le biais de ce dont les usagers de soins et les soignants peuvent faire ou sont capables de faire, l'introduction de formes multiples de rencontres et de reconnaissances, et par conséquent, d'une pluralité et diversité de figures susceptibles d'octroyer la reconnaissance. Ces figures et formes peuvent être déclinées ou déployées à trois niveaux distincts. Au niveau des usagers de soins, en situation de choix thérapeutiques ; au niveau des soignants en situation d'orientations thérapeutiques ; et enfin au niveau des rencontres qui en découlent.

### 1.2.1 Au niveau des mères : choix thérapeutique comme épreuves de considération

Dans le constat que nous avons présenté plus haut, il apparaît qu'un seul aspect réunit les néo-guérisseurs et les néo-biomédecins : l'action thérapeutique efficace, c'est-à-dire l'acte qui guérit. En effet, la guérison est, écrit Canguilhem (1978, p. 13) dans *Une pédagogie de la guérison est-elle possible*, ce que demandent justement les usagers de soins lorsqu'ils décident d'entrer en relation de soins avec un soignant, peu importe d'où vient ce dernier et qui il soit. La question de l'efficacité intéresse aussi les usagers de soins, même s'ils pensent la guérison sans parler le langage de l'efficacité. L'«efficacité est», comme l'a relevé de Rosny (1981, p. 309) qui a travaillé avec les guérisseurs de la région de Douala au Cameroun, «l'argument majeur», une preuve et une épreuve décisives en faveur des thérapeutes qui ont pu concourir à sauver une personne. Soumise à l'expertise des malades, la guérison peut, en effet, avoir une autre signification, et par conséquent, l'efficacité pourrait être perçue autrement. La question qui se pose est alors de savoir ce que veut dire guérir et à quoi renvoie, chez les mères, l'efficacité, et donc les compétences thérapeutiques, au regard d'un problème de santé obstétrico-pédiatrique comme la présentation de siège qui rend l'accouchement difficile. Si nous insistons sur la guérison du point de vue des mères, c'est parce nous pensons que la manière dont elles apprécient les solutions thérapeutiques proposées à un tel problème permet d'identifier d'autres critères de validation des compétences du soignant, selon qu'il convient de privilégier les modes d'accouchement par césarienne ou par voie basse. Dans ce cas, il n'est pas exclu que la définition de la qualité de soins, et donc des compétences/capacités du thérapeute, soit fonction de la manière dont les mères vivent les deux modes d'accouchement.

Les compétences du soignant seront évaluées ici selon la capacité à produire la guérison située à l'horizon des attentes du malade, c'est-à-dire ce que demande ce dernier, comme l'avait déjà relevé Canguilhem (1978, p. 13). On retrouve cette façon de concevoir la guérison dans les conclusions des études menées par Le Blanc (2006, p. 113) dans un autre contexte. Pour l'auteur :

«La guérison est un événement de vie qui rompt avec un autre événement, la maladie, et qui bouleverse plus ou moins, en fonction de la nature de la maladie et de la subjectivité qu'elle a impliquée, l'ensemble de cette vie, tout comme la maladie, comme événement instaurant un avant et un après, avait bouleversé l'allure singulière d'une vie».

Est compétent le soignant qui produit une telle rupture, et peu importe ici son identité professionnelle ou le système médical auquel il appartient. Si le soignant est un guérisseur par exemple, on pourrait dire, comme l'a relevé de Rosny (1992, p. 29) dans une étude menée au Cameroun, que les usagers de soins continuent de se rendre chez lui «ni par plaisir, ni par manque de médecins, mais parce qu'il guérit». En d'autres termes, la vérité est, ne serait-ce que dans cette perspective, moins du côté du système médical que de celui du choix d'un traitement approprié fondé sur des capacités de guérison qu'on lui reconnaît, ou du moins, qu'on reconnaît à celui qui dispense ce traitement. La guérison est visée dans l'axe des compétences du soignant, si bien qu'on serait tenté de dire : pas de capacités réelles ou perçues de guérison, pas de recours possible, et donc pas de rencontre ; et par conséquent, pas de considération et pas de reconnaissance.

### **1.2.2 Au niveau du soignant : orientation thérapeutique comme épreuve de compétences**

Dans le cas particulier des guérisseurs, l'analyse de l'émergence des néoguérisseurs traduit, comme nous avons essayé de le montrer plus haut, un phénomène d'absorption de la rationalité biomédicale dans des rationalités traditionnelles. D'une part, le but est la valorisation des capacités d'expertise des guérisseurs ; et de l'autre, l'affirmation de l'autonomie des formes de compétences parallèles mises en œuvre par des gens des médecines africaines qui occupent le bas de la pyramide. La même question d'efficacité qui préoccupe les usagers de soins est aussi au cœur des préoccupations des guérisseurs. Cette question est importante ici, car elle permet de dépasser le partage dichotomique entre une dimension de l'efficacité symbolique largement popularisée par C. Lévi-Strauss (1958) qui, elle, serait l'apanage des seules médecines africaines ; et une dimension de l'efficacité technique considérée comme l'objet même de la biomédecine. Les logiques plurielles derrière les rationalités qui conduisent les soins ne nous permettent pas dans le cadre de notre thèse d'opérer une dissociation entre les deux dimensions de l'efficacité. Dans la mesure où tout acte thérapeutique, qu'il vienne du guérisseur ou du biomédecin, s'inscrit toujours dans les deux «efficacités» ; et le malade ne va pas chez tel soignant pour chercher seulement l'efficacité technique et chez tel autre pour avoir l'efficacité symbolique. Comme dans le cas des usagers de soins, se pose ici aussi la question de l'interprétation que le soignant donne à ses objets thérapeutiques. Nous voulons savoir d'où s'ancre l'efficacité : dans le symbolique ou le technique ?



### 1.3 Rencontre comme épreuves de compétences et de reconnaissance capacitaire

La rencontre est envisagée comme le produit des épreuves de compétences et de la reconnaissance capacitaire. Elle inscrit dans son propre mouvement vers l'altérité un axe de considération. Cette dernière résulte alors, comme l'a relevé Haroche (1998) dans *Le droit à la considération*, des épreuves émancipatrices chez les néo-guérisseurs ; et constitue la voie de l'expression de leurs qualités intérieures et mérites. Elle rejoint, chez Honneth (2000), la sphère de «l'estime de soi» qui, elle, s'acquiert au prix de la compétition avec des concurrents. À ce niveau, l'estime incarne l'idée même de lutte pour la compétence et la performance professionnelles qui sont, comme on le verra plus loin, au cœur du pragmatisme sociologique ; et ouvre à la dimension interactionnelle entre professionnels se reconnaissant réciproquement et se renvoyant, les uns les autres, l'estime. Dès lors, la considération visée, et donc la reconnaissance attendue ou à laquelle aspirent les guérisseurs, se traduit, paradoxalement en même temps, par le rejet ou le refus du respect de la dignité. Rejet parce qu'en tant que valeur principale soumise à une distribution égalitaire à tout être humain, une considération alignée sur le respect statutaire produit un système dans lequel les guérisseurs sont plutôt tolérés, alors même qu'ils se perçoivent comme des professionnels à part entière de la santé. Elle produit également un système dans lequel la reconnaissance accordée aux guérisseurs ressemble plutôt, comme ce fut le cas au Sénégal (Fassin, 2000b), à une assignation. Ce type de reconnaissance étant justement l'inverse de ce que recherchent les guérisseurs que nous avons consultés. S'ils refusent la reconnaissance assignée, c'est parce que celle-ci les condamne dans une identité figée, communautaire ou de statut qui, selon de Gaulejac (2001, p. 356), bloque d'une part, l'émergence d'identifications constructives ; et d'autre part, ne cadre pas avec la perception que les guérisseurs ont de leur identité actuelle, à cheval entre la biomédicale et les médecines africaines. Suivant ce constat, il n'est pas exclu que les enjeux qui entourent l'avènement des nouveaux traditionnels inscrivent les objectifs des néoguérisseurs dans l'axe de la conquête de l'honneur et de l'estime de soi qui, même si ce sont des valeurs foncièrement inégalitaires et distribuées selon le mérite, dépendent, sans conteste, «de grandeurs personnelles, variables d'un individu à l'autre» (Haroche, 1998, p. 37).

Cela est d'autant vrai que les guérisseurs que nous avons rencontrés ne sont pas animés par la revendication d'une certaine authenticité des médecines africaines, comme l'a relevé Bibeau (1984, p. 96) au Zaïre ; ni par une intention de revalorisation des médecines africaines, comme ce

fût, sous l'instigation des autorités nationales [Ministères de santé] et internationales [OMS] de la santé publique (OMS, 1978b), la préoccupation centrale des guérisseurs conservateurs (Dozon, 1987). Ils se distinguent également de ces derniers, en ceci qu'ils ne revendiquent pas explicitement la reconnaissance officielle-légale, comme l'illustrent les études anthropologiques menées au Sénégal par Fassin et Fassin (1988) et Fassin (2000b, pp. 89–105). Par contre, ils se réclament des pratiques de soins porteuses de succès thérapeutiques, ce qui fait qu'ils sont portés et guidés par une logique pragmatiste, car ils n'hésitent pas à s'exposer à la critique biomédicale.

Pour mieux comprendre le sens de l'exposition à la critique, il est opportun de resituer les rapports entre médecines africaines et biomédecine dans le contexte de la «situation coloniale» (Balandier, 1951). Dans ce contexte les guérisseurs occupent le pôle «minoritaire», et les biomédecins, le pôle majoritaire, selon une distinction opérée par Guillaumin (1972). Les premiers sont considérés comme des agents de soins «faibles», terme que nous empruntons à de Certeau (1980) ; et les seconds, des agents de soins forts. On comprend qu'on est dans une dynamique de rapports de forces et de relations de pouvoir inégalitaires entre ce que Payet et Laforgue (2008) ont qualifié d'«acteurs faibles», sur les plans de la légitimité et de la reconnaissance, et d'acteurs forts, sur les mêmes plans. Il a été admis dans ce contexte que les guérisseurs sont des agents non officiels et, les biomédecins les agents officiels de la santé ; les premiers possèdent suivant une catégorisation proposée par certains auteurs (Blais, 2006; Vergnioux, 2009), dans l'ordre, des savoirs «ordinaires», et les seconds, les «savoirs experts». Mais de nos jours, cette catégorisation semble ne pas résister à la critique, car les transformations sociales de l'espace social et professionnel ont provoqué, comme le remarquent de nombreux auteurs de la sociologie du travail (Bérard & Crespin, 2010; Lima, 2009), l'effondrement des frontières qui séparaient ces deux ordres de savoirs. Ces transformations concernent aussi le champ des professions de santé, où on remarque aujourd'hui plus qu'hier une tentative de rapprochement entre certains biomédecins et guérisseurs. De sorte qu'on assiste depuis quelques temps à un phénomène d'élargissement et de partage de l'espace socioprofessionnel de l'expertise médicale entre les experts institutionnels agréés et les experts non accrédités (Lima, 2009, p. 149). Ce partage a eu comme conséquence, l'introduction de nouvelles figures capacitaires concurrentielles – guérisseurs - à celles déjà existantes dont les actions dans l'espace de sociabilité thérapeutique témoignent des capacités de l'expertise des biens de santé, même si celles-ci ont lieu dans un contexte de rapports de forces asymétriques.

Mais ce qui est frappant c'est que la prise en compte de ces nouvelles figures capables de l'expertise oblige à poser autrement la problématique de la reconnaissance et de la rencontre des médecines en Afrique, à savoir en dehors des circuits formels balisés par des normes institutionnelles. C'est pour cela que nous envisageons dans notre thèse de reposer cette problématique, à nouveau frais, cette fois, non pas sous l'angle de la considération des statuts identitaires, comme cela apparaît dans la littérature anthropologique consacrée à la rencontre des médecines. Mais plutôt sous l'angle d'une anthropologie de l'homme capable que Ricœur (1990) a exposé explicitement dans *Soi-même comme un autre*. Dans le contexte de la psychologie du travail et des organisations, Mary et Costalat-Founeau (2009) notent que reprendre la question de la reconnaissance sous l'angle du système capacitaire est une posture qui permet de reconsidérer les acteurs faibles et les acteurs forts uniquement sous la perspective de leurs capacités respectives, c'est-à-dire indépendamment des références à leur système médical d'appartenance. Aussi, cela permet-il de passer de la reconnaissance statutaire à la reconnaissance capacitaire.

#### **1.4 Re-apprendre le mouvement de la rencontre et de la reconnaissance**

Si le mouvement de la rencontre et de la reconnaissance est à ré-apprendre, c'est parce qu'il a été dès le départ mal engagé par les autorités de la santé. En effet, c'était inadéquat de poser, compte tenu des aspects ci-dessus présentés, les problèmes de la rencontre seulement à partir de l'apparente opposition structurelle des positions et statuts identitaires. Dans la mesure où elle cache une grande diversité et une pluralité de situations de rencontres et de contextes réels de reconnaissances que, pendant longtemps, une vision trop pyramidale et normative de l'espace social de soins a empêché de regarder attentivement. Pourtant, il suffisait de laisser exprimer les acteurs de soins [mères, guérisseurs, biomédecins] sur les aspects qu'ils considèrent eux-mêmes comme fondamentaux pour que se révèlent d'autres éléments qu'on aurait pu faire valoir dans l'examen des critères d'octroi ou de refus de la reconnaissance. Une autre chose, et c'est ce que le problème que nous tentons de soulever vise à saisir, est que les guérisseurs d'hier sont différents de ceux d'aujourd'hui. Le monde change et entraîne dans le mouvement changeant les structures hiérarchiques de promotion sociale qui, elles, rentrent en tension avec les structures horizontales de promotion individuelle. Dans chaque structure, la promotion sociale est affaire d'épreuves à surmonter pour s'individualiser. L'estime de soi qui en découle semble ne plus venir

seulement d'une consécration sociale verticale, mais aussi et davantage d'une consécration individuelle, à partir de la notion d'épreuves. N'oublions pas que le statut du guérisseur n'a pas le même poids que celui du biomédecin au niveau des instances politiques de la reconnaissance. Il en est de même de l'honneur qui en découle : l'honneur, même dans la *société de cour* de Elias (1974) où il se transmet à la descendance, est aussi une valeur sociale relativement limitée et inégalement distribuée. Il est intéressant de rendre compte des dispositifs développés par les guérisseurs pour se faire entendre de certains biomédecins qui jusque-là étaient restés insensibles à leur cause.

L'émergence des nouveaux traditionnels et modernes participe d'une conception des agents capacitaires qui sont porteurs d'un projet de société et d'autonomie fondé sur les capacités individuelles d'autoréalisation. S'intéresser au projet d'autonomisation de ces agents – affaiblis ou forts –, c'est être attentif à leur capacité à suivre librement les règles et normes d'actions et à inventer de nouvelles pour intéresser autrui, dans un contexte de relations asymétriques. Les acteurs qui interviennent dans notre étude sont détenteurs d'un sentiment de compétence qu'ils désirent actualiser, afin d'accéder à d'autres sphères d'autonomie susceptibles de rendre leurs actions plus visibles qu'elles ne le sont actuellement. C'est justement ce que permet la notion d'épreuves à travers laquelle les capacités sont jugées, évaluées et mobilisées. Ricœur (1990, p. 239) souligne d'ailleurs l'importance de la notion de capacité : «je lui donne une grande extension au plan de l'anthropologie philosophique, sous le titre de l'homme capable : Qu'est-ce que je peux ? Qu'est-ce que je ne peux pas ?».

En effet, si les choix et les orientations sont déjà inscrits dans l'axe de la rencontre thérapeutique, ils sont rarement pensés en termes de considération, et donc de reconnaissance. De sorte qu'on pourrait parler de reconnaissance capacitaire. C'est à dessein que nous avons intitulé notre thèse : ***Reconnaître pour choisir, orienter et rencontrer***. Ce titre est très suggestif d'une conception de la promotion sociale fondée sur les épreuves de (re)qualification professionnelle, en ceci qu'il sous-tend l'hypothèse selon laquelle c'est la reconnaissance capacitaire qui organise les choix, les orientations et les rencontres thérapeutiques dans l'espace de soins. De sorte qu'en l'absence d'une telle reconnaissance, les interactions inscrites dans une réciprocité de perspectives s'avèrent impossibles entre, d'une part, les soignants et malades, en particulier dans la relation thérapeutique soignants-soignés ; et de l'autre, les guérisseurs et biomédecins, notamment dans la

relation et les échanges professionnels. Mais ce qui est frappant c'est que le recours simultané aux compétences du guérisseur et du biomédecin en situation de grossesse permet d'ouvrir une triple réflexion sur les comportements de conduite de soins. D'abord, du point de vue des usagers de soins, on voit bien que les décisions de choix thérapeutiques sont pensées à travers un langage voilé de la reconnaissance capacitaire, mais qui s'articule seulement dans le mouvement même du choix. C'est que les mères ne parlent le langage de la reconnaissance qu'en lui substituant le langage de la capacité à soigner convenablement, à poser l'acte thérapeutique qui convient. Ainsi, le choix répond à une convention dont les normes sont définies et circonscrites par les usagers de soins.

Ensuite, la co-intervention menée par certains biomédecins et guérisseurs peut être interprétée comme un changement de perspective dans la façon habituelle de pratiquer la biomédecine. Ce changement pouvant donner lieu aux disputes et aux désaccords sur les normes de pratiques à l'intérieur même de cette dernière entre praticiens conformistes – qui obéissent aux règles biomédicales – et non conformistes – ceux qui résistent à ces règles. Dans une étude menée auprès des professionnels de la grossesse et de la naissance aux prises avec des conflits de légitimité, Fillon (2012, p. 23) remarque que les «disputes autour du recours à la césarienne apparaissent comme un opérateur intéressant pour éclairer certains clivages à l'intérieur de la profession des obstétriciens». Dans cette perspective, le recours aux guérisseurs par certains biomédecins peut être interprété comme une mise à distance d'une conception de l'expertise institutionnelle biomédicalement codifiée et formalisée qui occulte les savoir-faire des guérisseurs, et une «ouverture du jeu de l'expertise à des non-professionnels ou à des experts non accrédités» (Lima, 2009, p. 149). Dans les deux cas, il se manifeste une volonté d'accorder à ces derniers, dont les pratiques sont méconnues et explicitement tenues aux marges de la reconnaissance professionnelle, ce que Sennett (2009b) a qualifié, dans *The Craftsman*, d'«expertise quotidienne».

Enfin, rencontrer un thérapeute parce qu'on lui reconnaît une action thérapeutique capacitaire, c'est opérer, à partir d'une action de tri discriminatif dans un collectif de soignants potentiellement compétents, un choix évaluatif et performatif qui confère aux usagers de soins une capacité d'expertise qu'on ne leur reconnaît pas toujours. Ici on est en présence d'un «patient expert», pour reprendre une terminologie de Fox et al., (2005), mais qui pense le choix à travers la capacité

reconnue au soignant. La question qui se pose est alors de savoir si on peut se mettre en position d'expertise des compétences du soignant sans se mettre en même temps en position de décerner la reconnaissance à celui-ci. En effet, il n'est pas exclu que s'expriment, dans les rencontres qu'opèrent au quotidien les usagers de soins avec les soignants, une forme d'expertise quotidienne et un pouvoir de reconnaissance des pratiques de ces derniers qui peuvent servir comme point d'appui pour résister [ou pour dire non] au recours à un thérapeute dont ils ne sont pas convaincus des compétences thérapeutiques. Or cette résistance a pour effets la mise en évidence des critères normatifs – non formalisés et non formels – qui structurent, du point de vue des usagers de soins, les processus de la rencontre d'une part ; et ceux d'octroi ou non de la reconnaissance. Mais ces critères normatifs non formalisés/formels ne sont pas toujours pris en considération par les instances (inter)nationales de la santé publique. Du point de vue des praticiens, une autre chose très importante qui convient de relever ici est qu'il s'est greffé à l'action de recours aux guérisseurs par les biomédecins une signification en termes de considération. Signification que les derniers n'ont pas prévue à l'avance, mais qui est articulée dans le mouvement même de décision qui a poussé de faire appel aux guérisseurs. C'est que les biomédecins pensent ici l'efficacité thérapeutique [de l'action des guérisseurs] sans l'articuler dans un langage de reconnaissance professionnelle. On peut alors penser ici que ce que le langage articulé ne dit pas, camoufle ou escamote, resurgit par la médiation du geste même de recours aux compétences non biomédicales adressé aux guérisseurs, ce qui est l'un des indices véritables et incontestables de la considération et de reconnaissance que les biomédecins accordent à ces derniers.

Une telle reconnaissance repose sur une expertise quotidienne que Martuccelli qualifie «d'expérience matricielle» (Martuccelli & Lits, 2009, p. 6), car elle informe surtout un grand nombre de figures non institutionnelles et parfois illégitimes, qui se trouvent paradoxalement au fondement même du mouvement de la rencontre et de la reconnaissance. Ces figures multiples contribuent à «forger par l'épreuve» (Martuccelli, 2006) des formes de reconnaissances et de rencontres décalées, à partir des dispositifs qui se développent parallèlement à ceux que reconnaissent les institutions habilitées à octroyer ou à refuser la reconnaissance. On comprend qu'on a affaire à des situations de tensions dans lesquelles interagissent une pluralité de dispositifs produisant les rencontres et reconnaissances tantôt formelles, dans un cas, et tantôt informelles, dans un autre. En raison du fait que les circuits/chemins qu'empruntent les rencontres et les reconnaissances

informelles se situent aux marges des canaux institutionnalisés, nous nous sommes posé deux questions principales. Comment se structurent les rencontres entre les acteurs de soins issus des mondes de pratiques illégitimes et légitimes? Quelles sont les formes de reconnaissances dont les individus ordinaires sont capables en dehors du contexte institutionnel? Ces deux questions se déclinent en quatre axes de questionnement fondamentaux que nous proposons d'explorer ici.

Le premier axe porte sur les procédés et objets de rencontres. On sait que le statut illégitime des guérisseurs a toujours été un obstacle aux échanges professionnels réciproques avec les biomédecins. Mais depuis un certain temps (de Rosny, 2002), on voit sur le terrain certains biomédecins qui entretiennent des rapports professionnels informels plus ou moins harmonieux, c'est-à-dire empreints d'une certaine réciprocité avec les guérisseurs, alors que le statut illégitime de ces derniers n'a pas changé. Alors qu'on sait que les normes de la déontologie biomédicale leur interdit tout échange avec les guérisseurs, on se demande quels sont les procédés et modalités de bris de ces normes que certains biomédecins mettent en avant pour initier les rencontres dans une réciprocité d'échanges avec ces derniers. Dans quels espaces de soins ont lieu ces rencontres informelles? Sur quoi portent-elles? Quelles sont les logiques derrière les rationalités qui conduisent à de telles rencontres? Quelles en sont les implications dans l'espace de soins?

Le second axe comprend deux dimensions et porte sur les figures de reconnaissance et les caractéristiques des individus à reconnaître. La première est la reconnaissance par l'autre non investi de l'autorité à reconnaître. Il s'agit de savoir qui doit reconnaître qui et qui est à reconnaître. Comment et sous quelles conditions les personnes ordinaires parviennent-elles à reconnaître d'autres personnes ordinaires, en dehors de toutes règles normatives ou encore de toutes régulations formelles? Qui sont ces personnes et quel est leur statut dans le champ de la santé? On sait que les guérisseurs sont des agents non officiels de la santé au statut professionnel illégitime, non reconnus, faiblement légitimés et disqualifiés institutionnellement. Mais on ignore les différents procédés qu'ils peuvent utiliser pour prétendre à la reconnaissance professionnelle en dehors des dispositifs formels et institutionnels d'octroi de la reconnaissance. Quels sont les dispositifs et procédés parallèles qu'ils développent pour faire reconnaître leurs pratiques, et également, se faire reconnaître? La seconde dimension à trait à la reconnaissance de soi par soi-même (auto-reconnaissance). La majorité des guérisseurs est analphabète. Or le dispositif de reconnaissance s'appuie parfois sur l'objectivation des pratiques et des connaissances médicales.

Ils ne peuvent donc pas tous passer par des dispositifs institutionnels de reconnaissance et de requalification professionnelle reconnus et accrédités par les autorités. Dans ce cas, ils ne peuvent prétendre qu'à leur propre reconnaissance. Comment se prennent-ils, de manière générale, pour s'auto-reconnaître? Quels sont les dispositifs parallèles de requalification qu'ils développent ? Quels sont les avantages et limites d'une reconnaissance et requalification professionnelle fondée sur des normes de reconnaissance de pratiques qui n'ont pas encore subi l'institutionnalisation ?

Le troisième axe porte sur les objets de la reconnaissance, le rapport qui existe entre la rencontre et la reconnaissance et les dispositifs qui en rendent compte. Nous avons formulé plus haut le postulat selon lequel pour rencontrer, il faut d'abord reconnaître. Autrement dit, la reconnaissance précède la rencontre. Qu'est-ce qui fait que la reconnaissance est ouverture à l'autre ? Sur quoi portent la reconnaissance et la rencontre ? Que reconnaître ? Cela suppose que les rencontres et reconnaissances informelles ne laissent pas idem l'espace social de soins. Il y a sans doute des transformations qui prennent forme, à travers un double processus de renforcement-affaiblissement du guérisseur ou du biomédecin. Quels en sont les impacts sur l'espace social pédiatrique et l'image du soignant, en termes de reconfiguration du profil du thérapeute contemporain ? Comment reconfigurent-elles cet espace, en termes de modification de la physionomie du paysage médical ?

Le quatrième axe porte sur la contribution de la méthodologie de la recherche au processus de reconnaissance. Le chercheur qui mène une étude auprès et avec des acteurs affaiblis devient à un moment donné sensible à la disqualification et au sentiment de non reconnaissance. Que fait-il alors ? Comment peut-il s'impliquer épistémologiquement et méthodologiquement dans le processus de capacitation, ou d'«empowerment» des acteurs non reconnus, disqualifiés dans le champ des professions de la santé ? Il s'agit ici de la contribution théorique et méthodologique que la thèse pourrait apporter à la compréhension de la reconnaissance et de la rencontre et à la visibilisation des acteurs assombris par la disqualification et la non reconnaissance socioprofessionnelle.

### **1.5 Objectifs de la recherche Questions de recherche**

Notre objectif principal est de décrire, d'une part, les rencontres et les reconnaissances telles qu'elles s'effectuent de nos jours dans l'espace de sociabilité pédiatrique [ou thérapeutique] à



Yaoundé (Cameroun), à savoir celles qui se tissent, se bricolent et se font sur le terrain des pratiques de soins ; et d'autre part, les processus de renforcement de la reconnaissance et de la légitimité des soignants affaiblis dans un contexte de rapports professionnels inégalitaires. Cet objectif se décline, conformément à nos quatre axes de recherche ci-dessus présentés, en quatre objectifs spécifiques.

Dans le premier axe, ils s'agit de partir des rencontres produites par et dans les pratiques elles-mêmes, afin de découvrir le socle qui fixe les modalités d'intéressement et/ou de désintéressement mutuels qui permettent aux acteurs de soins affaiblis et forts d'évoluer vers une réciprocité de perspectives, tant au niveau de la relation de soins qu'à celui de la relation professionnelle entre guérisseurs et biomédecins. Une question importante concerne les logiques d'action derrière les rationalités qui conduisent, par exemple, un biomédecin à transgresser les normes de la déontologie biomédicale, qui interdisent les rapports d'échanges professionnels avec les guérisseurs, pour d'établir une relation réciproque avec ces derniers. Une telle question vise à comprendre ce que rencontrer ou le refus de rencontrer un soignant veut dire pour les mères, guérisseurs et biomédecins ; à expliciter l'axe dans lequel s'inscrivent les conduites d'acceptation ou de refus de rencontrer ; à mettre en évidence les répercussions de ces conduites en termes de reconnaissance et de reconfiguration de l'espace des pratiques soins ; à éclairer et élargir la base théorique de la définition du concept de rencontre, à partir de la perspective des acteurs de soins.

Le deuxième axe concerne les tactiques et les stratégies «auto-fondées» de capacitation de soi, voire d'«auto-capacitation» et de capacitation par autrui, ou encore les modalités de passage de l'affaiblissement au renforcement. Ici, nous analysons d'abord les dispositifs/outils parallèles (marginaux) d'«auto»-renforcement mis en œuvre par les acteurs de soins faibles, en termes de ce qu'ils font eux-mêmes, voire ce dont ils sont capables pour se rendre visibles ; pour s'«auto-reconnaître» ; pour se requalifier professionnellement ; et pour intéresser Autrui. Ensuite, nous analysons, d'une part, les stratégies qu'utilise cet Autrui – parfois complice –, en termes d'appuis institutionnels aux acteurs de soins faibles, afin de parvenir au renforcement de leur légitimité ; et d'autre part, les possibles rééquilibres dont ce renforcement est capable, en termes de reconnaissance réciproque entre les acteurs de soins dans un contexte de rapports de forces asymétriques.

L'objectif du troisième axe cherche à identifier la nature des appuis dont bénéficient les acteurs faibles d'autrui ; les figures à l'origine de ces appuis, à savoir les personnes/instances qui interviennent dans l'«empowerment», afin que les acteurs affaiblis échappent à leur condition de faible ; les épreuves/parcours qui s'inscrivent dans le processus de renforcement du projet de reconnaissance et requalification professionnelles des affaiblis ; les objets sur lesquels portent la reconnaissance.

L'objectif du quatrième axe consiste à inscrire les dispositifs méthodologiques du chercheur dans l'axe même de la reconnaissance. Nous expérimentons un dispositif méthodologique, l'auto-confrontation, qui permet, d'un côté, d'écouter «une voix différente» (Gilligan, 2010; Paperman, 2010) de celle du chercheur ; et de l'autre, d'associer les enquêtés à l'analyse des données ethnographiques (Damamme & Paperman, 2010). Dans les deux cas, il s'agit d'inscrire l'action des affaiblis dans le dépassement des empêchements institutionnels ; et de mettre en place, comme l'a d'ailleurs fait Zoïa (2010, p. 129) dans un autre contexte, un «dispositif où les acteurs [faibles, forts] peuvent se déprendre des assignations, et dans lequel se manifestent leurs capacités d'actions».

## **REVUE DE LA LITTERATURE ET APPROCHES THEORIQUES**

Dans le chapitre #2, nous présentons la revue de la littérature et les approches théoriques consacrées au phénomène de la rencontre et de la reconnaissance des médecines africaines et de la biomédecine en Afrique en général, et au Cameroun en particulier. Dans un premier temps, nous traitons de la manière dont la littérature socio-anthropologique aborde le phénomène de la rencontre et la reconnaissance des deux médecines, en questionnant l'état des connaissances sur le phénomène. Dans un second temps, nous présentons les différentes approches théoriques de la rencontre et de la reconnaissance, tout en spécifiant celles auxquelles nous souscrivons.

### **2.1 REVUE DE LA LITTERATURE**

#### **2.1.1 Ancrages sociohistoriques de la rencontre et de la reconnaissance**

La notion de rencontre est issue de «encounter» qui évoque l'idée de contacts, de compétition et de concurrence entre des individus dans un contexte de statuts et rôles sociaux différents ; de rapports de force, de positions sociales et de pouvoirs asymétriques. Chez Fabian (2006, p. 267), cette notion est la condition pour réinscrire au cœur de l'anthropologie la rencontre avec l'Autre, sur le «même terrain», et dans «le même temps partagé». C'est ce que l'auteur appelle la co-temporalité. Mais la rencontre entre les médecines africaines la biomédecine s'est caractérisée par un déni de co-temporalité et, une non reconnaissance de la temporalité partagée et intersubjective.

Ainsi, trois dimensions ont caractérisé la rencontre des médecines africaines et de la biomédecine : historique, contemporaine et prospective, suivant la distinction proposée par Memel-Foté (2007, p. 25). La dimension historique renvoie à des expériences de rencontre passées entre gens de médecines africaines et gens de la biomédecine, dont le facteur médiateur a été la colonisation médicale. Dans les pays qui ont eu le malheur ou la chance d'être colonisés, le médecin colonial était, souligne l'auteur (2007, p.29), un militaire essentiellement associé à la conquête ; et opposé aux guérisseurs traditionnels. Le terme de guérisseur étant un nom péjoratif inventé par la littérature anthropologique impérialiste pour discréditer les agents de soins des médecines africaines. La dimension contemporaine s'identifie aux expériences de rencontre telles qu'elles se

font de nos jours dans les espaces de sociabilité thérapeutique en contexte de décolonisation médicale, voire de postcolonisation. Ici, les médecins coloniaux ne sont plus opposés aux guérisseurs traditionnels, mais plutôt à leurs homologues africains qui, eux comme ces derniers, sont subordonnés à leur tour aux médecins coloniaux. Et c'est ce qui est frappant, en ce sens qu'ils occupent, paradoxalement, à côté de ces derniers, un statut d'auxiliaire, alors même qu'ils ont été formés, pour la plupart, dans les écoles de médecine «euramérique» pour venir remplacer le médecin «militaire blanc». Quant à la dimension prospective, elle est envisagée dans un futur proche ou lointain. Elle commence, d'abord, avec la tolérance et l'acceptation du guérisseur traditionnel ; et ensuite, continue avec l'attribution d'une reconnaissance de principe à son identité statutaire qui résonne comme une condamnation, sans possibilité d'y sortir. La dimension prospective dont les expériences sont enracinées dans les dimensions historiques et actuelles nous intéresse parce qu'elle permet de réfléchir aux mécanismes d'affranchissement des guérisseurs discrédités, affaiblis, disqualifiés et marginalisés institutionnellement. Elle permet aussi de réfléchir aux réactions de certains biomédecins qui offrent informellement des appuis/soutiens conventionnels et institutionnels (Dodier, 1993) à «des individus sans supports», pour reprendre un concept qu'utilise Castel (2003) dans le cas des salariés disqualifiés et vulnérabilisés. Les médecines africaines s'ancrent dans une trajectoire sociohistorique et politique qu'on peut diviser en deux moments. Le moment du déni de son identité médicale au contact de la biomédecine ; celui de l'acceptation et des transformations dont ses pratiques et agents sont le lieu. Chaque moment décrit une forme spécifique de la rencontre entre la biomédecine et les médecines africaines ; et un type de reconnaissance qui est accordé, en particulier à ces dernières.

#### **2.1.1.1 Déni du statut de médecine aux médecines africaines et à ses agents**

Dans la littérature anthropologique, les premiers contacts se sont effectués par la médiation de la colonisation, en termes d'impérialisme caractérisé par trois phases : militaire, politique et culturelle. C'est à la phase culturelle, écrit Memel-Foté (2007, p. 28), «que l'impérialisme a imposé aux peuples dominés sa langue, sa morale, voire sa religion». Sur le plan de la santé, l'impérialisme s'est traduit par l'imposition de la biomédecine à l'Afrique, alors que les médecines africaines y existaient déjà. L'imposition de celle-là s'est accompagnée de l'intention de supprimer celles-ci. Dans les pays africains colonisés, la rencontre des médecines était située dans l'axe du déni de reconnaissance d'un statut de médecine aux médecines africaines. Ce déni s'est manifesté de

différentes manières en Afrique. Au Mali par exemple, il s'est traduit par l'implantation des structures biomédicales sur les endroits sacrés du village et les terres de culture des populations locales. En conséquence, la biomédecine a fait l'objet dans ce pays d'un rejet de la part de ces dernières et des autorités traditionnelles. Au Cameroun, de Rosny souligne dans ses études qu' :

«Au temps de la colonisation, le mot médecine n'était pas appliqué à ces pratiques traditionnelles. La seule médecine jugée digne de ce nom était la Médecine (moderne) tout court, [...] considérée comme un secteur d'un tout monolithique que les écrits des années trente appellent sans ironie : la civilisation [...]. Ceux que l'on appelle maintenant des médecins traditionnels dans les forums, où peu d'entre eux ont accès, étaient rangés parmi les sorciers, les charlatans ou les féticheurs, selon qu'il convenait de privilégier leur côté dangereux, trompeur ou naïf» (de Rosny, 1992, pp. 25–26).

Dans les deux pays, les guérisseurs étaient pourchassés : «During the German colonial period, beginning in 1888, healers were arrested, beaten, and killed. Because they had to be secretive, it was difficult to pass information on to new generations and number of healers diminished» McMillen (2004, p. 891). Et «on raconte que les Allemands, du temps de la première colonisation du Cameroun, ont pendu des nganga, les prenant pour des sorciers. [Mais] leur action a moins nuit à la cause de la médecine traditionnelle que le développement de l'esprit critique à l'école» (de Rosny, 1981, p. 315).

### **2.1.1.2 Le moment d'acceptation et de tolérance**

Le second moment est intervenu juste après la conférence d'Alma-Ata de 1978 (WHO, 1978). La relation d'exclusion mutuelle qui caractérisait les deux médecines s'est évanouie en faveur de la coexistence manifestée par l'acceptation et la tolérance théorique, comme le soulignent de nombreuses études menées en Afrique (Denis, 2007; Kale, 1995). La question du *Pour ou contre la médecine traditionnelle au Cameroun* (Lantum, 1978), comme l'indique le titre d'un ouvrage issu d'une étude menée au Cameroun, ne se pose plus. La situation a changé de nos jours, et on semble vivre désormais une certaine diversité dans l'espace de sociabilité thérapeutique, mais qui se caractérise toutefois par une sorte de juxtaposition des structures biomédicales et de celles des médecines africaines. De sorte qu'on pourrait parler d'une situation de pluralisme de structures, car, la population n'a pas la possibilité de consulter le praticien du système qu'il préfère. La position des gouvernements africains reste floue et ambiguë quant au droit des guérisseurs à prodiguer des soins de santé, comme le relève Bibeau (1982b, p. 1847) : «In order to utilize traditional healers in a national health care delivery system, the first official step to be take is to

unambiguously recognize the right of healers to practice traditional medicine and the right of clients to consult these healers. This official recognition by the law constitutes an indispensable prerequisite for any subsequent». En effet, on a observé des changements au niveau de l'intérêt affiché par l'OMS pour la promotion et le développement des médecines africaines. Ces changements se sont traduits par des mesures encourageant les États membres de l'OMS à développer des politiques nationales d'intégration, en favorisant, d'abord, le dialogue entre les praticiens de la biomédecine et ceux de la médecine traditionnelle ; en recommandant, ensuite, que des programmes intégrés soient introduits dans les établissements d'enseignement et de formation ; et en facilitant, enfin, la recherche intégrée sur la médecine traditionnelle (OMS, 1978b, p. 21). D'une part, on espérait alors que ces mesures devraient permettre, selon l'OMS, à élaborer des stratégies nationales de chaque pays visant à reconnaître sur le plan institutionnel les formes existantes de la médecine traditionnelle ; à assurer la reconnaissance légale et l'égalité sociale de statut professionnel à tous les agents de la santé ; à institutionnaliser et à soutenir financièrement les recherches tant en biomédecine qu'en médecine (traditionnelle) africaine. D'autre part, on s'attendait à ce qu'il y ait, au niveau professionnel, une participation effective des guérisseurs au projet de promotion de leur médecine ; et une réciprocité de perspectives entre les agents de la santé, en termes de mutualité dans les échanges et rapports professionnels (OMS, 1978b, p. 22). Mais ces mesures n'ont pas été respectées et appliquées de la même manière par l'ensemble des pays africains, au niveau des politiques nationales de ces derniers et à celui des rapports professionnels entre les biomédecins et les guérisseurs (WHO, 2005).

Nous nous limiterons ici au cas de la Chine et de l'Inde, car on cite souvent les expériences de ces pays comme l'exemple de succès de l'articulation entre la médecine traditionnelle et la médecine occidentale. La rencontre des médecines ne s'y inscrit pas dans l'optique de l'appauvrissement de la médecine traditionnelle, comme cela a été le cas en Afrique, mais plutôt dans celle de sa promotion et de son développement, au même titre que la biomédecine. Mais avant d'arriver à l'expérience africaine, il va falloir dire quelques mots sur la spécificité de l'Inde et de la Chine.

### **2.1.2 Au niveau des politiques nationales des pays : l'Inde et la Chine**

La Chine et l'Inde ont développé deux politiques de reconnaissance distinctes : la première a opté pour l'intégration officielle ; et la seconde, pour la reconnaissance des deux systèmes, chacun

dans son univers. En Chine, l'État a opté pour la politique de l'intégration de la médecine traditionnelle et de la biomédecine dans le système de santé officiellement reconnu (Baoyan, Xiaopin, Dequan, & Jiaqing, 2005) : les praticiens des deux médecines sont formés aux connaissances des deux systèmes. Le succès du modèle chinois d'intégration des deux médecines a été rendu possible par le biais d'une volonté politique du gouvernement. Ce dernier encourageait les médecins modernes à s'unir aux médecins traditionnels chinois et à les aider à se former. Avec la naissance de la République populaire de la Chine, les médecins traditionnels furent encouragés à améliorer les normes de leur propre profession. Le travail d'amélioration de leur profession s'est traduit par la codification et formalisation du savoir-faire des médecins traditionnels. Mais le véritable changement a eu lieu lorsque l'État chinois a créé dans l'ensemble du pays des instituts de recherche pour promouvoir la médecine traditionnelle et explorer l'héritage culturel ; a développé en 1958 une politique pour assurer la formation de nombreux médecins traditionnels chinois ; et a initié des programmes pour former des biomédecins en médecine traditionnelle chinoise (WHO, 2005). Ces programmes se poursuivent depuis lors.

L'Inde, quant à elle, fournit, selon l'OMS (1978a, pp. 13–14), l'exemple d'un modèle de reconnaissance où sont garanties les pratiques de la biomédecine et de l'Ayurveda en parallèle et la formation indépendante de leur praticiens dans les institutions reconnues à tous les niveaux. La politique gouvernementale indienne accorde une place aux médecines dites traditionnelles (WHO, 2005) – Ayurveda, Siddadh, Yoga, etc. – qui figurent au programme d'enseignement de plusieurs établissements : universités, écoles de médecine ; écoles primaires/secondaires, et centres de formation de divers types de personnels de la santé (Lavekar & Sharma, 2005). La considération que doivent les Indiens à leurs médecines traditionnelles est liée à deux aspects fondamentaux. Le premier est le vote de la loi sur les médicaments de 1940 qui couvre aussi les remèdes traditionnels ; règlemente la pratique de la profession ; et assure le contrôle de l'innocuité des médicaments produits en Inde. Le second est l'institutionnalisation des divers systèmes médicaux, indigènes et autres, au niveau des États, dans les universités et les divers centres de formation.

La Chine et l'Inde offrent deux exemples de succès de reconnaissance officielle qui ont abouti notamment à une réciprocité de perspectives entre les agents biomédicaux et non biomédicaux de la santé. Mais le cadre sociopolitique dans les deux pays a été propice à une reconnaissance parfaite de la médecine traditionnelle. Un tel cadre souligne aussi le rôle crucial qu'ont joué les

dirigeants politiques de ces pays, ainsi que les problèmes que l'on peut rencontrer en essayant d'atteindre cette situation presque idéale dans d'autres régions du monde, en Afrique en particulier.

### 2.1.3 Au niveau des politiques nationales en Afrique

En Afrique, les idées diffusées par l'OMS relatives au développement et à la promotion des médecines africaines vont être prises en relais par la majorité des pays. Ces pays vont alors procéder massivement à la reconnaissance mitigée des guérisseurs, soit en délivrant des cartes professionnelles, comme par exemple au Sénégal (Fassin, 2000b) ; en autorisant des associations des guérisseurs (Dozon & Sindzingre, 1986, p. 52); ou encore en ouvrant de nouvelles institutions consacrées aux recherches en médecines africaines. Nous parlons de reconnaissance mitigée, car bien qu'il y ait eu un véritablement engouement pour les médecines africaines, le type de reconnaissance attribué aux guérisseurs n'en était pas le reflet. Il tournait autour de quatre options : un régime illégal, une reconnaissance informelle, une simple législation, et une coopération graduelle, suivant la distinction proposée par Nguete, Bibeau et Ellen (1979, p. 217) à partir de l'expérience du Zaïre. Des quatre options, la reconnaissance graduelle semblait, selon les auteurs, être la plus appropriée et réaliste à la situation des pays africains. Pour les auteurs :

«This cooperation can be done on the basis of a structural modification of the entire health of the country. Other general principles must be present to organize this new system of public health: (1) modern medical workers must approach their new partners with an open mind; (2) experiments of collaboration must start immediately where medical workers and traditional healers are ready to cooperate; (3) the healers must be used not only in the primary health care sector but also at the level of the specialties. Actions must be parallelly undertaken in the three different environments involved in the reform of the public health system; in the milieu of modern medicine, among the traditional healers and among the consultant population» (Nguete et al., 1979, p. 217)

La reconnaissance graduelle se rapprochait d'ailleurs du modèle Indien que nous avons présenté plus haut. Bien que ce modèle soit favorable à une reconnaissance basée sur la réciprocité de perspectives entre les agents de la santé, très peu de pays africains vont l'adopter. La Tanzanie fait partie de l'un des rares pays africains où les bonnes pratiques de reconnaissance des guérisseurs ont été observées, comme le soulignent certains auteurs : «Tanzania we believe is one of the countries that has been championing TM and its practice, and in fact may be an example of good practices. We use it as a case study tracing developments in recognition, facilitation and re-establishment of TM from current and historical perspectives» (Stangeland, Dhillon, & Reksten, 2008, p. 291). Si la Tanzanie est présentée comme un modèle en Afrique, c'est parce que les



pratiques médicales des guérisseurs y ont été reconnues par la loi. D'ailleurs, le décret des praticiens de la biomédecine et de la médecine dentaire reconnaît les praticiens traditionnels, tandis que la législation pharmaceutique autorise des substances employées dans des thérapies du système traditionnel (Pharmaceutical and Poisons Act, 1978, p. 100). En Tanzanie, les praticiens traditionnels sont déjà formés et intégrés avec des médecins orthodoxes et d'autres membres d'équipes de santé dans des hôpitaux d'enseignement. Des cliniques de médecine traditionnelle y sont ouvertes dans diverses régions rurales. Les guérisseurs collaborent avec les biomédecins, en particulier dans le district de Magu. Ils ont aussi le droit de travailler dans certains départements des structures de la médecine biomédicale. Des stages ont été organisés pour former les guérisseurs et un conseil consultatif d'environ 14 praticiens traditionnels assiste l'unité de recherche en médecine traditionnelle située à Dar-es-Salaam. Cette unité de recherche mène des investigations sur l'efficacité des plantes médicinales en vue d'une éventuelle incorporation totale de la médecine traditionnelle dans le système de soins de santé officiel en Tanzanie. À la suite de la Tanzanie, le Ghana, le Mali, l'Éthiopie, et Madagascar ont pris des mesures semblables. Au Ghana, Romero-Daza (2002, p. 174) souligne que plus de 45 000 guérisseurs ont été reconnus et possèdent des licences délivrées par le «Ghana Federation of Traditional Medicine Practitioners' Association». L'unité de médecine traditionnelle fait partie depuis 1991 du Ministère de la Santé Publique et travaille directement en collaboration avec les guérisseurs. Au Mali, l'Institut de phytothérapie a été créé depuis 1968, en tant que premier établissement d'étude des plantes médicinales (Diallo & Paulson, 2000, p. 135). Cet institut est devenu en 1990 le centre de collaboration de l'OMS pour la recherche en plantes médicinales et en médecine traditionnelle.

Hormis la Tanzanie (Stangeland et al., 2008), le Ghana (Romero-Daza, 2002) et le Mali (Diallo & Paulson, 2000) qui ont entièrement reconnu et intégré la médecine traditionnelle dans les services de la santé publique, certains pays comme la Côte d'Ivoire et le Kenya ont conféré un statut illégal aux guérisseurs (Nguete et al., 1979; Stangeland et al., 2008). D'autres, comme le Zaïre, l'Angola et la République Centre Africaine, ont opté pour une simple régulation des médecines africaines. Mais la majorité des pays africains, dont le Cameroun, a adopté une position ambiguë à l'égard des guérisseurs et leur a accordé une reconnaissance informelle : «This position, which is that of most countries, indicates uncertainty regarding realities whose the state acknowledges but whose usefulness it is unable to evaluate. Thus these countries do not dare to take position radically

against traditional medicine, but they dare not give it legal status either (Nguete et al., 1979, p. 218). Cette ambiguïté serait-elle en Afrique à l'origine du mal être de la reconnaissance des médecines africaines ? Qu'est-ce qui a manqué pour le succès de la promotion de ces dernières?

#### **2.1.4 La reconnaissance officielle ne suffit pas, encore faut-il une volonté politique**

Il semble qu'en Afrique, la délivrance des licences professionnelles, à elle seule, ne suffit pas pour opérer un renversement de tendance en faveur de la reconnaissance des guérisseurs. Encore faut-il que cela soit accompagné d'une réelle volonté politique de changement d'esprit par rapport à la déconsidération que les autorités des pays africains ont envers ces derniers. Le cas de l'Afrique du Sud est, à cet égard, une parfaite illustration. Dans ce pays, le National Health Plan for South Africa a proposé, sous le gouvernement postapartheid, de reconnaître la médecine traditionnelle comme un système médical à part entière. Mais cette proposition n'a jamais pris effet (Denis, 2007, p. 128). Comparés à l'Inde et à la Chine, il semble que les pays africains éprouvent d'énormes difficultés et, l'ambiguïté caractérise leurs politiques nationales à l'égard des médecines africaines. Cela dit, il manque à l'Afrique une réelle volonté politique, en faveur d'une mobilisation des africains dans la voie d'une véritable décolonisation médicale, politique et culturelle.

Certes, la reconnaissance des médecines africaines est de nos jours bien acceptée et souhaitée en Afrique (Kayombo, Uiso, Mbwambo, Mahunnah, Moshi, & Mgonda, 2007), grâce à la lutte contre le VIH/sida qui a soumis davantage les biomédecins et guérisseurs à des situations d'interactions informelles (Bodekera, Kabatesi, King, & Homsy, 2000; Green, 1997). Cependant, elle fait face encore à des difficultés auxquelles l'Afrique a toujours été confrontée. En plus du laxisme politique, les modalités de la rencontre et les procédés de reconnaissance des guérisseurs sont flous et entachés de quatre irrégularités (Pordié, 2005a) que nous présentons dans les lignes suivantes.

##### **2.1.4.1 Irrégularités de la procédure de reconnaissance et enjeux politiques**

La première irrégularité est liée à la façon dont la rencontre s'est effectuée entre les médecines africaines et la biomédecine. La question concerne ici le choix entre une intégration officielle des deux médecines, ce qui reprend le modèle chinois (Kaboru et al., 2006) ; ou une reconnaissance parallèle qui confère aux médecines africaines une certaine autonomie, comme dans le cas de

l'Inde. Mais à l'état actuel de l'évolution des négociations y relatives, les pays africains ne se sont pas encore prononcés sur les modalités précises de rencontre et de reconnaissance adaptées au contexte africain. Quant aux procédés de reconnaissance en eux-mêmes, ils restent encore marqués de nos jours par de grosses controverses, tant au niveau des politiques nationales des États qu'à celui des rapports professionnels entre guérisseurs et biomédecins. Les principales difficultés rencontrées ici portent précisément, selon Stangelang et al., (2008), sur les objets thérapeutiques à reconnaître ou à méconnaître et sur le type de reconnaissance à attribuer aux guérisseurs.

La seconde irrégularité est liée aux objets sur lesquels portent la rencontre et la reconnaissance. En effet, le processus d'identification de ces objets ne prenait pas en compte les aspects rituels et magico-religieux des soins que sont la divination et la «sorcellerie». S'insurgeant contre le procédé de réduction des médecines africaines à la pharmacopée, Bibeau rappelle (1979, p. 182) :

«Rare does anyone dare to oppose the identification made between traditional medicine and the pharmacopoeia by the botanists, the chemists, and the pharmacists in order to propose a more comprehensive approach toward the medicine of the healers, an approach which begins with the presupposition that traditional practitioners possess an entirely separate medical system which cannot in any case be reduced only to medicines. In fact, neither the commission of the OAU [Organization of African Unity] nor the CAMES [Conseil Africain Malgache pour l'Enseignement Supérieur] seem to be able to break with the chemical line employed previously in research on the medicine of the healers of Africa».

En effet, les revendications portaient sur l'adoption d'une nouvelle loi susceptible d'encadrer les pratiques médicales traditionnelles ; de protéger les guérisseurs dans l'exercice de leur profession ; de prendre aussi en compte les dimensions rituelles et phytosanitaires des médecines africaines. Or, l'ancienne loi coloniale, toujours en vigueur de nos jours, n'abordait pas toutes ces dimensions importantes<sup>2</sup>. La reconnaissance accordée aux guérisseurs passait, Selon Fassin (2000b, p. 90), «par l'effacement de leur légitimité traditionnelle, puisque, prix des signes extérieures de la scientificité, elle réduit l'action thérapeutique à une connaissance de pharmacopées, gommant la dimension magique et religieuse, c'est-à-dire sociale, du travail du tradipraticien lorsqu'il identifie, interprète et soigne la maladie». Or, les médecines africaines ne sont pas entièrement superposables à la phyto-pharmacopée. Selon A. Epleboin et S. Epleboin (1983), l'efficacité des plantes médicinales suspendues au cou ne passe pas par leur contenu

<sup>2</sup> Comme le souligne Bibeau (1982b, p. 1843) : «[...] Both dimensions in traditional medicine, natural and meta-natural, must be assumed within the official légal framework. Western-oriented codes of law, such as they generally exist in African States, are limited in their capability to integrate the African medical conceptions».

pharmacologique, mais par les perceptions qui leurs sont associées. D'une part, la reconnaissance accordée aux guérisseurs reposait sur des conceptions biomédicales de la maladie et des thérapies, car, comme le note Bibeau (1982b, p. 1845) : «The legal text is based on the assumption that traditional medicine is analogous to modern Western medicine». D'autre part, elle était conditionnée à la preuve de l'efficacité des plantes médicinales (Pordié, 2005a, pp. 231, 232).

La troisième irrégularité est liée aux procédés de sélection des guérisseurs à reconnaître. En réalité, l'identification et la reconnaissance doivent être effectuées par ceux qui sont aptes à juger parce qu'ils connaissent, de l'intérieur, les règles de l'art et le réel. Pour pouvoir reconnaître, souligne Desjours (2007, p.68), «il faut connaître». Cette connaissance, c'est celle des pairs. Mais l'identification et la sélection des guérisseurs étaient conduites par des personnes extérieures aux médecines africaines [biomédecins<sup>3</sup>, chimistes et pharmaciens africains]. Les guérisseurs n'ont pas été impliqués dans le processus de sélection des représentants de leur médecine ; et les usagers de soins en étaient aussi écartés. Or en n'impliquant pas les guérisseurs dans le processus de sélection, le risque était grand de sélectionner des personnes qui n'ont rien à voir avec les médecines africaines. Comme le note Bibeau (1982b, p. 1847) : «It is readily evident that there is a risk of according official status to those who are not really competent but who present themselves as such and whose practices may injure the reputation of the medicine of healers».

La quatrième irrégularité porte sur les relations professionnelles entre guérisseurs et biomédecins, car celles-ci vont très mal et se manifestent par un malaise professionnel. Les guérisseurs se plaignent des déséquilibres au niveau de la relation au pouvoir ; au niveau du partage inégal du savoir ; et au niveau de l'absence de redistribution des résultats, en termes de retombées économiques. Ces déséquilibres sont relevés par Hountondji (2001, pp. 56–57) lorsqu'il souligne :

«Qu'un pharmacologue, cependant, en vienne à remarquer, parmi les résultats d'une enquête ethnobotanique, des indications concernant l'usage médicinal d'une plante pour le traitement d'une maladie donnée, son premier réflexe sera non seulement de vérifier l'information en elle-même, mais de tester l'efficacité du traitement, et si cette efficacité est établie, de procéder aux analyses chimiques et biochimiques, aux mesures et aux dosages nécessaires pour isoler la substance active et synthétiser sur cette base un produit pharmaceutique nouveau. Lui-même ou son laboratoire se dépêchera alors, bien entendu, d'obtenir pour ce produit un brevet d'invention et une reconnaissance de propriété intellectuelle.»

---

<sup>3</sup> «The African specialists in the medicine of the healers were in the great majority pharmacists and chemists, and the WHO risked calling these consultants in to simply re-edit the meetings of the Inter-African Commission of the OAU and CAMES. It was in fact from among the major African figures in plant research that the Regional Office chose its consultants» (Bibeau, 1979, p. 184).

Dans le cas de la lutte contre le VIH/sida, la rencontre professionnelle entre guérisseurs et biomédecins a été caractérisée par une asymétrie des positions de pouvoirs et de savoirs, car les premiers se trouvaient dans l'obligation de se justifier, à l'égard des biomédecins et des agents de la santé publique ; et ne répondaient qu'aux interrogations que ces dernières leur adressent, «sans pouvoir eux-mêmes en formuler» à partir de leurs propres besoins (Fassin & Deffosse, 1990, p. 23). Il s'en est suivi que la rencontre était un prétexte pour l'OMS pour s'assurer le contrôle des médecines traditionnelles qui constituent un contre-pouvoir à la biomédecine (Gruénais & Mayala, 1988; Hours, 1992). Des études soulignent qu'elle prétendait subordonner, grâce à l'éducation, les guérisseurs aux biomédecins, afin de diffuser la biomédecine des villes aux villages (Hours, 1988; Laplante, 2005) ; rendre périphérique la médecine traditionnelle (Mburu, 1986). La rencontre sous-tendait l'annexion de la médecine traditionnelle par la biomédecine et, inscrivait les rapports entre elles dans les relations de domination. D'après ce qui précède, on pourrait penser que l'OMS considérait les médecines africaines comme des mesures provisoires auxquelles les pays colonisés et affaiblis politiquement doivent recourir, en attendant que les services biomédicaux adéquats puissent être assurés à tous. Au demeurant, les problèmes soulevés par les quatre irrégularités semblent n'avoir pas encore trouvé de solutions jusqu'à nos jours. Aussi, les questions relatives aux modalités de la reconnaissance et de la rencontre demeurent ouvertes. Reste à interroger la littérature sur la manière dont la reconnaissance s'est effectuée au Cameroun.

#### **2.1.4.1 Le Cameroun et le problème de la reconnaissance**

En 1979, un décret organisant la délégation générale de la recherche scientifique et technique créa l'Institut de recherche en médecine et d'études des plantes médicinales, et en 1989 a été organisé le premier séminaire sur la médecine traditionnelle et la pharmacopée camerounaise (Lantum & Monomo, 2005, p. 14). En 1993, le Centre de recherche sur les plantes médicinales et la médecine traditionnelle a été créé. Il contient de nos jours un nombre important de plantes médicinales identifiées en attente d'approbation ou de ratification par le Ministère de la santé (Lantum, 2002). L'État camerounais s'est donné pour mission au lendemain de la Conférence d'Alma-Ata d'identifier et de recenser les tradipraticiens. Mais de nos jours une véritable structure de recensement n'a jamais été correctement mise en place (Lantum et Monomo, 2005).

Au Cameroun, comme ailleurs en Afrique, les pratiques des médecines africaines sont tolérées aujourd'hui par l'État ; et le statut des guérisseurs reste toujours ambigu. Dans *Une nécessaire*

*relecture de la législation sur la sorcellerie au Cameroun*, Mounyol à Mboussi (2006, p. 228) souligne que la sorcellerie, la magie et la divination sont évoquées ensemble trois fois dans le code<sup>4</sup> pénal de 1967 (encore en vigueur) notamment à l'article 251 de ce code ; le législateur en a fait un délit *sui generis* et, aux articles 278(2) et 279(2), elles sont plutôt une circonstance aggravante. Dans *Justice et Sorcellerie*, les contributeurs de cet ouvrage déplorent le fait que les guérisseurs et certaines de leurs pratiques [divination et les rituels de guérison] ne bénéficient pas toujours d'une reconnaissance formelle de la loi (de Rosny, 2006a). Aussi, la nouvelle loi visant la protection des médecines africaines reste toujours en étude. Selon Lantum et Monomo (2005, p. 17) :

«Legislation to promote traditional medicine as a system is scanty, and indeed it is thanks to external pressures, particularly those of the World Health Organization, that TRM has come to enjoy official respectability in spite of its ubiquitous presence and utility. Cameroun may be classified in the Inclusive System of WHO where TRM is recognized, but not completely integrated in all aspects of the health system».

En effet, cette situation n'est pas singulière au Cameroun. Dans ce pays et les autres pays africains, les médecines africaines représentent près de 80% des consultations. Alors que cette forte demande aurait dû amener les autorités de la santé publique à mieux encadrer juridiquement et économiquement les ressources de soins venant des médecines africaines, on ne comprend pas toujours pourquoi la politique de la reconnaissance accorde très peu d'intérêt aux guérisseurs en contexte africain. Par ailleurs, on peut se poser aussi la question de savoir pourquoi les États africains en général, et l'État Camerounais en particulier, ne créent pas un cadre d'exercice favorable aux pratiques médicales africaines. Qu'est-ce qui justifie le choix institutionnel des pays africains qui consiste à reconnaître fortement la biomédecine ; et à maintenir dans l'illégitimité les médecines africaines auxquelles toute la population africaine a recours. Alors même que des études ont montré que le paysan, le riche et le pauvre n'y recourent pas toujours pour l'efficacité<sup>5</sup> des plantes médicinales.

---

<sup>4</sup> « [...] Although they explicitly recognize the legitimacy of traditional medicine, they do not regulate or sanction it. Many people will probably be surprised to learn that traditional medicine was never outlawed by legal codes, either during colonial times or since the independence of African countries» (Bibeau, 1982b, p. 1844).

<sup>5</sup> Selon Bibeau (1982b, p. 1846) : «African healers refer, in their explanations of the origin of disease, to two other main cultural categories which also have caused difficult problems to Western-trained legislators. In addition to witchcraft, there is the category of magic. Very often herbalist and ritual healers give their patients material objects called [...] medicine in order to be successful in life, or to be protected, and do forth. According to the legal Code, herbalists are allowed to practice as long as they use herbs but as soon as their treatment includes non herbal-elements, their activities become illegal. In reality, this distinction is not made in the same fashion by traditional healers who often give a patient both types of medicine and the herbs themselves can even be magical elements. As in the case of

### 2.1.5 Les médecines africaines et la médecine moderne : de quoi parle-t-on au juste ?

De quoi parle-t-on de nos jours lorsqu'on évoque les termes «médecine traditionnelle» et «médecine moderne»? C'est cette question qui nous préoccupe ici. La médecine dite traditionnelle renvoie à un contexte d'énonciation caractérisé par une conception des pratiques de soins considérées comme un ensemble d'actes ou d'énoncés transmis de génération en génération. Elle se confondrait avec un noyau dur de représentations de la maladie et des thérapies autour duquel s'ordonneraient les variations, d'une époque à l'autre. Dès lors, la médecine dite «traditionnelle» indiquerait davantage des pratiques de soins, des manières de penser les soins et d'agir sur la maladie qui constitueraient ce que Lenclud (1987, p. 116) a désigné de «génie d'un peuple». Dans cette perspective, la médecine dite «moderne» serait aussi, dans une certaine mesure, une médecine traditionnelle. Si tel est le cas, l'usage du terme «médecine traditionnelle» serait inapproprié, voire naïf pour caractériser les pratiques médicales des guérisseurs. Comme le remarquait Van der Geest (1997, p. 904) : «The term is naive because it suggests that *our* medical system is not traditional, meaning handed over, from generation to generation. Clearly, biomedicine is being handed over the time, in medical schools, in hospitals, in books and articles, through conferences and the media. Biomedicine therefore is as traditional as other medical tradition». Puisqu'il semble qu'il n'y a pas un traditionnel à part et un moderne séparé du traditionnel, il n'est pas exclu que la médecine dite «moderne» soit le produit d'une transformation progressive de la médecine dite «traditionnelle». D'ailleurs, «l'histoire de la médecine occidentale est», comme le souligne Lévy (1991, p. 98), «pour une large part celle du progressif remplacement du guérisseur par le médecin [...], une rationalisation du corps et de la maladie qui cependant est loin de son terme, à supposer qu'elle l'atteigne un jour». Les médecines dites «traditionnelle» et «moderne», tout comme les pratiques médicales qui en découlent, n'existent pas indépendamment des contextes sociohistoriques et des rapports sociaux qui les ont engendrés. La désignation de guérisseurs traditionnels est l'expression politique d'une idéologie du contrôle qui correspond dans la perspective du pouvoir chez Foucault aux «techniques de gouvernementalité», c'est-à-dire des relations de pouvoir d'une certaine forme qui, selon l'auteur

---

witchcraft discussed above, the legislator do not have at hand the knowledge and the language which would permit them to translate what is really going on in the world of magic in which many healers are moving partly or entirely».

(2001, p. 1046),

«S'exerce dans la vie quotidienne immédiate, qui classe les individus en catégories, les désigne par leur individualité propre, leur identité, leur impose une loi de vérité qu'il leur faut reconnaître et que les autres doivent reconnaître en eux. C'est une forme de pouvoir qui transforme les individus en sujets. Il y a deux sens au mot sujet : sujet soumis à l'autre par le contrôle ou la dépendance ; et sujet rattaché à sa propre identité par la conscience ou de la connaissance de soi. Dans les deux cas, ce mot suggère une forme de pouvoir qui subjugué et assujettit.» [*Le sujet et le pouvoir*, In dits et écrits II. 1976-1988].

La question se pose du comment les individus assujettis se dérobent de l'acte de nomination les assignant une identité qui les condamne dans une catégorie identitaire presque indépassable ?

En effet, nous n'envisageons pas la médecine dite «traditionnelle» comme des pratiques de soins repérables dans l'espace et dans le temps. Nous ne les percevons pas en tant que des survivances du passé dans le présent. C'est pour cela que tout au long de notre texte, nous n'utilisons pas le terme «médecine traditionnelle». Même si ce terme est largement employé dans les travaux en anthropologie, nous lui préférons, faute de mieux, celui de «médecines africaines», car il comporte une connotation péjorative. Il ne s'agit pas pour nous, à travers le terme de médecines africaines, de désigner des pratiques médicales propres aux peuples africains. Mais de situer les pratiques médicales qui en découlent dans une perspective sociohistorique de laquelle elles dépendent, comme l'a relevé Cuhe (2010, p. 9) dans le cas de la «genèse sociale et de l'idée de culture». Il s'agit alors d'une «histoire qui les a faites» ou produites, dans le sens de voir le jour ; d'une histoire qu'elles «contribuent à faire», du fait de nouvelles identifications auxquelles les guérisseurs sont de plus en plus le lieu dans l'espace de soins. Une telle conception tend à récuser la définition de guérisseur traditionnel, telle qu'elle a été définie par l'OMS, à savoir comme :

« Une personne qui est reconnue par la collectivité dans laquelle elle vit comme compétente pour dispenser des soins de santé, grâce à l'emploi de substances végétales, animales et minérales, et d'autres méthodes basées sur le fondement socioculturel 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 prévalent dans la collectivités» (OMS, 1976, p. 3).

Ainsi défini, seule la collectivité à laquelle appartient le guérisseur est capable de distinguer le vrai du faux, et de déterminer son champ de spécialité [ou les maladies pour lesquelles il est spécialiste]. Les guérisseurs comprennent une diversité de spécialistes qui va des herboristes [faiseurs de remèdes] aux accoucheuses traditionnelles, en passant par les psychiatres traditionnels, des spirituels, etc. C'est pour cela que Van der Geest (1997, p. 904) affirme : «If one



examines the type of medical practitioners who are designated traditional, one will find an extreme diversity both in theories and practices». Cette diversité invalide l'usage du terme «médecine africaine» au singulier, d'autant plus que la définition suggère aussi une diversité de pratiques:

«La médecine traditionnelle serait l'ensemble de toutes les connaissances et pratiques explicables ou non pour diagnostiquer, prévenir ou éliminer un déséquilibre physique, mental ou social, en s'appuyant exclusivement sur l'expérience vécue et l'observation transmise de génération en génération, oralement ou par écrit». Elle pourrait être considérée, d'une part, comme la «rencontre solide d'un savoir-faire médical dynamique et d'une expérience ancestrale» ; et d'autre part, «comme l'ensemble des pratiques, mesures, ingrédients, interventions de tout genre, matérielles ou autres qui ont permis à l'africain depuis toujours de se prémunir contre la maladie, de soulager ses souffrances et de se guérir» (OMS, 1976, pp. 3–4).

C'est à dessein que nous employons les termes «médecines africaines» au pluriel, parce que l'usage au singulier est trompeur : «The term is misleading [...]. It is misleading because it suggests that there is a more or less homogeneous body medical thought and practice, which can be put together under one name. Such a body does not exist» (Van Der Geest, 1997, p. 904). Ainsi, le pluriel des médecines africaines évoque de nos jours une réalité qui dépasse le seul cadre de la définition classique qu'on a toujours assigné au guérisseur. Ce dernier cumule une pluralité de fonctions. Dans certaines communautés, il double parfois le rôle du juge, du chef de village, d'administrateur et du thérapeute (de Rosny, 1981, 1992; Delude, 1969). La référence à plusieurs rôles qui ne se superposent pas lui confère une posture multidimensionnelle dans l'espace de sociabilité thérapeutique, une pluralité d'identités professionnelles et une pluralité de pratiques et de discours de soins. Elle lui confère aussi une pluralité de systèmes de justification et de reconnaissance dans le champ de la santé. C'est dire qu'il est difficile d'assigner, à l'intérieur des médecines africaines, une seule identité à un guérisseur. Certains guérisseurs cumulent plusieurs identités : ils peuvent ainsi avoir les compétences du diagnostic divinatoire [qui sont du ressort du devin] et celles du traitement [qui sont du ressort du guérisseur traitant ou faiseur de remèdes]. Les premières ne sont pas réductibles aux secondes, car diagnostiquer n'est pas guérir. En effet, les médecines africaines sont caractérisées par un dynamisme de la rencontre entre les devins et les traitants. Les premiers possèdent quantité de techniques diagnostiques, et les derniers, une bonne maîtrise des plantes médicinales et de techniques thérapeutiques qui ont été très peu explorées.

Par ailleurs, les désignations de «guérisseur traditionnel» et de «médecine traditionnelle» nous paraissent inappropriées, ce qui nous a poussé à poser à ces désignations communément acceptées d'autres questions qui jusqu'alors n'ont jamais encore été abordées. Celle qui nous

intéresse ici est relative à l'emploi du qualificatif guérisseur traditionnel, car ce terme n'est pas l'opposé de biomédecin : «The only thing these practitioners have in common [...] is that they are non-biomedical. That is why term is embarrassing» (Van Der Geest, 1997, p. 904). De plus, les guérisseurs d'aujourd'hui, à savoir les néo-guérisseurs que nous avons rencontrés sur le terrain, ne sont pas identiques à ceux d'hier. Avec eux, on assiste à une nouvelle conception de la reconnaissance.

Enfin, notre approche des médecines africaines et de la biomédecine est contrastée et non dichotomique, car la modernité a infiltré de nos jours les interstices des pratiques de soins dites «traditionnelles» ; et la tradition, les interstices des pratiques de soins dites modernes. Si bien qu'il est difficile d'observer des pratiques de soins calquées exclusivement sur le modèle traditionnel ; tout comme il serait impossible de repérer celles qui se seraient radicalement transformées sans conserver des éléments de leurs fondements traditionnels. Certaines pratiques de soins qui paraissent traditionnelles se réclament très souvent d'une certaine modernité ; et d'autres dites modernes, conservent une bonne partie des pratiques relevant des traditions ancestrales. De sorte qu'il conviendrait plutôt de parler des médecines hybrides ou de «néo-médecines». De même, il n'y a pas un seul modèle d'hybridation médicale, mais plusieurs. C'est ainsi que des pratiques médicales hybrides peuvent présenter une structure de modernité très poussée, tout en tirant des éléments de leur fonctionnalité des vestiges de la tradition. D'autres peuvent présenter une structure sociale traditionnelle très prononcée, tout en empruntant certains aspects de leur fonctionnalité à la modernité. Chaque médecine incarne donc ce contraste, et nous introduit dans un incessant dynamisme de création et d'invention de nouvelles normes de conduites de soins transversales aux deux médecines. C'est dans cet axe que s'inscrivent les nouveaux thérapeutes.

#### **2.1.6 Dynamisme de la rencontre et émergence des nouveaux thérapeutes**

Le dynamisme de la création et des transformations qui caractérisent la rencontre des médecines africaines et de la biomédecine est tel qu'il n'existe plus de nos jours d'authenticité médicale observable (Rakotomalala, Blanchy, & Raison-Jourde, 2001). Alors même que ce dynamisme a pu produire de tels effets, un aspect caractéristique de ces transformations demeure insuffisamment abordé. Depuis les études de Bastide (1963) sur l'entrecroisement des cultures, nous admettons que dans la rencontre des médecines africaines et de la biomédecine ce ne sont pas seulement

les signifiants médico-culturels dits «traditionnels» qui vacillent au contact des signifiants médico-culturels de la modernité (Hoggart & Passeron, 1970). L'entrecroisement de ces deux signifiants a provoqué un double mouvement qui, réciproquement, produit, comme l'a remarqué Bastide (1963, p. 317), «toute une série de réactions en chaîne soit des valeurs qui changent jusqu'au niveau écologique, soit des structures qui se modifient et vont bouleverser le monde des valeurs, des normes et des symboles» des deux médecines. Mais ce qu'on semble avoir moins vu c'est qu'alors que la biomédecine apporte de nouveaux symboles, normes et valeurs sociales tantôt contradictoires et tantôt complémentaires des anciens symboles, normes et valeurs des médecines africaines, il n'est pas exclu qu'à côté des signifiants de la modernité ont toujours subsisté, en toutes les époques, des signifiants traditionnels. Compte tenu de l'entrecroisement de ces signifiants, la majorité des études tendent à invalider la dichotomie médecines africaines et biomédecine qui est, d'après elles, d'une part, insuffisante pour rendre compte en Afrique de la complexité des phénomènes de la rencontre et de la reconnaissance (Tonda & Gruénais, 2000) ; et d'autre part, s'inscrit dans une fluidité des pratiques de soins qui conduit à la «non étanchéité des frontières» (Bibeau & Charland, 1994) entre les deux médecines. Les néothérapeutes en sont le produit.

Par nouveaux thérapeutes, entendons des personnages à qui s'applique le préfixe «néo» : néo-guérisseurs et néo-biomédecins. Mais il s'agit aussi des pratiques néo-traditionnelles que nous avons qualifiées plus haut de néo-médecines. Le préfixe «néo» caractérisant les dérivés de la transformation est un défi aux catégorisations classiques connues depuis Dunn (1977) et Kleinman (1980), car les revendications des néothérapeutes dépassent de nos jours les seuls enjeux de recherche de légitimité identitaire. Mais il semble qu'elles tendent à poser dans le contexte actuel le problème de redéfinition d'une nouvelle identité professionnelle par le biais de transformations des enjeux initiaux de la quête de légitimité. Ainsi, les néo-thérapeutes ne cherchent pas à remettre en cause la légitimité du guérisseur et biomédecin classiques, mais leur propre identité.

En effet, il ne s'agit plus, de la perspective des néo-thérapeutes, de revendications d'une identité culturelle africaine ou encore d'une idéologie de l'authenticité fondée, comme ce fut le cas dans les années 1970, sur la conviction que les pays africains doivent chercher dans leurs propres traditions la solution à leurs problèmes (Bibeau, 1984, p. 97). Cette perspective n'envisage pas les revendications identitaires en opposant des pôles tradition et modernité, mais plutôt en cherchant à

les articuler ou les mettre en tension. Les études montrent que les guérisseurs sont eux-mêmes les artisans du processus de déstructuration/déconstruction et de restructuration/reconstruction de leur profil socioprofessionnel. Ils reconstruisent de nos jours ce profil, en l'adaptant toujours aux réalités sociopolitiques, économiques et scientifiques de leur société : «The neo-traditional actors construct and reconstruct their medicine, not with the aim of radically changing it or in order to create a new therapy, or even simply to improve it, but so as to meet political and economic, individual and collective objectives» (Pordié, 2008, p. 18). La reconstruction de leur profil identitaire passe inéluctablement par la déconstruction de l'acte d'institution des modalités de la rencontre et de la reconnaissance qui les a enfermés dans une sorte de carcan identitaire. Etant entendu qu'il s'agit d'un acte d'assignation identitaire possédant un caractère de communication qui, selon Bourdieu (2001, p. 180), «est d'une espèce particulière: il signifie à quelqu'un son identité, mais au sens à la fois où il la lui exprime en l'exprimant à la face de tous et, en lui notifiant ainsi avec autorité ce qu'il est et ce qu'il a à être». L'acte d'institution est consécration de quelqu'un par un autre qui se croit investi du pouvoir de consécration. Or, avec la porosité des frontières identitaires, on assiste à une dissémination des sources de pouvoir, ce qui donne sans doute l'opportunité aux néo-thérapeutes de devenir eux-mêmes leur propre consécrateur de la voie identitaire qui leur est appropriée et, prescripteur de ce que de Gaulejac (2001) appelle les identités émergentes, ou disputées.

#### **2.1.6.1 Il n'y a d'identités professionnelles émergentes que disputées**

Les identités assignées déterminent, comme l'a remarqué Taylor (1992, p. 64) dans *Grandeur et misère de la modernité*, la «position sociale» et la place que l'individu occupait dans les anciennes sociétés. Elles s'assimilent à l'identité statutaire ; et produisent, d'après ce que Heinich (2009) appelle le «principe de dignité» humaine, une forme de reconnaissance statutaire. Proche de la reconnaissance de l'être, de l'identité ou de la personne, cette dernière est, selon Dejours (2007, p. 66), «contre-productive», car «elle génère encore davantage de sentiments d'injustice».

Ce sont ces sentiments d'injustice qui seraient à la base du projet de déconstruction des identités assignées. Dans la mesure où, ces dernières n'emprisonnent pas seulement les guérisseurs dans des rôles sociaux presque indépassables et immuables, mais elles ne cadrent pas aussi, très souvent, avec les perceptions qu'ils associent à leur identité actuelle, marquée par de profonds

changements et transformations. En effet, tout se passe comme si les néo-thérapeutes sont dans une sorte de crise des identités (Dubar, 2000) dans laquelle les identités se sont éclatées en identités communautaires et identités sociétares, suivant la distinction proposée par Dubar (2000, pp. 4–5). Alors que les premières sont constituées d'un système de place et de noms pré-assignés aux individus et se reproduisant à l'identique à travers les générations ; les dernières supposent l'existence de collectifs multiples (Meintel, 2008), variables et éphémères auxquels les individus adhèrent pour des périodes limitées et qui leur fournissent des ressources d'identification (Dubar, 2000, p. 5). Dans un cas, l'individu se définit et est défini, selon de Gaulejac (2001, p. 356), à partir de l'appartenance à une communauté et de la place ou de la position sociale qu'il occupe ; dans l'autre, il se définit par la multiplicité des appartenances socioprofessionnelles qui peuvent changer au cours de l'existence.

Dans notre étude, nous nous intéressons aux identitaires sociétares, et ce, pour trois raisons. D'abord, parce qu'elles sont fluides et éminemment dialogiques, car on ne peut pas découvrir isolément son identité: «Je la négocie», écrit Taylor (1992, p. 65), «dans un dialogue, en partie extérieur, en partie intérieur, avec l'autre [...], ma propre identité dépend essentiellement de mes relations dialogiques avec les autres». Ensuite, parce qu'elles sont l'expression de la croyance du primat du sujet individuel sur les appartenances collectives et marquent la crise identitaire même que traversent les guérisseurs. Enfin, elles sont la conséquence d'une crise du système symbolique de désignation et de re-classement fixant l'ensemble des croyances partagées par le plus grand nombre, par lesquelles chaque individu se définit par rapport à lui-même et par rapport aux autres. Dans cette perspective, on voit que les guérisseurs ont inscrit les formes identitaires statutaires dans le déclin, au profit des formes émergentes, réflexives et narratives. Celles-ci correspondent, selon Dubar (2000, p.8), à la mise en mots d'une histoire personnelle qui fasse sens pour soi-même. L'inscription des formes identitaires communautaires dans le déclin tient justement de ce qu'elles perdent leur légitimité, ou du moins, ne peuvent soutenir, à elles seules, sans s'effondrer, le poids des transformations socioprofessionnelles en contexte de mondialisation [ou de globalisation] économique, socioculturelle et scientifique.

Par ailleurs, la notion d'identités sociétares permet aussi d'expliquer la capacité à s'auto-construire et à inventer du neuf, afin de se faire reconnaître pour ce qu'on fait et non pour ce qu'on est supposé être. Suivant cette logique, l'identité communautaire ou statutaire constitue une limite à

l'émancipation de l'individu. C'est pour cela que les individus luttent pour s'en affranchir ou s'en arracher, afin de se reconstruire une «identité intime», selon un concept de Dubar (2000). En effet, l'«identité intime», écrit l'auteur, c'est l'histoire de son arrachement à la famille d'origine, aux traditionnels ; c'est l'accès à l'autonomie d'un projet à soi ; c'est le récit de ses ruptures autant que de ses continuités, de ses crises inévitables autant que ses accomplissements éventuels» (Dubar, 2000, p. 79). C'est à cette condition qu'on peut dire avec Ogien (1987, p. 135) que l'identité n'est pas «une condition immanente à l'individu, un donné le définissant de façon constante et invariable» en fonction d'une origine, mais «plutôt une posture adoptée le temps d'une interaction, une possibilité parmi tant d'autres d'organiser ses relations à autrui». Ainsi, l'individu n'est plus «saisi en tant qu'il est déterminé par son appartenance puisque c'est lui qui donne une signification à celle-ci». D'un point de vue interactionniste, le caractère identitaire découle des appartenances multiples qui la définissent, ce qui permet de briser, selon Hall (1991, p. 48), les frontières entre l'extérieur et l'intérieur, entre ce qui appartient au groupe et ce qui ne lui appartient pas. Ainsi, l'homme ne peut être considéré seulement comme un agent en proie aux déterminations sociales, comme un acteur plus ou moins stratégique, comme un individu réagissant à des interactions permanentes. Mais il est aussi un sujet capable d'intervenir sur ce qui le détermine et de contribuer à la production d'une société dont il est par ailleurs le produit (de Gaulejac, 2001, p. 354) et le producteur.

#### **2.1.6.2 Des mécanismes de déni et de détournement de l'identité assignée**

Les mécanismes de déni et de détournement de l'identité assignée – communautaire ou héritée – permettent d'éviter l'exclusion socioprofessionnelle qui implique, selon de Rudder (2000, p. 66), «la marginalisation sociale» ; et «évoque diverses modalités de privation, de ressources et de biens matériels ou certains droits, privilèges, de places, de fonctions, d'opportunités, voire de biens symboliques». L'exclusion est, selon l'auteure, le produit de système structurel des inégalités et des voies institutionnelles de la perpétuation des situations de dépendance et de subordination. Elle est rattachée aux processus qui conduisent de la privation des ressources économiques, au manque de pouvoir, au déficit de prestige, à l'absence d'influence, et à la dépendance sociale. En ce qui concerne les acteurs affaiblis sur le plan de la légitimité et de la reconnaissance, la marginalisation socioprofessionnelle qui les caractérise se rapproche du concept de disqualification sociale, concept auquel Bourdieu attribue, selon de Rudder (2000, p.68), le sens de

légitimité dégradée, voire inexistante, de ces acteurs dans l'action comme dans l'intervention sociale ; d'invalidation de l'intervention de certains d'entre eux. C'est un sens similaire que Paugam (2009, p. 155) donne à la notion dans *La disqualification sociale*, car il cherche à rendre compte des conditions de passage de la légitimité à l'illégitimité sociale. Mais ces conditions nous intéressent en ce qu'elles permettent, dans un sens inverse, d'approcher les conditions de passage de la faible légitimité à une forte légitimité ; du déni de reconnaissance à la reconnaissance. De même, ces conditions rendent compte également des moyens concrets auxquels recourent au quotidien les néo-thérapeutes pour contourner la censure institutionnelle.

Ces moyens ont été abordés par la littérature anthropologique en termes de réhabilitation identitaire et d'emprunts mutuels. Les travaux conduits de nos jours soulignent les interactions qui résultent de la cohabitation entre différents systèmes de thérapies, en mettant l'accent sur les opérations d'emprunts d'un système à un autre. Dans cette perspective, ils remarquent qu'il y a dans différents pays tels que le Congo (Gruénais, 1991), la Tanzanie (McMillen, 2004), le Sri Lanka (Wolffers, 1988), l'Asie (Leslie & Young, 1992) et l'Occident (Ghasarian, 2006) des guérisseurs qui font recours aux produits, concepts ou symboles biomédicaux pour légitimer leurs pratiques et affirmer leur identité. Bien que se positionnant dans le champ des emprunts entre les thérapeutes, ces travaux se sont limités aux phénomènes d'emprunts des guérisseurs aux biomédecins. Pourtant, ces phénomènes ne sont pas singuliers, dans le contexte de la coexistence des pratiques de soins [biomédicales et non biomédicales], aux seuls guérisseurs ou devins. Parmi ces travaux, très peu, à l'exception de ceux menés au Mali (Bargues, 1996; Bourdarias, 1996) et en Inde (Pordié, 2008), sont allés plus loin en faisant état de ce qu'il y a des agents de santé de la profession biomédicale qui empruntent à des pratiques des guérisseurs traditionnels. Il manque donc des connaissances sur les emprunts des agents biomédicaux aux guérisseurs. Il s'avère urgent de documenter les circuits de la circulation des emprunts mutuels entre les guérisseurs et les biomédecins, ainsi que les micro-espaces où se jouent ces emprunts.

D'autres travaux mettent l'accent sur l'éviction de l'écueil des frontières identitaires (Barth, 1969), en essayant d'explorer les stratégies identitaires auxquelles ont recours les néo-thérapeutes dont les pratiques empruntent aussi bien aux traditions médicales africaines ancestrales qu'à la médecine biomédicale. D'un côté, la préoccupation des chercheurs consiste, dans une large mesure, à interroger les stratégies identitaires par lesquelles le néo-thérapeute tend à défendre

son existence et sa visibilité sociale (Pordié, 2008, pp. 18–19; Tonda & Gruénais, 2000; Tonda, 2001b, p. 141). La visibilité sociale étant entendue comme cette nécessaire apparition mutuelle des acteurs dans un espace public de pouvoir et de parole pour faire entendre leurs arguments et leur reconnaissance réciproque du droit à la participation des uns et des autres à la discussion à titre d'acteurs doués de jugement (Voirol, 2005, p. 25). De l'autre, les chercheurs essaient d'appréhender en même temps comment le néo-thérapeute se valorise et recherche sa propre cohérence (Lipiansky, 2004, p. 145), dans un contexte de rapports sociaux et de pouvoirs asymétriques qui rend négatifs ou invisibles les statuts, rôles et places qu'occupent les acteurs minoritaires. Mais ces études ne nous renseignent pas sur les stratégies identitaires développées par les néo-thérapeutes. Elles passent aussi sous silence les stratégies que ces derniers mettent en œuvre pour se valoriser. On soupçonne alors qu'ils procèdent par des mécanismes de détournement des rapports de domination à leur propre fin, en soumettant les signifiants médico-culturels imposés de la biomédecine à l'action des schèmes filtrants des signifiants culturels des médecines africaines. Si bien que la sélection et le mariage des signifiants appropriés à l'éclosion d'une identité professionnelle requalifiante favorable à leur réinsertion dans le marché de la santé se fait selon la direction de la pente déterminée par les enjeux de la globalisation économique et scientifique.

### **2.1.6.3 Du déni des identités assignées à construction d'une identité disputée**

Les mécanismes de déni des identités professionnelles assignées ne passent pas, comme on a l'habitude de le croire, par la réhabilitation des anciennes identités professionnelles, dans la mesure où les guérisseurs n'ont jamais quitté celles-ci. Rappelons que le processus de promotion socioprofessionnelle des guérisseurs reste toujours informel, et se transmet de génération en génération, comme le souligne Lantum (2005, p. 17) dans le cas particulier du Cameroun :

«Although the training of younger generation tend to be by parents to their children, gifted masters of TRM are well-known established trainers, and their dwellings constitute informal schools for inculcation by apprenticeship or participant-observation. Initiation is often done by these trainers or by parents and community leaders. A traditional healer is first recognized by or her community before venturing out. If trained in another ethnic entity, he or her must be formally received and recognized by the native community before settling down to practise with confidence».

Ce processus informel de promotion socioprofessionnelle dont on a célébré très vite et à tort la disparition au contact de la modernité reste pourtant vivant dans les régions africaines où les



initiations, bien que modifiées parfois par des changements en cours, continuent encore de se pratiquer. Ainsi, en Afrique du Sud, Kale remarque que malgré les transformations sociales dues à la modernité :

«A person cannot choose to become a diviner. Only a person called by ancestors can become one. An individual who has been summoned behaves like a person with mental illness, and only a skilled diviner can differentiate this behavior. The duration of training for traditional healer varies from a few weeks to up to 10 years and depends on the ability of the apprentice» (1995, p. 1182).

Par ailleurs, les conditions de promotion à la fonction de guérisseur n'ont pas changé partout en Afrique. Il en est de même des conditions de promotion par exemple des mères accoucheuses traditionnelles : «The conditions for becoming a traditional birth attendant include having had at least two babies of your own and apprenticeship lasting up to 15-20 years» (Kale, 2005, p. 1183). C'est qu'en contexte de globalisation économique et scientifique, les anciennes identités [communautaires] professionnelles acquises par héritage, ne suffisent plus aux guérisseurs pour exercer pleinement leur profession. Pour ne pas disparaître du marché de la santé et pour s'adapter aux transformations socioprofessionnelles qu'impose la globalisation économique, ils procèdent à la construction de nouvelles identités. Ces dernières étant celles auxquelles ils aspirent. Par exemple, les guérisseurs lettrés prennent de nos jours des cours dans les écoles de formation des infirmiers. Ces cours participent alors à la construction de nouvelles formes identitaires [sociétares]. Mais ils ne construisent pas ces dernières à côté des anciennes [identités communautaires], car une telle construction ressemblerait à une juxtaposition des identités. Or c'est tout le contraire de ce à quoi ils aspirent. Mais ils construisent les nouvelles identités par dessus les anciennes, de telle sorte que la combinaison et l'articulation des deux formes identitaires soit possible. L'articulation de celles-ci permet aux guérisseurs de jouer sur une pluralité de sources de re-connaissance : de la tradition et de la modernité ; et de pouvoir circuler dans les deux registres identitaires. Cette circulation est rendue possible le mécanisme de «rhabillage identitaire».

En effet, le concept de rhabillage identitaire est une autre forme d'identification largement partagée qui repose sur quelque chose comparable à ce que Bastide a appelé le «principe de coupure». Selon l'auteur, «les Noirs vivant dans une société pluriculturelle découpent l'univers social en un certain nombre de compartiments» non étanches «dans lesquels ils ont des participations d'ordres différents qui», du fait même de leur non étanchéité, «ne leur apparaissent

pas comme contradictoires. Dans chaque compartiment, leur participation est conforme à la logique interne qui prévaut» (Cuche, 1995, p. 35). On comprend que dans le compartiment de la médecine biomédicale, les guérisseurs procèdent à la reformulation interprétative des signifiants biomédicaux par des processus de digestion et de réinterprétation proches de ce que Hoggart a qualifié «d'attention oblique» ou «d'adhésion à éclipse» (1970). Ils se réapproprient ces signifiants à partir de leur propre éthique sociale ; tout en donnant «de l'importance aux choses qui se rapprochent de leur habitus, et délaissent ce qui ne leur semble pas en faire partie (Barthélémy, 2000, p. 55).

Si nous faisons recours au principe de coupure, c'est parce les soignants camerounais vacillent entre deux ou plusieurs tendances identitaires et tiennent, et de ce fait, sur un équilibre identitaire instable, voire précaire. Chaque identité est envisagée comme lieu d'appartenance ayant ses propres règles de socialisation. En effet, les stratégies que développent les néo-guérisseurs sont le produit de la censure juridique qui condamne leurs pratiques, et contribue aussi en retour, à les produire. Elles sont adoptées pour échapper à la censure juridique et s'adapter à la modernité médicale. Bien que ces stratégies aient été abordées par de nombreuses études en socio-anthropologie de la rencontre, elles ont été rarement envisagées comme des stratégies d'autonomie et d'arrachement aux empêchements institutionnels.

#### **2.1.6.4 Les néothérapeutes et la question de légitimité identitaire**

Avec les néothérapeutes, la quête de la légitimation impose la redéfinition sociopolitique de ses principes de base et incite à la reformulation du socle idéologique à l'origine même des questions de légitimité. Ainsi, la question de la légitimité ne se pose plus de la même manière qu'elle se posait avec les guérisseurs classiques. Les néothérapeutes la compliquent en faisant d'elle, selon Tonda (2001b, p. 141), une question à polarité multiple, mais aussi en la faisant subir une double transformation. D'abord, le profil des néothérapeutes s'articule sur plusieurs pôles identitaires : celui des champs traditionnel et biomédical ; celui du champ de la religion [chrétienne et africaine] ; celui du champ des guérisseurs puisant par exemple leurs ressources dans la biomédecine, et vice-versa ; celui du champ des praticiens ne se situant ni dans l'un ni dans l'autre champ, mais dont la légitimité et l'identité doivent et peuvent se définir à la fois par rapport à tous ces champs. Ensuite, il y a transformation de la question de légitimité, car les néothérapeutes ne posent plus seulement un problème de légitimité d'une identité, mais aussi celui de reconnaissance d'une

identité multiple [composite]. La multipolarité de leur profil identitaire rend la question de l'identité et de légitimité plus complexe qu'elle ne l'était. Dans la mesure où il s'agit, dit Dozon (1996, p. 232), des personnes qui, «tout en revendiquant des pouvoirs de facture traditionnelle, se veulent par ailleurs résolument modernes [...], affichent des connaissances dans le domaine biomédical, voire épidémiologique, et plaçant leurs propres savoirs et savoir-faire dans le mouvement général de la science, au titre d'une complémentarité nécessaire et harmonieuse avec celui-ci». Autrement dit, les néothérapeutes vacillent, entre divers registres identitaires ; conjuguent plusieurs systèmes de soins dans leurs pratiques quotidiennes, contribuant ainsi à poser autrement les problèmes de la reconnaissance et de la rencontre.

### **2.1.7 Néothérapeutes et problématique de la reconnaissance et de la rencontre**

L'émergence des néoguérisseurs peut être considérée comme un troisième moment dans la trajectoire sociohistorique des médecines africaines au contact avec la biomédecine. En effet, la littérature situe l'avènement des nouveaux thérapeutes autour de la fin des années 1980. Cette période correspond à celle à laquelle on assiste en Afrique à une sorte de redécouverte des médecines africaines par les instances internationales [OMS] et nationales de la santé des différents pays africains [Ministères de la santé publique]. À cette même période, certains biomédecins montrent aussi de l'intérêt pour les pratiques médicales africaines, notamment ceux que nous avons qualifiés de néo-biomédecins. Au Cameroun en particulier, on a assisté à une recrudescence des travaux académiques en anthropologie des médecines (de Rosny, 1992, 2011; Mbonji, 2009; Tsala Tsala, 1996), dont certains sont produits par des médecins et psychiatres (Fodzo, 1997; Fotso Djemo, 2009; Lantum, 1978, 1989; Ndjitoyap Ndam, 2005). Mais très peu ont porté sur la problématique de la rencontre (Beneduce, 2011; de Rosny, 2002; Hillenbrand, 2006; Wamba, 2005a) et de la reconnaissance (de Rosny, 2006b; Hebga, 2006; Wamba, 2005b) des médecines africaines. L'intérêt pour ces dernières s'est manifesté ailleurs dans le monde : en Afrique (Romero-Daza, 2002; Stangeland et al., 2008), en occident : le cas de la Suisse (Perrin, 2013) ; en Asie.

Soulignons que les néo-traditionnels s'opposent à l'impératif afrocentrique qui a prévalu au début de la décolonisation (Mazama, 2003). Ils traduisent une reconfiguration totale du profil du thérapeute de demain, reconfiguration qui passe par la (de)reconstruction de l'image identitaire aussi bien du guérisseur que du médecin d'hier. Cette image elle-même s'édifiant sur les ruines de

ce qu'on sait, par exemple, du guérisseur et du biomédecin classiques. Si le radical «traditionnel» du mot composé «néo-traditionnel» connoterait la pérennité d'une tradition ou la reproduction à l'identique d'un model traditionnel (Leca & Schemeil, 1983), le préfixe «néo», quant à lui, impose une rupture avec les perceptions des mouvements de revendications identitaires. Et c'est bien ce qu'exprime Pordié dans l'étude de la genèse des néotraditionnels dans le cas de la médecine tibétaine :

«Neo-traditionalism is therefore intimately enmeshed with issues pertaining to the social and medical identities of both the practitioners and their medicine. It gives rise to strategies of identity that materialize in the mixing of domains that are mutually exclusive in terms of classical socio-epistemological orthodoxies. Neo-traditionalism helps to mitigate a certain deficit of social and medical legitimacy of the medicine-as-institution, which does not refer to a lack of individual legitimacy within the community of practitioners. Furthermore, the identity dimension, which is involved in the rise of neo-traditionalism also consolidates the latter: every register of medicine brought into play by such healers subsequently becomes a pole of identity for the whole community. Neo-traditionalism fashions a space of collective representation, which is also a relational space that reassures the practitioners and gives them new points of reference» (Pordié, 2008, pp. 18–19).

La genèse des néotraditionnels est le fait de personnages ou d'institutions qui, tout en perpétuant nombre de fonctions des médecines africaines, s'efforcent en même temps de contester le fonctionnement de ces dernières (Dozon, 1996, p. 232). En effet, les néoguérisseurs que nous avons rencontrés présentent certaines exigences qui les éloignent des anciens guérisseurs. Dans le chapitre sur le constat, nous avons vu que les guérisseurs lettrés se mettent, individuellement, au défi de réfléchir à l'amélioration de leurs pratiques de soins au quotidien. Une étude réalisée au Gabon souligne «qu'entre les guérisseurs lettrés d'aujourd'hui et les non-lettrés [ceux d'hier], il semble exister des différences au niveau des approches thérapeutiques. Les lettrés reprochent aux autres de manquer de rationalité dans leur démarche diagnostique et de traitement. Ici, la magie de l'écriture jouerait un rôle déterminant dans l'acceptation de l'autre» (Makita-Ikouaya, Milleliri, & Rudant, 2010, p.188). À cet effet, notre réflexion est centrée sur les processus de mise à distance des médecines africaines par les nouveaux guérisseurs, ainsi que sur leur positionnement par rapport à l'exigence de reconnaissance et les procédés qu'ils développent pour satisfaire celle-ci.

### **2.1.8 Néotraditionnels et exigences de reconnaissance**

Les exigences de reconnaissance ici sont celles que se donnent les néotraditionnels eux-mêmes. Elles se repèrent à trois niveaux. D'abord, au niveau organisationnel. Les néo-guérisseurs

camerounais ne souhaitent pas travailler dans une structure sanitaire de type biomédical ; ils souhaitent plutôt être maintenus dans leur environnement social, et c'est bien ce que proposait une étude menée au Zaïre :

«The healer must not be removed from his/her habitual place of work and the lines of power involved in his medicine must be respected; rather, his working conditions where he is should be improved and his actions placed in harmony with the national health plan; on the other hand, the definitive form of cooperation will appear only with the establishment of basic health structure within the new plan» (Nguete et al., 1979, pp. 217, 222).

Ils ne revendiquent pas d'être intégrés officiellement aux services de soins biomédicaux, comme le proposait l'OMS dans le cadre du développement des soins de santé primaires. Mais plutôt, d'avoir la possibilité de pouvoir intervenir ponctuellement au chevet du lit du patient à l'hôpital, soit sur la demande des biomédecins ; soit sur la demande des patients (idéalement) ; ou encore, comme l'a relevé Sounaye (2007, p. 431) dans le contexte nigérien, «de recevoir à la maison des malades que certains biomédecins qui [leur] font confiance veulent bien les [leur] référer, pour divers maux : fractures, paludisme, maladie de la fontanelle, typhoïde, diarrhée, etc. Il ne s'agit pas d'une collaboration, bien que celle-ci ne soit pas hors des préoccupations des membres qui constituent le réseau. Mais plutôt du développement d'une co-thérapie: «Je ne collabore pas en tant que tel avec les médecins de l'hôpital, mais j'interviens à l'hôpital sur la demande des patients ou de leurs parents. Si le malade peut se déplacer jusqu'à moi, alors, je lui demande de venir ; sinon, je le retrouve sur son lit de l'hôpital» (Sounaye, 2007, p. 431). Le but étant de former un réseau de compétences thérapeutiques regroupant autant les biomédecins (Wamba, 2005b, p. 232), les prêtres que les guérisseurs et autres personnes susceptibles d'apporter soulagement au malade. C'est ainsi qu'avec le temps, dit un guérisseur nigérien interrogé par Sounaye (2007, p. 431), «je me suis construit, petit à petit, un petit réseau d'amis avec qui je travaille. Je les envoie des malades, et ils m'en envoient aussi». Un exemple d'un tel réseau a été mis en place à Douala au Cameroun par le Père Éric de Rosny, un prêtre exorciste aujourd'hui décédé. En fait, ce dernier disposait de son vivant d'un «assez large éventail de correspondants dans Douala [...], où il a «noué au fil des ans des relations de confiance et de complicité». C'est à eux qu'il adressait ses :

«Visiteurs en fonction de leur modèle de référence : nganga de ville ; nganga de village ; herboriste, médecins avertis comme ceux de son groupe d'étude sur la sorcellerie, ou des religieuses infirmières capables de dépasser les règles de la nosologie académique ; prêtres exorcistes ou pasteurs ; certains leaders de groupes de prière charismatique». Chaque membre du groupe envoyait aussi les malades à d'autres soignants, en fonction du modèle sous lequel le malade se représente sa maladie» (de Rosny, 1996, p. 220-221).

Ensuite, même si la perception des pouvoirs administratifs et judiciaires est beaucoup plus positive de nos jours au sujet des pratiques médicales des guérisseurs, ces derniers possèdent, écrit Bibeau (1984, p. 112) dans le contexte zaïrois, toujours le même statut juridique ambigu qu'en 1978. Le Cameroun pour sa part a reconnu l'existence des guérisseurs en 2006, mais le code de législation qui régle la pratique médicale n'a pas changé (de Rosny, 2011). Ils souhaitent alors avoir une reconnaissance professionnelle de leur travail ; sortir de l'invisibilité ; et être reconnus comme des agents à part entière au même titre que les praticiens formés dans les facultés de médecine. Mais ils ne revendiquent pas directement une reconnaissance officielle, comme ce fut le cas au Gabon où, comme l'a souligné Tonda (2001b, p. 139), les néothérapeutes sont plutôt préoccupés *«par un souci de reconnaissance ou d'affirmation de leur identité dans la situation actuelle»*. Bien que la demande de reconnaissance du statut socioprofessionnel des guérisseurs lettrés ne soit pas une nouveauté, elle diffère cependant de celle des guérisseurs illettrés qui se limitaient à la prise de conscience de leur rôle dans le système de santé et à l'attente de restructuration de leur système médical par les agents biomédicaux. Contrairement aux guérisseurs illettrés qui formulaient des demandes d'autorisation officielle d'exercice de leur profession, les lettrés n'en font pas une priorité, et espèrent l'obtenir à travers la reconnaissance de leur travail. Ainsi, pourrait-on dire avec Desjours (2007, p. 66) dont les travaux portent sur la sociologie du travail que *«la reconnaissance attendue, celle pour laquelle luttent les travailleurs, c'est d'abord et avant tout la reconnaissance de leur travail – c'est-à-dire, fondamentalement, de la qualité de travail [...]. Ce que demandent les travailleurs»*, tout comme les guérisseurs lettrés, *«c'est la reconnaissance de la contribution qu'ils apportent à la production d'une part, à la coopération d'autre part»*. Autrement dit, la reconnaissance à laquelle aspirent les guérisseurs lettrés s'inscrit dans l'axe de la compétence thérapeutique. Ainsi, travaillent-ils de manière isolée à l'amélioration de leurs compétences et sont guidés, de ce fait, par un seul objectif : offrir des soins de qualité aux patients, notamment aux mères et aux enfants. Comme le remarque Lantum (2005, p. 17), *«Others set up some traditional techniques to improve presentation of their preparations for patients»*. Il semble que c'est en étant convaincu de ce qu'ils font qu'il pourrait émerger une véritable politique de reconnaissance qui ne serait pas basée d'emblée sur le statut identitaire, ni sur une idéologie de la reconnaissance et de la rencontre des médecines. Mais plutôt sur ce dont ils sont capables de faire, à savoir sur les compétences à agir pour produire les résultats attendus. Et c'est bien cette capacité d'action à offrir des soins efficaces qui intéresse les néobiomédecins.

## **2.2 APPROCHES THEORIQUES DE LA RENCONTRE ET DE LA RECONNAISSANCE**

Les théories que nous convoquons pour lire les faits reposent sur un ensemble de concepts rigoureusement circonscrits à partir de la réalité subjective et/ou objective. Dans les théories, les concepts ont une valeur heuristique, car, comme le souligne P. Veyne (1976, p. 329), «sans concept, on ne voit rien». Ainsi, si «les théories sont mes meilleures amies» comme l'écrit Herfray (2006, p. 114) reprenant Winnicott, c'est d'abord le terrain qui nous enseigne. Mais pour que cet enseignement se révèle à nous, il faut faire parler le terrain à partir d'un ancrage conceptuel, théorique. Autrement dit, c'est en suivant et en analysant les manières pratiques dont se déploient les guérisseurs sur le terrain de la reconnaissance pour essayer de s'en sortir ou faire face aux situations d'illégitimité que l'on peut dégager la connaissance théorique des problèmes que posent de nos jours les questions de la reconnaissance, du point de vue des acteurs ordinaires.

### **2.2.1 Quelles théories de la reconnaissance pour quels types de revendications**

Dans le chapitre #2 portant sur l'ancrage sociohistorique, nous avons dégagé trois dimensions de la rencontre – historique, contemporaine et prospective. Mais ce que nous n'avons pas évoqué, c'est que chaque dimension correspond à une temporalité dans l'expression d'une forme de reconnaissance. Sur le plan historique, on a vu que la rencontre en contexte colonial était imposée, ce qui fait qu'elle s'est caractérisée par la production du déni de reconnaissance aux médecines africaines. Pendant la décolonisation, les esprits étaient préparés à la cohabitation thérapeutique et à reconnaître une identité aux médecines africaines, et donc aux guérisseurs. La rencontre était inscrite dans l'axe de la tolérance et de l'acceptation de l'autre médecine différente de la biomédecine, produisant ainsi une reconnaissance identitaire ou statutaire fondée sur le respect de la dignité. Or, il se trouve qu'une telle reconnaissance serait vécue par les acteurs faiblement légitimés comme disqualifiante (Roy, 2008, p. 203), négative (Renault, 2004b, p. 185), voire encore déficitaire. Elle est tout le contraire de ce dont ont besoin les médecines africaines et ses praticiens pour s'autoreprésenter/s'autonomiser, en contexte de globalisation scientifique et économique où les formes de promotion sociale, fondées sur les identités communautaires, sont en décalage avec la professionnalisation des métiers qui touche désormais tous les domaines.

De plus, la tolérance et l'acceptation des médecines africaines n'aboutissent pas nécessairement à une reconnaissance qui consiste à inscrire les rapports professionnels entre gens de médecines africaines et gens de la biomédecine dans une réciprocité de perspectives. La contestation de la reconnaissance alignée sur la tolérance, et donc sur le statut identitaire, va conduire à envisager une reconnaissance professionnelle fondée plutôt, d'une part, sur les épreuves de qualification à surmonter, comme l'indique la sociologie de l'épreuve d'inspiration pragmatique représentée par Thévenot (2006), Boltanski et Thévenot (1991), et Boltanski (1990) ; et d'autre part, sur le système capacitaire défendu par l'anthropologie de l'homme capable, dont Ricœur (1990) a fait une élaboration explicite dans *Soi-même comme un autre*. Ces deux courants disciplinaires récuse la reconnaissance fondée sur la tolérance, au profit d'une reconnaissance capacitaire, où les individus sont considérés comme des «êtres capables et compétents» (Genard & Cantelli, 2008). Ils constituent l'ancrage théorique de notre recherche, car, comme le soulignent les contradicteurs de la reconnaissance vu sous l'angle de la politique de la tolérance (Galeotti, 2002; Walzer, 1997), tolérer ou accepter l'autre, n'a rien à voir avec le reconnaître. D'un côté, nous nous intéressons aux processus de re-capacitation qui confèrent aux acteurs affaiblis et disqualifiés une puissance que la littérature qualifie «d'agir faible» (Châtel & Soulet, 2003), ce qui sous-entend que la faiblesse est aussi travaillée et traversée, même en contexte de vulnérabilité et d'asymétrie de positions de pouvoirs, par de la force qui la redynamise et la renforce. De l'autre, nous regardons les conditions et modalités de passage de l'affaiblissement au renforcement de la légitimité et de la reconnaissance, car nous estimons que ce passage relève, comme l'a relevé Raymond (2010, p. 233), «sans conteste de la tension entre différentes situations de faiblesse ou de force qui ponctuent en permanence l'existence de tout acteur» fort ou faible. Mais avant d'y arriver, il convient de traiter des limites de la théorie de la reconnaissance fondée sur la tolérance politique.

### **2.2.1.2 Tolérer les pratiques différentes, n'est pas les reconnaître**

Les débats suscités par la rencontre des médecines africaines et la biomédecine ont ouvert une perspective articulant les «luttres sociales» (Payet & Battegay, 2008a) et *La lutte des places* (de Gauléjac & Taboada Leonetti, 1994; Thiery, 2011). Dans la mesure où, d'une part, il s'y joue d'importants conflits de statuts et de rôles sociaux entre gens de médecines africaines et gens de la biomédecine dont les effets ont été, entre autres, un sentiment de disqualification ou d'exclusion institutionnelle ; de délégitimation sociale ; et d'affaiblissement socioprofessionnel. D'autre part, les



réactions à ces effets ont engendré la *Lutte pour la reconnaissance* (Honneth, 2000) et les «guerres de reconnaissance» (Bauman, 2007), sur le fond de revendications d'une légitimité institutionnelle aux médecines africaines et d'une reconnaissance professionnelle aux praticiens de celles-ci. En effet, il semblerait que ces revendications portent sur quelque chose qui va au-delà de la simple demande de reconnaissance d'une légitimité sociale. Cela est vrai, car les populations se sont toujours adressées aux guérisseurs indépendamment de cette dernière ; alors même qu'ils ne disposaient pas des cartes d'accréditation que certains États délivrent de nos jours à certains guérisseurs. D'ailleurs, une équipe de chercheurs travaillant sur les questions de la légitimité sociale des guérisseurs au Zaïre a bien dénoncé la supercherie de la délivrance de telles cartes :

«By issuing individual licences to practice, the state merely announces publicly who the healers are, which the population already knows without its intervention. We find ourselves before a Policy of fool-the-eye, where we pretend to take the medicine of healers into consideration, without integrating this medicine into health services» (Nguete, et al., 1979, p. 218).

Par ailleurs, la redécouverte autour des années 1980 des médecines africaines a poussé la majorité des pays africains à reconnaître une identité médicale – sous caution - à celles-ci en tant que système de santé, mais pas au même titre que la biomédecine. Le caractère ambigu de cette reconnaissance sous caution, comme en témoigne la littérature que nous avons présentée plus haut, a engendré une attitude sceptique chez les guérisseurs. La question qu'on se pose est alors de savoir : si tant est que les médecines africaines ont été reconnues, comment expliquer, d'une part, le fait que les guérisseurs soient eux-mêmes sceptiques à l'égard de la reconnaissance qui leur a été attribuée ; et d'autre part, les peurs et insécurités<sup>6</sup> qui se traduisent par les plaintes, le malaise professionnel et le sentiment d'injustice que les guérisseurs continuent encore à exprimer ? Une possible issue partielle à cette question est qu'à la place d'une reconnaissance en bonne et due forme, les États africains ont servi aux guérisseurs, ce que les théories politiques de la reconnaissance appellent la tolérance politique. Cette dernière s'est traduite, dans les faits, par le respect de la différence et l'acceptation d'un système médical autre que la biomédecine [la coexistence des systèmes médicaux différents]. Comme le souligne la philosophe australienne Galeotti (1993, p. 586) : «Problems of political toleration arise when the political authority is faced with the question as to whether certain kinds of practices of behavior are entitled to noninterference

---

<sup>6</sup> «In the practice, then, healers are unprotected and are submitted to arbitrary sentences [...]. Healers are taxed inconsistently and put in constant danger of losing their right to practice, even though they try to protect themselves by obtaining attestation-diplomas. There are also powerless when an accident occurs during treatment or when customers refuse to pay their bills, etc» (Bibeau, 1982b, p. 1845).

or protection by the state». Autrement dit, la théorie politique de la tolérance est une approche de la reconnaissance politiquement correcte qui produit en retour, dans des régimes politiques qui prônent la tolérance et le respect de la différence, de mauvais résultats en termes d'entraves à l'autonomie professionnelle des guérisseurs et à leur «autoreprésentation», pour reprendre un concept de Jewsiewicki (2007). Et c'est bien ce qu'exprime Walzer (1997) lorsqu'il souligne dans *On Toleration* :

«Inequalities of all sorts, including those base on class, gender, culture and religion are characteristic of many tolerant régime, especially multinational emperies, the international society and consociations, all of which secure tolerance by acknowledging, to different and, in all cases, limits extents, the autonomy of the member societies to manage their affairs as they choose».

De son côté, Galeotti (2002) suggère dans *Toleration as Recognition* que l'approche de la théorie politique de la reconnaissance prend la tolérance pour la reconnaissance ; et semble confondre les revendications identitaires avec la dénonciation du caractère inéquitable des rapports de pouvoir.

À cet effet, la reconnaissance fondée sur la théorie de la tolérance politique comporte une grosse limite, en ce sens qu'étant rattachée au respect de l'identité statutaire, elle postule l'idée d'une égalité de traitement. Partant de cette idée, la théorie politique de la reconnaissance va développer une politique de la reconnaissance en amplifiant la dimension de l'identité statutaire. En réduisant les revendications des acteurs à cette dernière, comme l'ont fait Rawls (1971) et Taylor (1994), ces auteurs ont ignoré que leur théorie politique de la reconnaissance amènerait plutôt à conférer aux demandes de reconnaissance des acteurs affaiblis une valeur symbolique. Alors même que ce dont ces acteurs revendiquent et se battent pour est bien ailleurs. En effet, s'ils luttent, c'est moins pour la reconnaissance de leur identité que pour les situations d'inégale redistribution de l'estime sociale et de considération, une situation qu'ils vivent avec un sentiment d'injustice. C'est dans ce même esprit que Dejours (2007, p. 66) souligne dans ses études que «la reconnaissance attendue dans le monde du travail n'est pas la reconnaissance de la personne, et encore moins la reconnaissance de l'identité». Autrement dit, la reconnaissance attendue, souligne l'auteur :

«Porte non pas sur l'être, mais sur le faire. C'est dans un deuxième temps seulement que la reconnaissance portant sur le faire, lorsqu'elle a été obtenue peut être rapatriée dans le registre de l'être par le sujet lui-même [...]. Grâce à cette reconnaissance de ma contribution par les autres, je peux éventuellement avoir le sentiment, la conviction, voire la preuve que je suis devenu plus habile [...], plus compétent, plus aimable et estimable à mes propres yeux. Ainsi, par le truchement de la reconnaissance de mon travail, je peux dans un deuxième temps, mais dans un deuxième temps seulement, m'accomplir moi-même. Et cet accroissement profite alors à mon narcissisme, entendu ici comme amour de soi» (Dejours, 2007, p. 66-7).

Dans le cas particulier des guérisseurs que nous avons rencontrés, il semble que leur conception de la reconnaissance soit inséparable de l'émancipation professionnelle et de l'accroissement de leur personne. Leur conception de la reconnaissance est entièrement tissée, selon Dejours (2007, 66), «des liens entre reconnaissance et qualité de travail». Dans la mesure où, pour l'auteur, «la reconnaissance qui est structurante pour l'identité ne porte pas sur l'être» ou sur la personne. Cela est vrai, car les combats que mènent de nos jours les guérisseurs ne semblent pas s'inscrire dans l'axe «d'un manque de reconnaissance» identitaire, comme Taylor (1994, p. 89) l'avait lui aussi remarqué dans le cas du Québec. La nouveauté à l'époque moderne, disait-il dans *Grandeur et misère de la modernité* (Taylor, 1992, p. 65), «n'est pas le besoin de reconnaissance mais la possibilité qu'il puisse ne pas être satisfait». Il semble que c'est aussi le cas pour les néo-guérisseurs, car s'ils contestent la reconnaissance de l'identité statutaire, c'est parce qu'ils craignent qu'elle les maintienne dans une identité professionnelle dépassée qui décrit partiellement ce dont ils sont capables de faire actuellement. Autrement dit, ils craignent que la reconnaissance qui leur a été promise ou attribuée par le biais du discours politique ne fasse pas l'objet d'une reconnaissance institutionnelle et juridique.

### **2.2.1.3 Reconnaître juridiquement la reconnaissance**

Le vrai problème que pose la reconnaissance statutaire accordée au guérisseur, c'est qu'elle ne bénéficie pas d'un statut juridique. Le fait que les nouveaux guérisseurs s'insurgent contre la reconnaissance hiérarchique n'est pas étonnant, car, Rousseau (1987) en était très critique dans *Discours sur l'inégalité*, notamment au sujet de l'honneur hiérarchique. Une analyse de la légitimité, et donc de la reconnaissance de l'honneur hiérarchique dont jouissent actuellement les guérisseurs, situe les enjeux des luttes dans deux dimensions : d'abord, normatives de l'éthique des politiques publiques ; ensuite, des pratiques sociales caractérisées par une identité morale collective qui fonde, selon Blanchard (2004) dans le contexte de la critique constructive du concept de reconnaissance, les prétentions à la validité. La première a amené certains auteurs à considérer l'institutionnalisation de la reconnaissance comme vecteur d'une nouvelle ruse de la domination (Mveng, 1985; M. Vaughan, 1991). Dans la mesure où, en institutionnalisant ou formalisant les modalités de la reconnaissance, et donc de la rencontre, il n'est pas exclu que certains aspects pratiques du discours des acteurs faibles ne soient pas considérés, en l'occurrence les rituels magico-religieux et thérapeutiques dans le cas des médecines africaines. Or

c'est justement de ces rituels que les guérisseurs tiennent leur légitimité sociale des populations qui recourent à eux. Quant à la seconde dimension, elle relève que même lorsque les acteurs sociaux sont reconnus, ils continuent encore à s'exprimer suivant des procédures normatives avalisées par les institutions occidentales (Fritz & Fritz-Lengendre, 2005, p. 27), où, comme l'a souligné Weinstock (2008, p. 62), «c'est la théorie normative» qui organise la participation aux débats dans les espaces publics du pouvoir ; où c'est cette même théorie qui définit qui reconnaître, que reconnaître et comment reconnaître. C'est en cela que la reconnaissance peut se transformer en une figure ou en un vecteur de la domination (Martuccelli, 2004). Dans ses études sur la politique australienne, Povinelli (2002) a démontré que le discours de la reconnaissance peut devenir un dispositif de contrôle des populations, en les cantonnant dans une fausse authenticité nostalgique, plutôt que de leur donner l'espace politique requis pour définir le type de problèmes correspondant à leurs attentes sociales. Selon l'auteure, le risque est très grand que la reconnaissance devienne un outil de (re)production légitime de la domination sociale. En effet, si hier les guérisseurs [acteurs faibles] étaient interdits d'accès à l'espace public où ont lieu les débats qui les concernent (Hountondji, 2001, p. 55), aujourd'hui, ils y sont conviés. Mais la forme de leur apparition et celle de leur participation aux débats leur sont toujours dictées et imposées (Hountondji, 2005, 2007). Plus précisément, ils sont toujours cooptés (Hountondji, 1998) comme s'ils étaient incapables de s'autoreprésenter, ce qui occulte leur génie propre et capacité de penser par eux-mêmes leurs problèmes et, à déterminer les arrangements sociaux qui leur conviennent.

Dans les débats publics où ils sont parfois admis, les guérisseurs ont très souvent le statut d'objet de discussions que celui de participants ; ils ne bénéficient pas d'une pleine participation à titre de partenaires à part entière. L'absence d'une telle participation donne lieu, selon Fraser (2005, p. 79), à l'exclusion et à un déni de reconnaissance : «lorsque les modèles institutionnalisés de valeurs culturelles constituent certains acteurs en êtres inférieurs, en exclus, en tout autres, pour les rendent simplement invisibles, c'est-à-dire en font quelque chose de moins que des partenaires à part entière de l'interaction, alors on doit parler de déni de reconnaissance et de subordination statutaire». Le statut d'acteur n'est alors attribué aux guérisseurs que lorsque vient le moment d'appliquer les décisions prises sans eux dans les espaces publics. Dans cette perspective, on peut dire qu'ils ne prennent pas pleinement part à la discussion, si celle-ci signifie «cette

argumentation équitable, inclusive, critique ouverte à tous ceux qui sont affectés par la décision» (Fraser, 2005, p. 115).

#### **2.2.1.4 La reconnaissance normative**

Les débats sur la reconnaissance normative posent le problème de ce qu'est une véritable reconnaissance. L'implicite de ce problème est que la reconnaissance normative est évaluée en fonction des attentes sociopolitiques des instances qui les décernent. Or la satisfaction de ces attentes constitue, selon Renault (2004), le point qui divise les théoriciens de la reconnaissance, en particulier dans le débat qui a opposé Honneth à Fraser (2003). Est questionné dans ce débat le lieu d'ancrage des normes de l'action et de l'agir qui régissent les interactions interindividuelles. Il s'agit de savoir, comme se demande Fraser, si la théorie de la reconnaissance de Honneth part des normes de l'action et de l'interaction sur le terrain des pratiques ou des normes institutionnelles. Autrement dit, «les normes qui permettent d'adopter un point de vue critique sur les institutions sont-elles celles que les institutions produisent ou celles à partir desquelles les individus les abordent?» (Renault, 2004, p. 181). Par cette interrogation, Renault attire l'attention sur un aspect capital que la théorie de la reconnaissance normative de Honneth prend difficilement en compte : les formes d'injustice qui la traversent. Les principes normatifs qui la sous-tendent produisent des formes de contraintes institutionnelles relevant de la simple application d'une règle selon un usage déterminé, là où, parfois, c'est la négociation ou le tâtonnement qui prévalent.

En ce qui concerne notre étude, nous nous situons dans l'axe des normes des interactions régulant l'agir autant chez les acteurs affaiblis institutionnellement [les guérisseurs] que chez les acteurs fortement reconnus et légitimés [les biomédecins]. Dans la mesure où le renforcement de la légitimité des acteurs faibles peut aussi entraîner le renforcement de celle des acteurs forts. Ce double ancrage du renforcement inscrit notre approche théorique de la reconnaissance dans une double perspective de «re-capacitation». C'est d'ailleurs ce qu'exprime le concept de «deux conceptions de l'empowerment» développé, ailleurs, par Cantelli (2013, p. 13). En effet, cette approche invalide la théorie normative qui s'apparente à une sorte de régime de délibération démocratique par rapport à un régime de discussion, celle-ci étant ce dont ont besoin les acteurs affaiblis pour s'auto-représenter dans l'espace public des points de vue. Nous préférons le régime de discussions à celui de la délibération, car le premier ne s'affranchit pas radicalement de la lutte

pour le pouvoir (Payet & Battegay, 2008b, p. 26), et de la logique d'imposition d'un point de vue. Il y a une proximité étrange entre la théorie normative et le régime de délibération, ce qui la rapproche des régimes féodaux qui se caractérisent par une hiérarchie attribuant aux individus de l'estime sociale différente en fonction de leur naissance, alors même que les acteurs la récusent.

Cela étant, la théorie de Honneth génère un type de domination que Martucelli appelle «la domination par inculcation (2004, p. 469). La reconnaissance qui en découle correspond, selon Payet et Battegay (2008b), à la reconnaissance assignée ou à la reconnaissance conditionnée avec cadrage identitaire. De telles reconnaissances aboutissent, dans la majorité de cas, au figeage des groupes et des personnes [minoritaires] dans des sortes de carcan identitaire. Dans cette perspective, on assiste à une reconnaissance dépréciative et imparfaite (Giuliani, Jolivet, & Laforgue, 2008, p. 121), ou encore à une méconnaissance et au mépris. Dans la mesure où ce type de reconnaissance place au centre non pas le point de vue des individus et des groupes demandeurs de la reconnaissance, mais les normes des institutions et les intérêts de celles-ci. Il a comme conséquences, entre autres, le fait que les acteurs du groupe minoritaire ne bénéficient de la reconnaissance que s'ils se soumettent aux normes institutionnelles du groupe majoritaire, ce qui revient à dire que les premiers reconnaissent eux-mêmes la validité des catégories qui leur sont appliquées. C'est le caractère normatif de la reconnaissance institutionnelle qui s'affirme et non les désirs et les volontés des demandeurs. C'est pour cela qu'on assiste très souvent au refus de la reconnaissance institutionnelle par certains groupes minoritaires. Mais il est important de noter que par ce refus, ces derniers tentent, même désespérément, de modifier les rapports de pouvoirs inhérents à la logique normative de la reconnaissance. Dans la mesure où les règles de l'interaction entre les groupes minoritaires et les groupes majoritaires sont insérées dans des rapports de pouvoir ; et rendent propice, d'un côté, l'instrumentalisation et la manipulation de la reconnaissance ; et de l'autre, engendrent des formes de justice sociale prêt-à-reconnaître, où les revendications sont pré-formatées en dehors des attentes des acteurs sociaux minoritaires.

Par ailleurs, les modèles institutionnalisés de reconnaissance travaillent en faveur des groupes majoritaires, car ce sont ces derniers qui définissent, généralement, les repères normatifs de ce qui doit être reconnu et méconnu : l'exemple de la méconnaissance des rituels thérapeutiques en est une parfaite illustration des empêchements normatifs que subissent les groupes minoritaires.

Autrement dit, les majoritaires imposent aux minoritaires leur modèle de vérité en dehors de toute confrontation avec les *Raisons [des] pratiques* (Bourdieu, 1994). Les modalités de la reconnaissance sont déterminées à partir d'un ordre social préétabli, ce qui met les groupes minoritaires dans une situation de visibilité négative. Or, une fois institutionnalisés, les modèles de valeurs culturels majoritaires transforment certains acteurs en êtres inférieurs ; en exclus ; ou les rendent simplement invisibles ou les retirent leur statut de partenaires à part entière de l'interaction sociale. Fraser (2005, p. 79) désigne cela «de déni de reconnaissance ou subordination statutaire», ce qui représente la manifestation la plus élaborée d'une forme d'injustice sociale, car certains acteurs, les minoritaires, sont considérés, d'emblée, comme capables et d'autres, les majoritaires, comme incapables. Dans ce contexte, l'expression de points de vue des groupes incapables a une portée limitée, car la reconnaissance accordée ne se fait pas à partir des normes de l'action dans la relation sociale. Pourtant, c'est à partir de ces normes que sont :

«Soulignées les qualités, compétences, capacités, requises de la part de ces agents pour produire de la reconnaissance : qualités d'écoute et de compréhension, compétences pour catégoriser les individus usagers comme personnes, quitte à se décentrer des cadres routiniers du jugement et à aménager ponctuellement la règle, à transformer le bruit des plaintes des faibles en parole, à traduire en prenant la parole» (Payet & Battegay, 2008b, p. 33).

### **2.2.1.5 Au cœur de la rencontre et reconnaissance : les compétences et les capacités**

L'approche de la rencontre et de la reconnaissance par les compétences semble être une issue favorable dans l'espace de sociabilité thérapeutique. La littérature sur les nouveaux traditionnels et les nouveaux modernes souligne qu'ils sont soucieux avant tout du succès de l'acte thérapeutique. La conduite des derniers à l'égard des premiers s'aligne sur le pragmatisme. Il s'agit des soignants biomédicaux qui sont, comme l'a relevé de Rosny (1996, p. 221) au sujet d'un groupe de thérapeutes camerounais dont les actions sont inscrites dans une réciprocité de perspectives, «capables de dépasser les règles de la nosologie académique» biomédicale ; de quitter l'idéologie biomédicale et de ne s'en tenir qu'à l'idéologie à laquelle répondent les pratiques de soins. C'est bien ce qu'a Benoist (2004, p. 282) à l'esprit lorsqu'il écrit : «En matière de soin, une vérité médicale va bien loin qu'une vérité scientifique, et de la même façon, la vérité d'un rituel va au-delà de la vérité médicale». Les néobiomédecins font bien la distinction entre les deux formes de vérité, et par conséquent, ne reconnaissent que les compétences des soignants ; et ne considèrent pas d'emblée, comme l'ont souligné Bibeau et Charland (1994, p. 375) à Bandiagara au Mali, la légitimité des pratiques thérapeutiques – biomédicales et des médecines africaines – du seul fait

qu'elles existent et qu'une tradition médicale les justifie. Mais procèdent-ils plutôt «à leur évaluation de manière à introduire éventuellement des corrections ou à apporter des compléments par exemple au niveau du savoir ou des médicaments lorsque le bien du malade le requiert». Leur posture tient du fait qu'ils n'ignorent pas que la légitimité est le produit d'un exercice de pouvoir ; alors que la compétence et la capacité supposent des connaissances – expérientielles, théoriques, etc. La compétence ne se distingue pas, selon Ropé et Tanguy (1994, p. 14), «d'un ensemble de connaissances, capacités, aptitudes qui mettent en mesure de discuter, consulter, décider de tout ce qui concerne son métier». Elle est, selon les auteurs, inséparable de l'action, étant entendu que l'action elle-même, à son tour, est liée à l'expérience, selon la conception de Dewey (2010, p. 43). Elle relève du registre de la capacité à faire, comme l'a relevé Sennett (2009a, p. 13) dans *The Craftsman*, «un travail comme il faut». La capacité n'étant pas, selon l'auteur, «une activité dont seule une petite élite composée de spécialistes de haut niveau détiendraient le monopole».

Vu sous cet angle, les guérisseurs possèdent des capacités et des compétences qui pourraient circuler d'un secteur de soins à un autre, ce qui confère à la capacité un caractère partageable. Ainsi, la notion de partage capacitaire s'avère très féconde sous les différentes formes auxquelles les capacités des individus non accrédités peuvent être mobilisées. Il ne s'agit plus ici d'un individu envisagé sous l'angle de déficit de capacités, mais d'un individu comparable à l'homme capable de Ricœur (2005). Cette façon de penser la capacité invalide la posture de l'OMS et celle des autorités nationales de la santé publique qui ont toujours considéré les guérisseurs comme des personnes qui manquent de compétences et de capacités d'expertise. Pour ces autorités, la capacité d'expertise des guérisseurs serait de l'ordre du savoir profane, et celle des biomédecins, de l'ordre du savoir expert. Pourtant, Il existe une dimension de l'expertise qui concerne le «bas» de la pyramide sociale, c'est-à-dire celle qui correspond à ce que Foucault (1976) désigne sous le nom de «savoir des gens» : ce savoir étant généralement celui qui vient du terrain. C'est une vue de la réalité sociale d'en bas [bottom up], par opposition à une vue de la même réalité d'en haut [top down].

À regarder toujours en priorité les personnes qui bénéficient d'un haut niveau de qualification, on risque de passer, comme l'a remarqué Sennett (2009, p. 13), à côté de ce que l'auteur appelle «l'expertise quotidienne». Tout en considérant, bien entendu, l'expertise institutionnelle, voire celle des «gens d'en haut», c'est prioritairement l'expertise quotidienne des «gens d'en bas» que nous



tentons, dans cette thèse, de faire parler, en questionnant la notion de compétence, du point de vue usagers de soins et celui des praticiens de terrain. Aussi, nous nous intéressons aux modalités et mécanismes de passage des capacités non accréditées aux capacités accréditées, chez les soignants affaiblis, car nous pensons que les deux formes de capacités se soutiennent les unes les autres. Cette posture que nous héritons du sociologue Sennett nous intéresse, car elle permet une analogie fort évocatrice entre la position des guérisseurs et celle des infirmiers, considérés comme des gens d'en bas par rapport à celle des biomédecins dans la hiérarchie des positions de pouvoir. À propos des compétences des gens d'en bas, l'auteur note par exemple que «les individus sont dotés de qualifications (skills), mais il y a comme une sorte d'invisibilité qui occulte leur savoir-faire aux yeux des autres. Quand on parle d'expertise, on évoque toujours les élites».

Cette posture nous intéresse, car on a rarement attribué les compétences aux acteurs faibles. Or cette attribution vient fragiliser la position dominante de la biomédecine, qui va devoir partager le monopole de la compétence avec les guérisseurs ; ce qui ne permet plus que les savoirs ordinaires non experts soient relégués aux marges des savoirs dits experts. Aidés par certains biomédecins complices dont nous allons décliner plus loin dans le texte les stratégies de complicités, les guérisseurs vont opérer une rupture entre ce que de nombreux auteurs appellent «savoirs ordinaires», et donc profanes et «savoirs experts» (Blais, 2006), et ce, depuis les marges de ces derniers. Mais ce qui est intéressant d'explorer, c'est comment s'opère cette rupture dans un contexte de rapports de forces asymétriques, où les guérisseurs sont minoritaires et dominés ?

### **2.2.1.6 Reconnaissance au cœur des inégalités et des écarts de grandeurs**

La question théorique à laquelle nous voulons répondre ici porte sur la tension entre le respect statutaire, fondé sur la dignité humaine ; et l'estime individualisée, envisagée par l'anthropologie capacitaire comme un mérite. Notre positionnement focalise sur les mécanismes de passage du respect statutaire au respect mérité, fondé sur la «capacité, la compétence et l'empowerment» (Genard, 2013). Il tient de ce que les revendications de nos jours ne portent pas ou plus seulement sur le simple respect de la différence identitaire, comme cela apparaît dans la conception de la reconnaissance chez Taylor (1994). Par ailleurs, la dimension de respect qui fonde le modèle statutaire de Fraser est, certes, importante dans la reconnaissance, l'égalité de participation à la vie politique à laquelle elle aspire. Mais elle semble relever, dans les nouvelles approches du concept de la reconnaissance, d'une utopie. Comme cette égalité, dans les faits, n'existe pas, elle

est progressivement abandonnée au profit de la dimension de l'estime de soi individualisée qui apparaît dans le troisième modèle de la théorie de la reconnaissance de Honneth (2000). L'estime s'attache aux qualités proprement individuelles et est, selon Heinich (2009, p. 374), constitutivement inégalitaire. Dès lors, on peut avancer que l'estime de soi individualisé se rapproche de l'honneur parce que, lui aussi, «est», dit (Haroche, 1998, p. 34), foncièrement inégalitaire, en tant qu'il dépend de grandeurs personnelles, variables d'un individu à un autre». Alors que le respect statutaire ou de statut se rapproche plutôt de la dignité universalité et égalitaire. C'est aussi la même chose que souligne Taylor lorsqu'il écrit : «Le problème à propos de l'identité personnelle originale et qui émane de l'intérieur, c'est qu'elle ne dispose pas de cette reconnaissance *a priori*. Elle doit se mériter à travers l'échange, et elle peut échouer». Ainsi, l'estime se trouve alors inscrite même au cœur de la conception des ordres de la grandeur que défendent Boltanski et Thévenot (1991) et Ferry (1991), comme des piliers de la reconnaissance.

Une conception de la reconnaissance basée sur le mérite ou sur l'estime de l'individualité se rapproche de ce que Haroche (1998, p. 37) a qualifié de «considération», concept qu'elle utilise comme synonyme de la reconnaissance. Ainsi, l'auteure souligne dans *La considération* que :

«Montesquieu aperçoit une différence entre le mérite d'une personne, conduisant à des liens forts, authentiques avec quelques uns, et le respect conventionnel, codifié qui s'accompagnant de signes visibles de distinction, suppose une certaine forme de discrétion. L'idée même de considération doit ainsi être étroitement liée aux expressions sociales de l'honneur, et dans le même temps au mérite personnel traduisant des qualités intérieures [...]. C'est en cela que Rousseau prolonge véritablement la réflexion de Montesquieu [...] : il ne saurait y avoir d'égalité dans la considération et dans la reconnaissance».

L'approche de l'estime sous l'angle des luttes de places a été très peu explorée par l'approche philosophique de la politique de la reconnaissance. Alors qu'elle dénote en réalité l'idée même de lutte au cœur des processus des revendications à la reconnaissance. Ainsi «l'estime», soumise à comparaison, est distribuée, selon (Heinich, 2009, p. 375), en quantité limitée, donc prise dans la rivalité distinctive, alors que le respect, renvoyant à la dignité principielle de tout être humain est une valeur hors comparaison qui, comme toute valeur morale, est disponible en quantité illimitée.» En effet, elle sous-entend, comme nous le verrons plus loin, l'existence des critères d'attribution et de distribution de l'estime sociale qui ne va pas sans évoquer «des écarts de grandeurs», un concept que nous empruntons à Heinich (1999). Ces écarts soulignent ici le respect des inégalités de compétences qui sont, du point de vue de l'anthropologie capacitaire, au fondement même de la justice sociale, même si les régimes démocratiques s'en défendent. Le vrai problème qui se

pose alors est celui de savoir s'il faut légitimer ces écarts de grandeurs, et donc les inégalités justes fondées sur le mérite. Cette approche est intéressante parce qu'elle nous permettra de voir dans notre travail comment ces écarts de grandeurs s'inscrivent dans les rapports professionnels entre guérisseurs et biomédecins, et quels impacts ont-ils sur la rencontre et la reconnaissance.

Les problématiques actuelles de la reconnaissance s'éloignent du simple respect dû par principe et collectivement à une catégorie. Elles évoquent de plus en plus l'estime sociale : une valeur allouée individuellement et sous conditions : «pour passer du respect à l'estime, il faut accepter, d'une part, écrit Heinich (2009, p. 372), de passer du plan de principes au plan des faits, en se penchant sur la réalité des pratiques, des représentations et des valeurs mises en œuvre par les acteurs» ; et d'autre part, «d'affronter la dimension conflictuelle, voire agonistique du processus de reconnaissance en ce qu'elle implique une reconnaissance des inégalités, et une prise en compte des risques d'envie associés à tout écart de grandeur». La reconnaissance relevant de l'estime sociale s'accompagne de la dimension axiologique et repose essentiellement sur le critère de l'inégalité. L'estime suppose une conception de la reconnaissance qui fait appel, d'abord, à la compétition, à la concurrence et au mérite ; et, ensuite, à une valeur intrinsèque [individuelle] inégalement distribuée. C'est pour cela que nous avons fait recours plutôt à une sociologie des épreuves articulée à l'anthropologie capacitaire pour mieux poser le problème de la reconnaissance dans le contexte des rapports de pouvoir asymétriques entre acteurs forts et faibles.

### **2.2.1.7 Parcours d'épreuves et anthropologie capacitaire**

La conception de la reconnaissance à laquelle nous adhérons dans cette thèse s'inscrit, rappelons-le, à la frontière d'une double perspective disciplinaire. D'une part, nous nous référons à la sociologie des épreuves d'inspiration pragmatique. La sociologie pragmatiste s'appuie sur la notion de parcours d'épreuves : un aspect de la (re)qualification professionnelle qui commence à être admis par de nombreux auteurs (Boltanski & Chiapello, 2011; Heinich, 1999; Thévenot, 2011). Dans ses travaux de recherche, Martuccelli (2009, p. 8) décrit et considère la sociologie des épreuves comme un système standardisé d'épreuves d'individuation permettant d'envisager une société dans son unité. Il s'agit d'un effort intellectuel et critique qui participe de la conviction que c'est au travers d'une sociologie historique et pragmatiste écrite à l'échelle individuelle, grâce à la

notion d'épreuves [de la grandeur, de justification, de connaissances, etc.], qu'il est possible aujourd'hui de mieux cerner les grands enjeux de la globalisation ou de la mondialisation. Il s'agit pour l'auteur de proposer un regard sociologique en lien avec la prééminence de l'individu dans la société. Dans la sociologie pragmatiste, l'action est au cœur de l'expérience, dans la mesure où celle-ci ne se pense pas en dehors d'une dynamique d'interactions, où les individus qui interagissent peuvent, en fonction des régimes d'engagement des uns et des autres, agir ou subir.

D'autre part, nous convoquons l'anthropologie capacitaire défendue par Ricœur<sup>7</sup>, dont on trouve une élaboration complète dans *Soi-même comme un autre*. Mais c'est dans *Parcours de la reconnaissance* (Ricœur, 2004) qu'apparaît clairement la conception qu'a Ricœur du concept de reconnaissance. Et c'est l'orientation qu'il lui en donne qui nous intéresse. Les trois livres constituant l'ouvrage traitent, chacun, d'un aspect particulier de la reconnaissance. Le premier appréhende la reconnaissance sous trois acceptions : la reconnaissance comme identification [d'un objet, d'une personne]; la reconnaissance de soi et la reconnaissance mutuelle. Dans le second, la reconnaissance s'assimile à la capacité d'agir, qu'on retrouve thématiquement dans *Devenir capable, être reconnu* (Ricœur, 2005). C'est en cela que l'ouvrage est aussi un parcours d'acteurs combattant pour la justice sociale. Le troisième tente de dépasser le caractère inéluctablement conflictuel de la lutte qu'on reconnaît aux théoriciens de la reconnaissance tels que Honneth, à la suite de Hegel, pour faire appel à une reconnaissance mutuelle et pacifiée sur le modèle du don réciproque qui fait l'expérience de la gratitude, telle que défendue par Hénaff (Hénaff, 2002, 2009) et Anspach (2002), à la suite de M. Mauss (1923). Comme l'écrit Ricœur (2004, p. 365) : «La révolution de pensée que propose Hénaff consiste à déplacer l'accent de la relation sur le donateur et le donataire et à chercher la clé de l'énigme dans la mutualité même de l'échange entre protagonistes et d'appeler reconnaissance mutuelle cette opération partagée». Notre vision de la reconnaissance s'inscrit dans les deux derniers livres du *Parcours de la reconnaissance*.

---

<sup>7</sup> Notons que P. Ricœur nourrit sa conception de la reconnaissance des emprunts d'idées à divers théoriciens de la reconnaissance. Sa conception de celle-ci s'abreuve à différentes sources intellectuelles, dont trois foyers philosophiques qui lui servent de soubassement conceptuel : le foyer de sens kantien, sous le vocable de *Rekognition*, dans la première édition de la *Critique de la Raison pure* ; le foyer bergsonien, au titre de reconnaissance des souvenirs ; et enfin, le foyer hégélien de l'époque de la *Realphilosophie* à Iéna, sur lequel s'appuie d'ailleurs Honneth et Fabian (2001), sous le vocable de *Anerkennung*. Par ailleurs, il reconnaît avoir adopté jusqu'à un certain niveau le projet normatif de Honneth : «À ce projet, j'adhère pour l'essentiel», dit-il (Ricœur, 2004, p. 294).

La sociologie pragmatiste et l'anthropologie capacitaire s'éloignent des positions dominantes qui, d'une part, consistent à ramener, selon Donzelot (2005, p. 88 cité par Cantelli, 2013, p. 66), toute technologie de pouvoir à un procédé de soumission et non d'élévation ; et d'autre part, configurent des formes majoritaires de capacités/compétences favorables à une neutralisation et à une diversification du pluralisme des horizons chez des agents institutionnels et non institutionnels. Ce double courant récuse le caractère surplombant des grandes théories socio-anthropologiques totalisantes, incapables de prendre en compte le rôle et la diversité des instances, des normes et des discours intermédiaires dans l'analyse de la reconnaissance. L'intérêt pour lui tient de ce qu'il permettra, d'un côté, «de saisir la variété des théories politiques qui configurent les formes spécifiques de capacités et des types de pouvoir, invitant à une démarche sensible au pluralisme (Cantelli, 2013, 66), et de l'autre, de lire les pratiques des agents en étant attentif à la manière dont ils s'élèvent de la soumission ; s'inscrivent dans la diversité ; articulent et font usage de celle-ci.

L'anthropologie capacitaire et la sociologie pragmatique s'unissent autour de la notion d'épreuves et de capacités à agir. Elles font du parcours d'épreuves un dispositif de promotion sociale qui place les compétences au cœur de la professionnalisation et de la distinction des formes de l'estime et de l'honneur. Le modèle du système capacitaire qui découle de l'anthropologie capacitaire est intéressant parce qu'il lie les visées de justice, d'autorité et de reconnaissance aux capacités anthropologiques de l'humain (Thévenot, 2012, p. 11); et permet de concilier les sources de capacités subjective et normative qui sont, selon Costalat-Founeau et Guillen (2009, p. 12), «le principal facteur d'évolution positive de l'agentivité». La capacité subjective correspond, selon les auteurs, à ce que l'individu se sent à même de faire. La capacité normative lui est renvoyée par son milieu social, via l'action des épreuves. Ainsi, les capacités constituent, par le biais de l'action et des expériences quotidiennes, un «objet-lien» par quoi s'exprime la reconnaissance réciproque.

En effet, penser la reconnaissance en termes de liens de solidarité rejoint la reconnaissance sous la forme de don dont revendique Ricœur, à la suite de Mauss, Henaff (2009) et Anspach (2002). Elle est au cœur des préoccupations théoriques de Fabian (2001) et de Appiah (2007). Distinguant l'Erkennung» de «Widerkennung», Fabian assimile la reconnaissance à l'«Anerkennung» : «a kind of acknowledgement that must be given to the human beings who are subjected to inquiries» (Fabian, 2001, p. 159). Il aborde la reconnaissance comme une question épistémologique en anthropologie critique et une question d'éthique, de droit et de lois, ou de légitimité institutionnelle

(p.173-174) ; et l'envisage comme une relation de réciprocité, une relation de communication intersubjective entre des acteurs qui sont des sujets à part entière. Cette perspective rejoint bien celle de Appiah (2007) qui inscrit son approche dans une conception dialogique et processuelle de la reconnaissance. Dans cette approche, la communication renvoie à un modèle de cohabitation des univers différents, où les uns et les autres y échangent mutuellement ; où ils apprennent à vivre [ensemble] dans le respect (2007, p. 78) des systèmes de justifications, des ordres de la grandeur et de la reconnaissance ; où ils s'habituent à la différence de ces ordres et systèmes, sans pour autant ni se convertir à la position de l'autre ni envisager un consensus sur la base de la compromission, mais plutôt sur celle du compromis (Ricœur, 2004). Cette approche conduit Appiah à la reconnaissance intersubjective qui s'accorde avec la reconnaissance institutionnelle ; laquelle passe par ce que l'auteur qualifie (2007) «des accords locaux», évitant ainsi le caractère monolithique de la reconnaissance identitaire. Ainsi, son approche l'a conduit à développer une perspective de la reconnaissance connective qui permet, comme le souligne Meintel (2008) dans un autre contexte, de rendre la notion de «reconnaissance plus conviviale», car elle met en évidence son potentiel en termes de «connectivité sociale génératrice» de liens et de solidarité.

Par ailleurs, une anthropologie de la reconnaissance fondée sur le système capacitaire a l'avantage qu'elle s'arrache de l'alternative d'une reconnaissance politique (Taylor, 1994) et d'une reconnaissance normative (Honneth, 2000), et fait apparaître ce que les deux postures théoriques de la reconnaissance ont en commun d'ignorer : l'espace social des pratiques de soins relativement indépendant par rapport aux normes politiques de régulation, à l'intérieur duquel se jouent, se négocient et se produisent des épreuves de qualification que font surmonter aux individus aspirant à la reconnaissance d'autres figures douées de pouvoir de reconnaissance. Étant entendu que ces figures n'ont pas encore subi d'institutionnalisation. La reconnaissance qui en émerge est l'aboutissement d'une lutte symbolique entre des personnes dotées de compétences et de capacités d'expertise institutionnalisées et non institutionnalisées, même si ces capacités et compétences sont inégales. Elle nous intéresse parce qu'elle rend compte d'une pluralité de justifications publiques et de conceptions de la justice s'appuyant sur une variété de mondes (Cantelli, 2013, p.66) [illégitimes, moins légitimes ou légitimes] ; et cherche à faire un trait d'union entre les compétences/capacités institutionnelles et non institutionnalisées, en cherchant les conditions de passage à l'institutionnalisation des compétences qui n'ont pas encore subi le processus d'institutionnalisation. Notre attention se focalise ici sur les conditions de

passage, car elles sont le lieu où peuvent s'observer les processus de l'«agir faible» et ceux de l'«agir fort», et donc des deux conceptions de l'empowerment (Cantelli, 2013). Dans la mesure où il ne s'agit pas pour nous de privilégier un mode d'action par rapport à un autre, mais plutôt d'essayer de comprendre comment les compétences non institutionnalisées agissent sur les compétences institutionnalisées, et la manière dont celles-ci y répondent : à savoir sa réception.

En effet, une analyse comparative des rapports entre les anciens et nouveaux guérisseurs met aussi clairement en évidence les écarts entre ces deux types d'acteurs appartenant pourtant aux médecines africaines. Les attitudes de distanciation caractérisent leurs rapports au sein même des médecines africaines. Une analyse approfondie des mobiles de la mise à distance des uns par les autres serait alors intéressante, en ceci qu'elle pourrait permettre de faire ressortir le point de résistance entre eux. De même, on observe aussi les mêmes écarts qui se creusent à l'intérieur de la biomédecine entre les biomédecins conformistes et les biomédecins non conformistes, ces écarts émanant de la réception différentielle de l'autoreprésentation des nouveaux guérisseurs. Dans les deux cas, ce qui faisait la dignité des guérisseurs et biomédecins classiques, à savoir une reconnaissance identitaire, ainsi que le profit de la position de la domination symbolique qu'ils en tirent, est, par contre chez les néo-biomédecins et les néo-guérisseurs, au principe de l'indignité. Dans la mesure où ces derniers sont pris dans le mouvement des lois des pratiques même de la reconnaissance résultant du terrain des soins ; lesquelles peuvent être bien différentes des lois de la théorie et de la politique de la reconnaissance statutaire, production de l'idéologie majoritaire.

Ainsi, la reconnaissance capacitaire constitue un pas vers la manifestation de la justice sociale, du moment où elle est le produit des épreuves de compétition. Ceci a un sens profond, car la vie est comme une bouteille lancée à la mer sur laquelle est écrite : attrape qui peut. Telle est en substance la signification qu'on peut attribuer aux ordres des grandeurs qui se résument sous l'unique mot d'épreuves, voire de justice. Ainsi, le concept de reconnaissance capacitaire s'associe parfaitement à l'idée de compétition et de concurrence, et s'accorde également bien, comme on le verra dans le paragraphe suivant, avec le concept des ordres de la grandeur et d'ordonnement.

### **2.2.1.8 Ordre des grandeurs et ordonnancement des ordres de reconnaissance**

Pour construire notre argumentation autour des ordres de la grandeur en lien avec les ordres de la reconnaissance, nous sommes allés chercher des appuis théoriques chez J.-M. Ferry (1991) et L.

Boltanski et L. Thévenot (1991). Nous avons emprunté à J.-M. Ferry le concept des «ordres de la reconnaissance» qu'il développe dans le tome II dans *Les puissances de l'expérience* ; et À L. Boltanski et L. Thevenot, le concept des «économies de la grandeur» qu'ils développent dans *Les économies de grandeurs*. Ces concepts nous intéressent parce qu'ils fournissent divers critères de la reconnaissance et du déni de la reconnaissance. Ils permettent aussi d'évaluer les prestations sociales et les systèmes de promotions socioprofessionnelles des individus se réclamant de l'idée de justice, suivant une pluralité de caractéristiques qui font qu'une personne peut être tenue pour «petite» ou «grande», en fonction d'une diversité de grilles de grandeurs que les auteurs appellent les économies, et ce, en raison de leur cohérence par rapport à un certain type de réussite sociale. Les ordres de la reconnaissance correspondent, chez Heinich (2009, p. 372), à «l'exigence d'ordonnement des grandeurs» qui se décline sous diverses formules : prix acquis, mérite, grandeur, médiocre, etc., que l'auteure définit comme opération de mise en ordre. Les ordres de la reconnaissance, les économies de la grandeur et l'ordonnement des grandeurs s'accrochent bien à ce que Ricœur appelle, dans *Le Juste I*, «la pluralité des instances de justice» (Ricœur, 1995, pp.121-142). Ricœur distingue chez Boltanski et Thévenot six ordres d'économies de la grandeur que ces auteurs regroupent sous le nom de cité<sup>8</sup>. Chaque cité possède, selon eux, des formes de justification présentant une plus grande variété de formes de reconnaissance. En effet, ce qui est essentiel à noter c'est que chaque ordre comporte, et Greisch (2006, p. 168) l'a relevé, ses propres épreuves de grandeurs et justification ; ses propres formes d'attribution et de déni de reconnaissance, ce qui ouvre l'accès à une pluralisation des ordres de reconnaissance.

Remarquons par ailleurs que la conception des «ordres» chez Ferry (1991) et chez Boltanski et Thévenot (1991) se rapproche de la conception pascalienne. Chez Walzer (1983), les ordres correspondent aux *Sphères de la justice*, dont il en distingue plusieurs au sein d'une même cité. Une théorie de la reconnaissance capacitaire s'appuyant sur la pluralité des ordres de la grandeur ou des sphères de la justice s'oppose à la théorie de la justice contractualiste de J. Rawls (1971) qui défend une reconnaissance égalitaire selon laquelle les biens (de santé) doivent être distribués également. Contre l'égalitarisme simplifié de Rawls, Walzer a opposé la théorie de l'égalité

---

<sup>8</sup> Il en est ainsi de la cité d'inspiration (Ricœur, 2004, p. 323) ; de la cité de l'opinion ; de la cité domestique ; de la cité civique ; de la cité marchande [p. 324] ; et de la cité industrielle [p. 325] qui possèdent, selon L. Boltanski et L. Thevenot (1991, p. 25), des formes de justification présentant «une plus grande variété de formes de justification».



complexe qui garantit l'autonomie des biens et des personnes. Selon l'auteur, qu'il s'agisse des «ordres» ou des «cités», l'entrée ou le passage d'un ordre à l'autre suppose de réussir l'épreuve d'insertion dans l'ordre, par exemple des biomédecins. La théorie de l'égalité complexe s'inscrit dans l'axe de la reconnaissance des ordres de compétences, étant entendu que celles-ci ne sont jamais égales. C'est dans cette perspective que Walzer (1983, p. 255) affirme que l'égalité en matière de reconnaissance est impossible». Pour le philosophe américain, «dans la lutte pour la reconnaissance, il n'y a pas d'égalité de résultats ; seule est possible l'égalité de possibilités».

De plus, les ordres indiquent que nous pouvons appartenir tantôt à l'une ou l'autre de ces sociétés, voire à toutes à la fois, même si les relations entre elles sont foncièrement critiques ; faites de litiges ou de différends ; et de situations de disputes engendrées par les épreuves de qualification dans un ordre donné de la grandeur. Les ordres ouvrent à la pluralité des mondes et de registres de rationalités. Les inscriptions dans divers milieux d'appartenances sont chez Lahire (2006) les ressorts de *L'homme pluriel*, et chez Thévenot (2006), ceux de *L'action au pluriel*. L'homme au pluriel se caractérise par une diversité d'actions, et surtout, par une diversité de registres de rationalités susceptibles d'être mobilisées à chaque moment. Mais ce qui nous intéresse ici, c'est que l'homme pluriel est un homme qui invente et aspire à l'auto-représentation de lui-même, suivant deux figures de l'autonomie mises en évidence par la sociologie pragmatiste. En effet, être autonome dans la première figure, c'est suivre librement une règle «déjà-là» (Payet & Laforgue, 2008, p. 12) ; et dans la seconde, faire preuve d'autonomie, c'est modifier, voire inventer une règle d'action» qui soit favorable à la reconnaissance de soi à la fois par soi-même et par autrui. Dans les deux cas de figures, c'est la seconde qui intéresse la démarche que nous avons adoptée dans cette thèse.

### **2.2.2.1 Reconnaissance assignée et reconnaissance disputée**

La reconnaissance assignée découle d'un régime délibératif ; et la reconnaissance disputée est produite par un régime de discussion. Cette dernière diffère de la première en ceci que les disputes engendrent de l'argumentation. Or, cet aspect est sous-estimé par les diverses théories de la philosophie politique et morale, y compris les théories classiques de reconnaissance qui mettent l'accent plutôt sur le pouvoir économique et la domination. Ce reproche s'adresse en particulier à Fraser dont l'approche de la reconnaissance privilégie la place qu'occupent les

acteurs dans la classe sociale, place qui leur donne ou non la possibilité d'accéder au débat public : parité de participation. Mais elle reste cependant aveugle sur certains aspects de déni de la reconnaissance et de l'injustice sociale, malheureusement inévitables qui portent sur le statut des acteurs.

Le régime de discussion nous intéresse aussi parce qu'il produit une reconnaissance situationnelle qui mutualise les individus incarnés dans des rôles, au sein des relations complexes qui manifestent une pluralité de ressources et de régimes d'engagements. Ici, les capacités d'Autrui se réalisent dans la relation, dans la confrontation aux épreuves de dé-re-classement (Bourdieu, 1978), et dans les débats de face à face (Payet & Battegay, 2008b, p.26). La reconnaissance discutée s'inscrit dans le modèle de reconnaissance préconisé par Ferry (1991), car il fait appel aux épreuves de justification à l'intérieur desquelles se déclinent plusieurs formes de reconnaissances. Ici, la reconnaissance a la chance de rejoindre le pluralisme des horizons d'attentes des acteurs, car elle est parfois évaluée à partir du capital culturel de ceux-ci. Ce modèle a l'avantage de produire une reconnaissance à géométrie variable, c'est-à-dire en fonction des compétences et capacités spécifiques des acteurs. S'il parvient à ce résultat, c'est parce que l'autorité s'accorde ici avec les ordres de la grandeur, lesquels sont garantis par un être sans corps. C'est pour cela que Boltanski préconise que pour éviter les effets de résurgence des situations de soumission dans le processus de reconnaissance, la seule solution envisageable est de déléguer la tâche de dire ce qu'il en est de ce qui est à un être, c'est-à-dire à l'institution : à l'État (Boltanski, 2009, p116-117). Il est évident que dans une telle situation, on assiste non pas à une reconnaissance nivelée, mais à une reconnaissance disproportionnée, selon les moyens et les capacités d'agir de chaque acteur. Du point de vue de Ricoeur (2004, p. 348), on dirait que l'autorité morale contribue, dans le cadre de la reconnaissance basée sur les épreuves de justification, à « rendre à chacun son dû » :

«Les individus n'auraient pas d'existence sociale sans ces règles de distribution qui leur confère une place dans l'ensemble. C'est ici qu'intervient la justice, en tant que justice distributive, comme vertu des institutions présidant à toutes les opérations de partage. [Rendre à chacun son dû], telle est, dans une situation quelconque de distribution, la formule la plus générale de la justice. Depuis Aristote, les moralistes soulignent le lien entre le juste ainsi défini et l'égal : traiter de façon semblable les cas semblables.»

C'est dans cette mesure que les acteurs possédant un capital social élevé s'octroient une reconnaissance visible active, qui les met dans les dispositions de prendre part aux discours

publics, et donc à une grande portion de pouvoir. Ceux ayant un capital social faible ne sont pas réduits à une reconnaissance passive ou à l'invisibilité, mais ont aussi la possibilité, comme les premiers, de pouvoir mener eux aussi à leur niveau une action politique dans la scène publique. La reconnaissance discutée ou négociée peut produire une pluralisation des régimes de visibilité dans les espaces publics en fonction des mérites. Mais un problème demeure, car on ne peut assumer une reconnaissance disputée sur les plans théorique et méthodologique dans un contexte de rapports de forces asymétriques qu'en introduisant une pensée de l'agir faible, dont les actions sont contestées, au nom d'une certaine idéologie des pratiques institutionnalisées. Dans ce cas, la reconnaissance disputée pose un réel problème de validation et de réception par l'institution, surtout quand on sait qu'elle prend naissance, parfois, de la débrouille et du bricolage entre acteurs affaiblis et acteurs forts se reconnaissant informellement les capacités d'actions concrètes. Il se pose alors la question du comment construire et stabiliser la reconnaissance bricolée, en dehors des procédures et règles d'actions/expériences professionnelles non institutionnalisées ?

### **2.2.3 L'action normative au cœur de la reconnaissance bricolée**

La prise en compte de la reconnaissance bricolée repose de manière renouvelée le vieux problème des conventions, et donc des normes, qui régissent les activités humaines dans la société. Dans cette perspective, les travaux de Ricoeur (1990) suggèrent que l'établissement des conventions et de la justice doit pouvoir prendre en considération les traditions locales ou historiques. Dans un même esprit, ceux de Walzer (1983) proposent de prendre en compte les «sphères de la justice» ancrées dans des lieux différents. L'inscription de l'action dans des traditions et des sphères différentes de la justice a des conséquences au niveau pragmatique de l'existence d'une pluralité de modèles de justice contrastées, comme le défendent Boltanski et Thévenot (1991). L'anthropologie de l'homme capable et la sociologie pragmatiste s'appuient sur l'action et ses effets de capacités. Elles situent les problèmes de la reconnaissance dans des ajustements/désajustements incessants des acteurs les uns avec les autres dans la production de «l'action qui convient» (Thévenot, 2006) ; et font des exigences et possibilités pragmatiques de réalisation des accords mutuels le principe même de la convention régulant et formalisant les actions. Les deux courants théoriques soulignent la validité de l'agir faible sur les multiples capacités pratiques engagées au niveau de l'action significative. Celle-ci s'appuie, selon Breviglieri (2008, p. 84), sur la capacité d'engendrement de la réciprocité. Cela est vrai, car l'action

significative résultant des interactions entre individus se reconnaissant a, écrit Costalat-Fourneau et Guillen (2009, p. 520), «une fonction normative dans le sens où elle permet de se comparer, de s'évaluer par rapport aux autres et à la société. C'est par conséquent une capacité normative qui émerge de cette confrontation avec alter et avec la société». Elle a aussi le pouvoir de produire des effets de reconnaissance de soi par soi, en renforçant sa capacité subjective, en rendant le soi comptable devant un autre soi (Breviglieri, 2012, p. 41). Autrement dit, ce n'est pas parce que certaines actions sont produites par les individus affaiblis/fragilisés institutionnellement, ou par des individus moins reconnus et illégitimes qu'elles sont dépourvues de toutes normes.

Chaque forme d'action s'ancre, dans ce que Sellenet (2006, p.47) appelle «l'agir normatif», qu'il s'agisse des actions non expertes, issues du bricole et de la débrouille ou des actions expertes, issues des institutions formelles. Dans le premier cas, la légitimité des praticiens de la santé se réfère aux normes de pratiques de soins venant du terrain de soins, de sorte qu'il convient de la qualifier plutôt de l'agir expérientiel ; et dans le second, l'action des mêmes praticiens se réfère plutôt aux normes institutionnelles. En, effet, si les normes institutionnelles sont incontournables dans les pratiques de soins, ce sont les pratiques en dernier ressort qui enseignent ce qui est en droit d'être fait ; ce qui ne peut pas se faire, même si théoriquement cela n'a pas de sens. Les «agir expérientiels» sont aussi normatifs, et donc conventionnels, car leur existence témoigne, selon Dodier (2003), d'un travail antérieur entre les acteurs de soins, pour constituer les préalables d'une perspective de pratiques communes, et donc réciproques. Alors que les normes que produisent les pratiques sont le produit de l'expérience quotidienne, les normes institutionnelles sont tout simplement idéologiques et n'ont parfois pas grand chose à voir avec ce qu'attendent les malades.

L'agir normatif, au sens idéologique du terme, et l'agir expérientiel sont nécessaires pour comprendre les enjeux de la requalification et de la reconnaissance. L'usage de l'agir expérientiel pourrait alors permettre aux guérisseurs, d'abord, de vaincre les résistances des biomédecins, et donc de les convaincre ou les amener par raisonnement ou des preuves à reconnaître l'efficacité de leurs pratiques, leurs exactitudes et la nécessité d'y recourir. C'est en cela qu'ils peuvent prétendre renforcer leur légitimité et être reconnus, car convaincre implique toujours un partage des rapports de pouvoir. Ensuite, l'agir expérientiel permet d'aller chercher auprès des usagers de

soins et des biomédecins la confirmation de la justesse et de l'efficacité du geste thérapeutique qu'ils posent, en le soumettant à la critique, en regardant si ce geste rejoint les attentes et préférences des usagers et celles de l'institution. La prétention à la requalification professionnelle et au renforcement de leur légitimité par l'accroissement de la reconnaissance passe par une sorte de consensus dans la résolution des épreuves thérapeutiques. Ce consensus supposant alors le partage capacitaire dans un rapport, somme toute inégalitaire, et une reconnaissance réciproque.

C'est à dessein que nous avons adopté dans cette thèse une entrée pragmatiste orientée vers l'observation des formes d'ajustement et/ou des désajustements des acteurs de soins entre eux, ou avec l'espace de sociabilité thérapeutique dans des actions concrètes. Une telle entrée nous permet d'aller interroger les appuis (Castel, 2003; Dodier, 1993) institutionnels et non conventionnels dont bénéficient et disposent autant les guérisseurs faiblement légitimés que les biomédecins pour s'inscrire dans une réciprocité de perspectives, en termes de rencontre et de reconnaissance mutuelles. Par appuis institutionnels, nous entendons l'ensemble des ressources permettant une coordination (in)formelle des actions de soins entre les soignants disqualifiés et soignant fortement reconnus. Les appuis dont il est question dans ce travail sont ancrés dans les personnes : ce dont chacun est capable de faire ; et dans les supports/soutiens externes : ce dont chacun apporte à l'autre pour légitimer, renforcer son action et, par conséquent, le reconforter dans sa position et ses décisions, étant entendu que celles-ci sont parfois en décalage avec l'agir normatif/prescriptif. Dans ce cas, il n'est pas exclu que ces appuis imposent aux acteurs affaiblis et forts une forme d'autoreprésentation qui leur était jusque-là impossible. Nous allons explorer comment cette nouvelle présentation de soi est vécue d'abord par l'acteur lui-même, qu'il soit faible ou fort ; sa réception par leurs pairs, c'est-à-dire à l'intérieur de leur système médical respectif.

#### **2.2.4 Pour conclure : reconnaissance comme réciprocité**

L'approche de la reconnaissance inspirée de la sociologie des épreuves et de l'anthropologie capacitaire peut être résumée autour de deux points principaux. D'abord, autour des notions d'épreuves de grandeurs et de justifications, des ordres de la grandeur et de reconnaissance qui ont une valeur heuristique au regard de l'analyse du concept de reconnaissance. Ces notions sont importantes, car elles ouvrent un espace de promotion sociale à l'intérieur duquel les différences de compétences et de capacités se négocient. Leur mérite est qu'elles permettent de développer

une conception de la reconnaissance transversale qui concilie à la fois les intérêts individuels et les intérêts collectifs ; la dignité rattachée au respect de l'identité statutaire et l'estime de soi résultant du mérite. C'est aussi l'occasion de pouvoir escalader d'un niveau social à un autre, en ce sens que les épreuves de justification donnent la même chance aux individus ayant les mêmes compétences, en termes de biens éducatifs, à gravir de manière identique les échelons sociaux.

Ensuite, une conception de la reconnaissance en termes de droits des minorités ou d'identités collectives à reconnaître réduit l'épaisseur même du concept, car elle définit une frontière imaginaire entre majoritaires et minoritaires ; et risque de nuire, selon Appiah (1994) aux identités individuelles et de renforcer les clivages sociaux. Une telle perspective tendrait à neutraliser le caractère dynamique de la reconnaissance ; à exacerber les différences sociales ; et à confiner les individus ou groupes dans des catégories identitaires opposées, voire incompatibles, sans tenir compte de la fluidité du caractère identitaire lui-même (Meintel, 2008, p. 309). Appiah (2007) parle d'identités plurivocales, car les individus appartenant à un groupe peuvent afficher, selon les situations, des identités différentes/variables. L'approche de Appiah suggère de ne plus opposer la reconnaissance individuelle à la reconnaissance collective, car les identités sont perpétuellement soumises à des transformations. Mais il convient de souligner que ces transformations contribuent à créer de nouveaux espaces de rencontre, ainsi qu'une pluralité de formes de reconnaissance.

Par ailleurs, la problématique réelle de la reconnaissance renvoie à celle du pouvoir dans la formation de nouvelles modalités de la rencontre au stade où elles n'ont pas encore subi d'institutionnalisation, dont les réaménagements identitaires des néoguérisseurs n'en constituent qu'une forme de contestations politiques et idéologiques. Néanmoins, à force de contester les modalités de la reconnaissance normative, on pourrait aboutir à ce que Appiah (2007) a qualifié de «local agreements», à savoir une sorte d'accommodement entre les différents ordres de la grandeur; cet accommodement pouvant permettre l'élargissement, selon Wallerstein (1996, p. 55), d'un côté, de la base sociale des relations professionnelles, et de l'autre, celui des modalités de la reconnaissance et de la rencontre (Meintel, 2008, p. 318). Une telle perspective pourrait engendrer la transformation des rapports de pouvoir entre acteurs faibles et acteurs forts, à condition que l'élargissement ne soit pas lui-même normatif, c'est-à-dire qu'il ne s'alimente pas aussi, selon les craintes légitimes de Hurbon (1978, p. 63), de l'idéologie coloniale [totalisante] élaborée et

préparée par les penseurs du 19<sup>ème</sup> siècle. Mais rien n'est certain, car selon Mudimbé (1978, p. 67), le combat contre celle-ci pourrait être une nouvelle ruse que l'occident oppose aux institutions faibles au terme de laquelle il les attend, immobile et ailleurs. Les affaiblis ne doivent pas ignorer ou perdre de vue que l'acteur fort n'est pas dupe, en ce sens que les tactiques/stratégies de renforcement que nous allons présenter dans les résultats de cette étude viennent parfois des penseurs occidentaux. Cela suppose un agir méthodologique spécifique si l'on veut changer les modalités des rapports de forces entre les acteurs affaiblis et les acteurs forts. Pour doter l'agir faible de la puissance qu'on prétend lui reconnaître, il va falloir se doter d'outils méthodologiques forts et compréhensifs, justement en faveur de l'agir faible, mais dans un sens d'équilibration des rapports de force. Si bien que les coups soient donnés et reçus de part et d'autre. Pour finir, nous tenons à préciser que ce n'est pas le besoin de reconnaissance identitaire qui alimente les luttes de places que mènent les néoguérisseurs. Mais plutôt le besoin que les médecines africaines soient institutionnellement reconnues par une loi, au sens juridique du terme. Il s'agit alors des luttes pour la reconnaissance juridique et institutionnelle de leur profession de guérisseur.

## **DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE ET ETHNOGRAPHIE DES MILIEUX PEDIATRIQUES**

Nous traitons dans la deuxième partie de la thèse de la méthodologie et de l'ethnographie des Maisons de Soins [Maisons] et du Centre Mère et Enfant de la Fondation Chantal Biya [Fondation]. La deuxième partie comporte 2 chapitres, notamment le chapitre **#3**, où nous abordons les démarches méthodologiques qui nous ont conduit sur le terrain ; et le chapitre **#4**, où nous présentons l'ethnographie des Maisons et de la Fondation. Ce dernier chapitre permet une contextualisation des données. Nous y répondons, à un premier niveau, aux questions initiales que nous nous posons au début de l'étude ; et à un second niveau dans la troisième partie de la thèse, nous prenons en compte les thèmes émergents, un matériau que nous n'avons pas prévu recueillir parce qu'il n'était pas pris en considération dans le protocole de recherche de départ. Quantité de données ethnographiques recueillies au premier niveau ont répondu aux questions initiales.

### **3 DEMARCHES METHODOLOGIQUES**

#### **3.1 Rappel de la question de recherche et des objectifs de l'étude**

Nous avons vu que la reconnaissance repose à la fois sur une expertise institutionnelle et sur une expertise quotidienne que Martuccelli qualifie «d'expérience matricielle» (Martuccelli & Lits, 2009, p. 6). La dernière mobilise des figures non institutionnelles [illégitimes] qui développent, paradoxalement, à partir des dispositifs parallèles à ceux que reconnaissent les institutions habilitées à octroyer ou refuser la reconnaissance, des formes de reconnaissance et de rencontre informelles. En raison du fait que les dispositifs qui produisent ces dernières se situent aux marges des dispositifs formels et institutionnalisés, nous nous sommes posé deux questions principales. Comment se structurent les rencontres et les reconnaissances entre les acteurs de soins fortement et faiblement légitimés, en contexte de rapports de force et de pouvoir inégalitaires? Quelles sont les formes de reconnaissance auxquelles les individus ordinaires sont capables ? Quels impacts ont-elles tant sur la reconfiguration du profil du thérapeute que sur l'espace social de soins ?



Pour répondre à ces questions, nous avons défini un objectif principal qui a consisté à décrire, d'une part, les rencontres telles qu'elles s'effectuent de nos jours dans l'espace pédiatrique à Yaoundé. Il s'agit de rendre compte des rencontres et reconnaissances qui se tissent, se bricolent et se font sur le terrain des pratiques de soins ; et d'autre part, les processus de renforcement de la reconnaissance et de la légitimité des soignants affaiblis dans un contexte de rapports professionnels inégalitaires. En d'autres termes, l'objectif de la thèse travaille à la compréhension et à l'explicitation des procédés d'arrachements à l'affaiblissement et aux empêchements institutionnels au niveau de l'autoreprésentation et à celui des relations entre acteurs forts et acteurs affaiblis. Nous nous intéressons au processus de passage d'un état à un autre ; et aux impacts et conséquences du renforcement de la légitimité, tant chez les affaiblis que chez les forts, sur la redéfinition des objets et figures de la rencontre et reconnaissance, sur la reconfiguration de la physionomie de l'espace de soins et du profil du thérapeute camerounais contemporain.

### **3.2 Devis de la recherche**

L'étude repose sur un devis de recherche ethnographique faisant appel à une combinaison de méthodes des observations<sup>9</sup> (Quivy & Campenhoudt, 2006) et entretiens individuels de type semi-directifs, comme techniques de recueil de données. La combinaison des techniques de recherche tient du souci de croiser les informations relatives aux pratiques médicales qui mettent en interactions les soignants, tout en mobilisant différentes sphères de la reconnaissance (Hénaff, 2009, p. 471) en jeu.

#### **3.2.1 Les observations directes**

Notre ambition est d'observer les phénomènes de rencontre en train de se faire. L'observation directe constitue la méthode la mieux appropriée pour capter les dynamiques interactionnelles au moment de leur production. Elle est basée sur l'observation visuelle (Quivy & Campenhoudt, 2006, p. 177), où l'enquêteur procède au recueil des données sans l'intermédiaire d'un récit pour obtenir l'information recherchée. Elle relève de l'observation *in situ* qui, selon Chapoulie (1984, p. 592) :

---

<sup>9</sup> Selon Quivy et Campenhoudt (2006, 177), l'observation permet d'atteindre le sens profond de l'empirie, c'est-à-dire se mettre systématiquement et délibérément en position d'être surpris. Elle doit pouvoir contraindre le chercheur à explorer des aspects du phénomène étudié qui ne cadrent pas forcément avec les intuitions de départ ; à voir ce qu'il ne pensait pas voir, à ratisser en des lieux qui rendent la surprise plus que plausible, probable.

«Désigne les activités d'un chercheur qui observe personnellement et de manière prolongée une partie des situations et des comportements auxquels il s'intéresse. Cette technique est en affinité avec une sociologie qui met au centre de son programme l'étude, non des faits constitués à la manière de Durkheim, mais des actions collectives et des processus sociaux qui peuvent être appréhendés à travers les interactions directes et dont le sens vécu par les agents n'est ni donné d'avance, ni susceptible d'être négligé»

Elle peut se faire de manière flottante<sup>10</sup>, impliquée<sup>11</sup> ou focalisée. Cette dernière dimension nous intéresse, car elle se fait sur des lieux, groupes et individus avec qui progressivement va se dessiner un espace de négociation, puis de confiance mutuelle (Rouilleau-Berger, 2004, p. 265). Elle se rapproche de l'observation analytique et se différencie de l'observation diffuse, car elle cible les catégories d'interprétation propres aux terrains étudiés et non pas des phénomènes généraux, réguliers et habituels (Chapoulie, 2000, pp. 6–7). Cette méthode nous intéresse, car elle correspond à un travail de repérage focalisé sur un ou des aspects particuliers des phénomènes étudiés en un temps et lieu déterminés. Cette focalisation permettant de définir les catégories d'observation spécifiquement destinées à la recherche et, de saisir certains aspects de la réalité sociale ignorés par l'ensemble des processus par lesquels les individus construisent leurs actions.

L'observation a permis de nous inscrire en phase d'immersion sur le terrain (Giuliani & Laforgue, 2010, p. 197). Étant immergé, nous nous sommes obligé de considérer les phénomènes de la rencontre tels qu'ils se déroulent, et tels que les enquêtés qui en sont impliqués la définissent et l'interprètent. L'immersion a permis de se tenir au plus près des événements en train de se faire ou, pour reprendre un concept de Strauss (1992), des événements in «process» ; de saisir la manière dont les acteurs se rencontrent, se reconnaissent ou se méconnaissent dans l'espace de soins, afin d'appréhender les formes de rencontres et de reconnaissances qui en émergent.

Nos unités d'observations étaient constituées des Maisons et de la Fondation. Nous y avons ciblé les espaces de soins qui traitent des enjeux de la santé relatifs aux questions de la maternité, grossesse et naissance. Ce choix se justifie par le fait que la santé de reproduction est un domaine où interfèrent des connaissances religieuses, traditionnelles et biomédicales (Bonnet & Jaffré, 2003; Olivier de Sardan, 2003). L'observation a permis de décrire les différents types de contacts [effectifs], directs et/ou indirects, selon la distinction proposée par Laugrand (2002, pp. 105, 175).

---

<sup>10</sup> L'observation flottante demande une grande disponibilité et réceptivité, où le sociologue laisse flotter son attention pour s'imprégner de ce qui se vit autour de lui jusqu'à ce que des points de repère apparaissent

<sup>11</sup> L'observation impliquée demande beaucoup de temps, le sociologue doit être là «où ça se passe» et «quand ça se passe» en veillant à maintenir toujours sa place (Rouilleau-Berger, 2004, 266).

Ils correspondent, respectivement, à ce que Lévi-Strauss (1971, p. 539) a qualifié de «champs d'interactions fortes» et de «champs d'interactions faibles». Dans les contacts directs, la rencontre se fait par la présence des acteurs dans l'espace de sociabilité thérapeutique. L'observation a aussi permis de répondre à la série de questions suivantes : quel type de thérapeute rencontre quel autre type ? Quel est leur domaine de spécialisation : ritualistes [devin, prophètes, prêtres], guérisseurs, biomédecins, ou autres ? Appartiennent-ils à un groupe de praticiens travaillant en équipe ? Leur identité socioprofessionnelle : qui est qui et qui fait quoi dans le groupe ? Les contacts indirects supposent une série de médiations. De quelles natures sont-elles ? Quels en sont les agents vecteurs ? D'un côté, l'observation a permis de décrire avec précision les différents champs d'identification auxquels se réfère le thérapeute ; à identifier les objets thérapeutiques [rituels de guérison, plantes médicinales, médicaments] auxquels les acteurs font recours. De l'autre, elle a amené à identifier les objets de la rencontre en termes de pratiques et d'objets thérapeutiques mobilisés ; le lieu où ces derniers convergent, se séparent ; les différents espaces sociaux où s'opère la rencontre ; à reconnaître les objets thérapeutiques relevant des emprunts ; à reconnaître à quels moments ils font irruption dans le cours des pratiques de soins. Par ailleurs, une part importante de l'observation a été consacrée à la place qu'occupent les aspects économiques dans les prestations de services que reçoivent les mères d'enfants autant des guérisseurs que des biomédecins. De quelles manières les mères paient les différents services reçus ? En fonction de quels critères les tarifs sont exigés des patients ? Les observations ont été enregistrées sur des supports audiovisuels, car selon Copans (2008), les images permettent de conserver vivante l'observation. Nous avons réalisé 20 observations en situation de consultations, dont 10 en Maisons de soins [chez les guérisseurs] ; et 10 à la Fondation [Centre Mère et Enfant]. Alignée sur le temps de consultation, la durée moyenne des observations était, respectivement, de 60 mn environ en Maisons ; et de 16 mn à la Fondation. Les observations ont été suivies des entretiens.

### **3.2.2 Les entretiens individuels**

Les entretiens individuels, de type semi-directifs, ont constitué un complément indispensable aux observations *in situ*, car ils ont permis de recueillir le sens que les thérapeutes et usagers de soins associent à leurs actions ; à leurs vécus de ce qui se passe dans la relation thérapeutique ; à leurs interprétations des décisions qui président aux choix et orientations thérapeutiques opérés, respectivement, par les mères et les soignants ; aux positions des soignants par rapports à leurs

propres pratiques et à celles des autres. Ils ont aussi permis de rendre compte en profondeur de certains éléments que nous avons observés, cette fois, à partir du point de vue des participants à l'étude. Ont été concernés par les entretiens individuels, les soignants et les mères d'enfants qui ont fait l'objet d'observation, ainsi que les mères non consultantes que nous avons incluses dans l'échantillon. Les entretiens se sont déroulés en trois langues : en français, notamment avec : tous les biomédecins ; 24 mères et 8 guérisseurs lettrés ; en Yemba – une langue vernaculaire de l'Ouest-Cameroun – avec 2 guérisseurs et 3 mères illettrés ; en anglais [pidjin english] avec 3 mères, dont 1 bilingue. Nous avons effectué 50 entretiens avec 10 guérisseurs et 10 mères recrutées en Maisons ; 10 biomédecins et 10 mères recrutées à la Fondation ; 10 mères recrutées au quartier. Nous avons eu des entretiens répétés avec 4 biomédecins, 6 guérisseurs et 4 mères enceintes. Les entretiens répétés avec les 4 biomédecins sont justifiés par le fait qu'ils n'ont pas souhaité parler de tous les thèmes dans leur bureau, car ils ont jugé que les critères de confidentialité n'étaient pas réunis : ce sont les biomédecins résistants aux normes biomédicales. Ils se sont justifiés chez les guérisseurs par un renvoi de la séance, à cause de l'arrivée des malades ; et chez les mères parce qu'elles étaient perturbées par les enfants qui sollicitaient leur attention. Chaque entretien a duré environ 55mn. Certains thèmes exploités dans les entretiens ont été tirés des données des observations : l'exemple des mobiles de refus de rencontrer un soignant.

### **3.2.2.1 Les entretiens avec les thérapeutes**

Nous avons exploré avec les thérapeutes les représentations qu'ils ont d'abord d'eux-mêmes et de leurs pratiques ; et ensuite des autres [thérapeutes] et de leurs pratiques. Ici, ont été abordés plusieurs thèmes en lien avec les enjeux identitaires. Une telle approche a permis de mesurer indirectement : d'un côté, le positionnement du soignant [par exemple le guérisseur] par rapport à lui-même et à ses pratiques ; et de l'autre, par rapport aux autres thérapeutes [biomédecins] et à leurs pratiques, ainsi que les perceptions que les uns et les autres associent à leurs multiples identités professionnelles. Elle a permis aussi d'évaluer la tolérance et l'acceptation de chaque soignant vis-à-vis d'un autre, en dépit des différences de philosophies de soins. Pour atteindre cet objectif, la question suivante était posée : *avez-vous des soignants à qui vous n'aimeriez pas référer ou envoyer une mère dont l'enfant est malade ?* Les réponses à ces questions ont permis d'avoir une idée des schèmes de relation entre les guérisseurs et les biomédecins. Par ailleurs,

nous nous sommes intéressé aussi à ce que veut dire être guérisseur ou biomédecin camerounais de nos jours ; aux perceptions que chaque thérapeute associe à son profil identitaire actuel ; au type de thérapeute auquel il appartient ; à la manière dont il se définit et au/aux système(s) de soins dans lequel/lesquels il situe ses pratiques. Les entretiens sur les représentations identitaires ont permis d'ouvrir la conversation sur deux autres thèmes : celui de l'expérience de cohabitation des différents systèmes médicaux et celui de la reconnaissance des prestations des services de soins.

En ce qui concerne l'expérience de la cohabitation et de la rencontre, il s'est agit d'identifier la manière dont chaque thérapeute la vit au quotidien dans l'espace social de soins. On s'est aussi intéressé à la manière dont cette expérience, d'un côté, est prise en compte par le thérapeute dans cet espace ; et de l'autre, se manifeste en la personne du thérapeute ; est articulée dans les pratiques de soins. Aussi, la prise en compte de la diversité des expériences a permis d'explorer les processus de combinaison des différents objets thérapeutiques [rituels de guérisons, remèdes et médicaments] ; des différentes identités auxquelles se réfère le thérapeute ; de passage d'un registre d'interprétations à un autre ; de circulation tant à l'intérieur qu'entre différents systèmes médicaux.

Pour ce qui est de la reconnaissance, nous avons posé les questions relatives à la reconnaissance sous deux angles. D'abord, la reconnaissance fondée sur le droit à l'exercice de la pratique médicale, du point de vues des guérisseurs et des biomédecins, ainsi que les raisons qui favorisent ou empêchent les échanges réciproques de malades entre : guérisseurs et guérisseurs ; biomédecins et biomédecins ; et guérisseurs et biomédecins. Elle a fait intervenir les aspects relatifs à la déontologie des pratiques de soins ; la place qu'occupent les guérisseurs et les biomédecins dans le système de santé camerounais. Ce dernier aspect a permis d'engendrer les discours sur le statut des rituels thérapeutiques et la place qui lui est accordée par les soignants dans les prestations de soins. Ensuite, la reconnaissance fondée sur l'économie a été abordée. Les aspects liés à la rémunération des prestations médicales ont été évoqués dans une double perspective : d'abord, identifier comment les guérisseurs recouvrent les honoraires qui leurs sont dus ; ensuite, identifier comment ils se prennent au cas où certains malades résistent à s'acquitter des frais médicaux.

### 3.2.2.2 Les entretiens avec les mères

Du côté des mères, les entretiens ont permis d'accéder à ce qu'elles pensent des relations professionnelles entre les guérisseurs et biomédecins, et comment à leur niveau, elles contribuent à les dynamiser. Pour savoir ce qu'implique la rencontre ou le refus de rencontrer un thérapeute pour les mères, nous avons posé la question suivante : *Votre fille, belle fille ou vous-même est à terme et a dépassé la date prévue de l'accouchement. D'habitude, que faites-vous dans votre famille pour faciliter la délivrance? Si elle nécessite l'intervention d'un autre thérapeute, à qui allez-vous l'adresser?* Cette question a permis d'éclairer un double aspect. D'abord, d'avoir une idée de la perception qu'ont les mères de la coexistence des systèmes de thérapies différents et de la place qu'a chaque système dans la quête de soins ; ensuite, de suivre la trajectoire qu'elles empruntent. Quelle place accordent-elles aux médecines africaines et à la biomédecine ; aux traitements par les plantes médicinales, rituels thérapeutiques et médicaments pharmaceutiques?

Aux mères recrutées en dehors des moments de consultations, on a posé la question de savoir : *est-ce qu'il y a quelqu'un qui a été malade durant ces dernières années dans votre famille ? Si oui, qui du guérisseur ou du biomédecin êtes-vous allées voir ? Dans quel ordre ?* Aux familles recrutés au moment des consultations et à celles recrutées en dehors de ces moments, les questions suivantes ont été posées : *Pourquoi avez-vous choisi de rencontrer d'abord tel thérapeute avant tel autre ? Pourquoi le choix du guérisseur ou du biomédecin ? Si vous vous êtes rendues chez les deux, pourriez-vous nous dire pour quelles raisons ? Et dans quel ordre se sont effectuées les consultations ?*

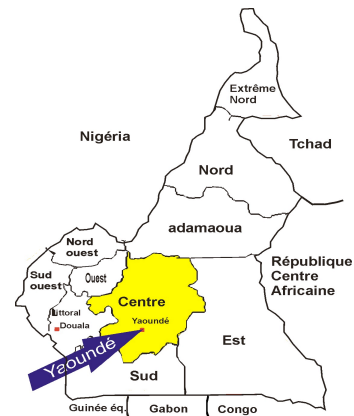
Ces différentes questions ont permis de suivre les trajectoires de soins et d'aborder les raisonnements qui déterminent les décisions et motivations des choix thérapeutiques lorsque pour un problème de santé les mères décident de consulter tel thérapeute plutôt tel autre, et à tel moment donné plutôt qu'à tel autre. Elles ont aussi permis d'accéder aux perceptions que les mères associent au guérisseur et au biomédecin, ainsi qu'à leurs pratiques de soins respectives. L'enjeu étant ici de repérer et de décrire la place et le statut qu'elles accordent à l'un et l'autre. Il s'est aussi agi d'identifier par quel canal les mères rentrent en contact avec tel type de thérapeute plutôt qu'avec tel autre ; ou encore de savoir si elles ont été référées par un thérapeute ? Si oui, quelle est l'identité professionnelle de ce dernier ? Nous cherchions aussi à savoir lequel, des

soignants consultés, rejoint leurs attentes et préférences ? Une autre chose qui a retenu notre attention était de savoir si les mères disposent d'un système de couverture sociale universelle ; et dans le cas contraire, comment se prennent-elles pour payer les frais des prestations de soins reçues. La robustesse de l'analyse des données recueillies à l'aide de ces différentes questions est venue de l'articulation et de la comparaison des données d'observations et des entretiens.

### 3.3 Site de l'étude



Carte de l'Afrique : Cameroun en Jaune



Carte du Cameroun : Yaoundé en Jaune

Les travaux d'étude sur le terrain se sont déroulés au Cameroun. Situé en Afrique Centrale, ce pays compte 10 régions, 58 départements, 360 arrondissements et 339 communes. Il a connu depuis 1884 une triple colonisation : allemande, anglaise et française (Mveng, 1963; Owona, 1996). Cette période coïncide avec la rencontre de la biomédecine et des médecines africaines.

En ce qui concerne l'accessibilité aux soins, le Cameroun a connu une gratuité de soins jusqu'à la fin des années 1970. Mais, l'apparition de la pandémie vih/sida à laquelle le système de santé publique n'avait pas toujours de solutions adéquates a poussé à l'effondrement les structures sanitaires. De plus, l'avènement de la crise économique en 1980 a contraint l'État à renoncer à l'offre de soins gratuite aux populations et, à limiter aussi les effectifs du personnel biomédical (Tsala Tsala, 2004). Par conséquent, les prestations médicales étaient devenues payantes, et les frais médicaux supportés directement par les malades.

Au Cameroun, le document de Stratégie de Santé 2001-2016 indique, comme le montre le tableau ci-dessous, que le système de santé est organisé en trois secteurs (Ministère de la Santé Publique, 2011).

Structures sanitaires	Sous-secteurs du système de santé					Total
	public	privé			Médecine traditionnelle	
		Lucratif	Confessionnel	Laïc		
Hôpital District	164					<b>164</b>
Hôpital Central	6					<b>6</b>
Hôpital Général	4					<b>4</b>
Hôpital	6	32	89	34		<b>161</b>
Hôpital Militaire	3					<b>3</b>
Centre Hospitalier Universitaire	1					
Cabinet de Soins		484	4	59		<b>547</b>
Cabinet Médical		194	38	20		<b>252</b>
Centre de Santé	9	5	476	13		<b>503</b>
Centre médical	14					<b>14</b>
Clinique		76	8	4		<b>88</b>
Dispensaire		9		1		<b>10</b>
Polyclinique		12				
Maisons de soins					13	<b>13</b>
<b>Total</b>	<b>201</b>	<b>812</b>	<b>615</b>	<b>127</b>	<b>13</b>	<b>1735</b>

**Tableau des sous-secteurs de la santé au Cameroun**

Le premier secteur, public, est constitué de 201 structures sanitaires. Le second, privé, est réparti en trois groupes (Ondoua, 2002, p. 22) : le privé à but lucratif, constitué de 812 structures sanitaires ; le privé confessionnel, composé de 315 ; et le privé laïc de 127. Le troisième est celui des médecines africaines. Pour des raisons opérationnelles liées à la distribution géographique et à la diversité des structures de santé, le document de Stratégie de Santé (2011) a limité la collecte des données de base aux sous-secteurs public et privé. Autrement dit, les données sur les médecines africaines qui apparaissent dans le tableau seraient indicatives et, correspondent, selon le Ministère de la Santé, aux données dont il dispose sur les tradipraticiens. Cela veut dire que ce Ministère ne connaît pas le nombre exact de guérisseurs ou de Maisons de soins qui existe au



Cameroun, alors que le nombre de structures sanitaires publiques et privées est bien maîtrisé. Par ailleurs, le nombre de biomédecins est aussi bien maîtrisé, et les statistiques relatives à ces derniers apparaissent dans les documents de l'OMS chaque année. Mais cette institution internationale et les instances nationales de la santé publique des pays africains n'ont jamais fourni des statistiques objectives concernant le nombre de guérisseurs œuvrant dans le domaine de la santé. Leur nombre est seulement estimé. Pourtant, une étude menée à Yaoundé VI (Akoto et al., 2002), un arrondissement des six qui compte la ville de Yaoundé où nous avons recruté quelques mères non consultantes et les certains guérisseurs, estime à plus de 400 le nombre de guérisseurs dans ce seul quartier. Une autre étude menée dans quelques régions du Cameroun estime qu'il y aurait environ 10 000 guérisseurs<sup>12</sup> (Lantum et al., 2005, p. 17) ; contre environ 3124 médecins, selon les données statistiques de l'enquête démographique 2011 (EDSC-MICS, 2011). Cette même étude estime partiellement le ratio d'habitants par guérisseur qui est de 1 guérisseur pour 700 habitants (2005, p. 16) ; contre 0,2 médecin pour 1000 habitants (EDSC-MICS, 2011). Comparé au ratio d'habitants par médecin recommandé par l'OMS qui est de 1 médecin pour 1000 habitants, le ratio d'habitants par guérisseur est nettement bien supérieur à celui des médecins. De plus, sur les 3124 médecins, 75% sont généralistes, contre seulement 25% de spécialistes. En ce qui concerne les spécialistes de la pédiatrie, le site de la société camerounaise des pédiatries estime qu'il y aurait environ 85 pédiatres au Cameroun, dont 30 dans la seule ville de Yaoundé.

Aussi, on remarque sur le plan national un déséquilibre de répartition des structures de soins et du personnel soignant, avec une forte concentration dans les régions du centre, région où se trouve Yaoundé ; du Littoral – région où se trouve la capitale économique : Douala ; et de l'Ouest. Ainsi, Les secteurs public et privé sont concentrés dans les zones urbaines (Douala, Yaoundé, etc.) et utilisés seulement par 5 % de la population. Tandis que les médecines africaines couvrent non seulement l'étendu du territoire national, mais fournissent aussi près de 80% des prestations de services et de soins abordables financièrement, tant en zones rurales qu'urbaines. 15% de celles-ci sont couvertes par les religions thérapeutiques auxquelles aucune référence n'est faite dans l'organisation du système de santé camerounais, alors qu'elles sont sollicitées par toutes les

---

<sup>12</sup> En Afrique du Sud, le nombre de guérisseurs est supérieur à celui des biomédecins : «Traditional healers in South Africa greatly out-number those who practise modern medicine. In neighboring Mozambique, I believe, there 80 000 such healers and about 350 doctors. Of course, the traditional healers are all in private practice» (Kale, 1995, p. 1183).

catégories des malades et des familles. Par ailleurs, les trois sous-secteurs de santé n'ont pas le même poids dans le système de santé au Cameroun. Les sous-secteurs public et privé relèvent de la biomédecine, la seule médecine reconnue officiellement par l'État. Ses agents de soins sont appelés les agents officiels de la santé. Le sous-secteur des médecines africaines est plutôt toléré et accepté par l'État et les agents biomédicaux de la santé, et son fonctionnement n'est pas encadré par une réglementation et des lois. Ses agents de soins, les guérisseurs, ne sont pas reconnus par les autorités de la santé publique et leurs pratiques sont considérées comme illégitimes. Les guérisseurs apparaissent alors comme des soignants affaiblis institutionnellement, d'où l'usage du concept d'acteurs faibles pour les caractériser (Payet, Giuliani, & Laforgue, 2008).

### **3.3.1 Lieu d'étude : Maisons de soins et Centre Mère et Enfant**

Le recueil des données a eu lieu à Yaoundé : capitale politique du Cameroun et ville cosmopolite. Le choix de cette ville se justifie par le fait qu'elle est le signifiant de la modernité, et exerce un effet d'attraction sur les villes périphériques et les zones rurales. Yaoundé est le lieu où excellent les phénomènes d'hybridations médico-culturelles et religieuses. On y trouve tous les groupes ethniques camerounais du fait des exodes ruraux. Elle a 1 800 000 habitants sur une population totale estimée à environ 21 millions (EDSC-MICS, 2011). De récentes études menées à Yaoundé ont révélé que les guérisseurs ont tendance à se regrouper dans les grandes villes où l'offre biomédicale est importante ; où l'on trouve un grand nombre de clients nantis (Akoto et al., 2002).

Les données que nous présentons ici ont été recueillies de mars-décembre 2012 dans deux milieux de soins pédiatriques. Le premier, les Maisons, est le lieu où les guérisseurs accueillent les familles et offrent des prestations de soins de santé infantile et maternelle. Les guérisseurs que nous avons rencontrés se singularisent par la maîtrise des savoirs botaniques, physiologiques, spirituels et psychologiques. Certains disposent d'un réseau de thérapeutes biomédicaux et non biomédicaux, en matière de maladies de l'enfance et de la grossesse. Lors de certaines situations problématiques comme des accouchements difficiles, ce réseau se met en branle très souvent par l'activation d'un biomédecin qui sollicite les services d'un guérisseur dont les compétences sont reconnues en matière de facilitation d'accouchement. Dans ce cas, il est de connivence avec le biomédecin. Parfois, ce sont les familles qui font venir clandestinement le guérisseur à l'hôpital pour faciliter la délivrance. Certaines Maisons présentent de nos jours la structure des cliniques

privées où l'on y rencontre un secrétaire à la réception ; où les produits sont conditionnés et mis dans des flacons exposés sur des présentoirs, comme en pharmacie. D'autres publient sous formes de livre un guide d'utilisation de leurs produits médicaux. Un exemple est le livre d'un guérisseur (Unkap, 2013) préfacé par un professeur émérite et enseignant à la FMSB, aujourd'hui à la retraite. Nous avons mis en annexe une page de ce document dans laquelle il indique les propriétés anti-bactériennes d'un produit, la «biomicrolyse», traitant le Chlamydiae ou la syphilis.

Le second milieu est le Centre Mère et Enfant de la Fondation Chantal Biya [ci-après : Fondation]. C'est un hôpital pédiatrique universitaire de référence à Yaoundé, où l'on rencontre les agents biomédicaux spécialisés : des pédiatres. Créée en 1999, la Fondation est rattachée à la Faculté de médecine et des sciences biomédicales de Yaoundé [FMSB]. Elle dispose de 205 lits répartis dans 8 services. Les Pédiatries A et B sont dédiées aux services de cardiologie et de nutrition ou de gastroentérologie. Les Pédiatries C, D et E sont consacrées à la néphrologie, à l'hémato-oncologie et à l'infectiologie [méningites, tuberculose, paludisme, etc.] et Neurologie [maladies neurologiques]. Le Moyen Standing, où l'on traite les maladies telles que la drépanocytose ; l'Unité de jour, où a lieu le dépistage, le traitement et la prévention du vih/sida chez les enfants ; la Néonatalogie B pour enfants prématurés et enfants à terme. Ces différents services sont tenus par 10 pédiatres, 10 médecins généralistes ; 5 médecins internistes en formation de pédiatrie ; 2 gynécologues obstétriciens ; 72 infirmiers, 53 aides soignantes ; 12 personnels médico-sanitaires.

Il convient de souligner que la Fondation n'est pas le seul hôpital pour enfants qui existe dans la ville de Yaoundé. On y trouve aussi L'Hôpital Gynéco-obstétrique de Ngoussou qui s'occupe aussi uniquement de la santé de la mère et de l'enfant. À côté de ces deux centres hospitaliers spécialisés – pour enfants, se trouvent bien d'autres hôpitaux<sup>13</sup>. Nous mentionnerons ici seulement certains d'entre eux. On recense par exemple : l'Hôpital Général de Ngoussou dont les murs jouxtent ceux de l'Hôpital Gynéco-Obstétrique de Ngoussou ; le Centre Hospitalier Universitaire [CHUY] de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de Yaoundé [FMSB] ; l'Hôpital Central de Yaoundé situé sur le même emplacement que la Fondation [l'hôpital dans lequel nous avons mené nos recherches] ; et l'Hôpital de la Caisse Nationale de Prévoyance

---

<sup>13</sup> Il convient de noter qu'on rencontre aussi les dispensaires, situés dans les arrondissements de la ville de Yaoundé ; et les hôpitaux de districts qu'on retrouve dans les districts et les zones rurales de cette ville. Les mères s'y adressent aussi pour leurs problèmes de santé ou ceux de leur l'enfant, surtout les mères qui vivent à la périphérie de la ville.

Sociale [ci-après : CNPS ou Caisse]. La particularité de cet hôpital est qu'il est considéré comme l'hôpital «des riches» ou encore des fonctionnaires, en raison du fait qu'il est fréquenté en majorité par les agents de l'État. L'autre particularité est qu'il fonctionne comme une caisse d'Assurance maladie, en raison du fait que les prestations médicales de ces derniers, en particulier, sont prises en charge directement par la CNPS ou la Caisse, comme nous le verrons plus loin dans les résultats de l'étude [cf. chapitre #4]. Il convient de signaler qu'à côté de ces structures hospitalières dites publiques, se trouvent aussi de multiples cliniques médicales privées, comme par exemple La Clinique Bastos où sont délivrés les certificats éthiques – Clairance Éthique ; et des hôpitaux confessionnels tenus par les missionnaires. Ces différents hôpitaux possèdent aussi, comme la Fondation, entre autres unités de soins, un pavillon dédié à la santé de la mère, et un autre, à celle de l'enfant. Autrement dit, nous aurions pu mener aussi nos recherches dans l'un ou l'autre de ces différents centres hospitaliers. Mais notre choix s'est porté sur la Fondation.

Nous nous sommes intéressé à la Fondation pour trois raisons. D'abord, parce que c'est un centre hospitalier qui s'occupe de la santé de l'enfant et de la mère. Ensuite, elle se démarque des autres hôpitaux de par l'offre gratuite de certaines prestations de soins, en ce qui concerne les maladies chroniques, comme le VIH/sida, cancer, etc.; les maladies graves : la drépanocytose, la méningite ; et des maladies bénignes : paludisme, fièvre, etc. Enfin, elle représente un cadre institutionnel formel de la biomédecine et le lieu où on retrouve presque toutes les couches de la société. La Fondation est fréquentée autant par les familles de villes et de villages que par des familles favorisées et défavorisées sur les plans socioéconomique et intellectuel. On y retrouve tous les groupes ethniques [le Cameroun en a 208 environ], indépendamment de leur appartenance tribale ou de leur niveau d'instruction : universitaires, hommes politiques et paysans y recourent. Par ailleurs, il ne se pose pas d'emblée des difficultés d'accessibilité liées aux difficultés financières, comme c'est le cas par exemple au Centre Hospitalier Universitaire de Yaoundé [CHUY] et à l'Hôpital Central, etc. Ce dernier aspect, à savoir l'accessibilité économique aux soins, est une caractéristique commune que partagent le Centre Mère et Enfant et les Maisons de soins.

### **3.4 Population : diversifier la population à l'étude**

La population de l'étude est constituée de trois groupes de participants. Les guérisseurs, les biomédecins et les mères d'enfants. Pour ce dernier groupe, deux catégories ont été considérées :

les mères venues en consultation à la Fondation et celles rencontrées en Maisons au moment de la recherche ; et les mères non consultantes rencontrées dans les quartiers. Ces dernières n'étaient pas en consultation au moment de l'étude, mais se sont adressées aux guérisseurs ou à un hôpital durant les 12 derniers mois précédant le début de la recherche qui a commencé en mars 2012. Nous les considérons comme des facteurs médiateurs de la rencontre et de la reconnaissance, car celles-ci se font grâce à elles, par elles et avec elles. Cela est vrai d'autant plus que, comme le souligne Bibeau<sup>14</sup> et Charland (1994, p. 374), «les malades circulent constamment entre les différents univers de soins, contribuant à établir entre eux une communication factuelle, une mise en contact des différentes ressources thérapeutiques qui sont successivement ou parallèlement mobilisées dans la quête de guérison par les malades». Si bien que sans elles, on pourrait passer complètement à côté de la plaque. On aurait pu partir de cette circulation naturelle des malades pour proposer un balisage des formes de rencontres et des modalités de la reconnaissance. Malheureusement, ils n'ont pas été impliqués dans le processus de reconnaissance, alors qu'ils en sont les premiers concernés. Malgré l'effort du gouvernement de les réduire au silence, il semble qu'ils aient toujours consulté les «guérisseurs, avant, pendant et après la colonisation, soit clandestinement ou ouvertement, quelle qu'ait été la position à leur égard des différentes administrations» (de Rosny, 1992, pp. 27–28). Les agents biomédicaux que nous avons rencontrés sont des biomédecins camerounais, dont les pratiques s'inscrivent dans l'axe du dépassement et du questionnement du cadre d'analyse biomédical habituel qu'ils jugent désormais incapable, à lui seul, de répondre aux attentes des mères ou des usagers de soins, en général. Ils présentent la particularité de dépasser le cadre des nosologies apprises à l'école ou à la faculté de médecine ; et sont intéressés et ouverts aux pratiques des néo-guérisseurs. À partir de ces critères, nous avons inclus 50 participants dans l'échantillon, dont 10 mères consultantes en Maisons [Mère-Maisons#], 10 mères consultantes à la Fondation [Mère-Fondation#], 10 mères non consultantes [Mère-Quartier#], 10 guérisseurs [Tradi#], et 10 biomédecins [Biomed#].

#### **3.4.1 Méthode de recrutement et d'inclusion des participants à l'étude**

La technique utilisée pour recruter les participants est la méthode d'échantillonnage intentionnel [par choix raisonné]. C'est une technique de sélection qui accroît les chances de retenir les

---

<sup>14</sup> Comme le souligne Bibeau et Charland (1994, p. 374), «Du point de vue des populations, les guérisseurs herboristes et les devins ritualistes font partie des recours possibles au même titre que les agents de santé primaires, les infirmiers des dispensaires ou les médecins spécialistes des hôpitaux».

participants dont le profil cadre avec les objectifs de la recherche (Smith & Morrow, 1991). Il s'agissait de privilégier les acteurs de soins «typiques» (Dubé, Rinfret-Raynor, & Drouin, 2005). Ce type de recrutement s'assimile à l'échantillonnage théorique (Barbour, 2001; Mays & Pope, 1995), car il ne recherche pas la représentativité statistique, mais vise à refléter la diversité des thérapeutes [guérisseurs, biomédecins] et des usagers de soins. Plusieurs critères d'inclusion ont guidé le recrutement des enquêtés. Dans le cas des guérisseurs, bien qu'ils soient aujourd'hui organisés en associations, certaines études menées au Zaïre (Bibeau, 1982b, p. 1845), au Sénégal (Fassin, 2000b, p. 102) et au Cameroun (de Rosny, 1992, p. 45) ont montré que les membres de celles-ci rejoignent difficilement les critères d'identification d'un vrai et bon guérisseur. Le risque est grand de ne retenir que des faux guérisseurs en s'adressant à ces associations. C'est pourquoi, nous nous sommes fié aux critères anthropologiques à partir desquels les populations qui ont recours à eux les identifient. Pour Rosny (1981, p. 164), ces critères sont au nombre de quatre. Le vrai guérisseur se reconnaît par : sa stabilité dans la communauté où il est né ; l'origine de son pouvoir de guérison : les habitants de son village doivent pouvoir témoigner de la réalité de sa vocation ; la durée des guérisons opérées ; la bonne connaissance des plantes médicinales et le bon usage des rites thérapeutiques. Ces critères rejoignent ceux décrits par Bibeau (1982b, p. 1847) au Zaïre : «Accurate information on training<sup>15</sup> [...] ; Information on the patients treated by the healer [...] ; Information on the type and effectiveness of the treatments administered [...] ; information on the healer's reputation [...] ». Pour les mères, deux catégories ont été concernées par le recrutement. D'une part, les mères qui consultaient les thérapeutes dans les points de consultations au moment de la recherche, c'est-à-dire celles qui se sont adressées aux guérisseurs et biomédecins inclus dans l'échantillon des thérapeutes. D'autre part, celles qui ne consultaient pas au moment de la recherche. Quant aux biomédecins, ils devraient exercer à la Fondation ; manifester de l'intérêt pour d'autres modèles d'approche de la santé ; être persévérants. Ce dernier critère était capital et concernait tous les participants, car l'étude devait s'étendre sur une période de près de 9 mois et exigeait la participation à toutes les étapes : aux observations et entretiens individuels, et y compris, à la phase de l'implication des enquêtés à l'(auto)analyse – par le biais de la technique de l'analyse en autoconfrontation – des données qu'ils ont eux-mêmes contribué à produire. Les deux groupes de soignants et de mères des zones

---

<sup>15</sup> [Based on reliable testimony as to the healer's apprenticeship in the art of healing, whether the art was transmitted through family tradition or through a well-known personality in the region and, when necessary, additional information based on investigations]

urbaine et rurale ont fait l'objet de recrutement et, 50 sujets ont été inclus dans l'échantillon. Ce nombre a été arrêté selon le critère de saturation empirique (Pirès, 1997, p.157). Notre échantillon n'est pas représentatif. Mais ce qu'on perd sur le plan de la non représentativité, on le gagne sur celui de la diversification de l'échantillon, des échelles d'observations et d'analyses des données.

### 3.5 Déroulement de la recherche

Nous avons mené une recherche dans un contexte où les «cadres d'expériences» sont, d'un côté, illégitimes ou faiblement légitimés : les Maisons de soins et les guérisseurs ; et de l'autre, fortement reconnus : l'hôpital pédiatrique, à savoir le Centre Mère et Enfant et les biomédecins. Dans les deux cas, l'entrée dans le terrain de recherche n'a pas été facile, alors que nous pensions qu'il se poserait plus de problèmes à pénétrer les milieux de soins moins légitimés que les milieux fortement reconnus. Les difficultés ont été les mêmes dans les deux milieux de soins. Pour entrer à la Fondation, nous avons été introduit par un proche, pédiatre ; et en Maisons, par un guérisseur qui a déjà collaboré par le passé à une précédente recherche que nous avons menée à Yaoundé (Rothenbühler, Leanza, Wamba, Layat, & Changkakoti, 2008; Wamba, 2005b).

Avec le pédiatre, nous avons pu rencontrer le directeur de la Fondation, afin qu'il nous délivre l'autorisation [cf. annexe#2] de mener la recherche dans son institution hospitalière. Cette autorisation permettait en même temps d'obtenir un autre document sans lequel il n'est pas possible de mener une étude en milieu hospitalier au Cameroun : la Clairance Éthique [cf. annexe #3], un document délivré par le Comité National d'Éthique<sup>16</sup>. Quant aux Maisons de soins, nous n'avons pas eu besoin de recourir à une telle procédure administrative. L'appui du guérisseur qui a servi de porte d'entrée a consisté à nous aiguiller vers les guérisseurs qui ne sont pas membres d'une association de guérisseurs, conformément aux raisons et critères que nous avons évoqués plus haut. Ces moments administratifs et de ciblage des individus participants se sont étendus sur une durée d'un mois. L'avantage d'être introduit dans les deux milieux de soins par des personnes de l'intérieur est le niveau élevé d'engagement des enquêtés, une expérience que Roulleau-Berger (2004, 267) décrit comme extrêmement importante pour la qualité des données de terrain.

---

<sup>16</sup> Ce document est comparable au Certificat d'Éthique que délivre l'Université de Montréal à Montréal [Canada].

Pour recueillir les données, nous avons commencé par les observations. À la Fondation, nous nous installions dans le box d'un pédiatre pour le moment d'une ou de deux consultation(s), et nous regagnions un autre box. Avant chaque consultation, le pédiatre nous présentait à la mère comme étudiant-chercheur et lui demandait son accord par rapport à notre présence. Ensuite, nous lui demandions encore son accord à participer à un entretien individuel après les observations, à une date et heure à sa convenance. Nous profitions de ce moment aussi pour nous présenter et exposer les objectifs de l'étude aux mères, et les inviter à signer le formulaire de consentement éclairé au cas où elles donneraient un avis favorable de participation à l'étude.

En ce qui concerne notre présentation, nous avons utilisé deux formules : l'une pour les soignants et l'autre pour les mères. Dans le cas de notre présentation aux soignants biomédicaux, la formule suivante était employée : *je<sup>17</sup> suis étudiant au doctorat au département d'anthropologie à l'Université de Montréal au Québec (Canada) et, m'intéresse à la santé de la mère et de l'enfant. Pour cette recherche, la direction de l'hôpital est bien informée de ma présence à la Fondation : elle a délivré une autorisation de recherche pour observer les consultations et mener les entretiens individuels avec les médecins et les mères consultantes. Aussi, j'ai obtenu l'aval du Comité National d'Éthique qui m'a délivré la Clairance Éthique. Pour appuyer nos propos, les deux autorisations – de la Fondation et du Comité d'Éthique – étaient présentées au pédiatre. Étant rassuré, ce dernier nous a invité à nous asseoir près de lui [de son bureau], et nous a intimé le port de la blouse blanche, car, souligne-t-il, en étant en blouse blanche, les mères ne se poseront pas trop de questions sur votre présence dans le box. Elles vont vous assimiler au personnel médical.*

Pour nous présenter aux guérisseurs, nous employions la même formule utilisée pour nous introduire auprès des médecins. À la différence que chez les premiers, nous n'avions pas besoin d'une autorisation de recherche. Mais certains nous posaient la question de savoir si les autorités sanitaires étaient au courant de notre étude. Nous répondions par l'affirmative, en présentant le document du Comité d'Éthique. En posant la question, les guérisseurs voulaient se rassurer que nous sommes bien chercheur, car comme le souligne l'un d'entre eux : *par le passé, nous avons connu des gens qui se passaient pour des chercheurs, alors qu'ils sont des faux guérisseurs qui*

---

<sup>17</sup>Pour notre présentation aux enquêtés, nous nous sommes permis d'utiliser la première personne du singulier (Je), pour faire la différence avec l'usage de la troisième personne [Nous] qui est employée dans l'ensemble du texte.



*viennent se renseigner pour connaître les plantes médicinales que nous utilisons pour traiter telle maladie, ou telle autre. Une fois qu'ils récoltent l'information, précise-t-il, ils vont s'installer en bordure de la route et prétendent savoir traiter les maladies pour lesquelles vous lui avez donné le nom des remèdes et le mode d'emploi. Voilà pourquoi je pose la question. C'est pour me rassurer.*

En ce qui concerne la présentation auprès des mères, nous nous introduisons en dévoilant, d'abord, comme dans le cas des guérisseurs et des biomédecins, notre identité et l'institution universitaire à laquelle nous sommes affilié. Ensuite, nous ajoutons la chose suivante : *Je m'intéresse à la santé de la mère et de l'enfant et, j'aimerais, dans la mesure du possible, que vous m'accordiez à la fin de la consultation un moment pour vous présenter amplement les objectifs de la recherche, et si cela vous intéresse, de prendre un rendez-vous pour un entretien qui se déroulera à un endroit que vous choisirez vous-mêmes.* À la fin de la consultation, nous sortions ensemble du box avec la mère consultante, et lui présentions les objectifs de l'étude, comme suit : *La recherche que je mènerais avec vous porte sur la santé de la mère et de l'enfant. Elle consiste à mieux comprendre les expériences d'utilisation des ressources thérapeutiques disponibles par les mères, lorsque pour un problème de santé touchant leur enfant ou elles-mêmes, elles décident de rentrer en relation thérapeutique avec un soignant, quel qu'il soit. Nous cherchons donc, à travers vos expériences des milieux de soins, à avoir une idée de ce que vous pensez des pratiques du guérisseur et du biomédecin, et de savoir à quoi renvoie, pour vous, le fait de vous adresser à un soignant, ou de refuser de vous adresser à un autre.* Aux soignants, nous exposons les objectifs de la recherche de la manière suivante : *le travail que je mènerais avec vous consiste à mieux comprendre les expériences que vous avez en matière d'orientation thérapeutique des patients. J'aimerais avoir une idée de ce que vous faites lorsqu'un problème de santé de la mère ou de l'enfant dépasse le cadre habituel de votre analyse [le plateau technique].*

Par ailleurs, à la fin de la présentation des objectifs de la recherche, nous abordons les aspects relatifs aux modalités de participation à l'étude et à la confidentialité. Dans le cas de la participation, le langage ci-après était tenu aux usagers de soins : *Votre participation est entièrement volontaire et n'affectera en rien vos soins médicaux actuels ou futurs ou vos relations professionnelles au travail avec vos employeurs.* Aux soignants, nous les rassurons que leur participation n'affectera pas leurs rapports avec la hiérarchie de leur institution. Aussi, nous

rappelions à tous les enquêtes que : *si vous décidez de participer à l'étude, je vous demanderais de signer le formulaire<sup>18</sup> [de consentement éclairé], dont une copie vous sera remise. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps par avis verbal, sans préjudice et sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer avec moi, au numéro de téléphone indiqué à la dernière page du formulaire de consentement. Si vous vous retirez de la recherche, les renseignements qui auront été recueillis au moment de votre retrait seront détruits.*

Quant à la confidentialité, tous les enquêtés étaient rassurés du fait que les informations obtenues seront maintenues confidentielles et aucune information permettant de les identifier d'une manière ou d'une autre ne sera publiée. Pour finir, nous tenions à rappeler aux enquêtés qu'en participant à cette recherche, ils pourraient contribuer à l'avancement des connaissances sur les raisons et motivations réelles qui poussent un individu à rencontrer en cas de maladie un soignant précis. De telles connaissances pouvant permettre à baliser les ressources thérapeutiques disponibles pour une meilleure circulation des usagers de soins, d'une ressource à une autre ; et pour un usage optimum de celles-ci par les soignants. Nous rappelions également que l'étude pourra donner l'occasion de mieux apprécier la place qu'ils accordent à chaque médecine et les perceptions qu'ils ont de la maladie et des soignants ; et qu'il n'y a pas d'inconvénient à participer à la recherche.

Les lieux de rendez-vous pour les entretiens étaient généralement dans la maison de résidence des mères. Les entretiens avec toutes les mères se sont déroulés dans leur domicile respectif. Nous avons observé 30 consultations, et 20 ont été retenues. 6 mères dont 3 des Maisons et 2 de la Fondation n'ont pas été disponibles pour les entretiens, parce qu'elles résidaient hors de Yaoundé, ce qui constituait un critère d'exclusion ; 4 ont tout simplement refusé : la raison du refus était la gravité de la maladie de leur enfant. Quant aux mères du quartier, nous avons pris contact avec 15, et avons effectué les entretiens avec 10. Les 5 autres se sont déplacées entre-temps.

### **3.5 Analyse des données : varier les échelles d'analyse**

Nous avons diversifié les échelles d'analyse des données, afin de «[...] souligner les procédés très variés de la découverte, fussent-ils les plus risqués» (Bachelard, 2005, p. 12) ; de bien penser le

---

<sup>18</sup> Nous avons prévu un formulaire de consentement éclairé pour les usagers de soins et un autre pour les soignants.

phénomène à l'analyse, en profitant «de ses ambiguïtés pour modifier et alerter la pensée» et, en augmentant «la garantie de créer scientifiquement les phénomènes complets, de régénérer toutes les variables dégénérées ou étouffées» (Bachelard, 2005, p. 17) que la science enferme dans les méthodologies totalisantes. La variation des échelles d'analyse s'est effectuée de plusieurs façons.

### **3.5.1 Relation d'enquête en contexte peu légitime**

L'analyse des rencontres effectives entre les acteurs de soins nous intéresse, et en particulier l'analyse des tactiques des luttes pour la reconnaissance que développent les guérisseurs pour se maintenir dans l'espace public de soins. Ces luttes traduisent un problème fondamental : celui des guérisseurs affaiblis et disqualifiés institutionnellement, et qui se battent depuis toujours pour changer leurs conditions de vie et de praticiens précaires, et «surtout leur relation à autrui» (Fierens, 2003, p. 63), notamment envers les usagers de soins et biomédecins ; pour reconquérir leur dignité, se requalifier professionnellement et se faire reconnaître par les pairs ou par un autrui institutionnel. Il s'est agi de saisir le problème des luttes sociales au lieu où il concerne le contrôle du devenir des acteurs faibles (Payet & Laforgue, 2008) dont le savoir, les discours et eux-mêmes ont été déconsidérés, au triple niveau du pouvoir proprement culturel, scientifique et politique. Même si le point de vue des autorités de la santé publique a évolué vers une plus grande compréhension et tolérance des pratiques de soins des guérisseurs, ces derniers constituent une majorité silencieuse dont la parole continue à étouffer au fond d'elle. L'institutionnalisation des modalités de la rencontre et de la reconnaissance en faveur de la biomédecine a fait d'eux des soignants de l'ombre ; muets et incapables de s'autoréaliser et de faire entendre leur voix dans l'espace public des points de vue, afin de participer à l'amélioration des conditions d'exercice de leur métier de guérisseur. Parmi les capacités à analyser, ont été mises en avant les compétences et capacités à l'autoréalisation ; les dispositifs qui en rendent compte en contexte d'affaiblissement institutionnel.

Nous avons mené des enquêtes dans un contexte d'affaiblissement et de rapports de forces asymétriques. Autrement dit, nous étions confronté à des modes institutionnels de subordination (Fraser, 2005) et de distribution inégalitaire de considération (Haroche, 1998) ; de l'estime de soi et de l'honneur social (Margalit, 2006; Roulleau-Berger, 2004). Nous étions aussi confronté à des situations de «guerres de reconnaissance» (Bauman, 2007) ou de «lutte pour la reconnaissance»

(Honneth, 2000) que mènent des guérisseurs affaiblis sur le plan de la légitimité professionnelle et disqualifiés du marché de la santé. Or, enquêter dans des contextes peu légitimes, impose de se poser aussi, comme l'a fait Roulleau-Berger (2004, p. 262) à la suite de Winkin (2001), la question du «savoir-être avec» Autrui disqualifié, une question dont les enjeux scientifiques, méthodologiques et épistémologiques sont importants. Mais le fait que le chercheur ne dispose pas d'outils méthodologiques adéquats et conséquents ne le condamne-t-il pas *a priori*, malgré les ajustements/compromis nécessaires qu'il pourrait opérer, de n'avoir dans l'écriture anthropologique que sa propre voix ; de ne voir que le versant de la réalité que la méthodologie institutionnalisée, reconnue et formalisée éclaire ; et de gommer ou d'ignorer l'autre versant que celle-ci laisse, par principe normatif, dans l'ombre ? Dans une démarche postcritique, post-ethnographique (Vidal, 2010) et (post)réflexive (Ghasarian, 2003), il nous est apparu que ce principe n'affaiblit pas seulement les acteurs auprès desquels nous avons mené les enquêtes, mais jette une lumière de prise de conscience sur notre propre affaiblissement (Payet, Rostaing, & Giuliani, 2010, p. 14). D'abord à l'égard des exigences normatives de la méthodologie de recherche dont nous ne pouvons pas nous en passer ; ensuite, à l'égard de la question morale dans la confrontation aux acteurs exclus de l'interprétation et de l'écriture anthropologique. Dès lors, comment concilier les exigences méthodologiques et la question morale dans une perspective d'action de reconnaissance et d'empowerment des acteurs idéologiquement affaiblis/disqualifiés ?

De nombreuses méthodologies de recherche proposent de sortir les acteurs affaiblis de leur mutisme, en leur redonnant la parole. Parmi celles-ci, très peu parviennent cependant à produire une ethnographie en dehors des perspectives normatives et instituées (Denzin & Lincoln, 2008; Goulet & Miller, 2007; Jones & Jenkins, 2008; Lincoln & Denzin, 2008; Mutua & Swadener, 2004; Smith, 1999; Wilson & Bird, 2005). Il semble que par principe méthodologique la voix des acteurs faibles ne va pas suffisamment au-delà du magnétophone de l'ethnologue. De ce fait, la combinaison des méthodes d'observations et des entretiens individuels à laquelle nous avons fait recours à titre de techniques de recherche présentent quelques limites. Dans la mesure où, à elles seules, ces techniques ne suffisent pas, d'une part, pour mettre en œuvre des interprétations denses (Geertz, 1973, p. 21) susceptibles de rendre compte de ce que pensent/sentent les agents faibles et forts ; et d'autre part, pour rendre compte «de ce dont ils sont capables», comme l'indique le titre du chapitre qui inaugure le livre de Boltanski (1990) : *L'Amour et la justice comme*

*compétences*. À cet effet, notre devis d'analyse se veut conséquent et repose sur des procédés d'analyse peu habituels.

### **3.5.2 Le moment compréhension de l'analyse ethnographique**

Pour rester en conformité avec la situation d'enquête en contexte des rapports de force inégalitaires, nous avons adopté des démarches d'analyse ethnographiques compréhensives inspirées des relations institutionnelles compréhensives. Le moment compréhensif est dialogique, assumant, selon Genard (2011), une posture orientée vers la rencontre de l'Autre. Mais il ne se confond pas, à notre sens, avec l'empathie. Il rime plutôt avec une attitude respectueuse des pratiques de soins [déconstruites et dénaturées] de «l'Autre», disqualifié et affaibli. Il s'agit alors de prendre cet «Autre», et donc soi-même, au sérieux. Le moment compréhensif a aussi l'avantage de pouvoir rendre possible, tant en situation de revendication à la reconnaissance juridique qu'en celle de la relation d'enquête, la promesse de la coprésence (1999), au sens de Martinien du concept, un sens qu'évoque aussi le concept de co-temporalité chez Fabian (1999, 2006). Les deux concepts ne renvoient pas ici au sens sartrien qui suppose une présence ontologique. Mais plutôt ils supposent, dans une perspective de l'anthropologie capacitaire et de la sociologie des épreuves ou pragmatiste, selon un vocabulaire de Thévenot (2006, p.244), des «engagements mutuels» entre les enquêtés et l'enquêteur. L'engagement évoquant, comme le souligne l'auteur dans le *Grand Résumé* (2011) de *L'Action au Pluriel*, une implication dans une cause commune, ou une obligation procédant d'une promesse contractée à l'égard d'autrui, ou encore d'un lien tacite qui peut n'être que matériel. Étant entendu que l'engagement fait appel à des aptitudes subjectives et à des gages qui garantissent la reconnaissance. Un des modes d'engagement que nous avons analysés a été l'autoreprésentation à travers une coordination avec soi, et par voie de conséquence, avec les autres. Il s'est agi alors d'identifier des schèmes de compétences et les capacités dont dispose l'acteur pour se maintenir dans les engagements contractés envers les autres ; et les types d'engagements de ces derniers envers le premier, illustrés par «des appuis» (Dodier, 1993) institutionnels, des soutiens conventionnels à «des individus sans supports» (Castel, 2003), ou d'autres formes d'engagements marqués par les résistances aux normes institutionnelles, comme chez les biomédecins non conformistes. D'autre part, la coprésence et la co-temporalité supposent une interrogation sur les conditions sociohistorique et politique qui inscrivent l'ethnographie compréhensive dans le projet d'engagement éthique. Elles supposent

également qu'«il faut surtout trouver la voie d'un rapport humain ordinaire, et s'inscrire au point exact où l'ont peut être avec eux dans la même histoire» (de Martino, 1999, p.62) ; ou encore de travailler «avec eux» et auprès d'eux, et non «sur» ou «pour eux», selon Laforgue (2009).

Par ailleurs, les techniques d'analyses ethnographiques compréhensives sont nourries des réflexions méthodologiques historicistes (de Martino, 1999), dont Boas en est le précurseur ; et de celles de Smith (1999) sur *Decolonizing methodologies*. Elles focalisent sur la relation d'enquête à partir d'une double perspective. D'abord, celle du processus d'empowerment de l'agir faible, c'est-à-dire à partir de la perspective des enquêtés affaiblis, afin qu'ils aient accès à l'espace public des points de vue, comme en témoigne ce proverbe africain repris par Lincoln et Denzin (2008, p. 563) : «Until the lion can tell his own stories, tales of the hunt will be told by the hunter». Ensuite, celle de l'empowerment de l'agir fort, c'est-à-dire à partir de la perspective des enquêtés fortement légitimés dans l'espace social pédiatrique. Cette double perspective d'analyse du processus de renforcement de la légitimité définit «deux conceptions de l'empowerment» différentes, pour reprendre un concept de Cantelli (2013). Par ailleurs, nous avons été aussi attentif à la réalité de la relation d'enquête à partir de la perspective des enquêtés et de l'enquêteur. Cette perspective a permis d'aborder la démarche de l'enquêteur sur ses propres catégories cognitives, afin de saisir le problème fondamental de l'autoréalisation des enquêtés en contexte d'affaiblissement, où on a affaire aux enquêtés peu ou faiblement légitimés ou reconnus qui subissent, en plus de la marginalisation professionnelle, de la discrimination de tout genre, dont idéologique et politique.

### **3.5.2 Coprésence : une voix différente dans le choix et analyse des corpus**

Choisir les thèmes ou les corpus à analyser, c'est entasser toutes les données visibles conceptuellement, suivant une logique de l'enquêteur, et donc finalement ne pas voir ce qui est hors de portée de cette logique. En effet, lorsque les corpus sont choisis par les ethnologues et enquêteurs eux-mêmes, il n'est pas exclu que les savoirs qui en découleront correspondent, très souvent, à leurs préoccupations et non à celles des enquêtés. Cela a pour effet de diminuer le pouvoir de ces derniers ; et de contribuer plutôt au renforcement de la visibilité des premiers. Dans notre étude, il s'est agi de permettre aux enquêtés, en particulier ceux qui ont une faible légitimité et reconnaissance de «se réapproprier», selon une formule de Fillon (2012, p. 49), «leurs mots et leur vision du monde». Une telle démarche permet d'éviter qu'il y ait des contradictions entre les

objectifs de la recherche et la réception des résultats de celle-ci par les populations à qui sont destinés les retombés. Par exemple, le chercheur peut être satisfait des résultats, alors que les enquêtés pourraient relever le fait qu'ils ne s'y reconnaissent pas ou que les résultats ne rejoignent pas leurs attentes et préoccupations. Certes, la majorité des enquêtés ont d'énormes difficultés de compréhension du français, ce qui limite leurs capacités à lire un texte pour réaliser un travail de sélection des segments qui correspondent à ce qu'ils auraient aimé voir apparaître dans les résultats. Mais ce n'est pas une raison pour les écarter du processus du choix des éléments à analyser. «Dès lors, interroger et produire une connaissance de la socialité à l'œuvre dans ces espaces suppose», pour Giuliani et Laforgue (2010, p. 196), «de mettre à distance les discours prescriptifs/normatifs qui empêchent de voir et de considérer ce qui se passe, mais également les interprétations sociologiques auxquelles est associée une lecture morale univoque des choses»

Ainsi, crée-t-on une situation d'enquête où l'enquêté et l'enquêteur évoluent progressivement dans un mouvement réciproque de redéfinition de l'enjeu de la recherche, car il arrive parfois qu'on parte d'un point B dans l'espoir d'aboutir à un point C. Mais les contingences du terrain nous conduisent malgré nous plutôt au point D. Si nous y sommes, ce n'est donc pas un hasard. C'est le produit d'une co-réorientation parfois inconsciente des protagonistes de la relation d'enquête. C'est dans cette mesure que ces derniers deviennent, l'un et l'autre, ce que Descombes (2004) a qualifié de complément du sujet» ou encore, selon Raymond (2010, p. 235), de «compléments actanciels» d'une situation dont ils ne détiennent pas au départ les clés de conjugaison. Même s'il est vrai que l'enquêteur a défini des objectifs de recherche à partir des questions cibles inscrites dans une problématique claire, certains éléments, concepts et segments de texte ne peuvent être pris en considération qu'en mobilisant l'ingéniosité de l'enquêté qui met en branle à la fois son côté informant ou de sujet observé, ayant fait l'objet d'observation; et d'autre part, mobilise ses capacités d'auto-analyse pour faire apparaître à nos sens ce que la théorie avait dissimulé.

Pour choisir les corpus de données à analyser, avons-nous diversifié les angles d'analyse au moment de la sélection du corpus, en impliquant les soignants et les mères d'enfants à l'identification et à la sélection des segments de textes, selon leurs propres critères et attentes. La diversification des échelles d'analyse va de pair avec la pluralisation, la multiplication et le (re)croisement des regards et points de vue sur le contenu des corpus des textes choisis. Mais aussi, elle rend compte des théories et ethnothéories (Dasen, 1998) implicites sous-tendant les

rationalités de la rencontre auxquelles adhèrent les enquêtés et l'enquêteur ; lesquelles viennent élargir la base sociale des politiques éthiques du vivre ensemble, telles que vécues au quotidien dans les relations professionnelles. Le but de la diversification des échelles d'analyse est de contourner les effets de biais ontologiques, épistémologiques et méthodologiques, ou encore de ce que Guba et Lincoln (1994) ont qualifié de «systèmes de croyances fondamentales» qui guident ou prédéfinissent, très souvent, à l'insu de l'enquêteur, les événements/faits qui vont ou non être pris en considération dans la sélection et le choix des corpus à analyser (Delefosse & Rouan, 2001, p. 2).

Ayant 5 groupes de participants à l'étude, nous avons affaire à 5 concepts d'analyse, puisque le choix des corpus est opéré par chaque groupe ; ce qui nous met en situation de 5 manières de choisir les corpus à analyser. Impliquer les enquêtés au choix des corpus apporte une aide à l'analyse des données, à la définition des catégories d'analyse. Cela suppose de pouvoir articuler ces dernières avec nos propres catégories d'analyse élaborées lors du travail de mise à plat des données. C'est ainsi qu'apparaît des catégories d'analyse co-construites reflétant plus ou moins les systèmes de croyances des enquêtés et de l'enquêteur. La co-sélection des corpus fonde une approche méthodologique inhabituelle de l'analyse des phénomènes étudiés, en accordant la place aux analyses des enquêtés ; et minimise les biais des méthodes totalisantes et instituées.

Une telle approche<sup>19</sup> s'accompagne de nombreux avantages. D'abord, d'avoir, selon une formule de Gilligan (2010), *Une voie différente* du phénomène étudié ; ensuite, de pouvoir faire entendre, selon Lahire (2006), «la raison des plus faibles», à savoir des individus affaiblis et disqualifiés idéologiquement, ce qui permet d'offrir l'opportunité du passage de l'affaiblissement au renforcement (Rouilleau-Berger, 2004) ; enfin, de chercher avec eux, non pas comme le suggérait Spivak (1988), les conditions d'énonciation de la parole, mais celles de prise effective par les affaiblis de celle-ci pour s'autoreprésenter. Il va sans dire que par ce procédé, nous avons permis aux enquêtés de se glisser dans nos baboues, ce qui n'est pas la même chose, comme cela a toujours été le cas, de se glisser dans les leurs, comme le proposait Fabiani (1984). Mieux : sentir ce qu'ils ressentent en tant que affaiblis. La différence est qu'en n'essayant pas de sentir ce que ça fait d'être dans les chaussures de l'enquêté disqualifié, on risque de ne jamais le comprendre à

---

<sup>19</sup> La rencontre thérapeutique, elle, ne se fait pas dans un temps opportun linéairement prédéterminé ; elle est modulée en fonction des situations prévues et accidentelles qui s'imposent ; c'est pour cela que la rencontre parcourt les chemins dont ni le thérapeute, ni les usagers ne peuvent prévoir pas d'avance (Titran, 2006, p. 162).



partir de sa perspective et de son point de vue. Ce ne serait pas différent du reproche que nous venons de faire, à savoir devenir leur porte parole. Ce n'est pas le but. Dans un contexte d'affaiblissement, la recherche se donne pour ambition d'accompagner les enquêtés dans le processus de l'autoreprésentation, et non de les représenter. Il serait plus intéressant d'essayer l'expérience inverse et de voir ce que ça fait lorsqu'on est en position de fragilité, c'est-à-dire essayer de sentir l'expérience de la disqualification ; éprouver la difficulté de laisser les autres décider de ce que vous aller faire à votre place ; de décider des segments à analyser à la place de l'enquêteur. Dès lors, il n'est pas exclu qu'il y ait des propositions de corpus discordantes, et donc en déphasage avec ce que l'enquêteur a prévu. C'est là, en effet, le moment de la déstabilisation.

Par ailleurs, avoir une voix différente, et bien entendu discordante, a pour but d'éviter de n'avoir que notre point de vue, c'est-à-dire celui du chercheur, dans la production du savoir ethnologique qui va en découler. C'est d'ailleurs ce que souligne Fine (1994, p. 72) : «Working the hyphen in cross-cultural inquiry means creating occasions for researchers and informants to discuss what is, and is not, happening between, within the negotiated relations of whose story is being told [...]and whose story is being shadowed». En choisissant les corpus de leurs propres discours sur lesquels vont se porter l'analyse des résultats, cela permet d'éviter à l'enquêteur de se prendre pour le porte-parole des participants, ou comme celui qui porte leur voix. L'informateur est lui-même le porteur de sa propre voix ; du contenu de ce qu'il aimerait exposer sur l'espace public des points de vue. Une telle approche a l'avantage que le cri du faible ait le retentissement qui sera certainement, dans la mesure du possible et en fonction des outils d'autoreprésentation co-élaborés, celui qu'il aurait souhaité, c'est-à-dire la vision qu'il a de ce que veut dire, à partir de sa perspective, par exemple rencontrer et reconnaître, sur les plans de la relation thérapeutique soignants-soignés, de la relation professionnelle soignants-soignants, et de la relation d'enquête – enquêteur-enquêté. C'est cette démarche qui nous a permis d'extraire d'un volume très important des données collectées, pendant les observations et les entretiens individuels, ce que certains usagers de soins et soignants perçoivent comme des formes de rencontre et de reconnaissance.

### **3.5.3 Méthode du choix des corpus à analyser**

Faire participer les enquêtés au travail du choix du corpus des données à analyser correspond bien à une volonté de recouper les points de vue sur la réalité de la rencontre et de la reconnaissance : une démarche qui permet de procéder à ce qu'on pourrait qualifier de

triangulation de choix de corpus de données à analyser. Mais pour réussir une telle opération, il a fallu s'armer d'une démarche méthodologique conséquente, même si elle pourrait être perçue comme peu habituelle ; d'une méthode qui évite à l'enquêteur de se camper dans une position d'expert, car ils s'agit «des personnes qui disposent d'une connaissance des situations qu'elles vivent [...]». Ce que tente de faire l'enquête dans cette perspective, c'est de faire advenir la voix des personnes, leurs visions et compréhensions des situations qu'elles vivent» (Damamme & Paperman, 2010, p. 210). Nous impliquons les enquêtés au choix des données à analyser parce que, selon Triamond (2005, p. 160), «Il n'est possible d'exclure les locuteurs, qui par leur manière même de s'exprimer, fournissent des matériaux essentiels à l'analyse. Eux seuls connaissent la façon de voir le monde, eux seuls agissent sur lui, seuls leur propos résultent, au moins partiellement, d'une confrontation avec le réel». L'approche méthodologique développée ici se rapproche de la perspective méthodologique de certains chercheurs qui favorisent désormais les démarches de recherche qui s'inscrivent contre les discours totalisants. On repère d'ailleurs cette orientation chez Corin (2008, p. 72) qui objecte que l'approche méthodologique scientifique de la réalité s'interroge peu ou pas sur la signification de ce qu'elle laisse ainsi de côté en écartant le participant du processus d'analyse et, au sujet de ce qu'il en est de ce qu'il pense des corpus que choisissent les chercheurs. Pour varier les sources d'évidence sur le phénomène étudié, l'auteure se propose de déployer le regard dans une double direction orthogonale ; ce qui ouvre la possibilité d'adopter une position critique permettant de cerner le jeu de la manipulation idéologique des sources d'informations normatives et institutionnelles. De son côté, Pandolfi (2008, p. 108) a développé l'ethnographie de la désorientation, un dispositif méthodologique qu'elle considère comme la principale perspective permettant d'éviter, d'une part, la production normative d'un ordre interprétatif, et d'autre part, toute forme de relativisme, de discours et d'interventions, politico-éthique, scientifiquement et psychologiquement corrects. Même si ce dispositif peut être à l'abri de la production d'un ordre de discours interprétatif standardisé et normatif, il ne parvient pas à montrer concrètement comment le point de vue des enquêtés pourrait être pris en compte dans l'entreprise d'élaboration du savoir, produit de la co-construction entre ceux-ci et le chercheur.

La méthode que nous avons utilisée pour le choix des corpus est l'autoconfrontation simple (Clot, Faïta, Fernandez, & Scheller, 2001) ; elle intervient dans ce que Clot (2001) appelle la clinique de l'activité. Elle a consisté à confronter chaque participant à ses propres données audio recueillies lors des entretiens individuels, dans une certaine mesure, aux données d'observations prélevées

lors des moments de consultations. Une seule consigne était donnée à chacun : choisir les extraits ou segments de texte qui leur parlent, ou qui sont censés représenter ce qu'ils aimeraient voir apparaître dans le travail final de la recherche. La consigne sous-entendue était le choix des données qui représentent, d'abord, pour les usagers de soins, une forme de pluralisation de soins qui rejoint leurs attentes et préférences ; ensuite, pour les soignants, une forme du vivre ensemble manifestée par une mutuelle reconnaissance sur le plan des relations professionnelles entre les biomédecins et les guérisseurs. Pour ce faire, nous avons dû retourner, lors de la seconde phase de terrain, soit par email ou par document imprimé, les données audio transcrites, à chaque participant lisant et écrivant le français. Chez les populations qui ne lisent et n'écrivent pas le français, il a fallu que nous les fassions écouter les 30 à 55 mn de leurs propos discours enregistrés sur une bande audio ; opération après quoi ils étaient capables de décider des séquences audio (extraits des paroles) qui les intéressent et qu'ils souhaiteraient voir analyser et, éventuellement, publier. Le travail du choix de corpus s'est déroulé entre juillet et octobre 2012 ; un intervalle de temps qui nous a permis de procéder aussi, parallèlement, à la sélection des segments de texte qui nous parlent aussi, ne serait-ce que dans le souci de répondre à certaines questions que nous nous posions au début de la recherche. Ainsi, on voit que l'option méthodologique en faveur de la pluralisation des points de vue dans le choix des corpus à analyser impose aussi une prise en compte de la pluralisation des réponses aux questions de recherche ; ce qui constitue une réelle contrainte pour le chercheur qui devra adopter une position de conciliation dans l'analyse des données. Mais un tel travail, s'il a l'avantage de varier les angles et les échelles d'analyse, pose cependant quelques difficultés en ce sens que cela oblige à faire bouger les lignes de forces habituelles qui ont gouverné la méthodologie scientifique (totalisante) de la recherche jusqu'alors. C'est pourquoi suivant notre option méthodologique, il nous est impossible de ne pas inclure les points de vue des participants dans le plan d'analyse des données qu'ils ont eux-mêmes produit au seul nom d'une certaine objectivité, d'«une méthodologie autoproclamée scientifique» (Traimond, 2005, p.160), «ou le pouvoir du plus fort ne peut conduire qu'à un discours formel européocentriste». Nous sommes retournés deux fois sur le terrain.

### **3.5.3.1 Méthodes d'analyse des données**

Nous avons utilisé trois méthodes d'analyse des données : l'auto-confrontation, l'analyse de contenu et l'analyse comparative. La méthode d'analyse en auto-confrontation est celle à laquelle

nous avons fait recours pour le choix des corpus à analyser. Elle a l'avantage de permettre, lors de la réception des corpus choisis par les enquêtés, la création d'un cadre de justification des segments de texte proposés par ces derniers. C'est un moment propice à la relation configurationnelle (Jullien, 2009), à savoir celui à partir duquel l'enquêté et l'enquêteur rendent, selon Raymond (2010, p. 235), «intelligible l'objet d'enquête lui-même ; cet objet est en effet celui qui *in fine* se précise dans la durée de cette relation, bien loin des présupposés normatifs-scientistes, des prêts-à-penser et surtout des points aveugles initiaux». C'est le moment où l'enquête devient, comme l'ont souligné Damamme et Paperman (2010, p.211), «un travail d'élaboration conjointe de ce que savent» les enquêtés. Précisément, c'est le moment d'accès au sens qu'associent les usagers de soins aux choix thérapeutiques ; et les soignants aux orientations thérapeutiques. C'est le moment qui rend possible la confrontation entre les corpus choisis par les enquêtés et ceux de l'enquêteur ; qui permet de faire participer, indirectement, les premiers pleinement à la définition, par exemple, de la rencontre et de la reconnaissance à partir de leur point de vue. Bref, il permet au chercheur de construire les réalités de terrain à partir de différents points de vue des acteurs considérés. L'option pour cette approche d'analyse se justifie par le fait que la faible portée du discours de l'enquêté est quelquefois définie par la difficulté et l'incapacité à s'inscrire, selon Zoïa (2010, p. 128), dans la production d'une interprétation et de l'autonomie.

En ce qui concerne la méthode d'analyse comparative au plus proche, elle a permis de suivre, selon Valensi (2002, p. 30), les variations aux frontières des processus, par exemple au niveau du passage de l'affaiblissement au renforcement des acteurs ; de comparer les stratégies et tactiques en lien avec ces processus. Cette approche est qualifiée par les approches de la décolonisation méthodologique de «working hyphen» (Fine, 1994). Vaughan (2008, p. 215) l'a utilisé pour marquer l'importance du travail aux frontières identitaires chez les jeunes chercheurs en situation de transition professionnelle.

Quant à l'analyse de contenu, elle a consisté, comme l'enseigne Mucchielli (1979, p. 10), à relever le sens des «données produites par les enquêtés». Les données analysées proviennent des observations et des entretiens individuels. Elles ont été classifiées et codifiées en catégories et unités d'analyse identifiées à partir des corpus proposés par les enquêtés et nous-mêmes. Elles ont été regroupées en centres d'intérêts, suivant la conjonction des analyses des enquêtés et des nôtres. Un premier centre d'intérêt est le couple «choix et orientation thérapeutiques» qui conduit à

la rencontre. Il s'est agi de découvrir les conditions de la rencontre et, le sens que chaque enquêté lui donne. Ainsi, le choix d'un soignant, du côté des usagers de soins comme le recours à un autre soignant par un autre [soignant], du côté des soignants, a été codifié comme un indicateur de reconnaissance de compétences du thérapeute choisi. Par contre, résister à rencontrer un soignant a été codé comme un indicateur de mise en doute des compétences du soignant, et donc comme un déni de reconnaissance. Mais la résistance à recourir à un soignant peut être justifiée aussi par autre chose, comme la distance, le manque de moyen ; les attentes et préférences aussi bien des usagers que des soignants à l'égard d'un soignant quelconque. Aussi, pensons-nous que chaque acte d'orientation d'un patient par un soignant vers un autre, quel qu'il soit, exprime non seulement des relations professionnelles entre les deux. Mais aussi cela pourrait traduire une forme concrète de considération, que cette dernière s'opère au niveau du discours ou des pratiques, ou encore par un médiateur quelconque : le carnet d'hôpital ou la mère. Un autre aspect est le savoir mobilisé. La relation de soins est le lieu privilégié où soignants, mais aussi soignés, apprennent à apprendre : d'abord, le soignant du soigné de certains aspects de la maladie qui ne rentrent pas dans ses catégories d'analyse habituelles ; et, ensuite, le soigné du soignant de certaines pratiques de soins différentes de ce qu'il a connu jusque-là au cours de la trajectoire de soins. Mais il semble aussi que les soignants en particulier apprennent à connaître et à reconnaître certaines pratiques de leurs homologues par l'intermédiaire des patients, dont ils ont en commun la charge de guérir, mais séparément. À cet effet, on s'est demandé si apprenant à apprendre l'un de l'autre, à connaître ce que l'un et l'autre font et avec quels moyens, n'apprennent-ils pas en même temps à identifier les schèmes et facteurs relationnels et non relationnels qui pourraient les réunir, les séparer ou encore les amener à se reconnaître mutuellement dans et par le respect des ordres de (re)connaissances et de justification des uns et des autres ?

Nous avons focalisé l'attention sur le passage de la disqualification à la requalification professionnelle, en privilégiant les processus que les guérisseurs développent. Ces processus sont analysés à travers le complexe affaiblissement et renforcement de la légitimité et de la reconnaissance. Mais ce qui nous intéresse, c'est le processus de passage de la faiblesse au renforcement. Par exemple, avons-nous mis en évidence les ruses du faible (de Certeau, 1980), une tactique qui leur permet de séduire les acteurs forts, et de contourner leur résistance. Cela a été mesuré à travers le concept d'«adaptation secondaire» (Goffman, 1968). Aussi, la notion de résistance est évaluée à partir de plusieurs perspectives. Il s'agissait de faire ressortir les raisons

de la résistance de la part des usagers de soins : attentes non satisfaites par exemple ; de la part des guérisseurs : résistances politiques, par exemple. Une autre chose à laquelle nous sommes intéressé dans l'analyse est la posture des biomédecins résistants. On s'est demandé à quoi renvoie la résistance lorsqu'elle vient des biomédecins, surtout lorsque ces derniers se positionnent en complices des guérisseurs dans un contexte où l'asymétrie de position de pouvoirs est en leur faveur ? Nous avons codé leur positionnement comme un appui institutionnel aux guérisseurs, dont les pratiques s'inscrivent dans l'axe de la compétence thérapeutique.

Par ailleurs, analyser le processus de passage de l'affaiblissement au renforcement, tout comme découvrir les logiques derrière les rationalités qui conduisent à offrir un soutien aux guérisseurs affaiblis, suppose de recourir à une approche analytique permettant de lire les actions en termes de pouvoir. Ainsi, avons-nous fait recours à l'analyse critique du discours, une méthode d'analyse de données textuelles et orales développée par Fairclough (1997). Elle vise à analyser les discours dans le but de comprendre et d'expliquer comment les relations de pouvoir naissent, se reproduisent et se perpétuent dans certains contextes sociopolitiques, économiques, historiques et spécifiques. C'est une approche méthodologique qui se distingue par son attachement à une forte tradition du constructivisme social, et dans la manière dont elle entend explorer les relations entre les discours et les différents contextes sociaux dans lesquels ils sont produits (Phillips & Hardy, 2002). Elle nous intéresse, en ceci qu'elle permet d'étudier les processus sociaux de construction des rapports d'affaiblissement-renforcement et les effets qu'engendrent ceux-ci sur les relations thérapeutiques et professionnelles, la configuration de l'espace de soins, et le profil du thérapeute.

### **3.5.3.2 Méthode de traitement des données**

Pour le traitement des données, deux logiciels ont été utilisés : Transana et Atlas-Ti. Le premier est adapté à transcrire les données où interviennent plus d'une personne à la fois. Le cas du colloque singulier entre le soignant et le soigné en est une parfaite illustration. Transana permet de discerner, lors de la transcription des données audiovisuelles, la voix du soignant, celle du soigné, et des membres de la famille qui accompagnent parfois la mère en milieu de soins. Il fournit la possibilité de visualiser l'enregistrement audiovisuel, de saisir la transcription et de créer des liens entre les deux. L'alignement simultané de la vidéo et du texte en transcription permet : l'association rigoureuse des données audio et des données vidéo ; un accès immédiat à des repères temporels précis de la vidéo (Spiers, 2004). Après la transcription des données, nous

avons procédé à leur codification selon les sous-thèmes perceptibles dans les propos des interviewés en vue de découvrir des catégories conceptuelles (thèmes récurrents/centraux contenus dans les verbatims), ensuite, les thèmes et sous-thèmes inventoriés par ce moyen ont fait l'objet d'une analyse globale et organisée, enfin les extraits discursifs ont été dégagés pour une étude systématique et approfondie. Pour l'analyse des données, nous avons utilisé le logiciel Atlas-Ti, un logiciel de traitement des données qualitatives. Il permet, selon Creswell (2007), «de garder un lien constant entre l'original des propos de la personne et l'extrait codifié, placé sous une adresse et appellation spécifiques » (p.106). Avec ce logiciel, il est « plus aisé de rechercher un mot, une phrase sans avoir à relire «des pages et des pages» pour retrouver l'information manquante » (p.113).

### **3.6 Retour sur la méthodologie : difficultés et faiblesses**

Le retour sur la méthodologie traite des gains subjectifs, des difficultés et des faiblesses de notre parti pris méthodologique. Nous y bordons ce que la méthodologie dans l'ensemble a apporté à la recherche ; l'importance de parler les langues des enquêtés, la réception de l'autoconfrontation, en tant que dispositif ou technologie de l'implication des enquêtés dans la production du savoir ethnologique ; et enfin des liens entre les savoirs ordinaires de la vie quotidienne et les savoirs experts.

Notre démarche méthodologique a conduit à faire un voyage du côté de la manière dont les enquêtés perçoivent la relation d'enquête ; et interprètent les données qu'ils ont produit. Ces données sont subjectivement orientées vers l'action et, ne peuvent être comprises complètement en dehors des contextes sociohistoriques et politiques dans lesquels elles ont été produites. Ainsi, seuls les enquêtés étaient capables de nous fournir certaines clés de compréhension des motivations et des «bonnes raisons» sous-tendant leur agir. C'est ainsi que nous sommes parvenu à rendre compte des interprétations qu'ils apportent à leurs données en cohérence avec nos propres interprétations d'enquêteur. Pour réussir l'opération nous nous sommes situé, selon une formule de Bourdieu (1971, p. 295), «au lieu géométrique des différentes interprétations, c'est-à-dire au point d'où se laissent apercevoir à la fois ce qui peut et/ou ne peut pas être aperçu à partir de chacun des points de vue» de l'enquêté et de l'enquêteur, car, ce dernier, tout seul, ne peut

assumer une telle fonction. Une telle posture a l'avantage de créer des zones de réversibilités symboliques entre agents officiels et non officiels de la santé, entre acteurs affaiblis et acteurs forts, mais aussi entre les protagonistes de la relation d'enquête. Ces zones pouvant à leur tour évoluer vers des espaces intermédiaires où les capacités sont mobilisées ; où se gèrent les conflits de grammaires de reconnaissance (Rouleau-Berger, 2007a, p. 142) ; où se conjuguent les théories de la reconnaissance normative, fondée sur le modèle de la délibération, et celle de la reconnaissance capacitaire, fondée sur les compétences individuelles qui n'ont pas encore été institutionnalisées. Cette conjugaison suppose, selon un concept de Amselle (2005), des «branchements» entre les logiques derrière les rationalités qui sous-tendent différentes positions théoriques ; permet de concilier les inconciliables et de faire dialoguer les objets hétéroclites qui, a priori, sont éloignés théoriquement et ne présentent pas ou que peu de traits de ressemblances. C'est d'ailleurs ce qu'avait en esprit G. Bachelard (2005) lorsqu'il souligne dans *La philosophie du non* qu'on peut :

«Toujours cohérer deux théories qui se sont révélées rationnellement valables en elles-mêmes et qui, cependant, s'opposaient l'une à l'autre. Il est bien entendu que deux théories peuvent appartenir à deux corps de rationalité différents et qu'elles peuvent s'opposer sur certains points en restant valides individuellement dans leur propre corps de rationalité. C'est là un des aspects de pluralisme rationnel qui ne peut être obscur que pour les philosophes qui s'obstinent à croire à un système de raison absolu et invariable» (p.140). «Mais cette union des théories opposés ne peut se faire», poursuit Bachelard, «qu'en modifiant des méthodes de raisonnement élémentaires qu'on estimait naturelles parce qu'on ne les développait pas. Pour que la connaissance ait toute son efficacité, il faut maintenant que l'esprit se transforme. Il faut qu'il se transforme dans ses racines pour pouvoir assimiler dans ses bourgeons» (p. 143).

En d'autres termes, la question de fond était, comme le rappelle Zoïa (2010, p. 129), «celle de la méthode : mettre en place un dispositif où les acteurs peuvent se déprendre des assignations, et dans laquelle se manifestent leurs capacités d'actions». Nous y avons répondu en adoptant un outil méthodologique révélateur de la capacité de l'«agir faible» et de l'«agir fort» ; de l'«agir de l'enquêté» et de l'«agir de l'enquêteur», en dehors des contraintes normatives et arrangements institutionnels qu'une certaine anthropologie [critique] continue à entretenir, bon gré mal gré. Cet outil requiert, selon Laplantine (2001, p. 19), «une révolution du regard» qui a permis d'«opérer un décentrement radical favorable à l'élargissement [...]» de la base sociale, méthodologique et théorique de l'analyse des données recueillies sur le terrain. En clair, il s'est agi pour nous d'être curieux à ce que fait/ressent l'enquêté depuis une position de légitimité affaiblie ou renforcée ; de



«Porter au jour la représentation» qu'il «se fait de la situation, de l'enquête en général, de la relation particulière dans laquelle elle s'instaure, des fins qu'elle poursuit, et d'expliquer les raisons qui le pousse à accepter d'entrer dans l'échange. C'est en effet à condition de mesurer l'ampleur et la nature du décalage entre l'objet de l'enquête tel qu'il est perçu et interprété par l'enquêté, et l'objet que l'enquêteur lui assigne, que celui-ci peut essayer de réduire les distorsions qui en résultent, ou, du moins, de comprendre ce qui peut être dit et ce qui ne le peut pas, les censures qui empêchent de dire certaines choses et les indications qui encouragent à en accentuer d'autres (Bourdieu, 1993c, p. 905).

Pour réussir cette opération qui permet de chausser les souliers des enquêtés, nous nous sommes fait aider en partie par eux qui, seuls, pouvaient apporter, par le biais de ce que Bibeau et Corin (1995, p. 15) ont appelé l'«l'interprétation sémiotique contextuelle», certains éléments de réponses inhérents à leurs rationalités. Nous avons pris le risque de les faire participer à l'analyse des données qu'ils ont produites. Ajoutant ainsi à leur statut d'informateur celui de coanalyste, on en est arrivé à des formes d'interprétations hybrides relevant du jugement et des raisons sensibles des acteurs institutionnels (Laforgue, 2009) et non institutionnels concernés ; lesquelles permettent dans le cas particulier des acteurs non institutionnels, d'orienter leur action à partir d'un horizon d'attentes pluriel, dont l'illustration nous est offerte dans la séquence d'interactions suivantes :

**Nous : Vous disiez tantôt que le guérisseur n'arrive pas à expliquer ce qu'il fait, ça veut dire quoi ?**

**Tradi#2 :** Chacun peut expliquer ce qu'il fait à son niveau. Mais il y a les plafonds des niveaux. Si vous partez d'un niveau bas, vous arrivez à un niveau haut où vous rencontrez des spécialistes de médecines qui ont fait dans l'anatomie, dans la pathologie, dans le médicament et que vous n'avez pas les connaissances adéquates qui vous permettent d'expliquer ce que vous faites pour vous faire comprendre, qu'allez vous faire avec eux ? Dont il faut mettre les guérisseurs à l'éducation ; il faut renforcer les capacités des tradipraticiens pour qu'ils aient un certain nombre de compréhension pour expliquer ce qu'ils font, pour transmettre les connaissances qu'ils ont. C'est important. C'est même chez nous ici qu'on cache ça [les savoirs médicaux traditionnels]. C'est ça même qui étouffe la médecine traditionnelle. Les tradipraticiens ont besoin même de publier ça, ils ne veulent même pas cacher ça. Mais ils veulent avoir une assurance sur laquelle ils ont ils doivent compter pour diffuser l'information. Ce n'est plus le temps là où on disait au village mon père m'a appris telle écorce, et je dois cacher. Ils ne veulent pas cacher, moi je l'ai compris tard qu'ils veulent même diffuser ça ; mais ils veulent diffuser ça sachant que lorsque j'ai diffusé cette information je me sens aussi en sécurité. [Guérisseur et pasteur, formation biomédicale, 19 années d'expérience professionnelle]

En effet, cette citation traduisant les attentes des guérisseurs doit être prise non plus comme de nouvelles données qui viendraient se superposer ou se rajouter à celles que les enquêtés ont initialement produit par le biais des techniques d'observations et des entretiens individuels, mais plutôt comme une contribution essentielle au développement d'une vision globale du savoir ethnologique qui résultera de la relation d'enquête par rapport à la définition de la reconnaissance et de la rencontre. C'est qu'une analyse à partir d'une double perspective permet de saisir les écarts entre les normes de l'idéologie de la reconnaissance officielle, et donc des valeurs de références normatives ; et les pratiques de reconnaissance capacitaires fondées sur les

compétences individuelles non institutionnalisées qui se bricolent dans des mondes moins légitimes. C'est cette double perspective qui rend perméable le concept de reconnaissance, si bien que les normes fonctionnant dans une tradition de reconnaissance institutionnelle puissent laisser une place aux autres normes de reconnaissances particulières s'observant dans des situations singulières ou en contexte des pratiques quotidiennes qui attendent d'être institutionnalisées. Ainsi, avons-nous considéré l'autoanalyse des données par les enquêtés comme une méthode pertinente à la fois de production du savoir, mais aussi de comparaison entre le savoir ethnologique et le savoir de la vie quotidienne ou encore de sens commun. Étant entendu que le savoir de la vie quotidienne est aussi inventif et créatif que le savoir ethnologique dit «scientifique». Cette méthode pourrait constituer un outil potentiellement fécond d'analyse de la reconnaissance en contexte des rapports de force asymétriques, car, d'une part, elle rend possible la nécessaire rencontre de l'Autre sur le même terrain et dans une temporalité partagée comme le souhaite Fabian (2006), et d'autre part, elle permet également à l'approche ethnographique compréhensive en anthropologie de ne pas abdiquer de l'ambition critique (Payet, 2005, p. 173). De plus, elle inscrit celle-ci dans des micro espaces de réversibilités qui ouvrent la voie à la reconnaissance et rencontre réciproques et dialogiques. Aussi, permet-elle d'apprécier également l'apport de chaque membre de la relation d'enquête à la production du savoir; de mesurer ce qui revient à l'enquêté et à l'enquêteur. Ce double apport est la manifestation de la coprésence et de la co-temporalité, deux aspects indéniables de la visibilité sociale, et donc de la reconnaissance partagée.

### **3.6.1 Ce que le partage de la langue des enquêtés apporte à la recherche**

Nos interlocuteurs étaient caractérisés par l'absence d'une uniformité linguistique, ce qui nous a obligé de nous accommoder à leurs langues. Le passage d'une langue à une autre a permis de surmonter les difficultés linguistiques auxquelles sont confrontés très souvent les enquêteurs. Aussi, la maîtrise de ces différentes langues a permis de changer, comme l'a souligné Bordigini (2001, p. 118), «le rapport d'énonciation» entre les enquêtés et nous, en instaurant une complicité ou proximité par exemple ; de faire référence à des valeurs communes, comme parler le «pidjin english» avec les enquêtés anglophones ou la langue Yemba, la langue vernaculaire de certaines mères. Elle s'est aussi avérée efficace pour vaincre les résistances et réticences de certains guérisseurs particulièrement rétifs à l'enquête. Le partage d'une même langue avec les enquêtés a

favorisé l'instauration d'une familiarité entre eux et nous, ainsi que le déclenchement de toute une dynamique de paroles et de l'écoute, et d'appréciation de leurs points de vue. L'intérêt scientifique de la maîtrise de la langue des enquêtés se résume à la possibilité de pouvoir observer les différentes manières de présentation de soi du même enquêté, à travers la pluralité de ses modes d'existence, tant dans le discours que dans la pratique et la relation d'enquête. Par ailleurs, ces différents modes d'existence des enquêtés [et aussi dans une certaine mesure de l'enquêteur] a rendu visible une pluralité des rôles joués par les protagonistes de la relation d'enquête : l'enquêté endossait tantôt le rôle de répondant et se comportait tantôt comme s'il était dans une situation sociale normale. Son rôle d'enquêté débordait largement le champ de la seule production de données [se sentir détendu ; parler sans défense ; s'ouvrir davantage à l'enquêteur]. De même, l'enquêteur endossait aussi, ne serait-ce que pour le moment de l'enquête, du statut d'universitaire à celui de membre de la communauté. Par ailleurs, le fait de pouvoir s'exprimer en leur langue respective dotait les enquêtés des ressources intellectuelles et linguistiques nécessaires pour se sentir, d'abord, reconnu, et ensuite, dépositaire d'un message à transmettre en leur nom propre ou au nom de leur groupe d'appartenance. Pour ce qui est surtout des enquêtés qui ne parlaient ni ne lisaient le français, il s'est agi d'une preuve d'engagement de l'enquêteur auprès d'eux et de leur communauté et d'une nécessité pour le succès de l'enquête. Ainsi, nous nous sommes servi des différentes langues des enquêtes, selon un usage de Malinowski (1963, p. 82), «comme instrument d'enquête».

### **3.6.2 Réception de l'autoconfrontation : technologie de l'implication des enquêtés à la production du savoir**

Rappelons que l'autoconfrontation, en tant que dispositif d'auto-analyse, ne visait pas à obtenir les réponses à nos questions de recherche, mais plutôt d'amener les enquêtés à s'auto-approprier leur propre discours, afin de pouvoir proposer les segments de celui-ci qui leur semblent représentatifs des revendications qu'ils aimeraient porter à l'espace public des points de vue. Il s'est agi d'un moment essentiel de la relation d'enquête dont l'importance a été mesurée par les réactions des enquêtés au dispositif d'auto-analyse. Les différentes manières dont ce dispositif, l'autoconfrontation, a été reçu, voire apprécié par les enquêtés en rendent compte. En effet, la réception ne s'est pas faite de manière identique chez tous les enquêtés. Certains enquêtés, en l'occurrence les biomédecins habitués aux situations d'enquête de terrain, nous ont fait part

explicitement du fait qu'il est inhabituel qu'on leur implique au choix des segments de données à analyser. D'autres, notamment les guérisseurs, déplorent le fait que rarement les chercheurs leur accordent autant d'intérêts et expliquent qu'ils ont découvert qu'avec ce procédé, il leur est possible de faire entendre au public la cause qu'ils défendent et revendiquent. L'appréciation du dispositif par les enquêtés rend compte également des gains – subjectifs – tirés de la relation d'enquête.

Un des moments forts de la réception de l'autoconfrontation a été l'émergence chez les enquêtés d'un sentiment d'(auto)-contrôle de l'information et de la relation d'enquête. Dans l'ensemble, les enquêtés voyaient en l'autoconfrontation un moyen de revendication de ce que Goffman (1974, p. 94) a appelé «un moi acceptable», ce qui correspond chez Fabian (2006) et chez de Martino (1999) à la reconnaissance subjective. Ils voyaient aussi dans le fait de pouvoir choisir eux-mêmes les données à analyser un moyen de sortir «grandis» de la situation d'enquête. Chacun se comportait comme s'il était «l'interprète d'une cause, la sienne propre ou celle de son groupe d'appartenance» (Mauger, 1991, p.135). Le dispositif a été plutôt bien accepté et apprécié par les enquêtés, en particulier les guérisseurs, dans la mesure où il cherchait à ce que chaque participant à l'étude puisse y trouver une place honorable, quel que soit son bagage intellectuel et son statut. Le dispositif a permis aussi aux enquêtés une auto-appropriation directe des résultats de la recherche ; et à l'enquêteur d'opérer un double décentrement : d'abord par rapport à sa position et à sa propre subjectivité ; et ensuite, par rapport à la manière dont il envisageait interpréter les données.

La réception positive de l'autoconfrontation par les enquêtés a permis de réinterroger les méthodes d'analyse majoritaires appliquées par les chercheurs pour comprendre les rapports entre l'enquêteur et son objet de recherche, son champ d'observation, ainsi que le monde de la vie quotidienne des enquêtés qui se trouve être aussi celui de l'enquêteur. Cela est d'autant vrai que ce dernier est lui aussi un acteur social, et ne vit pas en dehors de la société dans laquelle il mène l'étude avec et auprès des enquêtés. Si tel est le cas, la frontière qui sépare le registre de sa vie quotidienne au sein des siens dans la société et le registre de sa vie professionnelle dans l'institution universitaire ou académique - guidé par les théoriques anthropologiques - est très mince et perméable. Ces deux registres de la vie de l'enquêteur sont indissociables. D'ailleurs, les

enquêtés ne cessaient de nous les renvoyer en nous attribuant tantôt une identité d'universitaire et tantôt une identité de fils de terroir [citoyen camerounais]. Il s'en suit que l'enquêteur est écartelé entre deux identités: l'une institutionnelle incarnée par l'université ou l'académie; et l'autre, non institutionnelle, qui taraude les plis et les replis de la première. On pourrait parler d'une identité «liquide».

Comparativement au registre institutionnel, nous avons eu le sentiment que le registre du quotidien, qui appelle à la subjectivité ou à l'imagination de l'enquêteur, ne constitue pas un obstacle à son travail. Il en est, au contraire, un atout considérable. Comme le remarque Christias (2002, p. 80) : «loin donc de considérer l'imagination comme un obstacle à la connaissance et à l'édification du monde social, Simmel lui donne une primauté à la fois ontologique et méthodologique». En effet, la prise de conscience de notre propre subjectivité nous a permis de découvrir la pluralité des modes d'être et d'existence de l'enquêteur sur le terrain ; et d'opérer des va-et-vient entre le monde institutionnel de la recherche et le champ des observations en contexte de la relation d'enquête. C'est ainsi que nous avons pu établir le pont entre les méthodes d'analyse relevant des méthodologies totalisantes et celles qui relèvent du bricolage méthodologique, afin de minimiser les biais méthodologiques relatifs à ces deux modes d'analyse ; de nous décentrer ; et d'observer une certaine neutralité. Notre position d'enquêteur et de citoyen camerounais nous a permis plutôt de générer des profits de connaissance – gains subjectifs, à partir du moment où les effets d'une telle position étaient contrôlés. À cet effet, le dispositif de l'autoconfrontation se comprend alors comme une technologie d'implication des enquêtés dans la relation d'enquête, en ce sens qu'il favorise l'inclusion des enquêtés dans le processus d'analyse de l'objet de la recherche tout en faisant d'eux des partenaires à part entière de la relation d'enquête. La participation à l'analyse est, dans cette perspective, le signe de la prise de pouvoir de chacun enquêté sur sa propre pratique pour l'auto-contrôler, l'auto-organiser et l'autoreprésenter. Dans la mesure où l'on ne s'implique efficacement, écrit Bernard (1990, 66), que dans ce qu'on l'a contribué à créer». Plutôt que d'imaginer les attentes des enquêtés à partir des postulats théoriques que nous avons posés au départ de la recherche, l'option pour l'autoconfrontation a permis d'ouvrir en contexte moins légitimé des perspectives pour penser différemment la relation d'enquête, et articuler, avec nuances, les résultats d'analyse des enquêtés et ceux de l'enquêteur.

### 3.6.3 Savoirs ordinaires et savoirs experts : quels liens ?

L'une des caractéristiques de notre approche méthodologique a été d'établir et de reconnaître des liaisons étroites entre les savoirs ordinaires [des enquêtés] dits «profanes» ou non experts et les savoirs ethnologiques [de l'enquêteur] ou de l'«expert» institutionnel. L'une des conditions de possibilité de ces liaisons est le caractère «liquide» des savoirs ordinaires, en ce sens que ces derniers peuvent couler, occuper et s'infiltrer dans les interstices des savoirs experts des institutions. C'est sans doute cette capacité d'infiltration des savoirs non experts dans l'épaisseur des savoirs experts qui a amené Giddens (1987) à établir une relation de (dis)continuité entre les connaissances ordinaires et les connaissances savantes du monde social, et ce, dans la mesure où les acteurs sont considérés comme des «êtres compétents» (Genard et Cantelli, 2008) capables de comprendre et d'interpréter ce qu'ils font. Le dispositif<sup>20</sup> ne révèle pas seulement la compétence d'analyse des enquêtés, mais il met aussi l'accent, comme l'ont remarqué Campenhoudt, Franssen et Cantelli (2009), «sur les interdépendances entre les savoirs scientifiques et savoirs profanes, dans un processus de va-et-vient entre l'univers de la vie sociale et le savoir sociologique, où celui-ci se modèle en s'alimentant des savoirs profanes en même temps qu'il refaçonne l'univers social». Ici aussi, ce sont les frontières entre les deux modes des savoirs qui se trouvent brouillées, en ce sens que les compétences de réflexivité et les ressources de capacités sont désormais disséminés de part et d'autre, et identifiables autant chez les enquêtés que chez l'enquêteur.

Mais la reconnaissance chez les enquêtés des capacités et compétences d'analyse inscrit leur action dans le tournant capacitaire à l'œuvre dans la sociologie des épreuves d'inspiration pragmatiste et de l'anthropologie de l'homme capable. Cela est d'autant vrai que les enquêtés débordent alors leur rôle d'informateurs ou de répondants aux questions que se posent l'enquêteur pour avoir prise directement sur les résultats de l'étude par le biais du choix des données à analyser et de l'auto-analyse des données qu'ils ont produits eux-mêmes. Même si le procédé n'est guère conforme à la logique derrière la rationalité du dogme de la méthodologie scientifique

---

<sup>20</sup> Pour Watier (2002, p. 150), «les individus font ce dont ils savent rendre compte, ils ne pourraient faire ce dont ils font, s'ils ne pouvaient en donner des raisons et des descriptions, au moins partielles. Le langage et la description sont fortement impliqués par toute action, une action possible est en ce sens une action descriptible».

majoritaire, il a l'avantage de pouvoir confronter la subjectivité de l'enquêteur à celle de l'enquêté. Par ailleurs, une telle confrontation a des conséquences théoriques et méthodologiques directes.

### **3.6.4 Conséquences théoriques et méthodologiques du dispositif de l'autoconfrontation**

Dans le cas des conséquences méthodologiques, l'autoconfrontation oblige d'abord à renégocier et à redéfinir le statut sociologique de l'enquêté et de l'enquêteur dans la relation d'enquête. L'enquêteur n'est plus le tout puissant qui vient imposer les modalités d'analyse à l'enquêté, considéré comme minoritaire dans la relation d'enquête. L'analyse [des données] procède alors de la confrontation et négociation des points de vue des protagonistes de la relation d'enquête. Ensuite, la confrontation, salutaire en situation d'enquête en contextes moins légitimés, autorise les bifurcations méthodologiques en rendant légitime et possible la sortie du cadre d'analyse prescrit par la méthodologie scientifique. C'est ce que résume Bayard (2013, p. 156), lorsqu'il souligne :

« Cette capacité à sortir du cadre [...] permet d'inventer, par un véritable travail de création, des bifurcations qui ne se dessineraient pas en temps normal. En cela, il y a davantage ici qu'une échappée du cadre, il y a remaniement de l'ensemble de la réalité, un remaniement qui la fait apparaître comme différente de ce qu'elle était, puisque ouverte à des transformations invisibles jusqu'alors. Cette capacité n'implique pas seulement une re-création du monde, traversé par de nouvelles lignes de force qui en remodèlent le paysage, elle signifie aussi une re-création de soi ».

Sur le plan des conséquences théoriques, la confrontation oblige à redéfinir le concept d'expertise sociale, de la reconnaissance et de la rencontre. Cette redéfinition ayant, elle aussi, pour conséquence d'attirer l'attention sur la difficulté qu'ont les théories normatives de la reconnaissance à prendre en considération les différentes facettes de la rencontre et de la reconnaissance. Elle oblige d'introduire les nouvelles figures de la rencontre et de la reconnaissance qui n'ont pas été prises en considération au moment de l'élaboration de ces théories ; et signale aussi qu'une théorie appropriée doit pouvoir épouser les différents contours de la reconnaissance et intégrer les modalités de la reconnaissance qui n'ont pas encore été institutionnalisées.

### **3.6.5 Difficultés et limites de la recherche**

Mais si l'approche méthodologique adoptée ici s'avère féconde, elle présente cependant un certain nombre de contraintes qui peuvent constituer, en fonction des cas, ses difficultés et faiblesses.

Parmi ses difficultés majeures, nous allons mettre en avant le fait qu'elle requiert beaucoup de temps. L'enquêteur doit retourner sur le terrain pour reprendre contact avec les enquêtés ; il doit redistribuer les données audio transcrites pour qu'ils choisissent celles qui expriment le mieux l'horizon de leurs attentes. Mais la situation devient complexe lorsqu'on a affaire à une population des enquêtés qui ne sait ni lire ni écrire. Dans ce cas, il faut s'obliger à lire les transcriptions à leur place, ou les faire réécouter les bandes audio enregistrées lors des entretiens avec eux, afin qu'ils procèdent au choix des corpus, ce qui n'est pas évident en termes de temps et d'énergie. Lorsqu'on s'engage à faire participer l'enquêté au choix des corpus à analyser, on s'engage aussi à les reconnaître comme coanalyste. Or, cette position oblige l'enquêteur à renoncer à une part de son pouvoir de «superanalyste», de partager une part de son autorité intellectuelle avec les enquêtés :

**Tradi#3** : Soit je peux aussi être que mon nom s'accomplit demain ou soit bénéficiaire de quelque chose, dans le circuit de l'information [allusion ici à la reconnaissance symbolique, à la participation au processus de production des connaissances ethnologiques et médicales dans le champ de la santé]. Le nom soit accompli c'est quoi ? En médecine traditionnelle, on n'a aussi besoin de lire peut-être dans les livres qu'on fait, qu'on comprenne tout simplement que la recherche a été menée à tel lieu, et tel nous a transmis l'information dans ce sens. Ça satisfait le tradipraticien. Ça fait vraiment une fierté dans nos familles de tradipraticiens. Bon et maintenant lorsque vous trouvez un tradipraticien qui est allé au-delà, il attend une collaboration qui lui permet aussi de diffuser son information à un niveau supérieur, et c'est ça qui rend la fierté et une meilleure collaboration en médecine, dans la médecine. C'est ce que j'ai essayé de faire dans le petit livre que je vous ai donné. Donc, voilà à peu près les difficultés que nous avons en médecine traditionnelle. Alors si cela est fait, vraiment le monde va s'ouvrir en médecine traditionnelle ; j'ose le dire. **[Guérisseur et pasteur, formation biomédicale, 19 années d'expérience professionnelle].**

Mais à vouloir satisfaire l'horizon des attentes des enquêtés en contexte peu légitime, on s'expose aussi au risque de militantisme, ce qui pourrait constituer une difficulté épistémologique. Même si les théories qui s'appuient sur les expériences des acteurs affaiblis se trouveraient fondées, elles s'avèreraient, selon Genard (2011), néanmoins insuffisantes. C'est pour cela que nous avons adopté une position de décentrement supportée par une approche ethnographique compréhensive qui porte en soi une dimension éthique rendant possible la prise en compte des conséquences du renforcement de la légitimité des affaiblis sur le comportement des acteurs fortement reconnus. Une telle position permet d'être attentif aux réactions de ces derniers et aux reconfigurations qui en résultent.

Par ailleurs, dans un contexte où compréhension rime avec proximité de l'enquêteur avec les enquêtés, il n'est pas possible que les émotions ne s'en mêlent pas, ne se serait-ce que parce que à travers la disqualification du savoir médical africain, s'écrit aussi celle de l'anthropologue africain.



#### **4. ETHNOGRAPHIE DES RECOURS AUX SOINS EN MAISONS DE SOINS ET AU CENTRE MÈRE ET ENFANT**

Nous traitons ici de trois principaux aspects permettant de situer les données collectées dans l'espace-temps. Le premier aspect est la description de l'accueil dans les Maisons de soins [Maisons] et le Centre Mère et enfant [Fondation] : les Maisons et la Fondation sont les deux milieux de soins pédiatriques auxquels nous nous sommes adressés, dans le cadre de la collecte des données empiriques. Le second aspect concerne le mode de fonctionnement de ces milieux ; et le troisième est consacré aux moments et lieux de consultation. La posture que nous adoptons ici est celle de la «comparaison au plus proche» (Valensi, 2002, p. 28) entre les deux milieux de soins pédiatriques. Il ne s'agit pas pour nous de prendre l'un pour fantôme ou de savoir si ce qui est fait, en termes d'accueil ou de fonctionnement est approprié ou inapproprié. Mais plutôt de décrire le déroulement de ces trois aspects dans les milieux pédiatriques circonscrits par notre étude. Le but étant de voir alors ce que cela provoque, tant chez les soignants que les usagers de soins. Nous avons affaire ici au vécu dans les deux milieux, et nous nous limitons à en rendre compte.

##### **4.1 Accueil en Maisons et à la Fondation**

Les données relatives à l'accueil ont été notées au fur et à mesure que nous visitons les Maisons et la Fondation. Elles ont permis de contextualiser le discours qui va suivre dans les prochains paragraphes. En effet, l'accueil ne se passe pas de la même manière en Maisons qu'à la Fondation, pour au moins deux raisons. La première est le cadre structurel. En Maisons, un espace est aménagé dans l'arrière cours par le guérisseur pour accueillir les malades [et familles] qui lui rendent visite. Hormis quelques exceptions où l'espace d'accueil est totalement séparé du lieu d'habitation, les espaces de consultations en Maisons prolongent l'habitat du guérisseur. Dans chaque espace sont placés quatre ou cinq bancs pouvant accueillir environ 30 à 40 malades. Ce nombre correspond à l'effectif moyen des visiteurs qui s'y rendent par jour. L'espace d'accueil s'ouvre généralement sur une chambre de consultations, où le guérisseur rend les prestations de soins. Dans les 10 Maisons que nous avons visitées, le positionnement des bancs est presque

identique. Chaque visiteur s'assoit par ordre d'arrivée, tâchant d'occuper une place sur le banc qui est tout juste à l'entrée de la chambre de consultation. Cet ordre est maintenu du début à la fin.

Par contre, si l'espace d'accueil se confond dans les Maisons avec la salle d'attente, les deux sont distincts à la Fondation [hôpital pour enfants]. Il existe ici un espace d'accueil : la réception, où les mères s'acquittent des droits de cession – environ fcfa 1 000<sup>21</sup> (soit 2,50\$) – leur permettant d'accéder à la salle de triage, après quoi elles sont dirigées vers la salle d'attente, où elles attendent l'arrivée du médecin. Notons que le travail de tri est opéré en Maisons par le guérisseur. En effet, il n'y a pas en Maisons un moment consacré au tri et un autre à la consultation. Il accueille les malades successivement et progressivement en fonction de leur arrivée, ce qui fait qu'il y a parfois très peu de monde dans l'espace d'attente. Cela évite les plaintes récurrentes qui se formulent en milieu hospitalier, où l'ordre de tri n'est pas très souvent respecté par les infirmiers. Une telle situation est à l'origine des mécontentements : les malades accusant parfois ces derniers de partial, de favoritisme et de non respect pour les mères qui sont là très tôt. Mais la Fondation est très bien organisée et les mères ne subissent pas ce genre de préjudice, comme en témoigne l'extrait suivant :

**Mère-Fondation#2:** [...] *What I noticed here is that, when you come for consultation, is like they know urgent cases and they know how to direct you, so that they can take you faster. But in other hospitals, that you come you want to consult, you sit on the bench they don't even border to know how serious the patient is like, if [...] you see! Because if I am even sitting somewhere that I want to consult, if I see a child that is really suffering. I will even prefer to give that person my time to enter before I go in. Hein! Because, I have seen the situation, and I know what it means. So I think here in Fondation is like a bit better than other hospitals... is well handled as compared to other hospitals* [Mère d'un enfant drépanocytaire, 28 ans, laborantine].

Cet extrait montre que l'accueil est le moment où s'établit généralement le contrat de confiance entre le malade et le soignant ; un moment de vérité qui n'est pas rattrapable en cas d'échec. La confiance est le ferment de la relation thérapeutique (Benaroyo, 2004, p. 60). «Faire confiance», écrivent Baier et Cantro-Sperber (1996, p. 287), «c'est risquer certains aspects de son avenir en pariant sur la loyauté de la personne à laquelle on fait confiance». Il apparaît que l'accueil est plus une manière d'être qu'une façon de se comporter à la demande du malade qui vient consulter. C'est un moment charnière qui conditionne et oriente le processus thérapeutique, car ce sont les insuccès de ce moment que retient le malade. L'accueil se mesure par la formule de salutation, comme tendre la main au malade : une chose que nous avons rarement vue à la Fondation, mais

<sup>21</sup> Cette somme représente pour certaines familles défavorisées le montant de la ration alimentaire journalière.

qui est très courante en Maisons. Le fait que les guérisseurs se lèvent pour aller chercher le malade est aussi quelque chose que les usagers de soins apprécient. Mais il semble que cela fait parfois défaut à la Fondation. Peut-être ce déficit d'accueil chaleureux se justifierait par un manque de temps.

L'autre raison qui différencie l'accueil en Maisons et à la Fondation est le comportement des soignants. Si les mères apprécient le séjour dans la salle d'attente à la Fondation, elles sont toutes très critiques par rapport au comportement de certains soignants qui ne favorise pas une relation de soins fondée sur la confiance. En parlant avec les mères, nous avons noté qu'elles n'apprécient pas certaines remarques que leur adressent les infirmières. Même si ces remarques n'ont pas généralement pour but de nuire, les mères les prennent pour des reproches à leur endroit :

**Mère-Fondation#3:** *You can say something to a mother, and she can start crying, because of the situation that she is facing, you see now. You can have a simple example that I came here; I have my children book that I was suppose to consult them. Normally I know that they are suppose to have a big exercise, but anyway nobody has ever told to buy a bigger exercise book, but I know that since those books are soon getting finish, and they ever told me that it is good to maintain the record since I was coming I have to come with the old book so that they should see how things have been moving. Immediately a woman saw the book, the first thing was: «qui a même le cahier-ci; jusqu'à il y a même un doctor qui a écrit là-bas, hein! Qui a ça?» I said I'm the one. She sent me away: that look at the type of the book you are bringing. [Il faut changer ça?]. I said yes madame, I will buy another one. Then the other madame [nurse] said look at the way you are dressed, you are well dressed and you cannot buy a book for your children. I was like [...], I was crossed, but I had to support because I knew that I was on a begging side. You see. [Mère de 3 enfants drépanocytaires; 39 ans; enseignante au Lycée]*

**Mère-Maisons#5:** *L'accueil ne donne pas envie d'aller à l'hôpital. Quand tu es malade, tu as besoin de quelqu'un qui va te consoler, surtout de la part des docteurs. Tu as besoin qu'il dialogue avec toi ; qu'il te fasse comprendre que la maladie est passagère et que tu vas finir par guérir ; qu'il y a les médicaments pour ça. C'est ce qu'on attend du docteur. Quand tu arrives à l'hôpital, tu t'attends à ce qu'on prenne ta maladie en considération. Mais ils te regardent comme si tu es venue te balader devant eux. Pourtant tu viens là parce que tu souffres. [Mère d'un enfant souffrant du cancer, 41 ans ; cultivatrice].*

À travers ces extraits, se lit une dénonciation du manque de respect vis-à-vis de l'altérité. Or, ce que cherche le malade, c'est le respect pour ce qu'il est ou de son état. Ce respect est similaire à ce que Ricœur (1996, pp. 231–232) appelle «l'estime de soi», le troisième précepte après la reconnaissance de la singularité du malade et l'indivisibilité de celui-ci. «Ce précepte dit plus que le respect dû à l'autre ; il vise à équilibrer, écrit l'auteur, «le caractère unilatéral du respect, allant du même à l'autre, par la reconnaissance de sa valeur propre par le sujet lui-même. C'est à soi que va l'estime ; or la situation de soins, en particulier dans des conditions d'hospitalisation, n'encourage que trop [...] du côté du personnel soignant à des comportements offensants et humiliants pour la dignité du malade». Ces reproches que reçoivent les mères sont bien connus

des biomédecins. Par exemple l'un d'eux, le **Biomed#3**, dit en être très conscient des failles qui existent au niveau du comportement du médecin, en ce qui concerne l'accueil. Il reconnaît que dans la pratique courante :

*La médecine traditionnelle présente un avantage sur la médecine moderne au niveau de l'accueil très chaleureux que réservent les guérisseurs aux malades. Ça c'est, dit-il, dans notre contexte camerounais. C'est que dans la médecine traditionnelle, on développe, ajoute-il, l'accueil et ça a un effet psychologique très important comme je disais tout à l'heure. Donc ils développent un bon accueil ; ils donnent de l'espoir au patient ; ils cultivent la foi en la guérison et le patient adhère. Donc, ça c'est un point très fort qu'on retrouve dans la médecine traditionnelle et qu'on devrait également améliorer dans le cadre de la médecine moderne dans notre contexte au Cameroun. Nous le reconnaissons, mais on y est pas encore [Biomed#3. Médecin, Hôpital de jour, 8 années d'expérience professionnelle].*

Mais la médiocrité de l'accueil que dénonce ici ce pédiatre n'est pas singulière à la Fondation, en ce sens qu'il s'agit d'un facteur commun à l'ensemble des hôpitaux. Peut-être, l'accueil moins chaleureux serait-il dû au fait qu'ils disposent très peu de temps, comme nous allons le voir dans le prochain paragraphe, pour recevoir avec empathie les malades qui sont de plus en plus nombreux.

#### **4.1.1 Mode de fonctionnement en Maisons et Fondation**

Du point de vue du fonctionnement, les Maisons diffèrent de la Fondation. Nous avons observé que :

*Le guérisseur se déplace de la chambre de consultation à l'espace d'accueil pour chercher la mère qui y attend. Il y passera quelques minutes debout avec la mère pour prendre des nouvelles de la famille, sans jamais faire allusion à ce pourquoi la mère est venue le voir. De retour dans l'aire de consultation, une conversation sera engagée, sous l'initiative du guérisseur, sur certains aspects de la vie sociale de la mère. Ses relations sociales seront inventoriées. Parfois, un verre d'eau est proposé et même quelque chose à manger. Par exemple, dira-t-il : tu es sortie de chez toi de bonne heure, il me semble. Je vois que tu n'as même pas pris le café. Il y a quelques bananes douces là. Sers-toi. [Observation chez le Tradi#2]*

Il convient de noter que tout ceci participe de la consultation. L'auscultation des relations sociales permet au guérisseur de déceler les éventuels foyers de tensions relationnelles pouvant exister entre la mère et le reste de sa famille, dont figurent ici à la première loge les parents et grands-parents maternels et paternels de la mère et du père de l'enfant. Ensuite, et c'est le plus important, l'enjeu de la conversation vise à identifier à quel type de malade il a affaire : un chrétien catholique, protestant ; un malade lettré ou analphabète. Chaque information recueillie à travers la conversation précédant le moment de la consultation proprement dit – une conversation qui peut paraître inutile pour quelqu'un de non averti – vise à identifier et à situer les attentes et préférences du malade, et par conséquent, à ajuster le discours et les pratiques de soins qui vont suivre.

Par contre, à la Fondation, le pédiatre est assis dans un box ou dans un local. Une infirmière se charge de faire entrer les mères, suivant l'ordre d'empilement des carnets de celles-ci. Lorsque la mère entend le nom de son enfant, elle est invitée à rejoindre le médecin dans le box. Sauf qu'ici, il y a parfois dans un même box deux médecins, ce qui peut être un frein au principe de dévoilement de la plainte de la souffrance qui est portée au médecin au moyen du langage. La présence d'une autre mère peut empêcher à s'ouvrir entièrement au médecin, soit par honte ou pudeur. En effet, contrairement au guérisseur qui est assis parfois par terre ou sur une chaise de fortune semblable à celle qu'utilise la mère chez elle à la cuisine, le biomédecin est assis derrière une table. Un seul bonjour suffit et la consultation démarre. Le médecin pose des questions au malade, le but étant de savoir de quoi souffre ce dernier et aussi de reconstituer l'histoire de la maladie : une sorte d'anamnèse. Soucieux de recevoir chaque mère et de respecter le temps institutionnel imparti à chaque consultation, on a parfois l'impression, à l'observation et en parlant avec les mères que si celle-ci est finie pour le médecin, ce n'est pas le cas pour les mères qui, à peine elles ont commencé à se dévoiler, se voient interrompre par le soignant : ce qui laisse un goût d'inachevé selon cette mère :

**Mère-Quartier#9:** *Quand le malade arrive, il a beaucoup d'espoir en le médecin de l'hôpital. Il est d'abord abattu moralement ; il attend du médecin un bon accueil. Mais le médecin est assis derrière son bureau et il traite le malade comme une mauviette, comme si le malade n'a pas de sensibilité ; n'a pas de pudeur. Il est pressé, regarde sa montre. Alors que le malade a parfois envie de lui dire beaucoup plus que sa maladie. Mais le médecin l'interrompt et lui dit : oui ça va, j'ai compris votre problème. Qu'est-ce qu'il a compris au juste ? Ce qu'il sait de la science ou ce que j'ai comme expérience de ma maladie ? C'est décevant. Non ? Ce que je viens de vous dire, c'est ce que j'ai vécu ; moi je suis tombée sur des médecins qui me font le diagnostic, qui font une prescription à laquelle je n'ai pas confiance ; à laquelle je ne crois pas ; et je ne peux pas lui dire. Je pars, et je n'achète pas le médicament ; je vais ailleurs. Je vois un autre, dans une autre structure [Mère d'un garçon malade paludisme ; 36 ans, comptable].*

Un autre aspect très important des milieux pédiatriques que nous avons visités est la présence de certains éléments de contexte qui, à première vue, ne semblent pas faire partie du fonctionnement de l'espace de soins. Ces éléments peuvent être interprétés comme des marqueurs médico-culturels de l'insertion du guérisseur ou du médecin dans divers milieux d'appartenance sociale. Ces marqueurs permettent au malade de distinguer, par exemple dans le cas du guérisseur, s'il a affaire à un guérisseur conservateur, acquis à la cause de la tradition ; ou à un néo-guérisseur, signifiant de la «biomodernisation» de la tradition, c'est-à-dire jouant sur deux tableaux : comme par exemple, détenir un pouvoir de guérison transmis par ses ancêtres, et être formé à certains aspects de la biomédecine. Tous ces détails se remarquent chez le guérisseur et se repèrent par

différents aspects. Le port de la blouse blanche pendant la consultation et, le dessin du corps humain affiché au mur de la chambre de consultation sont des signifiants biomédicaux qui marquent et/ou indiquent aux malades la maîtrise des signifiants traditionnels et biomédicaux du guérisseur. Aussi, il n'est pas rare de voir une bible posée par terre, et le crucifix accroché au mur en hauteur au dessus de la tête de ce dernier. La bible et le crucifix sont donc deux objets religieux qui indiquent aussi sa relation à la religion. Ici règne un flou, car le guérisseur peut être catholique ou protestant, ou tout autre, s'il en voit la nécessité, et surtout en fonction de ce que présentent les malades. Il épouse l'attitude religieuse de ces derniers et adapte son discours thérapeutique à leurs attentes.

Cependant, la question de savoir s'ils deviennent des exorcistes ou si la présence des objets religieux chez les guérisseurs modifie leurs pratiques demeure entière. Mais nous essayerons de montrer dans les prochains paragraphes dans quel sens se font les modifications. Tous ces objets qu'on retrouve dans les Maisons des guérisseurs sont, de manière générale, des signifiants de la «biomodernité» et «religiomodernité», selon qu'il convient de privilégier le côté biomédical de ses pratiques ou le côté chrétien de celles-ci. Mais dans le même espace, les signifiants de la modernité côtoient ceux de la tradition. Par exemple, une carapace de tortue est l'expression métaphorique de la capacité à protéger et dissimuler le patient de l'attaque en sorcellerie par un sorcier malveillant qui lui voudra peut-être du mal ; un hameçon, traduirait sa capacité d'épingler le sorcier. La présence d'un os de gorille traduirait sa force ou son pouvoir à lui ; celle d'une toile d'araignée ou des cauris étalés par terre, manifeste la capacité à poser un diagnostic divinatoire, etc.

De même, le local du médecin où il reçoit les malades en consultation présente aussi un décor qui n'est pas le moins suggestif, soit de son appartenance multiple à d'autres milieux évocateurs de la protection que recherchent les malades qui recourent à lui. Comme dans l'aire de soins du guérisseur, il n'est pas rare ou étonnant aujourd'hui de découvrir sur le bureau de certains biomédecins une bible ; une croix accrochée au mur, visible par le malade : tous ces objets étant les signifiants de son inclination religieuse. D'ailleurs, au sein même des hôpitaux, se trouvent parfois des églises catholiques ou protestantes et même des mosquées. Mais sont absents des hôpitaux des lieux, réservés au culte ancestral, où logent les ancêtres, comme il est courant d'identifier dans l'aire de soin du guérisseur une petite maison. Cette dernière étant le symbole de la présence des ancêtres avec qui il travaille et qui lui insufflent lors du diagnostic divinatoire ce

qu'il faut faire ; et ce pourquoi la mère est venue consulter : la cause de la maladie, car elle n'est pas tenue à dire ce dont souffre l'enfant. Ainsi, à «des Africains», dit de Rosny, «vous ne devez pas poser de question, mais dire ce que vous voyez !» (1992, p. 116). Les questions<sup>22</sup>, lorsqu'il y en a, sont suggestives. C'est au guérisseur de dire à la mère venue consulter – pour elle ou pour l'enfant – de quoi il ou elle souffre, et cela demande une compétence qui dépasse les seuls pouvoirs du guérisseur. C'est pour cela qu'il se fait aider par ses ancêtres tutélaires, de qui il doit les connaissances et le savoir des plantes ; la maîtrise et la manipulation de celles-ci.

Par ailleurs, que penser de l'absence des symboles religieux africains en milieu hospitalier, dans un contexte où près de 80% de la population pratiquent le culte des ancêtres ; où cette même proportion recourt aux guérisseurs ? Étant entendu que les hôpitaux couvrent seulement 5% des demandes de soins de la population ; et 15% de cette dernière sont chrétiennes. Pourrait-on dire que la présence des églises chrétiennes et de la mosquée dans l'espace géographique de la biomédecine indiquerait sa proximité avec les religions révélées ; et l'absence des religions africaines, un indice de la discrimination de celles-ci ? Quelles interprétations un regard anthropologique moins partisan de l'idéologie dominante pourrait donner de cette disposition des signifiants religieux dans l'espace biomédical ? Dans tous les cas, il n'est pas exclu que la présence dans cet espace des signifiants de la religion chrétienne et/ou de la religion musulmane peut être interprétée comme une imposition de celles-ci à certains malades. Par conséquent, d'autres malades d'orientation religieuse animiste, par exemple, pourraient lire l'absence des signifiants des religions africaines comme un rejet de celles-ci et, par delà aussi, leur propre rejet par l'hôpital.

#### **4.1.2 Moments, temps et lieux de consultation en Maisons et à la Fondation**

Les moments et le temps de consultation diffèrent, selon qu'il s'agit des Maisons ou de la Fondation. Pour ce qui est du moment, nous avons observé que les séances de consultations commencent habituellement en Fondation autour de 9h 30mn ou 10h parfois, et se terminent aux environs de 14h-15h. Mais les usagers de soins prennent place dans les salles d'attente dès le

---

<sup>22</sup> «Dans tous les cas, on parle peu. Le récit des difficultés et la description de la maladie sont souvent brefs. Puisque le guérisseur parle le dernier et plus souvent. Nous sommes dans des cultures où les questions sont plutôt interdites dans la mesure où chacun doit se contenter de l'expérience des anciens [tradition]» (Tsala Tsala, 2009, p. 240).

petit matin. Certains y arrivent bien avant 6h dans l'espoir d'être reçus parmi les premiers. Par ailleurs, chaque biomédecin dispose d'un jour de consultation par semaine, soit au total 4j/mois. Le reste du temps, il le passe en salle d'hospitalisation ou aux urgences. Par contre, en Maisons les consultations se font à tout moment ; tous les jours, même les weekends. Il n'y a pas un moment précis de la journée pour s'adresser au guérisseur. Il n'existe aucune restriction quant aux heures et moments d'accès aux Maisons. Comparant les moments de consultations en Maisons et à la Fondation, la **Mère-Fondation#1**, une mère que nous avons rencontrée à la Fondation souligne :

*Chez le guérisseur, dit-elle, on ne court pas le risque de ne pas être reçue avant ou après une certaine heure de la journée. Si ce n'est pas une urgence, tu ne peux pas voir facilement le médecin avant 10h à la Fondation ou après 14h 30 mn, par exemple. Mais tu peux aller voir le guérisseur le matin, à midi, le soir et même la nuit. Quand vous avez à vous rendre à l'hôpital pour une petite maladie, c'est la journée entière qui est occupée, perdue. Ce qui n'est pas le cas chez le guérisseur où on peut soit s'y rendre et aller ensuite au champ, ou revenir du marché et y aller en après-midi ou en fin de soirée. On peut s'y rendre à n'importe quelle heure, de jour comme de nuit [Mère d'un enfant souffrant de paludisme ; 29 ans, commerçante].*

Certes, la disponibilité du guérisseur par rapport à celle du biomédecin est un élément qui rend attrayantes les médecines africaines. Elle dessine aussi les préférences des mères à l'usage des médecines. «Lorsqu'on essaie de comparer les pratiques de médecine traditionnelle avec celles des hôpitaux», écrit Sounaye (2007, p. 430), «une différence apparaît nettement dans la forme de la gestion et le rapport au malade. Le patient semble trouver plus d'attention et de disponibilité auprès des tradithérapeutes». En effet, pour rencontrer un biomédecin, il faut suffisamment se préparer. Cela suppose disposer du temps et de l'argent ; d'être patient : ce qui n'est pas toujours le cas. Certaines mères d'enfants résident parfois très loin des hôpitaux et n'ont pas toujours assez d'argent pour payer le billet de cession, les examens demandés par le médecin et les médicaments. Mais si les problèmes de disponibilité se posent à la Fondation, les difficultés financières y sont moins courantes, du fait que certaines prestations médicales sont gratuites, notamment celles relatives aux maladies chroniques comme le vih/sida, la drépanocytose et le cancer, etc.

Pour ce qui est du temps imparti à la consultation, il est très court à la Fondation. La durée moyenne d'une consultation biomédicale est de 14-17mn environ. Pour les maladies considérées comme bénignes, la consultation dure moins de 10mn. C'est le cas par exemple de certaines formes moins graves du paludisme, même si cette maladie constitue, selon l'enquête démographique et de santé au Cameroun (EDSC-MICS, 2011), l'une des principales causes de la mortalité infantile dans les hôpitaux pédiatriques. Pour les pédiatres avec qui nous avons parlé, les



problèmes de santé bénins doivent être adressés, relève le **Biomed#6**, aux centres de santé intégrés ou aux agents de santé paramédicaux que sont les infirmiers. Les spécialistes ne pouvant être consultés qu'en cas d'urgence pédiatrique ou de maladie grave, comme l'attestent d'autres études menées dans d'autres villes du Cameroun (Gruénais, 2002b; Okalla & Le Vigouroux, 2002).

Par contre, la durée de la consultation est parfois très longue en Maisons. Ici, le temps n'est tout simplement pas pris en considération ; le guérisseur est dans un contre-temps. Si bien qu'on peut penser qu'il fonctionne en dehors du temps : ce qui l'intéresse c'est d'instaurer une franche communication avec la mère, afin de bien cerner le problème de santé pour lequel elle est venue consulter. Nous avons observé cette attitude de déconsidération du temps chez la quasi totalité des guérisseurs que nous avons rencontrés, ce qui corrobore les conclusions de Van der Geest :

«Several students of traditional medicine have described the deep personal involvement of African healers in the treatment of patients. Therapeutics sessions lasting more than an hour, and continuing over a period of several months are common. The style of treatment also indicates the healer's concern. Patients are frequently touched and their social and mental problem extensively discussed, often in the presence of their relatives (p.905) [...]. Anthropologists who compared biomedical with other practitioners observed that the latter devoted much time to their patients than the former and that they were closer to their patients in the choice of words and in their behavior (p.906)» (Van Der Geest, 1997).

Cette attitude trouve d'ailleurs un écho favorable chez tous les biomédecins résistants que nous avons qualifiés de néo-biomédecins [N=4/10], qui considèrent qu'à trop s'en tenir au timing de 15 minutes, on perd la capacité d'écoute attentive. Mais si celle-ci prolonge la durée de consultation, elle constitue en même temps un aspect très important de l'efficacité thérapeutique, comme l'illustrent suffisamment les propos du **Biomed#2** dans la séquence d'interactions suivante :

**Nous** : *Vous avez parlé tout à l'heure de votre capacité d'écoute attentive et prolongée ?*

**Biomed#2** : Oui

**Nous** : *L'écoute attentive obéit quand même à une chronologie, je suppose ?*

**Biomed#2** : *Oui ! bien sûr. Il y a l'écoute attentive, il y a l'écoute dirigée. La majorité des confrères se limite à l'écoute dirigée, comme s'ils avaient un chrono. Ce qui n'est pas le cas chez moi. Bien, je commence par une écoute dirigée. Je passe après à l'écoute attentive, ce qui permet au malade de s'exprimer. Cela peut durer environ, selon les cas, 20 mn. Donc pour un patient, et surtout accompagné de la famille ou de la mère, on peut pour un tel patient prévoir 45 min. Si nous nous imposons un timing de 15 min, nous n'aurons pas fait le tour. Déjà parce que le patient chez nous n'a pas l'habitude de dire ce qu'il a au fond de lui. Et si nous voulons faire le timing classique de 15 min, nous n'allons pas atteindre les objectifs de soins. Pourquoi ? Parce que le sujet devant nous n'a pas souvent l'habitude de dire ce qu'il a au fond de lui dès l'entrée de la conversation. Il attend que vous alliez chercher cela en lui, comme si vous étiez un guérisseur qui «voit». Le temps pour lui d'avoir confiance en nous, nous avons déjà grillé 10mn. Et nous essayons d'observer tous les niveaux d'approche, afin qu'après la confiance, nous entrions dans l'expression du patient en toute confiance. Et cette bonne dose de confiance passe à travers : (1) la confiance entre le médecin et le parent ; (2) la confiance entre l'enfant et le médecin. Et là nous obtenons de lui [d'elle] un certain nombre d'informations. Et puis en plus très souvent les patients sont accompagnés. Donc nous*

*avons affaire à l'enfant et aux accompagnateurs, très souvent la mère, et faut pas l'oublier, séparément parfois. Donc, il faut faire sortir la mère parfois pour écouter le patient, s'il s'agit d'un ado. Mais c'est rarement le cas ici, on s'occupe uniquement des enfants de très bas âge. Faut aussi la faire revenir et ainsi de suite. C'est pas toujours évident par rapport aux 15 min. Il faut déroger à cela. C'est pas possible. [...] Et tout ceci prend beaucoup de temps, parce qu'on ne va pas agir comme si on avait un petit chrono là, deux minutes, trois minutes, ainsi de suite. Il faut [...], déjà le patient vient pour qu'on l'écoute. Quand il verra qu'on a tendance à trop contrôler le temps, il ne dira plus rien. Ça va donner des séries de consultation qui seront vides sur le plan thérapeutique. Parce que n'oublions pas que l'écoute du patient constitue près de 50% de la valeur thérapeutique dans son ensemble. [Médecin, infectiologie, 30 ans d'expérience professionnelle].*

Les propos de trois autres biomédecins [**Biomed#1, Biomed#3, et Biomed#4**] rejoignent ceux du **Biomed#2**. Chacun essaie de rendre compte, à sa façon, de la manière dont il se prend pour accorder une attention soutenue aux mères désespérées par la maladie de leur enfant. Ainsi, pour le **Biomed#3** :

*[...] Il y a une question de temps. Dans le sens que le médecin, lui, est beaucoup plus pointu en ce qui concerne le problème médical du patient et il faudrait donc qu'il s'attache les services des travailleurs psychosociaux qui, eux, sont beaucoup plus habilités à creuser plus en profondeur l'aspect psychosocial, l'itinéraire thérapeutique du patient et qui pour cela disposent de plus de temps que le médecin. [Médecin, 8 années d'expérience professionnelle]*

Pour le **Biomde#2** :

*Le temps de consultation est un temps institutionnel : c'est l'administration qui le définit. Il est presque imposé, même si on [l'administration de l'hôpital] ne nous le dit pas ouvertement. Mais ça se sait, du moins tacitement. Et les confrères ont déjà incorporé cela ; c'est devenu pour eux une norme ; je me demande même s'ils ont conscience que cette norme n'est pas neutre et n'est pas la leur. J'aurai aimé que chacun se mette à la place de ces patients qui arrivent tout désemparés et ne demandent parfois, pour certains, qu'à être écouté ; qu'à être attentif à leur angoisse et anxiété. Il me semble selon ma propre expérience qu'ils viennent pour se confier au médecin, comme ils le font aussi avec les guérisseurs. Mais le comportement inadéquat du premier les retourne, très souvent, chez les seconds. J'ai décidé pour toutes ces raisons de me mettre un peu en marge. Parce que quand je reçois l'enfant d'un collègue, ce dernier apprécie et aime bien qu'on s'étende, au moment de la consultation, sur tous les aspects auxquels peuvent renvoyer la maladie, dont certains sont d'ailleurs très loin des problématiques purement biomédicales. D'autres patients ont aussi le même besoin. Mais pourquoi se refusent-ils d'en faire autant, en se réfugiant derrière les normes de l'hôpital [Médecin, 30 ans d'expérience professionnelle].*

Chacun à sa manière essaie d'accorder, selon les moyens dont il dispose, le maximum de temps possible aux familles. Certains médecins estiment que donner du temps à la mère de l'enfant, c'est lui offrir également la possibilité et l'opportunité de tout dire ; de tout avouer ; et de tout confesser. Mais tous n'accordent pas toujours, comme en témoigne la **Mère-Fondation#1**, ce temps aux malades :

*Dès que tu te présentes devant lui, dit-elle, il s'en presse, à partir de deux questions qu'il pose ou de deux petits mots que tu lui as dit en réponse à ces questions, de rédiger une longue feuille de médicaments*

*[ordonnance]. Voilà ! Pourtant on a parfois des choses qu'on aimerait parler au médecin, mais [...], il est tellement pressé lorsqu'il vous reçoit que je trouve inutile d'en parler avec lui. Mais par la suite, je m'en veux de n'avoir pas dit ces choses là au médecin. [...] Pourtant, parfois j'ai envie d'évoquer d'autres aspects qui sont du domaine de la santé même si ça ne touche pas directement le problème pour lequel je suis venu consulter. [Mère d'un enfant paludisme, 29 ans, commerçante]*

Le discours de cette mère laisse apparaître deux éléments intéressants. Le premier est la déploration du peu de temps imparti à la consultation qui ne permet pas d'aborder certains aspects non biomédicaux qui accompagnent le problème de santé de l'enfant, mais qui sont aussi importants que celui-ci. Le discours de déploration trouve un écho à celui du **Biomed#3** qui estime que : *c'est vrai que notre attitude de routine n'incite pas vraiment le patient à parler des aspects non médicaux de la santé*. Il y répond cependant en ajoutant qu'en ce qui concerne son unité de soins, notamment celle de l'hôpital de jour où consultent les mères dont les enfants sont porteurs du vih/sida :

*En fait lorsque nous constatons ou nous décelons des indices annonciateurs d'un problème non médical, nous confions la mère et l'enfant à nos collaborateurs psychosociaux pour qu'ils puissent creuser le problème en profondeur. Mais en consultation médicale notre attitude n'incite pas directement le patient à s'ouvrir entièrement à nous. Si t'es attentif parfois, les mères disent que nous sommes brefs, quand elles sont entre elles en salle d'attente. En effet c'est extrêmement préoccupant. Mais sinon nous restons à l'écoute, surtout avec l'aide des collaborateurs psychosociaux. C'est le temps qui nous est imparti qui ne nous permet pas d'aller plus loin ; c'est-à-dire d'entrer dans la vie du patient, dans ses inquiétudes extra-médicales [Médecin, 8 années d'expérience professionnelle]*

En effet, tout dire procède aussi de la déculpabilisation, en ce sens que les mères dont les enfants portent une maladie comme le vih/sida, le cancer ou la drépanocytose vivent parfois une double angoisse : celle de la maladie de l'enfant et celle d'avoir mis au monde «un mauvais enfant» :

**Mère-Quartier#8** : *Tout montrait que c'est notre faute. Mais je ne parvenais pas à accepter. Le diagnostic était comme un coup de poignard dans mon cœur. Mon mari et moi avons pris un coup très dur ; nous ne parvenons plus à nous parler ; la communication était rompue. Il m'en voulait, mais je ne sais pas trop pourquoi. La famille était presque traumatisée. Chacun vivait la maladie de l'enfant comme un trauma familial. C'était lourd à supporter, surtout qu'il m'était rapporté à l'hôpital qu'on aurait pu éviter la maladie à l'enfant en faisant les tests avant notre mariage : ils ont appelé ça le test pré-nuptial à l'électrophorèse. C'est la première fois que j'entendais ce nom. Nous en étions vraiment perturbés, déstabilisés. C'est comme si le monde avait cessé de fonctionner et que le ciel s'abattait sur nos têtes. L'annonce du diagnostic a raisonné en moi comme une fin de vie pour notre enfant. Mais surtout elle a mis au grand jour notre implication profonde, notre responsabilité dans la maladie de notre enfant, et surtout la mienne. Mon mari avait adopté une attitude de repli sur lui-même. Je me sentais tellement mal et je culpabilisais. C'est avec le temps que j'ai pu accepter [Mère d'un enfant drépanocytaire, 45 ans, secrétaire].*

En effet, les époux sont ici, chacun de son côté, dans un déni, de part et d'autre ; ce déni étant accompagné d'un rejet de responsabilité. Le rôle du praticien consiste à prescrire la démarche thérapeutique à suivre, mais aussi à arbitrer également le conflit relationnel au sein du couple, afin

d'éviter une éventuelle rupture. Cet arbitrage nécessite de clarifier les causes de la maladie sans toutefois porter la responsabilité sur les parents. Or cela demande un investissement en temps, de soi-même : deux aspects qui diffèrent le biomédecin du guérisseur, dans la mesure où le premier n'a pas toujours assez de moyen pour le faire. D'ailleurs, les règlements institutionnels en matière de timing ne sont pas en faveur du rallongement du temps de consultation. On comprend pourquoi les guérisseurs sont sollicités de plus en plus par les mères. Un seul guérisseur peut recevoir en moyenne, comme le précisait le **Tradi#4**, 30 à 45 personnes par jour, un chiffre qui dépasse de 5 fois le nombre de patients que reçoit par jour un biomédecin. Les données statistiques que nous avons rassemblées à la Fondation sur une période d'une année [mars 2011-mars 2012] indiquent qu'environ 1360 mères s'y adressent mensuellement à plus de 30 médecins et pédiatres. C'est sensiblement le même nombre de mères consultantes que reçoit chaque guérisseur par mois.

Malgré le fait que les guérisseurs rendent des services de soins à une importante population, ils continuent à être ostracisés et à subir une marginalité institutionnelle qui est, selon Tonda (2001b, p. 141), plus le fait d'une disqualification professionnelle par les soignants biomédicaux jouissant d'une forte légitimité au sein du système de santé que «d'une marginalité sociologique». Une telle disqualification aurait pu être légitime si elle venait des usagers ou utilisateurs des services de soins proposés par les guérisseurs ; si ces derniers n'étaient pas consultés par les populations ; si la majorité de la population recourait plutôt à la biomédecine. Selon l'auteur (2001b, p.142), il s'agit d'une «marginalité idéologique», c'est-à-dire «une marginalité construite par les pratiques et les discours normatifs des instances de légitimation qui sont ici la biomédecine et l'État».

Pour ce qui est du lieu de la consultation, les biomédecins accueillent les malades dans les locaux de la Fondation ; et les guérisseurs, en Maisons. Bien que les guérisseurs reçoivent et soignent à domicile, il arrive qu'ils se déplacent vers les domiciles des malades, à la demande de ces derniers ; et parfois, vers l'hôpital lorsqu'ils sont sollicités par une famille au chevet du lit de l'enfant malade. Des guérisseurs nous ont rapporté qu'il arrive que certains biomédecins les fassent venir pour certaines femmes en situation d'accouchement difficile. De même, certains biomédecins nous ont aussi confirmé avoir fait venir clandestinement un guérisseur au chevet de certaines mères pour une consultation, notamment lorsque l'enfant est en position de siège. Hebga (2006, p. 326) souligne que «des médecins, professeurs de médecine, tel agrégé de psychiatrie reconnaissent les limites scientifiques et osent écrire sur le livret d'un malade : exorcisme à envisager». De telles

pratiques sont courantes dans les hôpitaux au Cameroun ; y compris ceux tenus par les chrétiens. Par ailleurs, quand ces derniers sont malades, ils n'hésitent pas à faire venir un guérisseur. L'expérience de ce catéchiste que relate de Rosny (1992, p. 13) en est une illustration : lors «d'une grave maladie, les remèdes européens ne lui faisant pas d'effets, le catéchiste fit venir clandestinement, au risque d'être privé de sacrement, un nganga qui le guérit grâce aux herbes et aux écorces».

Mais l'intervention clandestine du guérisseur montre qu'on est dans un contexte où le pluralisme médical n'est pas encore assumé ; où les normes idéologiques priment encore sur les normes des pratiques ; où «l'agir compétent» et l'agir» capable du guérisseur souffrent toujours d'une absence de reconnaissance. Pourtant, les autorités de la santé publique n'ignorent pas qu'ils sont capables de venir à bout de certains problèmes de santé auxquels la biomédecine trouve des limites. D'ailleurs l'action capacitaire des guérisseurs ne souffre pas de doute, si on en croit cette remarque de Dozon (1986, p. 52) : «les guérisseurs sont doués d'incontestables capacités et font preuve parfois d'autant, sinon plus, d'efficacité qu'une biomédecine» considérée comme déficitaire. Pour mieux apprécier leurs compétences thérapeutiques, nous avons choisi de les observer dans les cas de traitement des maladies liées au corps, celles-là qui constituent le terrain de prédilection de la biomédecine.

#### 4.2 Les problèmes de santé répertoriés

Les problèmes de santé que nous présentons ici sont ceux pour lesquels les mères se sont adressées aux Maisons ou à la Fondation au moment de la recherche. Ils ont été répertoriés et inventoriés à partir des observations en situation de consultations. Nous avons accédé à ceux des enfants des mères recrutées au Quartier à partir de la question suivante : avez-vous consulté un soignant pendant la dernière saison sèche, des pluies ou cette année pour un problème de santé relatif à une grossesse, à votre dernier enfant ou encore à l'un de vos enfants ? À partir de là, une nomenclature des problèmes de santé observés et rapportés a été établie, suivant trois périodes : la période prénatale, la période pendant la grossesse et la période postnatale. Les plaintes de santé de la période prénatale tournent, selon le vocabulaire des soignants biomédicaux, autour des *difficultés de conception*. Les **Biomed#2** et **Biomed#3** désignent celles-ci *d'infertilité*. Les mères d'enfants – **Mère-Quartier#3**, **Mère-Fondation#5** – expriment ces plaintes et difficultés de

santé comme suit : *je n'ai pas vu la fleur depuis près de deux ans*. Les **Tradi#1** et **Tradi#4** utilisent les termes : *ne plus voir la lune*, pour désigner les difficultés de conception chez la femme.

Les plaintes de la période de la grossesse concernent, souvent, *la position de siège (Biomed#8)*, ou encore la «présentation de siège», selon un terme de Fillon (2012). C'est une position non appropriée à l'accouchement qu'occupent, à terme, certains fœtus dans le ventre de la mère. Elle expose la mère au risque d'accouchement difficile qui peut aboutir à la césarienne. Les mères en parlent en termes de mauvaise position du bébé dans le ventre. L'extrait suivant en témoigne :

**Nous : Pourriez-vous nous dire pour quel problème êtes-vous allée chez le guérisseur ce jour là ?**  
**Mère-Maisons#3** : *C'était pour redresser l'enfant dans le ventre [...], parce que l'enfant était mal positionné [petite interruption]. Le gynécologue, lui, il ne regarde pas trop, bon pour lui ce n'est pas possible qu'on redresse un bébé dans le ventre. Quand l'enfant est mal positionné tout ça, il faut faire une opération pour pouvoir l'enlever. Bon comme ma maman était là, elle m'a dit que ça se fait, on redresse l'enfant et la femme accouche normalement. Donc c'est là où elle a appelé un guérisseur pour qu'on aille là-bas. [Mère enceinte, 24 ans, étudiante en psychologie]*

Quant aux plaintes relatives à la période postnatale, elles concernent les maladies chroniques : vih/sida, etc. ; et les maladies graves : cancer, drépanocytose, etc. Ces types de problèmes de santé viennent compliquer davantage la situation des mères «infertiles», incapables de «porter» et de «protéger» la vie, surtout lorsqu'elles sont primipares. Dans le cas du vih/sida, l'annonce à la mère du diagnostic de séropositivité de l'enfant se présente chez elle comme une barrière à un nouveau projet de «porter la vie», d'enfanter, et surtout de la protéger. Dans la mesure où une mauvaise planification de la conception d'un prochain enfant pourrait occasionner, au moment de la naissance, une transmission mère enfant [TME] du vih/sida, une maladie très redoutée par les mères à cause des représentations qui lui sont associées. Les mères parlent du vih/sida et se représentent cette maladie comme une *maladie de la mort (Mère-Maisons#4)* ; une *maladie qui brise les couples (Mère-quartier#6)* ; une *maladie qui fait de la femme la coupable et la responsable de la séropositivité de l'enfant (Mère-Fondation#7)*. Autant de propos et formules qu'utilisent les mères rencontrées à l'hôpital de jour, une unité pédiatrique de la Fondation qui accueille les enfants porteurs du vih/sida. Aussi, le paludisme, les méningites, les malformations congénitales, etc. constituent le lot des problèmes de santé postnataux qui font l'objet de consultations dans les Maisons et à la Fondation. À chaque plainte que nous venons de présenter correspond une approche thérapeutique que nous avons qualifiée de stratégies de résolution de problèmes de santé.

### 4.3 Les stratégies de résolution des problèmes santé

Par stratégies de résolution des problèmes de santé, entendons ce que les familles font lorsque l'un des membres, ici l'enfant, est malade ; les réactions et conduites familiales devant la maladie. Il s'agit des différents recours aux soins auxquels se livrent les familles pour tenter de soulager l'enfant qui vient, pour reprendre un vocabulaire propre aux mères que nous avons rencontrées, *d'être pris [Mère-Quartier#9], atteint [Mère-Fondation#3] ou frappé [Mère-Maisons#6] par la maladie*. Ensuite, les parents de l'enfant peuvent envisager la possibilité de recourir à un spécialiste de traitement de la maladie de l'enfance, au cas où la maladie se complique : c'est le choix thérapeutique proprement dit, en ceci que la famille décide de rencontrer ou s'adresser à un soignant, quelle qu'elle soit son identité professionnelle. Enfin, il peut arriver que le soignant à qui la famille s'est adressée initialement l'oriente vers un autre, au cas où son cadre d'analyse [plateau technique] présente des limites. Nous qualifions cela d'orientation ou de référence thérapeutique. Ainsi, les stratégies de ripostes familiales, les choix et orientations thérapeutiques correspondent à trois stratégies de résolution des problèmes de santé qui ont, chacune, ses propres spécificités.

#### 4.3.1.1 Les stratégies familiales : recours aux traitants non professionnels

Les stratégies familiales correspondent à des démarches de soins auprès des membres de la famille qui possèdent des ressources, connaissances et savoirs médicaux non professionnels. La quasi totalité des mères semblent s'accorder à dire que : *lorsqu'un problème de santé survient, on cherche d'abord les solutions autour de soi, dans l'environnement familial proche [Mère-Maisons#2]*. Il s'agit en réalité de faire appel aux personnes ayant des connaissances non professionnelles, même si dans la même situation, les mères peuvent aussi solliciter les soignants professionnels. Le discours s'organise autour des stratégies familiales qui forment le système de riposte familial à la maladie. Toutes les mères avouent avoir eu recours au moins une fois au traitement proposé par un voisin ou une personne de la famille pour soulager leur propre problème de santé ou celui de leur l'enfant. Ce sont des traitants non professionnels qui fournissent des services de soins aux populations, comme en témoignent les propos de cette mère :

**Mère-Quartier#8** : *Quand la maladie attrape quelqu'un, un mal de tête par exemple ou encore un déboitement au pied, on essaie de regarder autour de nous pour voir si une personne connaît ce qu'il faut faire pour que le mal de tête parte [arrêter le mal de tête]. Très souvent, on trouve le remède auprès d'une personne qui connaît l'herbe qui guérit le mal de tête. [Mère d'un enfant tuberculeux, 35 ans, cultivatrice].*

Les données ethnographiques indiquent que les mères commencent d'abord par recourir aux savoirs familiaux sur la maladie de l'enfant : elles sollicitent très souvent la belle mère qui possède des recettes familiales en matière de la maladie déclarée. L'exemple de cette mère dont l'enfant est drépanocytaire est patent. Dans la mesure où il met en évidence les recettes médicinales dont dispose la famille pour répondre à un problème de santé concernant l'enfant. Ici, il est question de fabriquer des remèdes visant, selon la mère, à augmenter le sang chez l'enfant atteint d'anémie :

*L'enfant devenait pâle, selon mon constat. Cette pâleur indiquait, selon notre connaissance, que c'est un manque de sang dans son corps. Dans la famille, nous connaissons des recettes qui permettent d'augmenter le sang de l'enfant. Comme le jaune d'œuf mélangé au lait, le tonic et le yaourt. On lui a servi ce breuvage le weekend. En tout cas, c'est la mère de son père [ma belle mère] qui a composé ce breuvage. C'est une connaissance qu'elle possède depuis longtemps ; elle aide aussi les voisins avec ça. Elle l'a hérité aussi de ses parents* [Mère-Fondation]#2. **Mère enfant drépanocytaire, 28 ans, laborantine].** Cette illustration fait écho au discours du **Biomed#4 [médecin et pasteur, 4 années d'expérience professionnelle]** pour qui : *Il m'arrive aussi parfois d'indiquer, après une consultation, à une mère d'enfant des herbes qui aident parfois à soulager un mal de tête ; ou qui font finir un palu. Dans ce cas, c'est elle-même qui va la cueillir.* C'est aussi dans un esprit similaire que peut se comprendre le discours du guérisseur suivant : **Tradi#1 : Il existe tellement de remèdes dans la nature qu'il est parfois ridicule d'aller en pharmacie pour chercher les remèdes pour un mal de tête qui peut se traiter facilement à la maison. Les mères, les papas et même certains enfants connaissent des recettes de ce genre. Il ne faut pas être guérisseur pour connaître cela** [Guérisseur, Bac+1, 15 d'expérience professionnelle].

En effet, il existe des personnes dont les connaissances et les savoirs en pharmacopée se limitent à un usage familial ou de voisinage pour soulager les maux des enfants, des adultes, «des maladies de femmes», comme la grossesse par exemple. Les mères que nous avons consultées ne confondent pas ces personnes avec les guérisseurs qui connaissent, maîtrisent et manipulent le secret de la composition des remèdes<sup>23</sup>, dont les effets bénéfiques ont été remarqués sur la santé des enfants. Une étude de Monteillet (1999) menée au Cameroun concernant les habitudes de recours aux médecines africaines et biomédicales, ainsi qu'aux personnes possédant un simple savoir de la pharmacopée montre que près de 90% d'une population de 488 personnes ont bénéficié des traitements des personnes qui ne sont ni guérisseurs, ni agents biomédicaux. Mais de simples personnes qui connaissent les propriétés pharmacologiques de certaines plantes.

<sup>23</sup> Au sujet des guérisseurs, de Rosny (1981, p. 309) écrit : «Je n'ai pas du mal à fonder d'abord l'efficacité de la médecine traditionnelle sur le pouvoir curatif des herbes et des écorces. Pendant la Seconde Guerre Mondiale, des pharmaciens français de Douala, privés de médicaments fabriqués en Europe, ont employé avec succès une série de décoctions, de jus et de poudres dont les secrets de la composition et de la fabrication avaient été communiqués par les nganga».



Aussi, dans une autre étude réalisée chez les Bobo Dioulasso en Côte d'Ivoire, Desclaux (1996, p. 256) remarque qu' :

«Un épisode pathologique est d'abord traité, dès sa reconnaissance, dans la famille. Les grands-mères jouent un rôle de premier plan dans la transmission des modèles explicatifs et des traitements préparés essentiellement à partir d'écorces et de feuilles qu'elles se procurent au marché, ou en brousse dans les alentours immédiats de la ville. Ces tisanes sont aussi utilisées à titre préventif, principalement pour les enfants».

Pourtant, à l'exception des travaux de quelques anthropologues médicaux (Bibeau, 1984 ; Rossi, 2002), l'usage des services des traitants non professionnels n'est pas envisagé dans la littérature anthropologique comme un recours thérapeutique. Quand cette littérature en fait référence, c'est très souvent, comme l'a souligné Pordié (2005a, p. 7), de manière indicative et allusive, sans y porter une attention particulière au même titre que les recours aux soins prodigués par les soignants professionnels. Pourtant, il n'y a pas de famille, quelle qu'elle soit, qui n'en fait pas usage constamment, comme le souligne Omaswa (2006, p. 83) : «Home-based care of patients is increasing in importance in many societies, [...] particularly where patients are returned to their homes to be cared for or to await death. Care is mostly provided by closely members who have no formal training in health care». En effet, chaque famille garde, écrit de Rosny (1981, p. 52), une recette transmise en héritage qui soulage, par exemple, les maux tête ou favorise la fécondité.

Au sujet de la fécondité par exemple, Delude (1969, p. 64) a montré que pour l'obtenir, certaines femmes non professionnelles de la grossesse et de la naissance conseillent à celles qui ont des difficultés de tomber enceinte «de porter des coquillages, dont on sait la parenté symbolique avec la puissance génésique. Pour le temps de la gestation, les futures mères s'entourent le ventre d'une corde pour garder l'enfant». Aux Camerounais, il suffit pour les convaincre, écrit de Rosny (1981, p. 309), de leur rappeler les recettes médicinales familiales de leur grand-mère, recettes qui relèvent des savoirs et connaissances médicaux différents de ceux des guérisseurs, par exemple. Les recours aux traitants non professionnels s'inscrivent dans une approche de quête de soins qui consiste à épuiser les ressources thérapeutiques dont disposent les parents de l'enfant, via un réseau de voisinage. Ils ne sont pas à confondre avec de l'automédication qui est un phénomène largement répandu dans les villes et villages camerounais, comme l'a relevé Monteillet (1999) dans une étude sur la consommation des médecines à Mbandjock. Il s'agit des personnes

qui possèdent un savoir médicinal, dont le but n'est pas d'en faire une profession, mais plutôt d'aider les proches, les enfants, des voisins et des amis qui souffrent de certaines maladies.

En effet, ce sont en principe des recettes médicinales qui, d'après les expériences antérieures, ont été utilisées pour guérir une maladie similaire que connaît l'enfant par des hommes et femmes qui ne se considèrent pas comme des professionnels. Desclaux (1996) assimile ces derniers «au secteur populaire». D'ailleurs, on sait aussi qu'ils possèdent le secret d'une herbe pour guérir un mal particulier, comme par exemple *la rougeur qui apparaît au niveau des fesses de l'enfant autour du 3<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> mois* [Mère-Quartier#7]; *la maladie de la fontanelle qui apparaît au milieu du crâne de l'enfant et présente une sorte d'affaissement [bombement]. Cette maladie, dès qu'elle attrape l'enfant, dit la Mère-Fondation#7, on sait qu'on doit aller voir les femmes douala qui connaissent et savent la traiter rapidement plus que l'hôpital.* Il existe d'autres personnes qui ne sont pas des soignants, mais qui possèdent des savoirs pour soulager les mères qui ont la difficulté de tomber enceinte ou éprouvent, lorsqu'elles sont à terme, des difficultés d'accouchement, comme le souligne le Biomed#5 qui se réfère ici aux compétences gynéco-obstétricales de sa grand-mère:

*Je sais que les familles disposent des connaissances médicales qui ont fait la preuve de leur efficacité, même si je n'ai pas actuellement assez d'éléments pour le prouver [...]. J'avoue que je ne peux pas dire qu'elles ne sont pas importantes, ces connaissances-là. D'autant plus que ma grand-mère maternelle, par exemple, s'occupait bien de certaines situations comme celles des femmes qui ont des accouchements que nous appelons en médecine «difficiles». C'est-à-dire qu'elles ont fait un premier accouchement, c'était délicat, traumatique ; elles en ont fait un deuxième et puis bon, à chaque fois c'était toujours une césarienne [...]. Une autre fois, elles décident de s'adresser à ma grand-mère qui fait quelques herbes, et les mélange avec des écorces [...], et elle leur donne ça lorsque la femme est à terme ; et elle accouche par voie basse. Elle a d'ailleurs évité pas mal de césarienne à plusieurs femmes du quartier et même du village. Elle traitait aussi des cas d'infertilité par les mêmes écorces et herbes. Ça je sais que ça existe» [Médecin, 10 années d'expérience professionnelle].*

Ces illustrations nous renseignent directement sur la place marginale qu'occupent les connaissances ordinaires à côté des connaissances dites scientifiques. Mais un seul aspect retient cependant notre attention : ces savoirs non professionnels auxquels recourent les populations ne semblent pas intéresser l'anthropologie, car ils ont été jusqu'alors insuffisamment abordés. C'est aussi ce que déplorait Pordié en Inde au sujet du savoir médical familial visant à guérir la morsure du serpent, un savoir qui échappe paradoxalement aux pratiques de l'anthropologie de développement. Il s'agit, dit l'auteur, «de la dimension sociale du mal, qui transparait à la fois dans le type de recours et dans les modalités d'accès aux soins, de l'invisibilité ou de la transformation de certains comportements et pratiques de santé pour le système biomédical» (2005b, p. 7). Mais

à côté des traitants familiaux anonymes, se trouvent des prêtres exorcistes et prophètes guérisseurs, très prolifiques désormais en Afrique, dont une partie de la littérature anthropologique les assimile très souvent à tort à des professionnels religieux de la santé (Tonda, 2001b, 2001c). Qui sont-ils ? Et quel est leur statut dans l'espace de soins ? Dans quel type de soignants faut-il les classer ?

#### **4.3.1.2 Prêtres/pasteurs et prophètes : des professionnels ?**

Les prêtres/pasteurs exorcistes et prophètes guérisseurs sont deux types de personnages qui interviennent dans le champ de la santé. L'ethnographie des recours aux soins montre qu'ils sont constamment évoqués dans le discours des informateurs qui ont participé à notre étude. En ce qui concerne les prêtres/pasteurs exorcistes, ils sont nés au sein des églises chrétiennes – catholique et protestante ; et ont fait de la recherche de la guérison un aspect important de l'évangélisation qui donne lieu parfois à la prescription de multiples rituels de guérison inspirés du christianisme. Il en existe quantité de personnages de ce type dans les grandes villes camerounaises. L'une des figures emblématiques serait le Père Hebga, un prêtre Jésuite qui a présenté, d'un côté, dans *Sorcellerie et prière de délivrance*, une réflexion sur sa propre expérience d'exorciste (Hebga, 1982), et de l'autre, dans *Croyance et guérison*, le rôle des prêtres exorcistes dans le processus thérapeutique au Cameroun (Hebga, 1973). Quant aux prophètes guérisseurs, ils sont nés de la symbiose qui s'est opérée entre l'église catholique de laquelle ils se sont séparés et des religions ancestrales africaines desquelles ils dérivent. Leur activité est confinée à la frontière du rôle du devin, personnage central des religions africaines et celui du prêtre ou pasteur. C'est pourquoi certains anthropologues de la religion ont tenté de les ranger entre les deux types de religion que nous venons d'évoquer : les religions chrétiennes et les religions coutumières ancestrales africaines (Middleton & Turner, 1965). Ils sont des leaders des églises prophétiques et traitent des infortunes et malheurs de tout genre. Il en existe un peu partout en Afrique, si on se réfère à la littérature anthropologique disponible sur le sujet. En Côte d'Ivoire, les travaux de Bureau (1976) ont porté sur le prophète Harriste ; ceux de Tonda (2001b) sur le messianisme prophétique au Congo. Au Cameroun, de Rosny (1992, pp.177-186) a décrit précisément leur profil dans *L'Afrique des guérisons*. Il en existe dans ce pays trois : Marie-Lumière et Mallah qui sont à Douala et Père Sofo à Yaoundé. Ils rassemblent leur fonction sous le nom de «Bureau Lumière». Ces trois

personnages remplissent, selon l'auteur, la fonction traditionnelle des khamisi [...], personnages qui détiennent au Cameroun un rôle social et religieux et sans doute le pouvoir le plus prestigieux.

Qu'il s'agisse du prophète ou du prêtre exorciste, tous font le travail de la «guérison divine» (Tonda, 2001a, 2002). Bien qu'ils se soient positionnés dans le champ de la santé à partir du langage religieux et apportent un soulagement aux maux des patients désespérés, cela ne fait pas d'eux pour autant des professionnels au même titre que le guérisseur ou le biomédecin. Dans la mesure où il leur manque «l'essentiel apprentissage de l'organisme humain, auquel s'appliquent pendant des années aussi bien les étudiants de la Faculté» (de Rosny, 1992, p. 40) de médecine «que les futurs guérisseurs». Les patients se rendent chez les prophètes avant, pendant et/ou après les consultations à l'hôpital ou dans les Maisons, parce qu'ils y trouvent, selon de Rosny (1996, p. 104), «un complément mystique indispensable à leurs yeux qu'est la prière de guérison».

Une autre raison qui fait des prophètes et prêtres des traitants non professionnels est que leur liturgie de guérison s'adresse parfois à plus de 400 personnes rassemblées au cours d'une séance de prière de guérison, et rares sont celles qui sont prises en charge individuellement. La prière s'adresse à un collectif de gens, comme s'il s'agissait des malades anonymes. Au camp chez Père Sofo par exemple, affirme une mère consultante rencontrée à la Fondation **[Mère-Fondation#9]**:

*On n'a pas besoin de parler avec le Père. Il dit des choses, prie pour tout le monde. On y trouve des aveugles, des malades qui ont du cancer, etc. Moi quand j'y vais, je prends place derrière dans un endroit qui me permet de me recueillir, afin de prier pour que mes ancêtres et dieux fassent à ce que le remède que me donnent le guérisseur et le médecin aient une force de guérison pour délivrer mon enfant de sa maladie. Et puis quand mon heure arrive, je me lève tout doucement et retourne à la maison avec mon enfant. On ne demande rien à personne ; je me demande même s'il sait que je suis passée par là avec mon enfant. **[Mère d'un enfant malade méningite, 42 ans, commerçante]***

Cet extrait peut être compris à deux niveaux. D'abord, il montre que les usagers de soins savent que la prière à elle seule ne suffit pas pour recouvrir la guérison ; ensuite, ils ne font pas du prophète un traitant professionnel pour autant que ses services ne sont pas payés. Par exemple, «Mallah et Marie-Lumière n'acceptent pas d'argent» (de Rosny, 1992, p. 185), ce qui place leur activité hors du champ d'exploitation professionnel où l'exigence de rétribution des prestations des services de santé reçus est de mise, comme on en voit couramment chez les guérisseurs. Ce sont ces deux aspects de l'activité des soins religieux qui nous ont amenés à faire une distinction radicale entre ce qui relève des services de soins professionnels et ce qui se situe hors de ceux-ci

: les traitements dispensés par les professionnels de la santé proprement dit. On sait que le milieu où se dit la prière de guérison offre un accueil chaleureux et communautaire qui est l'un des facteurs de santé que l'hôpital ne prend pas forcément en compte. Mais «même si elle a un effet sur la santé», relève de Rosny (1996, p. 104) sur ce point, «la prière n'en est pas pour autant une médecine !» Les données ethnographiques de notre étude l'ont montré suffisamment. Bien que les prêtres et prophètes ne se considèrent pas eux-mêmes comme des professionnels de la santé, ils forment un système de recours alternatifs s'inscrivant dans l'arsenal des choix thérapeutiques.

#### **4.3.1.3 Les traitants non professionnels : tremplin, démarche provisoire ou définitive ?**

Le recours aux services et des soins non professionnels peut être, selon les cas, une démarche définitive ou provisoire de quête de soins. Il est définitif si la démarche vient à bout de la maladie. À cet effet, le parcours de recherche de soins s'arrête au seul usage des remèdes que va prescrire le membre de la famille qui en a la connaissance. En d'autres termes, les services médicaux rendus par un traitant non professionnel devient pour la mère de l'enfant, comme l'ont remarqué de nombreux auteurs (de Rosny, 1992, 1996; Desclaux, 1996), une première réponse thérapeutique. Mais si la maladie de l'enfant persiste, la démarche auprès des traitants non professionnels devient provisoire, en ce sens que le traitement non professionnel devient un préalable au choix thérapeutique proprement dit. Dans cette optique, il s'agit tout simplement d'un tremplin vers des recours thérapeutiques auprès des soignants professionnels, comme l'illustre l'exemple de la mère dont l'enfant est porteur de la maladie drépanocytaire. Cependant, notons que toutes situations de recours aux soins ne se présentent pas suivant un même schéma qui va du traitant non professionnel au soignant professionnel [de formation]. Une telle approche de recours donnerait l'impression qu'il existe un itinéraire de recherche de soin que suivent les mères, sans qu'il y ait une possibilité d'en déroger. Ainsi, il n'est pas exclu que certaines mères commencent par s'adresser d'abord à un spécialiste de la maladie de l'enfance, comme par exemple le guérisseur ou le biomédecin, afin de revenir au cours du parcours de soins vers le traitant non professionnel.

#### **4.4 Les recours aux soignants professionnels : expression de choix thérapeutiques**

Les recours aux soignants professionnels constituent ce que nous avons désigné dans ce travail des choix thérapeutiques. On parle alors de choix thérapeutiques lorsque la famille s'adresse à un soignant réputé pour ses capacités à poser le diagnostic et à proposer un traitement préventif et/ou

curatif appropriés. Il s'agit d'une démarche active qu'initient les parents de l'enfant porteur de la maladie auprès des institutions de soins reconnues comme des systèmes médicaux : ici les Maisons et la Fondation. Les choix thérapeutiques diffèrent des recours aux traitants non professionnels parce que, très souvent, ces derniers font partie de la famille, et ce sont eux qui initient et proposent parfois les services de soins à la famille. Ainsi, la prière «n'est peut-être pas vraiment vue comme un véritable choix thérapeutique, [alors qu'on choisit le médecin ou un tradipraticien], quoiqu'elle contribue à façonner les itinéraires et soit perçue comme pouvant être la source de guérison» (Saillant, Audet, & Stasse, 2002, p. 436). C'est une démarche relativement passive, dans la mesure où le niveau d'implication des parents n'est pas le même lorsqu'il s'agit de l'option pour des soins professionnels. Dans notre étude, le père de l'enfant n'intervient presque pas souvent lorsqu'il s'agit de rencontrer un traitant non professionnel. Les données observées et rapportées ont montré que, et toutes les mères sont unanimes, le recours à ce dernier est affaire de la mère [N =25] ou de la grand-mère [N=5]; le père n'intervenant que lorsqu'il s'agit de conduire l'enfant dans une institution sanitaire «reconnue» - Maisons ou Fondation. Ce constat vient corroborer les conclusions de nombreuses études réalisées en Afrique de l'Ouest, où les auteurs ont relevé que dans la définition sociale des rôles pour la prise en charge de l'enfant, l'accompagnement en consultation incombe le plus souvent à la mère (70%) ; le père conduit l'enfant dans près de 15% ; et la grand-mère, dans près de 7% (Franckel, 2004, p. 104). Au Cameroun, la mère s'occupe habituellement de tous les problèmes de santé de son enfant (Tsala Tsala, 1996b, p. 171). La pratique est, dit Fassin (1992), répandue dans l'ensemble de l'Afrique.

Par contre, les recours aux soins envisagés sous l'angle des choix thérapeutiques supposent la décision de consulter des personnes formées à la pratique de la médecine. Ces personnes étant considérées ici comme des professionnels spécialisés en traitement de la maladie de l'enfance, de la grossesse ou de la naissance. Elles peuvent être, en fonction des cas, un guérisseur ou un pédiatre – biomédecin, ou tout autre professionnel de la relation d'aide. S'adresser à l'un ou l'autre de ces professionnels qui s'occupent de la santé de la mère et de l'enfant intervient, très souvent, lorsque les solutions thérapeutiques familiales non professionnelles se sont révélées inefficaces.

C'est alors en ce moment que la mère peut décider de recourir aux savoirs médicaux des soignants professionnels en pédiatrie. Il peut s'agir des biomédecins formés dans les écoles de médecine, comme par exemple le Centre Hospitalier Universitaire de Yaoundé [CHUY] qui forment

les biomédecins ; ou encore les Écoles d'Infirmiers Brevetés d'État qui forme les infirmiers. Il peut s'agir aussi des professionnels non biomédicaux : les guérisseurs qui sont des personnages qui se trouvent, comme le remarque de Rosny (1981, p. 52) dans le cas des médecines africaines, au sommet de la hiérarchie médicale inspirée des savoirs ancestraux africains. Ils sont nettement supérieurs, de par leur formation à la connaissance des maladies de l'enfant et à la manipulation des plantes médicinales, aux traitants non professionnels présentés plus haut, à savoir les traitants familiaux, prêtres/pasteurs et prophètes, comme en témoigne Sounaye (Sounaye, 2007, p. 431) :

«Au-delà de leurs connaissances et savoirs sur la vie et la logique du corps humain [sa mécanique tout autant que sa chimie], ils [les guérisseurs] sont appelés également à savoir, parfois de façon minutieuse, aussi bien sur la botanique, les positions de corps, les dispositions de l'esprit, que sur les aliments et une multitude d'interrelations entre les organes du corps et des phénomènes environnementaux, cosmiques ou atmosphériques»

En effet, qu'il s'agisse des traitants non professionnels ou des soignants professionnels, s'adresser à l'un ou à l'autre n'est pas une chose facile pour les familles et parents. L'apparition de la maladie pousse et oblige ces derniers à opérer des choix entre un ensemble de recours thérapeutiques possibles qui s'offre à eux dans l'espace de sociabilité pédiatrique. Ces choix s'opèrent alors en fonction d'une multitude de critères dont certains restent encore mal connus ou insuffisamment abordés par les études portant sur les motivations des choix thérapeutiques. La majorité de ces études se limite, très souvent, aux seuls aspects économiques et socioculturels qu'elle présente comme les principaux déterminants du comportement de recherche et de recours aux soins.

S'appuyant sur la théorie sociologique du choix rationnel (Boudon, 2009), certaines études mettent en avant les déterminants macroéconomiques issus de la théorie économique néo-libérale. Ici, les usagers de soins sont envisagés comme des individus rationnels dont les choix thérapeutiques opérés dépendent de l'évaluation du rapport coût/bénéfice de l'action à entreprendre. Suivant cette logique, le recours à un type de soin serait subordonné à la capacité financière des usagers de soins, si bien que s'ils ne disposent pas assez de l'argent, il leur est impossible de s'adresser à un système médical de qualité qui répondrait efficacement à leurs attentes : ici la biomédecine en l'occurrence. L'incapacité financière agirait alors comme une barrière à l'accessibilité à celle-ci, surtout en ce qui concerne les familles pauvres et économiquement défavorisées qui résident très souvent dans les zones rurales. Mais si cela est vrai jusqu'à un certain niveau, il semble que cet argument ne résiste pas devant les données que nous avons recueillies sur le terrain à Yaoundé.

En effet, nous avons discuté avec les mères au sujet de ce qu'elles font en premier lieu, c'est-à-dire dans les premières secondes qui suivent l'apparition d'un problème de santé chez l'enfant. En écoutant les récits relatifs aux réactions à l'annonce de la maladie, nous avons eu l'impression que les barrières financières sont parfois sous-estimées, surtout lorsque la maladie est grave. Les réactions à l'annonce se réfèrent ici précisément aux attitudes des parents, familles et mères devant la maladie de l'enfant ; à ce que font les différentes personnes impliquées dans la gestion de la maladie. La question se pose alors du comment certaines communautés pauvres s'organisent socialement pour surmonter certaines difficultés économiques qui font le quotidien de leur vécu, lors de certains événements comme la maladie, les (in)fortunes, la mort ou la naissance.

Pour répondre à cette question et mesurer également le poids relatif et/ou absolu des déterminants économiques dans la prise de décision des choix thérapeutiques, nous présenterons les récits de deux mères. L'une, la **Mère-Fondation#8**, est issue de famille défavorisée sur le plan économique. Elle est ménagère et le mari planteur [cultivateur]. Les deux résident dans un village situé à une quarante de minutes de la Fondation, l'institution pédiatrique à laquelle elle s'est adressée et où nous l'avons rencontrée pour un entretien. L'autre, **Mère-Tardi#3**, vient d'une famille favorisée sur le plan socioéconomique. Elle est enseignante dans un Lycée de Yaoundé et son époux est un agent de l'ordre : policier, une fonction libérale très prisée au Cameroun pour les avantages économiques de toutes sortes qui s'y rattachent. Elle réside à Yaoundé et nous l'avons rencontrée chez le **Tradi#3**, un guérisseur spécialisé dont la réputation va bon train en matière de traitement des maladies de l'enfance. Les enfants des deux familles rencontrées dans les deux milieux pédiatriques respectifs présentent un même problème de santé : la drépanocytose, une maladie biomédicalement bien maîtrisée dont les deux parents sont mis en cause, en ceci qu'elle se transmet de manière héréditaire. Les signes cliniques de cette maladie sont : les pieds enflés, l'anémie, gros foie et grosse rate, etc. (Bonnet, 2005; Lainé, 2004; Tsala Tsala, 1996b).

En effet, lorsque l'enfant a présenté ces symptômes cliniques, la première réaction de la mère issue de milieu social défavorisé a été d'alerter toute la famille, de faire venir une proche voisine ;

**Mère-Fondation#8** : *Lorsque la maladie s'est montrée très grave, parce que la respiration de l'enfant s'arrêtait parfois, j'ai appelé ses grand-parents maternels et paternels, et puis son oncle, mon grand frère qui vit et travaille à Yaoundé. Lorsque je leur ai annoncé la maladie de l'enfant, les grand-parents sont arrivés quelques minutes après. Mon grand-frère ne pouvait pas être là immédiatement. Il a demandé qu'on discute*



avec la famille et on l'informe de la décision prise. Mais entre-temps, notre voisine, une mère dont l'un des enfants avait souffert de la même maladie est arrivée et nous avons tous ensemble essayé de réfléchir à ce qu'on doit faire. Comme ma voisine connaissait la maladie, elle nous a conseillé d'aller à la Fondation [Chantal Biya], car là-bas, je pourrais voir les grands médecins qui traitent de ce genre de maladie-là. À la Fondation, on trouve des spécialistes, nous a-t-elle dit, mais ici au village l'hôpital de district ne peut rien. Compte tenu de la gravité de la maladie, il ne fallait pas perdre du temps. Aussitôt, j'ai appelé mon grand frère pour lui dire qu'on me dit que la Fondation connaît traiter ce genre de maladie. Il a dit de s'y rendre et qu'il va nous y retrouver. Entre-temps, les grand-parents de l'enfant se sont rendus, au même moment que je me rendais à la Fondation, chez le guérisseur du village qui a donné des herbes et des écorces qu'on devrait laver l'enfant avec après le soin du médecin. Quelques jours après, les grand-parents ont fait venir le guérisseur au chevet du lit de l'enfant à l'hôpital et a donné une poudre blanche qu'on doit mettre sur le corps de l'enfant. Aussi, il a dit aux grand-parents d'aller sur le crâne des ancêtres verser de l'huile. [...] Tout ceci demande de l'argent, puisqu'il fallait faire des examens de sang, pour l'enfant et pour nous aussi, chose qu'on n'a pas prévue. Je ne peux pas vous dire combien ont coûté les services du guérisseur, car ce sont les grand-parents qui s'en sont occupés ; je ne sais pas combien ont coûté les examens qu'on a demandés à faire, parce que c'est l'oncle de l'enfant qui les a payés. Je me suis occupée des médicaments et d'autres dépenses, à l'aide de ma **banque malheur** [système informel de sécurité sociale, similaire à l'assurance maladie en occident]. Tu sais, cela aide beaucoup puisqu'il faut sortir de l'argent tout le temps [**Mère d'un enfant drépanocytaire, 45 ans, ménagère**].

La seconde famille :

**Nous:** *During the last 12 months do you see a doctor for the problem of health?*

**Mère-Tradi#3:** *Yes with the children. We were here at the Fondation, Centre Mère et Enfant in December 2011. But I first started with traditional healer before consulting medical doctors at the hospital.*

**Nous:** *For which type of health problem you came to see a physician?*

**Mère-Tradi#3:** *I have three children, and they are all sickle cell patient. Since they are sickle cell patient, they had crises during that period, the period of December. So I was force to bring them here. We first started at the police hospital, because my husband is policeman; after we were force to come here where they were admitted. So when the child had it, I never knew what was wrong with the child, but each time that I sit, I can even be in the salon, or anywhere, they come and call me, or even in class, they will come and call me that the child is not well, I will run to the house, I took the child straight to the hospital and call for the doctor will come, write antibiotics and they will administered and we will stay in the hospital for about five days, the child will get well and we will go back to the house, I will not be up to ten days again each time I keep on coming for one and the same problem. And to see a doctor here at CME is 1000 frs [environ \$2,5], for an average Cameroonian I think it is not too expensive, even though there are some poor families that cannot afford. But we can manage it. But what is more expensive, is a time when they say you have to see some specialist; you have to pay for exams, buy drugs, and to do your own private consultation.*

**Nous:** *And someone help you to buy to pay for that?*

**Mère-Tradi#3:** *for now I have no body except my husband. He is affiliated to Caisse nationale de prévoyance sociale, since he is police officer. The Caisse supports 80% of spending on health care.*

**Nous:** *Did you consult any other person before coming to the hospital?*

**Mère-Tradi#3:** *It is only that first one [...]; the first one that since the child was very slow from birth, it was like the child had a problem. He was very slow in everything, and he only started seeing at the age of 11 months. So from there, you know since we are from a native society, they started saying that child like that they have to press the leg, so that the child can walk. They showed me someone who could massage the leg, but when they discover the child was sickle cell patient, I knew that the entire problem was coming there. Since it was discovered that they had a problem; that they are sickle cell patients I did not see why I should be going to traditional medicine. [**Mère de 3 enfants drépanocytaire, 39 ans, enseignante au Lycée**].*

Dans les deux cas, le choix du lieu de consultation dépend d'une constellation de facteurs/critères interdépendants. De sorte qu'il est presque impossible de définir les principaux déterminants de

recours aux soins dans ce contexte qui offre plusieurs possibilités de choix. Mais, d'abord, lever l'urgence de la maladie est une contrainte chez les deux familles. Ces dernières mettent directement en avant la gravité de la maladie, considéré comme le leitmotiv de recours aux soins. Ensuite, contrairement à l'idée selon laquelle ce sont les personnes les plus âgées qui décident du choix du type de médecine à laquelle va s'adresser la famille, nos données ethnographiques montrent ici le contraire. Le statut de celui qui décide du choix de ce lieu semble ne pas être important, même si l'assentiment de certaines personnes de la famille, en l'occurrence l'oncle dans le premier cas, doit être obtenu avant d'entreprendre toutes actions thérapeutiques. Mais ce qui est saillant, c'est le rôle du collectif d'assistance constitué autour de l'enfant, bien que l'idée d'adresser l'enfant à la Fondation soit venue, dans le cas de la famille défavorisée, d'une personne extérieure à la famille.

Dans les deux cas, le type de soins choisi n'a pas été décidé en fonction des déterminants socioculturels et économiques, mais plutôt par l'urgence de la maladie et les connaissances sur celle-ci. Par contre, si dans le second cas, le poids des déterminants économiques est sous-estimé du fait que la famille soit affiliée à un système de couverture sanitaire [Assurance Maladie], dans le premier, il est difficile de définir à quel moment ils interviennent dans les décisions des choix thérapeutiques. Les aspects économiques de la maladie sont plutôt induits, car les sources de financement ne sont pas clairement identifiées au départ. Celles-ci sont ici diverses : à savoir dans l'ordre, l'oncle, les parents, les grand-parents. Chacun participe, comme nous le verrons bientôt, à hauteur de ses moyens. Par contre, la mère dispose d'un autre moyen qui n'est pas très souvent pris en considération par les études sur les déterminants économiques de l'accessibilité aux soins. Il s'agit de la «banque malheur» ou «banque secours», pour reprendre un vocabulaire utilisé par la mère de la famille défavorisée. La *banque malheur* correspond à un système de support social des coûts occasionnés par la maladie. Le terme introduit un élément important qui mérite d'être élucidé, si on veut comprendre, en ce qui concerne le cas particulier de cette famille pauvre, le poids relatif des déterminants économiques dans la prise de décision en contexte précaire.

#### **4.4.1 «Banque Malheur» : facteur de choix thérapeutique**

La *banque malheur* ou *secours* est un système de tontine qui regroupe plusieurs personnes aux relations étroites, très souvent, les membres d'une même tribu ou communauté ethnique. Comme

son nom l'indique, elle permet de couvrir, une partie des dépenses engagées par l'un des membres lorsque celui-ci est frappé par le malheur. Elle couvre partiellement les infortunes comme la maladie ou la mort et, aussi certains événements heureux tels que la naissance, la grossesse. Elle est de ce fait, tour à tour, assistance maladie, décès et grossesse. En effet, au regard du rôle que joue la *banque malheur*, il semble qu'elle soit comparable à un système communautaire de solidarité sociale fonctionnant comme un système d'assurance sociale informel. On pourrait penser que l'équivalent ailleurs, en l'occurrence en occident, serait la couverture sociale universelle, reconnue au Québec sous le nom de Régime d'assurance maladie du Québec [RAMQ].

La *banque malheur* est une pratique peu connue de la littérature anthropologie. Les travaux d'anthropologues de la santé et de développement n'ont pas pu percevoir cette forme d'assurance informelle, parce qu'elle n'adoptait pas peut-être les formes formelles qui existent dans leur société. Par ailleurs, les études sur les facteurs limitant l'accessibilité dans les pays en développement n'en tiennent pas compte. Pourtant, la documentation d'un tel système d'assistance informel aurait pu faire avancer la protection sociale, notamment dans un pays comme le Cameroun où le régime d'assurance maladie, version occidentale, n'a pas cherché à s'adapter aux habitudes des populations ; où il est encore un luxe que ne peut se payer les familles défavorisées ; où seuls les fonctionnaires de l'État, comme par exemple les époux de la seconde famille favorisée et les employeurs de certaines entreprises privées en sont bénéficiaires. Des 30 familles que nous avons rencontrées, 2 seulement, dont la **Mère-Tradi#3**, possèdent, cumulativement avec la *banque malheur*, une assurance maladie version occidentale. Le reste [N=28], y compris la **Mère-Fondation#8**, est protégé par cette forme informelle de couverture sociale. Le Cameroun est peuplé de près 21 millions d'habitants, selon les récentes statistiques. Mais moins de 5% de la population possèdent un régime d'assurance maladie. La pratique du système de solidarité sociale informel est une expérience générale au Cameroun, et sans doute, dans tous les pays de l'Afrique Centrale. Elle s'y développe à la manière de l'ensemble du secteur informel.

Il semble par ailleurs que les modalités de fonctionnement de ce système soient plus proches de ce qu'on observe dans le système d'assurance venu de l'occident, en ce sens qu'il s'agit de couvrir socialement et économiquement la santé et la maladie. Pourtant il n'a jamais été étudié en tant que composante d'un véritable système d'assurance maladie. Mais ce qui est important à noter est

que même les personnes qui possèdent une assurance maladie de type occidental y sont aussi affiliées<sup>24</sup>. Et c'est là où il prend tout un autre sens, car on aurait pu penser que leur assurance – privée ou étatique – les protégerait en cas de maladie ou de sinistre. Par ailleurs, l'action de la *banque malheur* est en décalage avec le système hospitalier, car elle permet de couvrir les dépenses déjà engagées, ce qui suppose qu'elles aient été au départ avancées par un tiers, au cas où la famille serait dépourvue d'argent au moment de la consultation. C'est pourquoi, si on choisit l'hôpital, il arrive régulièrement qu'un des membres de la communauté familiale, qui n'est pas nécessairement le père ou la mère, se chargera de supporter les frais du ticket de cession – droits exigibles pour l'accès à l'hôpital – qui donne droit à l'accès à la consultation du médecin ; et aussi les frais de soins et des examens médicaux. Dans certaines communautés camerounaises, les membres de la famille «haut placés» et riches sont obligés de supporter les frais médicaux et d'hospitalisation. L'exemple qu'en donne Tinta (1993, p. 214) au Mali en est une parfaite illustration :

«Éventuellement, si les ascendants directs de l'enfant n'ont pas de moyens financiers, et si dans sa parenté certains ont les moyens d'intervenir mais refusent de le faire, on peut user de la force de pression que sont les neveux utérins [enfants des sœurs et cousines] : ces derniers peuvent obliger le chef du lignage à prendre en charge, dans la mesure de ses moyens, l'enfant malade. Éventuellement, les neveux utérins [qui peuvent être les petits neveux du chef] pourraient menacer ce dernier, s'il ne s'exécutait pas, de casser la jarre des ancêtres. Comme il en est le gardien, il mourra si on la casse, et par conséquent il préférera s'exécuter».

Contrairement à l'assurance maladie occidentale, la *banque malheur* s'articule bien avec un système social dans lequel les relations entre les soignants et les usagers sont personnalisées. Dans ce cas, la famille n'a pas forcément besoin d'un tiers payeur qui supporterait la note avant les soins. Si on s'adresse au guérisseur, ce dernier recevra ses honoraires à la fin des services de soins rendus. L'exigence d'un ticket de cession, d'emblée, ne se pose pas ici, car la proximité spatio-temporelle des relations sociales entre le guérisseur et la communauté familiale du patient

---

<sup>24</sup> La pratique de la *banque malheur* se poursuit chez les camerounais de la diaspora. À Montréal, il existe un groupe de personnes, auquel nous appartenons, qui, bien qu'ayant une assurance maladie, la RAMQ, ont également une assurance vie. Mais à côté de ces deux formules de protection sociale, elles ont développé au sein du groupe une ligne de budget alignée sur le modèle de la banque Malheur<sup>24</sup>, même si les fonds sont consignés dans une banque de la place. Le Camerounais de la diaspora est, pour ainsi dire, triplement couvert. Bien que presque tous les anthropologues camerounais, eux aussi, adhèrent à la pratique de la *banque malheur* dans leurs différentes communautés ethniques, on ne sait pas pourquoi le phénomène de la *banque malheur* reste toujours une pratique marginale. Ce phénomène marginal semble ne pas intéresser les anthropologues de la santé, du développement et de l'économie, pourtant il est d'une ampleur dominante, au regard du nombre de personnes qui s'y adonnent au Cameroun. Comment justifier ce manque d'intérêt pour une pratique qui concerne près de 95% de la population camerounaise ?

constitue, selon une formule de Giddens (1994, p. 34), un «gage symbolique» de recouvrement des honoraires dus. Ce gage fonctionne parce qu'il est fondé sur deux éléments : la communauté locale et/ou le système de parenté sur lesquels le guérisseur peut compter ; et la croyance largement partagée selon laquelle un manquement à l'acquittement de ses honoraires a pour effet la résurgence de la maladie. De même, le ticket de cession dans un hôpital joue aussi le rôle de gage symbolique, mais d'un autre ordre. Il s'inscrit dans les systèmes experts et abstraits (Giddens, 1994, p. 36), c'est-à-dire de savoir-faire professionnel formel/technique (Freidson, 1988, p. 16).

À la différence du système d'assurance sociale informelle qui s'exprime dans des engagements de face à face, les systèmes experts tendent à séparer le temps de l'espace et, à délocaliser les relations sociales pour les relocaliser dans des contextes où les engagements sont anonymes entre les individus. Ces ordres de gages symboliques peuvent coexister dans le même contexte spatio-temporel, et quelle que soit leur nature, ils reposent tous sur la confiance, une notion théorisée par G. Simmel (1987) dans *Philosophie de l'argent* et synthétisée par Giddens dans *Les conséquences de la modernité*. La confiance en chaque ordre de gage symbolique est au fondement de la relation thérapeutique. Elle est, dira Giddens (1994, p. 35) dans un autre contexte, une foi dans laquelle l'assurance de résultats probable exprime un engagement plutôt qu'une simple compréhension d'ordre cognitif (1994, p. 35). Il y a confiance, écrira G. Simmel, lorsqu'il y a croyance en quelqu'un ou quelques principes. Mais interpréter la constitution de la communauté d'assistance autour de la famille éprouvée dans le seul sens de la solidarité, c'est s'interdire de comprendre les logiques socioéconomiques qui les motivent. *On ne va pas voir le malade, les mains vides ou bras ballants*, dira la grand-mère de l'enfant de l'**Mère-Fondation#8**. *Si je suis malade tu ne me rends pas visite, poursuit-elle, il va de soi que je ne vienne pas te voir lorsque tu seras frappé de maladie*. Autrement dit, durant les moments difficiles de la vie, chacun fait l'expérience de cumulation d'un capital humain et économique par sa conduite et ses gestes auprès des autres. Lorsqu'une maladie survient, ce capital – humain et financier – est réinvesti pour soutenir l'un des membres de la communauté locale du groupe auquel il se réfère. Ce capital constitue une forme de sécurité financière, et/ou de sécurité ontologique, pour reprendre une expression de Giddens (1994, p. 98], et représente par extension, une forme généralisée de sécurité sociale. Dans un article intitulé *De la demande thérapeutique au Cameroun*, Tsala Tsala rapporte que l'accompagnement social et familial dans les hôpitaux dépasse la seule exigence de

solidarité dans le malheur (1989, p. 116), dans la mesure où chaque individu se sent interpellé par la maladie du malade qui pourrait être la sienne présente ou à venir. Hormis cet effet de miroir qui sous-tend le rituel d'accompagnement, il inscrit les relations des accompagnateurs dans un rapport de donnant-donnant : la maladie, c'est comme un rendez-vous du donné et du recevoir, affirmera la **Mère-Tradi#3** qui a pourtant une assurance maladie. La solidarité sociale, quelles qu'elles soient les formes, n'est pas un luxe, mais une nécessité dans toutes les formations sociales.

Dès lors, le don apparemment inconditionnel des visiteurs devient un don endetté. La réciprocité qu'exige le rituel d'assistance mutuelle repose sur un rapport de confiance, et est sous-tendue par une logique assurancielle fondée inéluctablement sur le support économique qui l'accompagne. Vu de l'extérieur, ce rituel dirige l'attention de l'observateur vers la logique de solidarité humaniste, alors que l'important c'est la solidarité économique qu'il garantit aussi bien aux personnes éprouvées qu'à leur famille. Là est la première chose qu'il ne dit pas et qui, d'emblée, ne se voit pas. Par ailleurs, la *banque malheur* passe inaperçu une autre chose très importante : la division qu'elle opère, non pas entre les malades et non malades, mais entre les associés solvables et les associés insolubles. En effet, elle protège prioritairement les membres solvables, avant d'être au service des familles éprouvées par l'infortune. Pour rester solvable, chaque membre y contribue par le biais des cotisations mensuelles. La solidarité économique instituée par la *banque malheur*, devenue socialement et moralement obligatoire, est à la famille défavorisée ce que l'assurance maladie est à la famille favorisée. Elle est un gage symbolique de sécurité sociale d'un système social traditionnel dont le gestionnaire est le système de parenté ou la communauté familiale proche. Pour illustrer par des faits ce que nous présentons ici, nous avons mis en annexe [annexe 4) des traces de ce à quoi ressemble la *banque malheur* à laquelle nous adhérons au Cameroun.

#### **4.4.2 Choix thérapeutiques, connaissances et perceptions de la maladie et du soignant**

Le choix d'un système de soin semble reposer prioritairement sur les connaissances qu'ont les membres de la famille sur la maladie et les perceptions associées au soignant. Ainsi, une mauvaise connaissance de la nature de la maladie et de ses causes pourrait exposer les parents aux hésitations de qui, du biomédecin ou du guérisseur, consulter en premier lieu, comme l'illustrent les propos suivants : [...] *Because one: before I consulted a traditional healer I did not know what was wrong with my child; two: and when the time [...], I knew what was wrong with my*

*child, I did not just have much to do with the traditional practitioner. So and I equally realized that it did not have any relationship with the illness [Mère-Fondation#2].* En effet, l'absence de maîtrise des causes de la maladie justifierait le recours simultané et successif aux médecines africaines et à la biomédecine, en ceci que l'échec du premier choix oblige à opérer un second. Dans cette perspective, on pourrait s'attendre à ce qu'une bonne connaissance des causes de la maladie permette aux usagers de soins de s'adresser directement à un type de médecine qui, à leurs yeux et selon l'expérience qu'ils en ont, est capable de répondre à leurs attentes. Si tel est le cas, on ne comprend pas pourquoi la famille défavorisée, bien qu'ayant une connaissance précise des causes de la maladie de l'enfant, ait sollicité simultanément les services de la Fondation et ceux des Maisons. C'est dire que la multiplication des recours au soins n'est pas forcément, comme l'a remarqué Tsala Tsala (1989, p. 110), la conséquence des hésitations et/ou de la mauvaise connaissance de la maladie.

C'est qu'en réalité, l'identification d'un système médical parmi les différents systèmes disponibles ne suffit pas : c'est une étape préliminaire qui inaugure le processus de choix thérapeutique. Si la mère a identifié le système biomédical comme lieu de consultation, encore faudrait-il qu'elle repère, à l'intérieur de ce vaste système constitué des agents de services de la santé publics [hôpitaux pédiatriques publics], privés à but lucratif [cliniques privées] et confessionnels [hôpitaux missionnaires chrétien, adventistes, protestants, etc.], celui auquel elle va s'adresser. Et ce n'est pas tout. Après l'opération d'identification, il va falloir que la mère camerounaise sache qui consulter à l'intérieur dudit système : deuxième étape. On aurait pensé que cette identification la préserverait des hésitations en ceci que les biomédecins étant formés dans le même moule, elle n'aurait plus qu'à s'abandonner à l'un ou à l'autre. Mais ce n'est pas vraiment le cas. Dans la mesure où après avoir identifié le système de soins, commence alors une opération de tri, d'évaluation et de discrimination, et ce, indépendamment des aspects socioculturels associés à la maladie. Si la mère procède au tri, c'est justement parce que même si elle a choisi par exemple la Fondation, comme lieu de consultation, elle n'aimerait pas pour autant y rencontrer n'importe quel biomédecin-pédiatre, car tous ne sont pas agréables ; et leurs capacités et compétences thérapeutiques sont perçues différemment :

**Nous:** *I will like to know again what do you not appreciate here in Chantal Biya foundation; is there any worry?*

**Mère-Fondation#3:** *Yes there is a worry. Ah I don't know whether [...], I could be wrong, but I think my*

*feeling is not wrong. The women who are nurses, they don't have a good way of receiving people. Yes, the women are like [...], they are not welcoming to that extent. You see! You know when already you are patient, you are like frustrated,*

**Nous:** Yes

**Mère-Fondation#3:** *You see now! You are already coming from the house with a heavy heart, and the way you come again they don't welcome, they don't give you that warm welcome; is like you [...], if you don't have heart they will start weeping. They don't support [...], you say something to a mother, a mother can start crying, because of the situation she is facing, you see now, so they should have the [...], to me they are not really [...]. You see now, whereas in normal circumstances I wouldn't have tolerated it, I would have retorted, but I had to just say well, let me not say anything, let me just do what I'm here and go my way,*

**Nous:** Ok.

**Mère-Tradi#3:** *Then going to Centre Pasteur, the women there they can mislead you; the way they talk to people is not usually good; but the first incidence I had when I went to pay at the cash, I had a small problem there, but the next time that I was coming I was praying that I should not to that counter, I was praying that my number should not fall there, because the woman did not receive me well. But unfortunately for me my number fell there. And then when I went in I told her that madam I want to do a vaccine for my children. The first thing she started was that [...], she started shouting: «aller dehors; aller dehors. Laisse moi respirer un peu. Ne faites pas du bruit ici». She said what kind of vaccine did you want to do. From what I saw is good I should show you [...], [elle nous présente le carnet pour que nous voyions ce qui y est écrit], show you so that you too can understand what I am saying. Okay, for example this is tiphim something, what is written there is «tymphim VI» to us that VI is like 6, like in roman characters. So when I came to the woman, I told her that madam I want to do «tymphim 6». She just told me that we don't have tiphim 6 vaccine here. I say, is it that is finished or [...]? She say you want to do «tiphym 6»? I say yes. She said I told you that there is no «tymphim 6». So I had to open the book and say may be [...], because when, before I came I have written it on paper.*

**[Mère de 3 enfants drépanocytaire, 39 ans, enseignante au Lycée]**

Par ailleurs, si les mères évaluent, c'est parce qu'elles estiment que si tous les médecins ont les mêmes savoir-faire, les compétences relationnelles, qui relèvent du savoir-être et du savoir-pouvoir, manquent cependant à certains dans les soins. Autrement dit, tous les médecins sont identiques sur le plan du savoir et des connaissances biotechniques, mais ne se valent pas sur le plan de la relation thérapeutique, celle-ci étant de l'ordre d'un savoir être avec le malade. Distinguant les savoirs techniques relevant de la science et l'expérience relationnelle, Benoist (2004, p. 282) écrit :

«L'acte thérapeutique en temps réel n'est pas technique : il est un événement pour le malade et pour son entourage, un événement qui, pour être compris doit être pour eux lisible. Cette lisibilité exige des relais entre ce que fait le soignant et ce qu'entend celui qui le consulte. Les plaintes des malades, leurs appels vers le divin, vers le miracle, vers les connaissances secrètes et les pouvoirs issus du surnaturel montrent combien il manque à la médecine une part essentielle de la capacité de répondre aux attentes de ceux qui souffrent»

Si les mères discriminent, c'est parce qu'elles veulent se donner les chances de pouvoir tomber sur le médecin qui réunit et les compétences du savoir-faire thérapeutique et les compétences relationnelles, comme l'atteste cette mère rencontrée à la Fondation appréciant les qualités relationnelles et professionnelles du Dr. H, comparé à celles de ses confrères Drs. A. et P., qu'elles jugent insatisfaisantes :



**Mère-Fondation#5** : C'est la 2<sup>ème</sup> fois que je viens ici à la Fondation, et tu sais, c'est ma 1<sup>ère</sup> fois que je consulte le docteur A. Peut-être je ne l'ai pas encore bien connu, ce Dr. A. Le cahier de consultation en témoigne. Mais le Dr. H il est bien. Il est différent des autres. Il est toujours disponible : «he is caring». Il y a souvent on l'appelle même aux heures auxquelles on ne doit même pas appeler. Quand j'arrive à l'hôpital, j'achète seulement mon billet de cession. Et je fais tout ce qui est nécessaire pour l'administration. Puis je l'appelle et il demande de l'attendre dans la salle d'attente. J'évite de voir quelqu'un d'autre, même si on lit même le nom de mon enfant, je ne réponds pas. Je vais attendre jusqu'à me rassurer que je vais le voir dans le petit bureau de consultation. S'il y a les tests à faire, il va me conseiller d'aller le faire rapidement, et ensuite, il me prend en causerie. Je vais lui dire des choses sur la maladie et il va me dire la conduite à tenir. Mais je ne sais pas si les autres font comme lui ; et je vois que ce n'est pas seulement avec moi qu'il se comporte ainsi ; il en fait de même avec d'autres parents d'enfants drépanocytaires ; et ce n'est pas que je lui donne quelque chose de particulier. Non. Je l'aime parce que c'est un bon docteur ; je l'aime parce que c'est un docteur qui a de la patience pour ses patients. Mais le paradoxe, c'est qu'il est jeune. Je m'attendais à voir ce comportement plutôt chez des docteurs qui sont anciens que lui dans le métier. Mais comparativement à Dr. P. et aussi, peut-être à Dr. A. qui ont une grosse expérience, je ne pense pas qu'il a leur expérience. Mais je ne comprends pas pourquoi, si jeune, il [le Dr. H.] prend sur lui les problèmes des parents. Et c'est cela qui m'intéresse. C'est un excellent doctor. His is caring ; his is a soft [...], he's soft spoken doctor. He knows. Il console les parents. He knows that [...]. Pourtant, il y a certains médecins qui ne consolent pas les parents : soit parce qu'ils ne peuvent pas ; soit parce qu'ils ne savent pas. Dieu seul sait, car je ne peux le savoir. Mais quel que soit le cas, il y a une différence entre celui qui sait consoler les parents, et celui qui ne sait pas le faire. Les parents préféreront se rendre chez celui qui sait consoler ; qui fait preuve d'écouter des parents. Mais il y a certains qui ne consolent pas, et si tu pleures près d'eux, ils semblent ne pas être sensibles. **[Mère d'un enfant drépanocytaire, 38 ans, enseignante collège privée]**.

Signalons tout d'abord que le Dr. H. fait partie des nouveaux modernes que nous avons rangés dans la catégorie de néo-biomédecins, de médecins résistants ou non conformistes aux normes biomédicales. Par ailleurs, l'observation des attitudes et comportements des mères en salle d'attente à la Fondation nous a conduit à la remarque selon laquelle certaines mères esquivent ou évitent, au moyen des mécanismes dont elles seules maîtrisent les rouages, de rencontrer tel ou tel autre pédiatre :

*Comme les carnets de santé sont empilés les uns sur les autres, l'accès au pédiatre est supposé suivre l'ordre d'empilement, en commençant par le carnet de dessus. Il arrive alors que certaines mères renoncent à leur priorité d'accès au médecin, soit en faisant la sourde oreille : elles prétendent n'avoir pas été attentives à l'appel qui les invitait à entrer dans le box qu'occupe le médecin ; soit elles laissent passer une autre mère tout simplement pour éviter d'être reçues par le biomédecin qui ne leur inspire pas confiance ; ou encore elles changent leur ticket de cession contre celui d'une autre mère. Parfois, certaines vont jusqu'à imaginer quitter la salle d'attente, afin de se donner les chances la prochaine fois de rencontrer le médecin qui constitue à leurs yeux celui qui inspire confiance et pourrait répondre, sans les frustrer, à leur problème de santé **[Observation en salle d'attente à la fondation relative aux comportements d'éviction d'un pédiatre]**.*

Il se dégage un aspect important de l'extrait des propos de la **Mère-Fondation#5** et de l'observation ci-dessus cités. On y perçoit clairement que les choix thérapeutiques sont, pour reprendre un concept de Worms (2010, p. 11), «un moment de soin» délicat dans le cheminement ou le processus qui va de la demande à l'offre thérapeutique. Délicat, parce que la demande comporte un désir non formulé explicitement par la mère. Ce désir est sous-tendu par les

représentations que la mère associe à la maladie : la sienne ou celle de son enfant. Et ce, dans la mesure où, comme le relevait Morel (1977, p. 97), «un malade n'est malade qu'en fonction d'une certaine idée de la santé». Mais ce désir est aussi associé à la manière dont la mère se représente les compétences du soignant. Ce double désir constitue un socle de manières d'être et d'habitudes acquises à partir des expériences antérieures qui, d'une part, sont mobilisées à chaque situation similaire ; et d'autre part, forment et fondent «l'habitus» (Bourdieu, 1994) de demande de soins de l'utilisateur, ou encore sa philosophie de soins (Benaroyo, Mino, Lefève, & Worms, 2010). D'ailleurs, certaines études en anthropologie de la santé et en philosophie de soins estiment que «le soin se déploie dans les relations mais qu'il se définit comme relation» (Benaroyo et al., 2010, p. 11), or la relation de soins appelle dans ce contexte, en premier lieu, la compétence relationnelle et la compétence thérapeutique. Autrement dit, le soin en soi, «n'est pas d'abord ici une nécessité physiologique ou organique au sens strict, mais une nécessité relationnelle» (Worms, 2006, p. 146).

Nous avons observé que presque toutes les mères préfèrent consulter prioritairement les soignants qui combinent à la fois l'approche biomédicale et l'approche des médecines africaines. L'articulation des deux niveaux de langage médical de soin est appréciée par 24/30 mères, dont 9/10 consultantes des Maisons de Soins ; 8/10 du Quartier ; et 7/10 consultantes de la Fondation:

**Mère-Quartier#10** : *Je connais un guérisseur qui fait aussi comme à l'hôpital. Il demande des examens à faire au labo, mais il te traite avec les plantes et les herbes. Je trouve que c'est très bien comme ça. Ça évite d'aller passer toute la journée à l'hôpital, et pour ne pas être reçu parfois [mère de 4 enfants, 33 ans, cultivatrice].*

**Mère-Fondation#7** : *Si je vais à l'hôpital maintenant, c'est pour prendre l'ordonnance et peut-être faire des examens que demande le médecin ; mais les produits, c'est le guérisseur qui les donne [Mère d'un garçon malade de typhoïde, 32 ans, cultivatrice].*

**Mère-Maisons#10** : *Si je viens chez le père ci [allusion au guérisseur], c'est parce qu'il comprend tout. Il a les carnets chez lui comme à l'hôpital. Et surtout, il n'est pas différent du médecin : nous on l'appelle docta. [Mère d'un enfant malnutri, 26 ans, cultivatrice]*

Certaines mères précisent même qu'elles font venir parfois le guérisseur à l'hôpital pour donner des remèdes et voir si la maladie n'est pas causée par des méchants. Ce comportement des mères ne s'explique pas seulement par une logique cumulative des avantages des différentes médecines, mais par le fait qu'elles sont plutôt animées par le souci de la qualité de soin. Dans la mesure où elles ont appris à connaître que le système biomédical tout comme les médecines africaines présentent des limites, comme le relevait Tsala Tsala (1989) dans *De la demande*

*thérapeutique au Cameroun. Ces limites ont été mises en évidence par certaines études en socio-anthropologie et psychopathologie anthropologique réalisées au Cameroun au sujet des attentes et préférences des femmes enceintes en matière des soins de santé à l'enfance, à la grossesse et à la naissance. La dimension de la pertinence de la qualité de soin dans la perspective des soignées y est abordée, mais ces études ne font pas le lien avec les attentes des mêmes populations par rapport au profil du soignant qu'elles aimeraient et souhaiteraient consulter. Il semble alors que la mère va chez l'un pour des avantages technologiques qu'elle en tire, et chez l'autre, pour sa capacité à inscrire le thérapeutique dans une relation de soins. J'aime aller voir un soignant qui me comprend, qui ne me jugera pas, affirme **Mère-Fondation#4**, une mère séropositive ; le guérisseur que j'ai vu pour la maladie de mon enfant m'a dit que je dois aller faire des tests à l'hôpital avant qu'il commence le soin [**Mère-Maisons#6**]. Ainsi, le choix d'un soignant est très souvent guidé par, comme l'ont souligné plusieurs soignants eux-mêmes, ce qu'on [les usagers de soins] dit des soignants [**Biomed#2**], c'est-à-dire ce que les usagers savent des expériences de guérison du type de maladie dont l'enfant est porteur ; ce que les autres mères savent de tel ou tel type de soignant, dira le **Biomed#1**. Ce comportement des mères semble avoir une certaine influence sur les modes d'offres de soins, car certains soignants essaient désormais d'adapter les réponses thérapeutiques aux demandes et exigences des patients. Dans cette perspective, il n'est pas exclu que la demande thérapeutique s'articule aussi avec un certain ethos professionnel (Fusulier, 2011). Pour le **Tradi#1**, c'est son double ancrage dans l'usage des techniques de soins biomédicales et de celles des médecines africaines qui pousseraient les patients à s'adresser à lui. Ces propos et ceux du **Tradi#8** en sont une parfaite illustration :*

**Tradi#1** : *je vois les causes de la maladie traditionnellement et je renforce ma vision de ces causes en envoyant mes malades faire des tests à l'hôpital. Voilà ce qui fait ma notoriété auprès des mères d'enfants qui viennent me voir. [Guérisseur, Bac+1 en biologie, 15 ans d'expérience professionnelle]*

**Tradi#10** : *«Un autre affirme pour sa part ; j'essaie de penser la maladie comme les mères dont les enfants souffrent, et de faire justement ce qu'elles attendent de la médecine. [Guérisseur, illettré, 32 ans d'expérience professionnelle]*

**Tradi#8** : *Quand je réussis à guérir quelqu'un, cela ne s'ignore pas. C'est cela qui fait ma force, sinon personne ne viendrait plus ici me voir. Je n'ai pas autre chose que le succès de mes guérisons comme de ce que je fais de bien aux malades. Peut-être, faudrait pas oublier ma capacité d'écoute, c'est très important. Vous voyez ? Je crois que j'ai une capacité d'écoute assez exemplaire et je crois que les patients sont satisfaits, la satisfaction de la prise en charge, il y a aussi un fait qui est réel, tu soulage quelqu'un ça ne se cache pas. C'est un peu comme une sorte de trainée de poudre qui se répand dans tout le village, de quartier en quartier. Parfois je reçois des gens qui viennent de très loin parce qu'ils ont entendu parler de moi, dans une conversation au sujet d'un cas de maladie. Mes exploits sont commentés. [Guérisseur, illettré, 35 ans d'expérience professionnelle]*

Par ailleurs, *les mères aiment s'adresser aux guérisseurs qui font aussi comme le médecin de l'hôpital*, précisera le **Biomed#4** ; [...] *il y a des guérisseurs qui se comportent aussi comme nous les médecins en utilisant les carnets, en faisant faire aux patients des tests dans les laboratoires*, fera remarquer le **Biomed#1**. Ainsi, l'ordre de résolution des problèmes est informé par les différents aspects ci-dessus mentionnés, à savoir la conjugaison des compétences thérapeutiques et les compétences relationnelles ; l'articulation des connaissances biomédicales et les savoirs des médecines africaines. Ces aspects rappellent que le choix thérapeutique repose sur une certaine conception de la maladie et des thérapies qui fondent l'habitus, l'ethos ou la philosophie de soins de la mère dont l'enfant est porteur d'une maladie quelconque. Décider en faveur de tel système médical n'est pas une activité qui relève du hasard. L'étude que nous avons menée auprès des mères consultantes et non consultantes indiquent que les connaissances dont elles disposent de la maladie et des soignants influencent et conditionnent les choix thérapeutiques. Ces connaissances peuvent, dans un cas, pénaliser certains recours aux soins, et dans l'autre, en limiter ou favoriser l'accès. Que nous renseignent alors les comportements d'évitement de tel pédiatre ou de tel guérisseur, en termes de considération ? Quels éléments de réponse émergent directement de la pénalisation d'un système ? Le comportement d'évitement d'un soignant quelconque n'aurait-il pas quelque chose à voir avec la sous fréquentation de celui-ci, et donc le degré d'estime, de reconnaissance qui lui est dû par les mères en quête de soins ? Si tel est le cas, les mères ne seraient-elles pas aussi de puissantes figures de la reconnaissance ?

Par ailleurs, le comportement des mères à l'égard des systèmes de soins auxquels elles ont recours, simultanément ou successivement, ne tient pas seulement, comme l'ont noté Dozon (1987) et Hours (1992), à une logique cumulative des avantages des différentes médecines. Dans la mesure ce comportement contribue, comme nous allons le voir, à influencer le comportement d'offre de soins, en l'orientant vers une forme spécifique qui n'est pas sans effet sur le profil du thérapeute contemporain, dont seule la configuration qui en résulte peut véritablement en rendre compte.

#### **4.5 Orientations thérapeutiques**

On parle d'orientations thérapeutiques lorsqu'un soignant envoie, réfère ou recommande un usager de soins à un autre. Il s'agit d'un recours à un soignant par un autre, le premier étant celui

à qui s'est adressée en premier lieu la mère. Au cœur des pratiques d'orientations thérapeutiques se trouvent des échanges de patients entre deux ou plusieurs soignants appartenant ou non à un même système médical. Ces échanges peuvent être à sens unique – ou unilatéral, c'est-à-dire lorsqu'un soignant réfère le patient à un autre et n'en reçoit pas de celui-ci ; ils peuvent être mutuels, et s'inscrivent dans des relations d'échanges réciproques. Les échanges unilatéraux et/ou mutuels peuvent s'effectuer à l'intérieur d'un même système de soins, c'est-à-dire entre les soignants relevant dudit système : l'exemple des échanges entre les biomédecins ; ou entre les guérisseurs. Elles peuvent aussi avoir lieu entre deux systèmes de soins différents : l'exemple des échanges entre médecines africaines et biomédecine. Mais dans les deux cas, ce qui est intéressant de souligner ici, c'est moins les échanges en eux-mêmes que les déterminants ou motifs – sociaux, professionnels – qui poussent tel soignant à échanger réciproquement ou unilatéralement les patients avec un autre, qu'il s'agisse du guérisseur, biomédecin ou tout autre.

Les données ethnographiques montrent qu'il existe des échanges réciproques entre les soignants appartenant à un même système de soins. Ce type d'échanges est courant à l'intérieur de chaque système de soins. En d'autres termes, la circulation des patients et même des informations médicales est plus facile par exemple entre deux biomédecins, parce que cela relève de l'ordre des échanges formels et prescrits par le code de la déontologie biomédicale :

**Biomed#6** : *Personnellement c'est assez rare de voir qu'un médecin collabore avec un guérisseur pour le suivi du patient, pour la simple raison que le cadre institutionnel n'a pas accepté que la communauté médicale puisse le faire. [Médecin, 4 années d'expérience professionnelle]*

**Biomed#8** : *J'envoie toujours les patients chez des soignants qui sont des collègues médecins. Bon les non médecins à qui je peux avoir référé une mère d'enfant c'est des psychologues. Je pense qu'en dehors du corps biomédical, les seuls gens à qui je crois avoir référé les patients c'est les kiné. Sinon, je ne réfère que à des médecins. Cela peut vous surprendre. Moi je suis cardio-pédiatre, si j'ai un cas d'épilepsie chez l'enfant, je ne peux pas m'en occuper, je peux cependant lever l'urgence et le référer à un collègue neuro-pédiatre. Si je suspecte une appendicite, je ne suis pas chirurgien, je vais le référer à un chirurgien. [Médecin, 1 année d'expérience professionnelle]*

Si les orientations thérapeutiques sont courantes à l'intérieur d'un même système médical, c'est parce qu'elles donnent lieu à des rencontres thérapeutiques formelles/normatives, c'est-à-dire institutionnellement prescrites. Ces formes de rencontres sont généralement le fait des actions formelles et des régulations normatives, selon une formule empruntée à Reynaud (1988). Mais elles manifestent aussi une forme de reconnaissance institutionnelle des uns envers les autres.

Par contre, les échanges sont rares entre les agents des médecines africaines et ceux de la biomédecine. 6/10 biomédecins affirment n'avoir jamais référé une mère d'enfant à un guérisseur.

Deux extraits illustrent bien leur point de vue. Le premier est celui du **Biomed#9** :

*Vous savez, je suis un africain convaincu, hein ! Mais ce n'est pas une raison suffisante pour recourir aux guérisseurs. Je sais que la médecine traditionnelle existe ; elle a des effets thérapeutiques ; mais le problème c'est que beaucoup de gens se disent tradipraticiens, mais en fait sont des charlatans. Je ne prendrais pas un tel risque. Vous voyez la différence entre tradipraticiens et charlatans. Celui-là qui soigne mille maladies, vraiment je ne sais pas si je peux lui faire confiance et comme c'est un domaine que je ne maîtrise pas très bien, je m'en méfie un peu entre guillemets ; puisque c'est difficile de savoir si ça c'est vraiment un tradi[praticien] ou alors est-ce que c'est un charlatan ? Franchement je ne vais pas envoyer un malade quelque part dans un monde inconnu. Je préfère l'envoyer là où je connais. [Médecin, 3 années d'expérience professionnelle]*

Le second est celui du **Biomed#7**. Il argumente les raisons de sa réticence à échanger avec les guérisseurs :

**Biomed#7**: *Voilà. Ce n'est pas un problème d'efficacité. Parce que je ne peux pas juger de leur efficacité. Je ne peux vraiment pas. Parce que je ne connais pas combien de patients ils reçoivent, je ne connais pas les affections dont ils s'occupent de manière spécifique. Mais je n'adresse pas mes patients à eux (aux guérisseurs) parce qu'il n'y a pas entre eux et moi, un rapport de [...], j'appellerai ça, [...] le culte auquel s'associent leurs pratiques. Maintenant nous entrons dans les aspects culturels.*

**Nous** : *Les aspects ?*

**Biomed#7**: *Les aspects culturels. Pas culturels, même si ceux-ci en font aussi partie intégrante. Mais je parle des aspects culturels, c'est-à-dire le culte auquel ils [guérisseurs] adhèrent, et mêmes certains patients.*

**Nous** : *Et vous pensez à quoi ?*

**Biomed#7**: *Je pense aux dieux qu'ils louent, à savoir les ancêtres. Ah, voilà, je ne partage pas ce culte. C'est donc là la base. C'est parce que je ne partage pas leur culte. Je préfère celui qui n'intègre pas dans sa pratique le culte. Bon maintenant [...]. S'ils ne prescrivaient que des herbes, je ne m'en priverai pas. Si j'étais certain qu'ils donneraient l'écorce seulement, je ne m'en priverais pas. Mais comme je sais qu'ils y associent un culte, le culte des ancêtres. [Médecin, 6 ans d'expérience professionnelle]*

Par ailleurs, certains biomédecins [N=8/10] acceptent avoir échangé les patients avec les soignants non biomédicaux, en l'occurrence les prêtres ou pasteurs. Avec ces derniers, il ne se pose aucun problème, dans la mesure où dans certains hôpitaux on trouve des églises où vont prier les patients :

**Biomed#3** : *Oui la prière est un élément de base de la foi. Donc celui qui prie développe sa foi, c'est-à-dire la croyance en quelques choses ; la croyance que spirituellement il va recevoir la force pour retrouver la guérison à travers une prise en charge. Donc moi je pense que la prière vient renforcer ce que je venais de dire, l'élément que j'ai souligné tout à l'heure, à savoir l'espoir». Oui l'espoir a une influence très forte dans la prise en charge parce que l'espoir insuffle aux patients la force d'adhérer à la prise en charge qu'on lui présente parce que si le patient n'a pas espoir ; s'il est désespéré il ne va pas adhérer ; il ne va pas adhérer à la prise en charge et l'observance du traitement est un élément fondamental pour sa réussite. Donc l'espoir est un élément fondamental. Prière et espoir vont de pair. [Médecin, 8 années d'expérience professionnelle]*

**[Biomed#2].** La notion de médecine religieuse est une notion qui pour moi rentre dans l'expression de l'église. Maintenant l'église prise comme groupe social, a chacune ses pratiques. Il y en a qui utilise du matériel, comme le crucifix ; il y en a qui utilise simplement le verbe. Mais chacune a ses dérivés. J'ai, parce que je connais mieux, je dis, ou alors parce que je crois que c'est mieux codifié or alors le sujet est plus proche de ce thérapeute. Je lui dis, tu peux le consulter et là j'ai déjà adressé, dit à certains patients, ce serait bien dans ce cadre si, si tu consultes tel prêtre. Je prends un exemple. J'avais une jeune dame qui avait été violée par son fiancé. Elle se sentait mal. Après l'avoir sortie de son mutisme, je lui ai proposé de rencontrer son prêtre pour se confesser. Elle est catholique moi je suis un baptiste, je n'entre pas dans la logique d'usage de pratique pour aider cette dame, parce que je ne veux pas la traumatiser. Je l'adresse à son prêtre. Ah, quand j'ai revu cette dame, ce que j'appelle le lever du soleil c'est-à-dire l'amélioration des expressions de la face, elle était tellement améliorée que je ne l'ai pas reconnue. La tristesse, la douleur, la souffrance ne s'exprimaient plus sur son visage et puis elle était rayonnante de beauté, parce qu'elle a vu son prêtre, parce que je lui ai proposé. J'ai écrit une lettre, ca fait l'objet d'une lettre d'évacuation, d'adressage à qui de droit pour des besoins thérapeutiques bien précis. Donc ça a fait l'objet d'une collaboration entre deux praticiens, même si le prêtre n'en est pas un vrai, au sens fort du terme. Ça je le fais. « Je crois que dans la gestion du mal en ce qui me concerne, il y a le Christ ; le Christ qui aide ceux qui ont foi. Je conseillerai aux patients de voir un serviteur qui aspire à la stature parfaite du Christ.» Mais il m'est arrivé de référer des maladies dont le traitement nécessitait, à mon avis, une participation culturelle [...], dans ce vocable j'inclus l'aspect religieux, tradition [...]. Bon il m'est aussi arrivé d'intégrer un groupe familial [guérisseur] que j'appelle groupe soignant pour le patient. Je me rappelle il y a une fille qui faisait une névrose hystérique, hystéro-dépressive. Pour provoquer le déclic thérapeutique, j'ai été obligé d'interpeller un prêtre ; et sa famille, à travers les rites du guérisseur **[Médecin et pasteur, 30 années d'expérience professionnelle]**.

Cependant, 4/10 biomédecins disent avoir échangé avec les guérisseurs ou encore sont prêts à faire recours à eux, si cela peut constituer un levier thérapeutique pour la maladie de l'enfant :

**Biomed# 1:** Je sais que j'utilise aussi des herbes et des plantes médicinales dont je connais les vertus. Le tradipraticien classique, c'est quelqu'un qui soigne normalement à partir des choses puisées dans la nature et très souvent c'est des plantes. Et très souvent les tradipraticiens sont assez spécialisés, c'est-à-dire qu'ils se concentrent dans un domaine et ne s'occupent que vraiment de cela. Vous allez voir quelqu'un qui sait soigner les plaies à partir des plantes ; qui sait soigner ceci, peut être telle irruption cutanée à partir des plantes ; il fait ça, il ne fait que ça et il le fait bien. Et j'ai déjà envoyé une mère auprès des guérisseurs, même s'il est vrai que je n'ai pas encore [...], je n'ai pas un guérisseur avec qui je travaille particulièrement. Dans la mesure où le guérisseur entre dans la logique du suivi, pourquoi n'enverrais-je pas les patients les rencontrer ? Je suis entrain de m'organiser pour le faire de manière systématique éventuellement selon le choix du patient. **[Médecin, 10 ans d'expérience professionnelle]**

**Biomed#10:** «Voyez-vous, [...] Je ne peux pas non plus rejeter en bloc ce que disent ces tradipraticiens, puisqu'ils ont..., certains ont fait leur preuve et [...], puisque certains tiennent déjà aussi un registre de soins auquel on peut se référer.» **[Médecin, 3 années d'expérience professionnelle]**

Relevons que les échanges entre biomédecine et médecines africaines en faveur des guérisseurs sont généralement informels, comme l'illustrent les propos des biomédecins qui s'y adonnent :

**Nous :** Donc il y a quand même certains tradipraticiens qui vous confient certains cas ? »

**Biomed#3 :** Oui.

**Nous:** En retour vous les renvoyez aussi vers eux ? Vous le faites ?

**Biomed#4:** [...] Mais on ne pouvait les référer de manière officielle. C'est que on venait, on se posait des questions, on dit bon voilà on va faire ceci, on va faire cela, est-ce que vous ne pouvez pas voir par exemple ailleurs,... mais de manière officielle, non. C'est pas officiel mais déjà dans notre façon de parler aux patients

*on disait déjà que bon on a essayé... Essayez de voir de l'autre côté, oui il y a des patients qui ont guéri. Dans la façon de dire, on appelle un membre de la famille qui est lucide, on lui dit que voilà, voilà, voilà. Essayez de voir de quel côté tu peux aller voir ; et habituellement les patients prenaient ça bien.»* **[Médecin, 4 ans d'expérience professionnelle]**

**Biomed#3:** « *Oui informellement. Attend ce qu'on fait là, c'est [...], on suggère. C'est une suggestion implicite. Oui on est là, on parle, mais on ne dira jamais de manière claire voilà. On suggère comme ça.* » **[Médecin, 3 années d'expérience professionnelle]**

Ces échanges s'inscrivent dans le cadre des rencontres informelles, car, ils relèvent de régulation autonome et des actions d'individuelles des personnages isolés qui décident de briser certaines normes institutionnelles qui fonctionnent dans certains cas comme des barrières à l'observance thérapeutique. Le bris de ces normes est dans le but de renforcer la compliance thérapeutique, et par conséquent, d'augmenter la qualité de l'offre de soins aux patients. Chez les guérisseurs, on remarque que tous échangent les patients avec les biomédecins. Certains disent même qu'ils sont en relation professionnelle avec certains prêtres et prophètes :

**Tradi#1:** *Si j'étais un médecin, je donnerai la liberté à une famille de pouvoir sauver son malade de la manière qu'elle peut. Bon, les biomédecins ne veulent pas souvent prendre le risque que ce soit eux qui ont conseillé, et je pense qu'il a intérêt à faire sa part et laisser la tradition faire la sienne. [...]* **[Guérisseur, Bac+1, 15 années d'expérience professionnelle]**

**Tradi#2:** *Quand un cas me dépasse, je recours à d'autres praticiens, en particulier ceux de l'hôpital. Je prends par exemple le cas du sida. D'abord il faut qu'il fasse les examens biologiques ; ensuite, prendre des ARV avant d'engager maintenant la désintoxication au niveau du foie, c'est-à-dire rendre le corps pur, une tâche qui revient à nous.* **[Guérisseur, Bac+4 en biologie, 22 années d'expérience professionnelle]**

**Tradi#8 :** *J'envoie les malades tous les jours chez prêtres. Il y a les malades que je demande d'aller au camp de Père Sofo. Ce prophète qui fait des miracles au quartier Carrière vers Bankolo là-bas. Si ça peut aider, pourquoi ne pas lui donner cette autre chance de trouver guérison* **[Guérisseur, 35 années d'expérience professionnelle].**

Les données ethnographiques que nous venons de présenter répondent à la question de savoir : avec quel type de soignant tel ou tel autre type de soignant fait-il équipe, réfère ou oriente, dans certains cas, les patients ? Les réponses à cette question ont mis en évidence deux aspects fondamentaux caractéristiques des rapports professionnels guérisseurs-biomédecins. D'abord, les biomédecins présentent une grosse réticence quant aux échanges des patients avec les guérisseurs. Une telle réticence relève plus de la déontologie biomédicale que du constat de l'inefficacité des médecines africaines, en ceci que les biomédecins reconnaissent que les médecines africaines sont efficaces. Pourtant, les guérisseurs font recours constamment aux biomédecins et échangent avec eux. Si bien qu'il convient de dire qu'il s'agit d'une communication d'un type qui défie les règles classiques des échanges (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1972).



En effet, le guérisseur s'adresse toujours à un interlocuteur qui n'est pas une personne ou un destinataire physique, mais une institution : la biomédecine. Il noue le dialogue avec cette dernière de différentes manières. Il y a certainement un dialogue, mais un dialogue avec le champ biomédical. Les symboles biomédicaux tels que les dessins du corps humain qu'on rencontre chez les guérisseurs en sont une parfaite illustration. Le dialogue ne s'opère pas par exemple entre le guérisseur et le biomédecin, mais entre le guérisseur et l'institution biomédicale. Or, on sait pourtant que tout dialogue implique toujours un interlocuteur physique direct, ce qui n'est pas encore le cas ici. On ne peut non plus dire qu'il s'agit d'un dialogue à sens unique. D'un côté, on a un interlocuteur désigné : le guérisseur ; et de l'autre, un interlocuteur anonyme : l'institution biomédicale. Et ce n'est pas un monologue. Dans la mesure où, bien qu'il n'y ait pas la présence physique d'un interlocuteur, comme dans le cas d'un dialogue classique, on note cependant qu'il y a toujours un retour qui se traduit, comme nous allons voir dans les prochains paragraphes, par une dynamique d'ajustement des comportements d'offre de soins, tant du côté des guérisseurs que de celui des biomédecins. En effet, même si le destinataire du message est ici une institution, il ne s'agit pas pour autant d'un interlocuteur institutionnel amorphe, car il répond non pas directement au producteur du dialogue réalisé [le guérisseur] par l'orientation thérapeutique, mais à un troisième interlocuteur dans le dialogue qu'on peut qualifier de «sur-destinataire», selon un vocabulaire que nous empruntons à Clot (2005, p. 39). C'est ce sur-destinataire dont l'identité se confond dans notre étude avec la mère (ou encore le malade en général) qui comprend, selon l'auteur, le message, et avec sa «compréhension responsive» y répond aussi bien au producteur qui a noué initialement le dialogue avec le destinataire institutionnel, mais aussi concomitamment à ce dernier, représenté par l'institution biomédicale.

Le second aspect : dans l'espace de sociabilité thérapeutique, les biomédecins sont proches des prêtres et pasteurs, ce qui laisse penser que les relations entre les gens œuvrant dans le champ de la santé sont fonction de la proximité et de l'éloignement des positions de pouvoirs, en regard des religions africaines ancestrales [messianisme et prophétisme] et des religions chrétiennes [protestantisme, islam et christianisme]. De sorte que l'espace de sociabilité pédiatrique peut être comparé à un espace géographique à l'intérieur duquel les agents de soins occupent des régions découpées : d'un côté la biomédecine et les religions révélées; et de l'autre, les médecins africaines et les religions animistes ou messianiques. Les différents personnages qui «s'y trouvent

placés ont», comme l'avait déjà montré Bourdieu dans *Espace social et pouvoir symbolique* (Bourdieu, 1987b, p. 151), «d'autant plus de propriétés en commun qu'ils sont plus proches dans cet espace ; d'autant moins qu'ils sont plus éloignés». Il s'ensuit, selon l'auteur, que les positions de pouvoirs et de statuts sociaux proches dans la hiérarchie sociale le sont aussi dans les interactions entre les soignants. Cela est vrai en ceci que nous avons remarqué que les prêtres préfèrent référer leur patient aux biomédecins plutôt qu'aux guérisseurs. Mais une telle parcellisation de l'espace thérapeutique n'est pas anodine, en ceci qu'elle est l'expression politique déguisée des régulations de contrôle dont les traces peuvent être historiquement repérées dans les relations entre les pays colonisés et pays colonisateurs. Dans la majorité des pays colonisés la religion et la biomédecine ont partie liée et sont indissociables<sup>25</sup>. Selon Lowe (1887, p. 148) : «In India, China, Africa, Madagascar and in almost every heathen land, crude systems of medicine are intimately associated with the religions of the people, and the treatment of disease, such as it is, is monopolized by the priests, or by others under their control.» Prêtres et médecins étaient un<sup>26</sup> et, la médecine a fourni une entrée dans les cœurs et les esprits des populations. D'ailleurs les prêtres : « Ne se sont mêlés de la thérapeutique qu'en utilisant le savoir-faire de la biomédecine, en positionnant l'action des Églises dans le mouvement de la colonisation où la volonté de civiliser signifie aussi bien guérir les corps que sauver les âmes » (Dozon & Sindzingre, 1986, p. 50).

Mais à s'en tenir uniquement à de telles relations structurées pour des besoins de domination politique [impérialiste], c'est oublier qu'elles cachent et rendent en même temps possible d'autres formes de relations interprofessionnelles qui s'y réalisent parfois par contrainte ou par simple respect des désirs et souhaits des patients : les rencontres informelles en sont une parfaite illustration (nous y reviendrons). Ces dernières sont officieuses et clandestines ; et dérivent de l'ensemble des règles d'un vivre ensemble qui, dans l'espace de sociabilité thérapeutique, n'apparaissent, comme l'a remarqué Reynaud (1988, p. 6), «qu'à l'observation soigneuse des pratiques et après entretien avec les intéressés». Autrement dit, les distances spatiales

---

<sup>25</sup> : «From the 1870s onwards the demand for medical missionaries became more vociferous. Increasingly, medicine was viewed as powerful aid to conversion. It was argued that in the heathen mind, religion and healing went hand-in-hand» (Hardiman, 2006, p. 14)

<sup>26</sup> Par ailleurs, la religion et la médecine se sont positionnées dans l'action coloniale, en tant que champ de pouvoir (Léonard, 1981; Lowe, 1887) : «Église et colonat cohabitent en termes de coalescence» (Fandio & Madini, 2007, p. 132). Les historiens du phénomène missionnaire ont relevé le rôle médical important joué, à des degrés divers, par les missions catholiques [etc.]. Selon Lachenal & Thaithe (2009, p. 46), les relations Église-médecine furent clarifiées, à partir de 1925, par le Pape Pie XI lui-même, qui recommanda l'utilisation de la médecine dans le cadre missionnaire.

institutionnellement construites entre les guérisseurs et les biomédecins sont en décalage avec la force de réduction des distances socioprofessionnelles constatée sur le terrain des pratiques de soins. En d'autres termes, ces distances tendent à se resserrer dans l'espace réel des pratiques et obéissent à des normes de pratiques qui, elles, ne coïncident que rarement avec les normes institutionnelles. Comme l'a souligné Bourdieu (1987, p.151) :

«Bien que l'on observe à peu près partout une tendance à la ségrégation dans l'espace, les gens proches dans l'espace social tendant à se retrouver proches – par choix ou par force – dans l'espace géographique, des gens très éloignés dans l'espace social peuvent se rencontrer, entrer en interaction, au moins brièvement et par intermittence, dans l'espace physique».

En effet, les interactions informelles entre guérisseurs et biomédecins sont le produit des normes de pratiques qui les structurent et tout en tendant à les formaliser. Dans la mesure où ces derniers opèrent une complémentarité thérapeutique en intervenant, de manière consécutive et/ou alternée sur le même patient. Quoiqu'il en soit, chacun intervient dans le domaine de ses compétences. Le recours systématique aux techniques biomédicales et à celles des médecines africaines, dans l'ordre, par les guérisseurs et les biomédecines, obéit très souvent à une demande des patients. Mais il faut remarquer que les actions des biomédecins et des guérisseurs ne poursuivent pas les mêmes intérêts.

Lorsque les actions sont menées par des guérisseurs, elles ont pour but de conquérir des positions de pouvoir contre la régulation de contrôle des autorités de la santé publique. Par ailleurs, leur ouverture inconditionnelle aux biomédecins ne témoignerait-il pas de leur faible reconnaissance et légitimité par les institutions qui reconnaissent et légitiment les médecines ? La question du sens des actions que mènent les biomédecins se pose alors [nous débattons de cette question dans les prochains paragraphes]. Une explication possible provisoire est que le comportement des biomédecins tient de ce qu'ils sont au sommet de la hiérarchie sociale et n'ont plus besoin de s'affilier à un groupe pour être reconnu. Mais dans tous les cas, il semble que par le recours informel aux guérisseurs, ils tentent d'ouvrir, informellement et par les moyens dont ils disposent, la porte aux pratiques de pluralisation de soins qui, autrement, seraient restées fermées. Aussi, assiste-t-on à une sorte de brouillage des frontières des médecines dans l'espace de sociabilité thérapeutique, où se multiplient, comme nous allons le montrer dans les prochains paragraphes, les figures non institutionnelles et les lieux et espaces de la reconnaissance, ainsi que les formes de rencontres formelles et informelles. Brouillage qui est toujours l'effet d'une activité

autonome/individuelle au sens de Reynaud (2003), car celle-ci vient instaurer, en contexte d'asymétrie de rapports de forces, une sorte de réciprocité de perspectives – voulue/forcée – entre professionnels de la santé éloignés, du point de vue des positions de pouvoirs. Aussi, ce brouillage est-il l'œuvre d'un acteur social qui veut changer les règles de jeu en résistant aux règles de contrôle. Mettant ainsi en dialogue les règles institutionnelles de contrôle auxquelles il continue à adhérer et les règles autonomes, produites par les actions individuelles des agents de soins.

#### **4.6 Recours non professionnel, choix et orientation thérapeutiques : quelles articulations ?**

En effet, les trois moments de soins – traitement non professionnel, choix et orientation thérapeutiques – que nous venons de présenter correspondent à trois stratégies de résolution des problèmes de santé. En effet, selon la distinction opérée par Kleinman (1980), le recours aux savoirs familiaux, à savoir celui des traitants non professionnels, s'inscrit dans le «secteur populaire» ; le recours au savoir des agents non officiels de la santé – à savoir les guérisseurs –, dans le secteur traditionnel ; et le recours aux agents officiels s'ancre dans le secteur biomédical. Mais l'ordre dans lequel ces recours sont présentés ici pourrait faire penser que les traitants non professionnels sont considérés comme des intervenants de première ligne ; les soignants professionnels, les intervenants de deuxième ligne ; et les soignants à qui d'autres soignants – biomédicaux et non biomédicaux – réfèrent les mères, les intervenants de troisième ligne. En effet, dans les pratiques quotidiennes, les recours ne s'agencent pas toujours comme nous les avons présentées ici. Au regard des données de terrain, il semble que les trois moments présentés ci-dessus constituent des stations ou espaces de soins qui sont d'égale importance aux yeux des usagers de soins, dont l'ordre et la priorité d'accès ou de recours à l'un(e) ou l'autre n'est pas connu(e) d'avance. Aucune logique ne préside au choix thérapeutique. «Les critères de choix siègent», écrit Benoist (1996a, p. 501), dans les attentes de l'individu et dans la façon d'agencer à partir de ces attentes les modes de recours qu'il adoptera». Les critères qui valent la peine d'appliquer sont le pragmatisme des demandes et des offres de soin. Comme le souligne Bibeau et al., (1995, p. 9), «l'itinéraire du malade dans sa quête de la guérison ne fait sens que si chaque station ou arrêt est situé dans un processus plus vaste dont la logique ne peut être reconstituée qu'*a posteriori* à travers les études de cas et dans la mesure du possible dans l'observation des pratiques des acteurs impliqués». Dans le prochain chapitre, nous montrerons à partir des données ethnographiques que le même pragmatisme est à l'origine des échanges informels entre

les guérisseurs et certains biomédecins [non conformistes] qui ont résolument pris la distance avec certaines injonctions des institutions biomédiales.

D'ailleurs, les données ethnographiques réunies ici attestent de ce que les stratégies de résolution de problème de santé peuvent s'articuler dans l'ordre – ci-dessus présentés – ou dans le désordre ; simultanément ; consécutivement ; et successivement, et ce, selon les représentations de la maladie, sa gravité, les croyances qui lui associées, et rarement parfois, le niveau d'instruction des familles. En effet, c'est pour des besoins d'organisation et de structuration du texte que nous avons choisi de les présenter en commençant par le mode de riposte familial.

Par ailleurs, même si la littérature anthropologique en rend compte d'une certaine manière, elle accorde aux connaissances et savoirs médicaux familiaux plutôt une place marginale et, n'en fait pas du tout un recours thérapeutique au même titre que le recours aux soins d'un guérisseur traditionnel ou d'un soignant biomédical. Pourtant, l'expérience des pratiques de recours au soin montre au Cameroun, au quotidien, le contraire. Ainsi, il arrive que certains biomédecins suggèrent, sans toutefois le recommander formellement, aux parents de retourner dans la famille pour y chercher certaines ressources thérapeutiques. En effet en suggérant aux parents d'exploiter les possibilités familiales, les agents biomédicaux laissent subrepticement ouverte l'opportunité de recourir aux savoirs des guérisseurs et, savent aussi que les familles éprouvées par la maladie de l'enfant ne vont pas hésiter d'en faire usage, comme l'illustrent les propos de l'agent biomédical suivant :

**Biomed#2** : *Si je me retrouve moi le chrétien, pasteur et praticien de médecine moderne face à quelqu'un qui croit à un totem et que je dois le traiter, je dois bien respecter sa perception de ce totem et lui permettre de s'exprimer dans son cadre. Je ne suis pas dans un cadre religieux, mais plutôt thérapeutique. La santé, ce n'est pas moi qui la détermine. C'est celui qui reçoit les services que je propose. Mais je dis que l'avenir de la médecine de demain, la médecine globale, c'est celle où chaque thérapeute comprend qu'il faudrait qu'il s'élève au point d'être capable, si ce n'est d'aider le patient dans cette dimension là, de le référer à qui de droit, et je le fais. La qualité d'un bon soin ne se discute pas. Elle est perceptible, et le patient en est la mesure. Elle se mesure par les succès du thérapeute. Je fais ce que l'on appelle des sociothérapies. Demain j'accompagnerai une dame qui doit aller dans un milieu spécifique pour s'exprimer devant une entité : ses ancêtres, devant les dieux de son village [je suis en thérapie donc je parle sans désigner les choses afin que, au cas où le patient vous lirait un jour, qu'il ne sache pas que j'ai parlé de lui]. Mais je l'accompagnerai dans un milieu pour qu'il fasse des gestes bien précis ; qui auront pour but de l'aider à guérir de sa douleur. Je l'accompagne chez le praticien traditionnel qui sait au moins ce qu'il fait. Mais je l'accompagne parce que ma présence à ses côtés donne à son activité une valeur thérapeutique certaine. Je serai spectateur, mais spectateur averti ; spectateur utile pour [...], mais acteur pour galvaniser cette action thérapeutique pour cette dame, qui a une souffrance par rapport à lui-même, par rapport à ses convictions, par rapport à sa perception de la relation avec autrui* **[Médecin, 30 années d'expérience professionnelle]**

Le comportement de ce biomédecin camerounais rejoint celui d'un autre biomédecin congolais que Tonda (2001b, p. 143) décrit dans une étude portant sur le pluralisme médicale. Dans cette étude, l'auteur remarque : «Nous avons rencontré à Brazzaville, un médecin chef d'une clinique privée, formé à Bordeaux, qui propose au choix à ses malades, soit des traitements traditionnels qu'il dispense lui-même, soit des traitements modernes». Mais l'auteur ne précise pas, comme nous l'avons fait dans notre étude, ce qui fait que ce soignant en particulier se comporte, dans un cas comme un guérisseur, et dans l'autre comme un biomédecin. Les extraits de discours du médecin camerounais ci-dessus mettent en évidence des échanges informels qu'il établit entre guérisseurs et biomédecins, mais qui sont initiés cette fois par ces derniers. Dans ses travaux au Niger, Aguessy (2007, p. 427) évoque quelque chose de semblable : il observe que chez Mamadou, un guérisseur «spécialiste des fractures et maladies liées aux os, maints patients qui arrivent avec les clichés de radiographie recommandées soit par leur médecin à l'hôpital, soit par le tradithérapeute». Les raisons de ce retour chez le guérisseur sont diverses : elles peuvent exprimer un aveu d'impuissance de l'hôpital et de la médecine du Blanc, une simple préférence des malades eux-mêmes ; manque de moyens financiers, comme le souligne Sounaye (2007) dans un autre contexte. Par ailleurs, certains prêtres jouent les rôles d'orienteur des malades, sans discrimination de système médicaux, en se basant uniquement sur le critère du pragmatisme : «Le plus souvent, j'agis comme un orienteur : j'engage la personne, par exemple, à prendre rendez-vous chez psychiatre [...] ; ou bien je lui conseille de se rendre au village, ce qui est, à mots couverts, une invitation à consulter le guérisseur ; ou encore de recourir au curé ou au pasteur» (De Rosny, 1992, p. 116]. Dans tous les cas, toutes ces expériences d'échanges informels témoignent de la recherche de la satisfaction des attentes des malades par une proposition des services techniquement et relationnellement appropriés et susceptibles de conduire à la guérison.

Par ailleurs, on peut déduire aussi que le recours aux connaissances de la pharmacopée d'un voisin, ami de la famille ou d'un proche parent - oncle, cousin, etc. – est considéré par les usagers comme une alternative aux soins, au même titre que le recours aux savoirs médicaux experts incarnés par le système médical biomédical et non biomédical. Dans cette perspective, il semble que les savoirs médicaux familiaux, bien que qualifiés de profanes, constitueraient avec les savoirs médicaux experts des recours alternatifs, surtout quand on sait que dans les situations où la guérison tarde à venir, les soignants suggèrent parfois aux parents de l'enfant de retourner

chercher des solutions thérapeutiques, soit en famille ou chez le guérisseur. Donc, avec recours aux guérisseurs par les biomédecins, on n'assiste à une rencontre [informelle] inéluctable. Mais celle-ci semble nous communiquer autre chose : la reconnaissance informelle [non institutionnelle] par les biomédecins de l'«agir capable» des guérisseurs. Ils sont donc, comme des usagers de soins, d'autres figures à mi-chemin entre reconnaissance professionnelle et reconnaissance institutionnelle.

### TROISIEME PARTIE : LES DYNAMIQUES DES RENCONTRES ET DES RECONNAISSANCES

La troisième partie de cette thèse est consacrée à l'étude des dynamiques des rencontres et reconnaissances. Elle comporte 4 chapitres [#5, #6, #7 et #8]. Le chapitre #5 traite des rencontres et les figures des rencontres informelles ; le chapitre #6, des identités professionnelles multiples et leur implication dans les pratiques ; le chapitre #7, des reconnaissances et les nouvelles figures de la reconnaissance ; et le chapitre #8, des configurations de l'espace de sociabilité thérapeutique. Par ailleurs, la troisième partie est le lieu où nous présentons et analysons les thèmes émergents. Une attention particulière est accordée ici à l'émergence des espaces intermédiaires de la rencontre et de la reconnaissance, lieux où les acteurs de soins semblent nous indiquer que le mouvement de la rencontre et de la reconnaissance est à réapprendre. C'est pour cela que nous utilisons «rencontres» et «reconnaissances» au pluriel. L'usage du pluriel présuppose ici le dynamisme, une prise en compte de la diversité et de la pluralité des formes de rencontres et de reconnaissances, mais aussi des pratiques de pluralisation effectives en sol camerounais dans le champ de la pédiatrie. Cette pluralisation s'inscrit dans une dynamique d'expérimentation de la «co-thérapie», où les professionnels de la santé ressentent individuellement la nécessité de «ré-apprendre le mouvement de la rencontre», pour reprendre un concept emprunté à Deana (2006).

Le premier thème émergent est celui de l'intermédialité des rencontres qui, à son tour, embarque dans le mouvement, un second : celui des reconnaissances intermédiaires non institutionnalisées. Le terme «intermédiaire» ici renvoie à toutes les pratiques de soins «néomédicales» à prétention émancipatrices des formes non institutionnalisées. On parlera de «néobiomédecines», en termes par exemple des pratiques biomédicales qui s'affranchissent de certaines normes jugées inappropriées à la pluralisation des soins. Ainsi défini, l'usage que nous faisons du terme «intermédiaire» rejoint bien le sens que lui attribue Tonda : à savoir un sens proche des termes de néo-praticiens et de tous les néo-chercheurs producteurs de théories et de pratiques qui ne se classent pas dans des registres traditionnels : biomédecine, médecines africaines, religion, mais qui participent plus ou moins de tous ces registres à la fois (Tonda, 2001c, p. 632). Nous montrons comment les rapports professionnels informels se tissent dans les interstices de la relation de soins, et donnent lieu à des formes de rencontres et reconnaissances imprévisibles et improbables qui n'ont pas encore subi d'institutionnalisation. Le troisième thème est le recours à des identités



professionnelles plurielles ou multiples, remarqué particulièrement chez les soignants faiblement légitimés et reconnus [guérisseurs] et certains biomédecins que nous avons qualifiés de résistants ou de non conformistes aux règles de l'institution biomédicale. L'appartenance à deux identités professionnelles est le moteur qui rend possible, par le mouvement de la résistance institutionnelle, d'autres procédés d'«auto-crédibilisation» de nouvelles pratiques de soins qui se développent en marge de celles reconnues et légitimées. Nous avons identifié et mis en évidence ici, entre autres, deux de ces procédés : l'auto-légitimation et l'auto-reconnaissance, dont l'enjeu est de se reconnaître soi-même et se faire reconnaître par les autres soignants. Leur nom le plus convenable serait celui de dispositif d'auto-octroi de la reconnaissance qui «empowered» [renforce] la légitimité des acteurs faibles. Nous identifions aussi les techniques qui conduisent à l'«empowerment» des acteurs affaiblis, à partir même de leur position professionnelle illégitime. Il s'agit en réalité des techniques de contre-contrôle du contrôle normatif : l'une de ces techniques se trouve être la ruse que le guérisseur, acteur faible et affaibli (Payet et al., 2008, 2010; Payet & Laforgue, 2008; Payet, 2011; Raymond, 2010), utilise comme arme de résistances (Bessin & Roulleau-Berger, 2002a) ou comme tactiques de résistances (Ducournau, 2009; Lmadani, 2008). On y voit comment les guérisseurs passent de la tactique de l'indocilité que prônait Mbembé dans «L'Afrique indocile» à celle de la docilité. Ils sont aidés dans ce passage par des biomédecins résistants que nous avons qualifiés aussi de passeurs et complices : ils leur offrent un appui institutionnels (Dodier, 1993), ou encore ce que certains auteurs ont qualifié de relations compréhensives (Laforgue, 2008). Les néo-biomédecins se montrant alors plus compréhensifs que les biomédecins classiques. Et c'est ce qui est très fascinant dans l'étude que nous avons menée, en ce sens qu'ils proposent aux acteurs affaiblis des techniques de contre-contrôle, comme par exemple la reformulation des médicaments traditionnels ; la formalisation des techniques thérapeutiques des médecines africaines, une approche qui a toujours divisé les anthropologues.

L'enjeu de toutes ces nouvelles techniques d'«auto-empowerment» et d'«autoreprésentation» est la reconfiguration de l'espace thérapeutique camerounais en des rapports professionnels tournés vers une réciprocité de perspectives : quatrième thème émergent. La reconfiguration passe par un essai de «camerounisation» ou de «traditionalisation» de la biomédecine, une pratique déjà évoquée en littérature dans les pratiques d'auto-appropriation de la biomédecine, notamment en Asie et au Mali (Bargues, 1996; Pordié, 2008). On pourrait parler d'une indigénisation (Babadzan,

2009) d'un genre nouveau, puisqu'elle n'épouse pas à l'identique les contours qu'on lui reconnaît. Ensuite, viennent les pratiques relatives à la «biomodernisation» des médecines africaines, ce qui reste bien en congruence avec la logique de formalisation des pratiques de soins de celles-ci.

Nous examinons, enfin, les processus de «camerounisation» de la biomédecine et de «biomodernisation» des médecines africaines. Quels sont les personnages qui entrent en jeu pour faciliter le processus ? Par exemple, on verra que certains médecins en sont les premiers facilitateurs. L'autre moyen est la formation à la connaissance biomédicale qui est devenue un phénomène en vogue chez les guérisseurs. Nous verrons que la combinaison des identités professionnelles permet d'échapper à la «misère de condition» et à la «misère de position» (Bourdieu, 1993b) ; aux «carrières négatives» (Paugam, Le Blanc, & Rui, 2011; Paugam, 2005). Elle permet également aux guérisseurs d'éviter de s'inscrire dans les «subjectivités encombrantes» (Le Blanc, 2007) et dans des vies «professionnelles précaires» (Gaille, 2010). Aussi, est-il intéressant de noter ici que les soignants faiblement reconnus ne revendiquent pas la légitimité ou à être reconnus officiellement. Il semble qu'ils n'en ont pas besoin : la seule reconnaissance à laquelle ils aspirent est la reconnaissance économique qui passe inéluctablement par une reconnaissance juridique de la reconnaissance. Une question à laquelle nous nous sommes intéressé est : à quelles logiques répondent les besoins de s'inscrire dans le schéma des pratiques médicales des guérisseurs exprimés par certains biomédecins ? Est-ce un besoin de reconnaissance ? Si oui de quoi ? Pourquoi ces biomédecins mettent-ils en avant leurs savoirs médicaux inspirés des traditions ancestrales ? Un début de réponse à la question montre qu'ils peuvent être assimilés à des «briseurs» de rencontres et reconnaissances normatives.

## 5 RENCONTRE : FORME, ESPACES-LIEUX ET SUPPORTS

Dans le chapitre 4, nous avons analysé les choix et orientations thérapeutiques comme deux stratégies mises en œuvre, dans l'ordre, par les familles et les traitants [professionnels et non professionnels] pour chercher de l'aide, afin de venir à bout du problème de santé dont l'enfant est porteur. Dans le premier cas, ce sont les familles qui sollicitent les soignants pour obtenir des prestations de soins pédiatriques ; dans le second, ce sont les soignants eux-mêmes qui recourent à d'autres soignants, (in)dépendamment du système de soins auquel ils appartiennent. Mais en même temps que les choix et orientations thérapeutiques rendent possibles ces démarches de recours aux soins, ils initient également diverses séquences de contacts – soignés/soignants et soignants/soignants – qui débouchent inéluctablement sur les rencontres thérapeutiques.

En effet, la rencontre est un moment capital de notre étude, et elle partage avec les choix et orientations thérapeutiques certains déterminants que nous avons analysés dans le chapitre 4, en termes de déterminants économiques, de représentations et de connaissances de la maladie. Dans cette analyse, certains aspects de la rencontre ont été sommairement abordés. Par exemple, nous avons mentionné l'existence de deux formes de rencontres, formelles – normatives, prescrites – et informelles, mais sans toutefois évoquer comment elles s'articulent dans l'espace de soins. Quels sont les facteurs qui en rendent compte ? Quels sont les espaces dans lesquels elles se produisent ; et les objets sur lesquels elles portent. D'autres aspects ont été laissés à dessein de côté dans le précédent chapitre pour être abordés dans le présent, à savoir l'appréciation de la qualité de soins par les acteurs de soins ; les préférences/attentes des mères. C'est à eux que nous allons nous attaquer maintenant, en essayant de relever le rôle et l'impact de l'appréciation de la qualité de soins dans la structuration des rencontres (in)formelles par les soignants. Il s'agit de montrer que l'émergence des unes ou des autres dépend de la manière dont la qualité de soins est définie et perçue à la fois par les soignants et les usagers de soins. On verra aussi que les préférences et attentes des usagers de soins ont une influence sur les décisions des soignants lorsque vient le moment de recourir à un autre soignant, dans la mesure où elles pénalisent un type de rencontre et favorisent un autre. Les facteurs déterminants qui participent à la dynamique de la pénalisation et de la favorisation des unes ou des autres nous intéressent.

### 5.1.1 Différence de perception de la qualité de soins : source de rencontres (in)formelles

Les données que nous présentons ici portent sur la qualité de soins et son impact sur les rencontres. Elles visent deux objectifs. Le premier consiste à amener les usagers de soins et les soignants à produire une vision sur la qualité de soins, c'est-à-dire ce qu'ils en entendent par ; de savoir comment ils la définissent et la perçoivent. Pour ce faire, les avis des uns et des autres ont été recueillis à partir de la question de savoir : comment appréciez-vous les soins prodigués par les soignants ? C'est à dessein que nous n'avons pas précisé le type de soignant, car nous voulons laisser les interlocuteurs aller dans la direction qui les permettrait de mieux s'exprimer, surtout en commençant par l'aspect de la qualité de soins qui leur semble le plus approprié. Le second objectif était de voir quels aspects sont alors mis en avant par les usagers de soins et les soignants pour exprimer la qualité de soins, et par delà, mesurer, au travers les deux objectifs réunis, espérons-nous, la manière dont les différentes perceptions et définitions de la qualité de soins organisent/structurent les différentes formes de rencontres. Pour répondre à la question posée ci-dessus, les points de vue des usagers de soins sont présentés d'abord, suivis de ceux des soignants. Enfin, nous avons procédé à l'analyse de leurs implications dans la construction des rencontres (in)formelles. Comme nous le verrons dans les extraits ci-dessous, les usagers définissent et perçoivent la qualité de soins à travers les résultats, succès et guérison opérés par le soignant :

**Mère-Fondation#5** : *Ce que j'apprécie chez le soignant, c'est les résultats de son travail. Après cela nous avons également rencontré les prêtres exorcistes, et même les pasteurs. Bref, tous ces hommes d'église qui apportent du soutien moral aux parents qui sont en détresse lorsqu'ils cherchent à tout prix une solution pour l'enfant qui est malade. Vous savez, quand l'enfant est malade, on a un seul but : le voir guéri. Peu importe, en ce qui me concerne en particulier, par qui vient la guérison ; la nature du soignant. C'est où l'enfant trouve la guérison qui est pour moi le bon hôpital. Quand je dis hôpital, ça peut être aussi chez le guérisseur. C'est celui qui apporte la guérison qui est pour moi le véritable soignant ; celui qui est capable et compétent. Tu vois ! Ce qui est important, je peux vous l'avouer, c'est la guérison. Et elle peut venir de n'importe qui et de n'importe où. Est-ce que je dois aller rester chez le guérisseur parce qu'on dit qu'il est bon, alors que je ne vois pas que la situation de l'enfant avance positivement ? Non. C'est la même chose chez le médecin. Vous savez, à l'hôpital, il y a médecin et médecin. Certains sont vraiment médiocres, pire que les charlatans ; il touche un enfant, et la guérison n'est pas là. Certains sont bien. Vraiment je dis bien. Quand il met la main sur l'enfant, la maladie disparaît. Je prends le cas du Dr. T. C'est tous les malades qui parlent de lui ; de sa manière de traiter les parents et les enfants. Tu vois, il est à l'hôpital, mais il n'est pas comme les autres. Il a sa façon d'être, de voir les choses. Il parle avec les malades, et est toujours prêt à donner des conseils, même si c'est pour faire venir un guérisseur ou un prêtre, il est prêt, je ne sais pas s'il l'a déjà fait, mais il n'est pas contre. Pour lui, il veut la guérison et c'est cela qui est important pour lui. Il fait tout pour que l'enfant se sente bien. [Mère d'un enfant drépanocytaire, 41 ans, enseignante au collège privé]*

Quant aux biomédecins, ils ne sont pas unanimes sur la définition de la qualité de soins. La majorité [N=6/10] la renvoie à la maîtrise d'un ensemble de techniques et connaissances médicales appropriées qu'utilise le soignant pour intervenir sur de maladie. Selon le **Biomed#9** :

*La qualité de soins, ça peut s'apprécier à différents niveaux. Mais le plus important réside sur le plan médical, et c'est cela qui fait du soignant un bon soignant. Donc, un bon soignant c'est celui qui essaye au maximum de résoudre avec les moyens dont-il dispose les problèmes médicaux de ses patients, en sachant qu'on n'a pas toujours une obligation de résultat, mais surtout une obligation de moyen. [Médecin, 3 années d'expérience professionnelle]*

Par contre pour une minorité [N=4/10], à savoir les biomédecins non conformistes ou résistants, la qualité de soins ne se définit pas exclusivement par les moyens techniques, car les problèmes de santé que posent les mères ne s'y réduisent pas. D'autres requièrent une démarche non médicale qui doit inspirer confiance, celle-ci inscrivant le soignant et le malade dans une démarche résolument relationnelle de soins, à en croire la **Biomed#3** du service d'hémo-oncologie :

*Pour dire vrai, un soin de qualité s'apprécie par le fait que le soignant met tout en œuvre pour essayer de résoudre les problèmes médicaux et non médicaux de ses patients. Voilà à quoi peut se résumer, en partie, un soin de qualité. Maintenant, comme les problèmes de santé des patients ne sont pas seulement d'ordre médical, celui qui se limite aux problèmes biomédicalement explicables aura fait certainement le travail, mais on dirait, pour moi que c'est un travail à moitié accompli. Il lui manque la composante relationnelle dans son approche. Celui qui accompagne bien ses malades, c'est le soignant qui prend en compte cette composante relation, parce qu'il y a beaucoup [...] ; Je connais beaucoup de soignants qui traitent bien, mais les enfants [...]. Mais le jour où tu ne viens pas au travail, les enfants ne s'en soucient pas vraiment, c'est-à-dire qu'ils n'ont pas une certaine relation de, on va dire de confiance ou de [...], c'est-à-dire, ils ne sont pas vraiment liés à leur traitant. Ils savent qu'il y a un docteur tel, il n'est pas venu. Je pense qu'un bon soignant c'est celui qui arrive à avoir une certaine relation de confiance avec ses patients. [Médecin, 3 années d'expérience professionnelle]*

Quant aux guérisseurs, ils affirment :

**Tradit#2** : *Les malades viennent chez moi parce qu'ils savent qu'ils vont retrouver leur guérison. Le malade pour moi est quelqu'un qui a besoin d'aide. Et je suis là pour lui apporter cette aide là. Parfois, un malade à juste besoin que tu parles des choses. Mais je sais aussi qu'il y a des choses que je ne peux pas faire, comme par exemple, le test de la maladie là qui est là dehors maintenant partout. On ne parle plus que de ça [allusion au vih/sida]. C'est l'hôpital qui doit détecter, et nous, on peut apporter des remèdes pour calmer le palu, et autres problèmes liés à cette maladie là. [Guérisseur et formation en biomédecine, Bac+4 en biologie, 22 années d'expérience professionnelle]*

En observant les séances de consultations et en parlant avec les mères d'enfants, les guérisseurs et les biomédecins, nous relevons que diverses significations sont attribuées à la qualité de soins. En effet, les réponses à la question de son appréciation, bien que plurielles, s'inscrivent dans deux axes différents pouvant donner lieu, comme nous le verrons plus tard, à une double perspective.

La première, revendiquée par la majorité des biomédecins [n=6/10], voit la qualité de soins en termes de techniques et de moyens d'approches de la maladie. Pour la seconde, la guérison apparaît comme une fin en soi. La question reste posée de savoir laquelle des deux perspectives rejoint les attentes et préférences des mères d'enfants ? Pour répondre à cette question, nous nous sommes appuyé sur une démarche qui privilégie plutôt ce que le malade demande au soignant lorsqu'il entre en relation thérapeutique avec lui. Cette démarche nous est offerte par Canguilhem qui, dans *Une pédagogie de la guérison est-elle possible ?*, semble s'insurger contre une thérapeutique qui repose exclusivement sur les moyens biotechnologiques. Selon l'auteur, bien que la guérison soit considérée «comme un élément de la relation entre le malade et le médecin», elle «est à première vue, ce que le malade attend du médecin, mais non ce qu'il en obtient toujours [...]. Alors que pour la plupart des médecins, encore aujourd'hui, c'est le traitement le mieux étudié, expérimenté et essayé à ce jour que la médecine doit au malade» (1978, pp. 13–14). La conception de la qualité de soins en termes de moyens biotechnologiques est pratiquement en décalage avec les attentes des malades pour qui, la guérison est ce que lui doit la médecine. Pourtant, c'est dans ces attentes que s'inscrit le second axe de la définition de la qualité que revendiquent tous les guérisseurs, ainsi qu'une minorité de biomédecins [N=4] s'insurgeant contre une biomédecine qui assimile la qualité de soins à la seule maîtrise des moyens biotechnologiques efficaces et sûrs. Pour ces derniers qui s'inscrivent dans la seconde perspective, la qualité de soins se confond alors avec les réussites des actes thérapeutiques ; l'obligation de résultats ou les exploits réalisés ; les succès des guérisons opérées. Ici, le triomphe de la rationalité des moyens biotechniques n'en constitue, selon eux, qu'un aspect de la thérapeutique.

En d'autres termes, les réussites des guérisons opérées deviennent la seule mesure fiable de la qualité de soins, et elles fondent aussi la différence fondamentale entre les guérisseurs et les biomédecins. Au sujet des deux types de soignants, Canguilhem opère la distinction suivante :

«Un médecin qui ne guérirait personne ne cesserait pas en droit d'être un médecin, habilité qu'il serait, par un diplôme sanctionnant un savoir conventionnellement reconnu, à traiter des malades dont les maladies sont exposées, dans les Traités, quant à la symptomatologie, à l'étiologie, à la pathogénie, à la thérapeutique. Un guérisseur ne peut l'être qu'en fait, car il n'est pas jugé sur ses connaissances mais sur ses réussites. Le médecin est habilité publiquement à prétendre guérir, alors que la guérison, éprouvée et avouée par le malade, même quand elle est clandestine, qui atteste le don de guérisseur dans un homme à qui, bien souvent, son pouvoir infus a été révélé par l'expérience des autres (Canguilhem, 1978, p. 14).

Cette remarque de Canguilhem rejoint ce qu'avait souligné Molière (1732, p. 96) au 18<sup>ème</sup> siècle au sujet des biomédecins dans *Le médecin Malgré lui*:

«Je trouve que c'est le métier le meilleur de tous; car, soit qu'on fasse bien, soit qu'on fasse mal, on est toujours payé de même sorte. [...] La méchante besogne ne tombe jamais sur notre dos, et nous taillons, comme il nous plaît, sur l'étoffe où nous travaillons. Les bévues ne sont points pour nous; et c'est toujours la faute de celui qui meurt. Enfin, le bon de cette profession, c'est qu'il y a parmi les morts une honnêteté, une discrétion la plus grande du monde; jamais on n'en voit se plaindre du Médecin».

Au regard de cette différence fondamentale de perception de la qualité de soins, Canguilhem conclut : «pour le médecin et pour le guérisseur le rapport à la guérison est inverse». On retrouve d'ailleurs ce même rapport d'inversion dans l'écart entre, d'un côté, les définitions de la qualité de soin, dans la perspective des usagers de soins et celle des biomédecins; et de l'autre côté, dans la perspective de ces derniers et celle des guérisseurs. Dans tous les cas, la guérison apparaît comme ce que demande justement la mère lorsqu'elle entre en relation de soins avec le soignant, quel qu'il soit. Mais le fait que l'usager de soins considère sa guérison comme une fin en soi (Rosny, 1992) vient introduire une discordance entre leurs attentes et l'offre biomédicale de la majorité des biomédecins. Cette discordance tient du fait que celui qui consulte est à la fois «patient» et «malade». La distinction entre malade et patient pourrait être aussi à l'origine de la différenciation thérapeutique à laquelle s'adonne une minorité de soignants biomédicaux. Alors que la technique et les connaissances médicales sont appliquées au patient, le malade se situe dans une temporalité durable qui va bien au delà même de la fin de la maladie, vécue sur le plan physiologique, car la maladie ne se réduit pas seulement au bruissement des organes affectés, pour utiliser de manière inversée la formule de Leriche (1936) reprise par Canguilhem (1966, p. 52), selon laquelle la santé est le silence des organes. «C'est que la guérison, qui est une valeur biologique pour le médecin, surgit toujours comme une valeur existentielle pour le malade» (Le Blanc, 2006, p. 113). Les motifs de recours ou de non recours aux services de guérisseurs, tant par certains biomédecins que les mères d'enfants, logent dans l'écart entre ordre biologique et ordre psychique de la guérison, car comme l'avait déjà révélé Le Blanc (2006, p.113), un malade «peut s'estimer ne jamais être totalement guéri alors même que l'instance biomédicale a déclaré la guérison».

L'indivisibilité de l'ordre psychique et de l'ordre biologique a été soulignée par Le Blanc (2006) à travers le concept de «Vie psychique de la maladie». C'est lui qui a introduit et popularisé le concept, à la suite des analyses de Canguilhem (1978). Pour Le Blanc (2006, p. 111), la maladie :

«S'inscrit dans une vie psychique plus large qu'elle modifie et réorganise. Parler d'une vie psychique de la maladie, c'est d'emblée refuser l'autonomie de la représentation mentale par rapport à la maladie pour avancer l'hypothèse selon laquelle la maladie est un fait total, à la fois corporel et psychique, qui interdit de dessiner un schéma dualiste, souvent implicitement convoqué, reposant sur un partage entre un corps abîmé et une pensée intacte».

On retrouve le refus du même dualisme que présente ici Le Blanc dans *Les yeux de ma chèvre*, une œuvre d'anthropologie issue d'une recherche menée par de Rosny au Cameroun auprès des guérisseurs et des usagers de soins. Il y fait ressortir la conception de l'homme enracinée dans les pratiques des guérisseurs. Pour le guérisseur, «l'homme a un double» (1981, p.98) : «Chez Din et Loe» [deux guérisseurs], écrit l'auteur, «je n'ai jamais vu faire la distinction entre les maladies de l'esprit et celles du corps. Ils sont encouragés», poursuit-il, «par le penchant des malades à accuser physiquement l'anxiété ou le désarroi. Ces réactions somatiques, sans doute, reflètent l'arrière fond philosophique de l'africain. Pour lui, l'homme est un. La distinction dans l'homme ne se fait pas sensiblement entre l'âme et le corps, le physique et le psychique, mais selon sa visibilité et son invisibilité». Il n'est pas morcelable et fragmentable, comme c'est le cas en biomédecine, où en cas de maladie le regard de la biomédecine est porté, pour reprendre un vocabulaire de Lagrée (2002, p. 130), sur l'organe défectueux. Comme si la réparation de cet organe faisait disparaître aussitôt la maladie. Pourtant, le guérisseur se prend autrement en cas de maladie, car lorsque la maladie survient, c'est le corps dans sa totalité qui est affecté. C'est pourquoi, la cure nécessite, outre le traitement par les herbes et les écorces, mais aussi et surtout de restituer le malade à la place qu'il occupait avant la maladie : dans l'ordre cosmique-et-humain (de Rosny, 1992, p.31).

Dans la perspective des autorités nationales et des organismes internationaux de la santé, la qualité de soins se définit par la capacité à offrir à la mère et à l'enfant de meilleurs soins efficaces à moindres risques et dispensés avec compétence technique. Étant donné que la qualité de soins est un élément fondamental dans la construction des rencontres formelles et/ou informelles, il n'est pas exclu qu'elle peut alors constituer une grosse barrière à celles-ci. La qualité de soins traverse les discours des interlocuteurs, mais les perceptions qui lui sont associées ne sont pas identiques, même à l'intérieur d'un même secteur médical comme la biomédecine. Elle est tour à tour invoquée et convoquée par les soignants pour justifier les pratiques de recours à d'autres soignants relevant ou non du même secteur de médecine. De cette manière, elle apparaît alors comme un puissant prédicteur des choix et orientations thérapeutiques. Des études en socio-anthropologie de la rencontre soulignent qu'elle a une influence potentielle sur la décision en



matière d'utilisation - sous-utilisation ou sur-fréquentation – des ressources thérapeutiques disponibles dans le marché de la santé. À cet effet, et au regard des données présentées ci-dessus, la qualité de soins apparaît comme le moteur des rencontres formelles et informelles.

### **5.1.2 De la fabrication des rencontres formelles**

Nous venons de voir que la qualité de soins à l'enfance est un puissant moteur de choix et d'orientation thérapeutiques. Ainsi perçue, elle devient un critère fondamental qui oriente les choix thérapeutiques chez les usagers de soins et les orientations thérapeutiques chez les soignants. Mais la qualité de soins n'est pas perçue et définie de la même manière par les soignants, et ce qui est frappant dans notre étude, c'est qu'on observe que même les agents biomédicaux ne partagent pas à l'intérieur de la biomédecine la même définition de la qualité de soins. Si bien qu'il convient de dire qu'on y assiste à une dispute sur ce qu'est la qualité de soins, dispute qui a une grosse influence sur leur positionnement en faveur ou contre des échanges de patients avec les guérisseurs.

Ainsi, les conséquences de ce positionnement ne sont pas les mêmes. Si on apprécie la qualité de soin à partir des succès thérapeutiques obtenus, on s'attendrait à ce que les agents de soin qui se réclament de cette perspective s'inscrivent dans une réciprocité d'échanges et de perspectives. C'est d'ailleurs ce qui sous-tend les échanges réciproques entre les guérisseurs et les néobiomédecins. Par contre, si la qualité de soin est appréciée à partir de la rationalité technique, il va de soi que les biomédecins qui s'y inscrivent n'échangent pas avec les guérisseurs, même s'ils sont convaincus des compétences thérapeutiques de ces derniers. Les deux groupes de biomédecins sont sur deux tableaux, même s'ils sont supposés partager la rationalité biomédicale. En effet, l'analyse de la qualité de soins sous l'angle des guérisons réussies est doublement pertinente. Elle permet de fédérer les deux perspectives évoquées plus haut. L'une, celle de la biomédecine pure et dure fondée sur la rationalité instrumentale ou des moyens : ici ce sont les moyens qui justifient le succès ; l'autre, la rationalité des fins : ici c'est la fin qui justifie les moyens. Entre ces deux rationalités, se trouve la rationalité pragmatiste qui elle, occupe une position intermédiaire et cherche à concilier l'efficacité technique et l'efficacité relationnelle des soins.

Pour les tenants de la rationalité pragmatique, la technique doit être au service de la guérison, et n'en constitue pas l'essence de la guérison. Ils déplorent le fait que l'essentiel de la guérison dans

la perspective de la rationalité des moyens s'est développé dans l'ignorance ou l'indifférence de la vie psychique de la maladie, en privilégiant plutôt la vie biologique de la maladie. C'est pourquoi la majorité de biomédecins échangent les patients entre eux ; et par conséquent, opèrent des rencontres formelles prescrites par l'institution biomédicale. La motricité de celles-ci emprunte et doit beaucoup, paradoxalement, à la dispute autour de la définition de la qualité de soins entre les biomédecins à l'intérieur même de la biomédecine ; et entre d'autres biomédecins et les guérisseurs. Si bien qu'on peut dire qu'il n'y a de rencontres dans l'espace thérapeutique entre agents de soins appartenant ou non à un même système médical que disputées et controversées.

Notons que la dispute se fait par l'intermédiaire des usagers se soins et des objets thérapeutiques. Elle se manifeste dans l'espace de soins de plusieurs manières dont la plus courante est la rétention des radios et examens biologiques par les biomédecins partisans de la rationalité des moyens ; alors que les biomédecins qui adhèrent à la rationalité des fins [résultats] laissent les usagers partir avec les radios et examens biologiques. Les mères prennent part à la dispute en emportant chez les guérisseurs ces radios et examens, y compris les ordonnances prescrites par le médecin et les résultats des tests effectués en laboratoire, comme le résume ce guérisseur :

**Tradit#3** : *Il y a des malades qui font des examens et le médecin les laisse avec les radios ; et certains malades qu'on retient leurs examens dans les centres de santé. Excusez-moi encore de dire ça. Pourquoi ce médecin trouve que ce malade souffre de ceci et il retient son examen ? Il ne le laisse pas avec son examen d'aller ailleurs ; parce qu'on trouve que quelqu'un d'autre peut l'aider. Mais aujourd'hui certains malades disent non. Remettez-moi mon examen. Certains exigent leur examen et radios. Pourtant, il y a un certain nombre d'activités qui sont menées par un certain nombre de structures au Cameroun qui nous forment à l'interprétation des examens médicaux. Comme je vous parlais un peu de la formation en faculté bio médicales. J'ai suivi cette formation, et cela me permet de lire les résultats de certaines radios, comme par exemple, un cliché de fracture d'un pied. Ça aide à aider le malade ; en voyant le pied, on fait mieux* **[Guérisseur et pasteur, formation en biomédecine, 19 années d'expérience professionnelle]**.

Une analyse de cette citation laisse entrevoir que ce sont les malades qui sont les premiers briseurs des rencontres formelles. Ils brisent celles-ci de différentes manières en faisant intervenir les guérisseurs dans le processus des soins engagé dans un hôpital. Selon De Rosny (1992, p. 27), ils ne répugnent pas à recourir aux fumigations d'un guérisseur de brousse, et même à subir un long traitement, en cas de grave perturbation socio-familiale ; mais l'hôpital – et si possible, l'hôpital en Europe – est devenu pour eux le vrai refuge en cas de maladie. Certains biomédecins, à l'instar du **Biomed#2**, semblent se positionner en faveur des guérisseurs et des usagers de soins :

*Un phénomène est en train de se mettre en place ; et je me demande si mes collègues médecins s'en rendent compte. Les ordonnances sont maintenant demandées par les patients, non pas pour aller en pharmacie se procurer les médicaments prescrits, mais pour aller voir le guérisseur qui va leur trouver les herbes et les plantes médicinales qui, dans la majorité de cas, sont censées jouer le même rôle que les médicaments pharmaceutiques. L'ayant constaté pour la première fois, je me suis intéressé à savoir comment cela se passe concrètement. Les patients m'ont fait une révélation terrible. Mon guérisseur connaît les plantes qui traitent les maladies que diagnostique l'hôpital ; il a fait l'école de ça, comme vous les médecins. Il est allé à votre école aussi. J'aime bien y aller parce qu'il me comprend. Ses remèdes ne me fatiguent pas ; quand je les prends je dors tranquillement. Alors que quand je prends les remèdes de la pharmacie, cela me fatigue. Aussi, je peux prendre les remèdes le matin, à midi, le soir, ou à n'importe quelle heure. Ce qui n'est pas le cas pour la pharmacie. Mais ce qui est le plus important à souligner est que je peux aussi prendre le remède sans obligations de payer directement le montant dû. Vous voyez. Cela est important. Aussi, le remède est aussi partageable. Je peux aussi en donner à mes enfants, mon mari peut aussi les prendre sans crainte. Me dit-il.*

*Alors, dois-je être choqué si un patient reçoit mon ordonnance pour aller ensuite se faire traiter par les plantes et les écorces d'arbres que lui offre le guérisseur ? Dois-je arrêter de prescrire par peur que mon ordonnance sera utilisée par le guérisseur ? Il me semble que cela pose un réel problème dans la pratique médicale dans un pays comme le nôtre. On doit pouvoir chercher ce qui est en train de se passer. Mais qui va le faire ? Savez-vous que ces guérisseurs demandent aussi aux patients d'aller faire des tests à l'hôpital ? Certains demandent désormais à leur malade le test Vidal, le test de vih/sida ; le test de ceci, et le test de cela. Ceux qui demandent le test de vih/sida, ce n'est pas pour les traiter, mais pour les orienter vers les structures appropriées. Je ne peux pas compter le nombre de malades qui arrivent ici et me confirment qu'ils ont référé par le guérisseur pour un test de sérologie. Aussi, les guérisseurs font des tests divinatoires qui apportent aussi une sécurité aux malades. À partir de ces tests, certains guérisseurs mettent en œuvre des protocoles thérapeutiques qui viennent aisément à bout du paludisme, pour ne prendre que cet exemple. Mais ce qui est important de souligner, c'est qu'ils recommandent aux patients d'aller faire un test d'évaluation à l'hôpital. Un tel test peut avoir, à mon avis, une double fonction. La première, évaluer la guérison, et ensuite évaluer l'efficacité du protocole thérapeutique mis en place par le guérisseur. Si tel est le cas, en quoi est-ce que les médecines traditionnelles seraient incompatibles avec la biomédecine ? Combien de médecins refusent les décoctions que leur propose les parents lorsqu'ils sont en situation d'un rituel quelconque ? Je n'en connais pas, puisque parfois, on ne sait même pas pourquoi on en prend. Seul l'officiant du rite connaît les raisons. Nos malades ont aussi besoin de cette sécurité groupale. **[Médecin, 30 années d'expérience professionnelle]***

L'expérience de ce biomédecin montre que la dispute dans l'espace thérapeutique apparaît alors comme le «furet dialogique» (Clot, 2005) entre le système de connaissances biomédicales et celui des médecines africaines, car elle laisse la porte ouverte à la pluralisation thérapeutique. Cette dernière étant considérée ici comme ce qui fait problème et qui reste difficile à réaliser. Cette difficulté explique, en partie, les pratiques des rencontres formelles. Comme cette forme de rencontre est pratiquée autant par les guérisseurs que les biomédecins, nous n'allons pas nous y attarder, car l'un des enjeux de notre étude cherche à documenter est le processus de passage des rencontres formelles aux rencontres informelles. Les dernières se forment dans les marges des premières ; se tissent et se bricolent à la périphérie ; et se manifestent dans des discours et genres de pratiques de soins particuliers. Elles se superposent aux rencontres formelles ; et ont ceci de particulier qu'elles rendent possible la pluralisation des approches conceptuelles de la qualité de

soins, ce qui contribue à introduire subrepticement une pluralité de professionnels de soins dans la fabrication des échanges informels autour de la maladie.

### 5.1.3 De la fabrication des rencontres informelles

Au principe des rencontres informelles entre guérisseurs et les néo-biomédecins se trouvent les réussites des actes thérapeutiques posés par les premiers, comme l'illustre le **Tradi#3** :

*Moi, j'ai des laboratoires qui envoient des malades chez moi, après avoir fait le test. Il y a des spécialistes qui ont testé mes produits et me font confiance déjà. Avec eux, on travaille sans problème, mais à catimini, clandestinement ; lui-même me dit de ne pas faire du bruit pour ça. Au fait ceux qui ont même osé le faire, c'est parce que les malades leur ont dit que mes produits étaient efficaces. Vous voyez le petit document que je viens de sortir, là j'explique ce que je fais et les moyens que j'utilise. Il est bien vrai qu'on a des difficultés pour pouvoir mieux s'organiser mais la confiance de ceux qu'on rencontre en médecine conventionnelle sur les maux concrets qu'on gère ne s'arrêtent pas. Ça continue. Je prendrai l'exemple aujourd'hui, moi j'ai été reçu au CHU aujourd'hui par un spécialiste en laboratoire qui éduque les autres guérisseurs. Je travaille avec lui depuis quelques années sur la base des résultats que j'obtiens. Il conseille aux malades de me rencontrer ; il est bien vrai qu'il est devenu retraité mais aujourd'hui il continue à le faire. Si vous voulez procréer ; si vous avez une infection, il vous dira d'aller rencontrer le guérisseur U., vous serez satisfait. Je pense qu'avec cette confiance, je m'améliore, je me satisfais de ça, et je rends grâce à Dieu. C'est aussi parce que j'ai vite compris qu'il fallait faire quelque chose pour soi-même, et pour les malades [Guérisseur et pasteur, formation en biomédecine, 19 années d'expérience professionnelle].*

Ainsi, contrairement aux tenants de la rationalité des moyens qui privilégient une médecine des moyens techniques, ceux qui revendiquent la rationalité des fins sont plutôt en faveur d'une médecine des résultats ou du succès des actes de soins, comme le relève le discours du **Biomed#4** :

*J'ai appris à connaître par expérience, et à mes dépens ou si tu veux pour le bonheur des patients, que la vérité est du côté de ce qui guérit ; du côté de ce qui produit les résultats concrets, des résultats attendus par le patient et non des résultats attendus par la biomédecine, ou par la médecine du guérisseur. Peu importe la manière et les moyens utilisés ; je ne m'en tiens pas aux moyens, mais plutôt aux résultats. Je veux dire le succès des actes thérapeutiques. Autrement dit, c'est la satisfaction du patient qui guide mon action thérapeutique. Peu importe d'où viendra cette satisfaction. Du moment où c'est la satisfaction qui compte pour moi, je ne vois pas pourquoi je vais empêcher à un individu comme moi de jouir de ses droits et libertés fondamentaux en matière de recherche de soins [Médecin, 2 ans d'expérience professionnelle].*

Autrement dit, les tenants de la rationalité des fins, à savoir guérisseurs et une minorité de biomédecins, possèdent ici une marge de manœuvre qui leur permet de conférer, sur la base des succès des guérisons opérées, une légitimité aux services et soins des soignants dont les prestations seraient restées hors du champ professionnel. Or, il se trouve que la même légitimité est accordée aux guérisseurs sur la même base par les usagers de soins : celle de l'appréciation des succès thérapeutiques. Une telle convergence de la définition de la qualité confère un

argument, prétexte ou alibi de force aux biomédecins résistants [dissidents et non conformistes à la normativité de la rencontre] pour établir des liens tantôt formels avec leurs pairs biomédicaux et tantôt informels avec les guérisseurs, dont les actes thérapeutiques s'appuient en partie sur des savoirs et techniques biomédicaux et un autre aspect capital aux yeux des usagers de soins : l'aspect relationnel. La combinaison du technique et du relationnel dote ainsi le praticien d'une compétence relationnelle et thérapeutique, deux aspects que demande les usagers de soins :

**Biomed#3** : Un bon soignant, peut être considéré comme, d'un côté, un médecin technicien qui sait et connaît ce qu'il fait ; et de l'autre, comme un homme relationnel ou de relation. Les deux, technique et relation, c'est important. Il n'y a pas de choix entre la technique et le relationnel. C'est vrai que [...], pour dire vrai quand la mère arrive, elle veut la guérison. Ça veut dire que la partie technique est très importante. Mais également et en même temps, je pense aussi et j'en suis convaincue que la partie accueil, relation est aussi importante parce qu'elle est un peu comme le socle du succès de la relation médicale, et c'est ça qui pousse les patients ou si vous voulez la mère à revenir voir le médecin, prochainement. Parce que quand ils viennent tu sais les écouter ; tu ne les juges pas, surtout pour des cas de maladies graves ou chroniques comme le cancer. Le bon soignant pour moi : 1) il est d'abord technique ; 2) mais la partie humaine il faudrait aussi que tu sois quelqu'un d'apprécié quand même, c'est-à-dire quelqu'un de vivable, que les gens n'aient pas peur de venir te voir pour poser leur problème.

**Nous** : D'après vous les patients voient le technique ou la relation ?

**Biomed#3** : quand le patient vient d'arriver, il ne voit que le relationnel, même si la relation n'est un moment différent du technique. C'est le relationnel qui compte parce que même s'il n'a pas encore fait les examens et les soins, si tu l'as mal accueilli, il ne revient plus et s'en va voir un autre soignant. Par contre une fois que la glace est brisée, c'est-à-dire après l'avoir bien accueilli, le technique revient, il faut que tu le soignes. Donc le relationnel passe avant le technique chez le patient, mais pas dans un moment autre que celui du technique. Tout cela se passe en même temps dans les soins. **[Médecin, 3 années d'expérience professionnelle]**

Dans l'avant propos de *Qu'est-ce qu'un bon médecin ?* Crignon-De Oliveira et Gaille (2010, p. 9) éclairent le rapport entre soins techniques et soins relationnels et leur implication dans la construction de la rencontre thérapeutique. Ainsi, «la connaissance, un certain rapport à la science et à la technologie ainsi qu'à l'épistémologie du savoir médical, un certain degré de technicité dans les gestes font», remarquent les auteures, «certainement partie de la panoplie du bon médecin ; mais ils n'en épuisent pas le sens, voire n'acquièrent leur importance qu'en combinaison avec les aspects tout à fait distincts de l'exercice de la médecine». Autrement dit, et pour revenir au discours de notre interlocuteur **[Biomed#3]** cité ci-dessus, la priorité accordée au soin relationnel n'empêche pas, écrit Worms (2006, p. 146), qu'il rejoigne le soin médical, c'est-à-dire thérapeutique. Dans la mesure où, il y a, une distinction essentielle : «si le soin relationnel est global et intégratif», écrit l'auteur, «on voit que le soin thérapeutique est nécessairement et inévitablement partiel et même dissociatif : il consiste d'abord à isoler le mal, la partie du corps ou la fonction de l'organisme qui est atteinte pour pouvoir y répondre de manière appropriée» (Worms, 2006, p. 151). Cette façon de penser nous rappelle l'un des trois préceptes de Ricœur

(1996, p. 231) : celui de l'indivisibilité du corps humain. À travers ce précepte, l'auteur souligne le «caractère indivisible de la personne ; ce ne sont pas les organes multiples que l'on traite, mais un malade, si l'on peut dire, intégral ; ce précepte s'oppose», dit-il, «à la fragmentation qu'imposent aussi bien la diversité des maladies et de leur localisation dans le corps, que la spécialisation correspondante des savoirs et des compétences ; il s'oppose également à un autre genre de clivage entre le biologique, le psychologique et le social». Par ailleurs, «si le soin relation est fondé sur un lien expressif entre les corps et les individus, il sera fondé ici sur un lien cognitif ou technique, sur une compétence. Soigne ici celui qui non seulement veut, mais qui peut et qui sait» (Worms, 2006, p. 151). C'est à ce niveau que se rejoignent la compétence technique et la compétence relationnelle que nous avons évoquées plus haut dans le précédent chapitre. C'est que le soignant suffisamment bon, du point de vue de l'évaluation qualitative et quantitative du soigné [les mères], est, pour reprendre une expression de Lacan, un thérapeute-sujet «supposé savoir», et aussi un thérapeute-sujet supposé pouvoir. Dans la mesure où la rationalité des conduites de soins du malade camerounais semble ne pas distinguer le savoir médical – de nature biomédical – et le pouvoir médical – celui des médecines africaines –, le soignant à qui il abandonne le destin de sa vie à la suite de la maladie devra être celui qui, à la fois, sait et peut. Et ce comportement d'indifférenciation des frontières entre le savoir du guérisseur et le savoir du biomédecin est perceptible chez tous les malades, indépendamment des classes sociales : favorisées ou défavorisées ; des niveaux d'instruction : lettrés ou illettrés ; et des ethnies : douala ou bété.

Cette attitude d'indifférenciation s'observe parfaitement lors des choix thérapeutiques. Ainsi au Sénégal et ailleurs, écrivent Fassin et Fassin (1988), l'État condamne ou ignore les médecines traditionnelles, alors que ses fonctionnaires y recourent fréquemment, et ouvertement ; la faculté de médecine dénigre et dénonce les guérisseurs, tandis que les médecins n'hésitent pas à les consulter, pour leur entourage ou pour eux-mêmes. Au Cameroun, des prêtres chrétiens et des médecins, des universitaires de surcroît se rendent fréquemment de nuit dans la forêt des pygmées pour des troubles gastriques ou articulaires, dont la médecine moderne n'est pas venue à bout (Tsala Tsala, 1989). C'est qu'en réalité, la rationalité de la demande thérapeutique au Cameroun repose le problème de l'identité de ceux dont les croyances et les valeurs sont en pleines mutations. On est en face d'un paradoxe comportemental qui offre en apparence une

contradiction : «la norme qu'énoncent et imposent l'État et la Faculté de médecine découle d'un modèle légal et rationnel de légitimité qu'ils consolident en retour ; mais les agents qui constituent ces institutions n'en incarnent plus les principes dès lors qu'ils réagissent comme des patients, obéissant alors aux seules règles de la pratique». Ce sont ces règles qui fondent les résistances que les biomédecins non-conformistes opposent de l'intérieur à la biomédecine. Ces biomédecins s'appuient sur leur propre expérience de recours aux guérisseurs, et se heurtent aussi tout comme les patients, comme l'avaient déjà noté Fassin et Fassin (1988, p.221), à la dure réalité selon laquelle «l'Universitaire ou l'homme d'État, sans oublier l'industriel, lorsqu'ils se rendent auprès d'un guérisseur pour obtenir réussite ou guérison, vont chercher un surcroît de force, et non de légitimité».

## 5.2 Que retenir des rencontres formelles et informelles

D'après ce qui précède, on se rend compte que si les biomédecins résistants échangent informellement avec les guérisseurs, c'est parce que la dispute sur la définition de la qualité de soins focalise leur attention non pas sur tel ou tel système médical, mais plutôt sur la qualité de soins manifestée et traduite par les réussites thérapeutiques. Ces dernières fondent, en effet, la motricité et le véhicule des rencontres informelles, car elles poussent certains biomédecins à recourir aux services des guérisseurs dont les prestations de soins permettent de rapporter la victoire sur la maladie. Pour les biomédecins résistants, peu importe d'où vient une telle victoire : ce peut être d'un autre biomédecin, dans ce cas, il lui enverrait les patients ; ce peut être un prêtre exorciste, il n'hésiterait pas à recourir à ses services et prières charismatiques. Inversement, les insuccès, ou l'incapacité de produire la guérison attendue, ne sont pas de nature à encourager aussi les échanges, et donc les rencontres, entre ce type de biomédecins et d'autres biomédecins, comme l'illustrent bien leurs réticences vis-à-vis de certains de leurs confrères dont les prestations suscitent quelques doutes :

**Biomed#1** : *Il y a certains médecins à qui je n'aimerais pas référer une mère d'enfants, si je n'ai pas confiance en lui (rire aux éclats), mais oui. Ah oui, ça c'est clair. Quand on dit confiance, c'est une grande maison qui a beaucoup de chambres. Je peux ne pas avoir confiance en lui parce que je le juge pas très **compétent ou capable**, ou pas suffisamment compétent pour ce dont j'ai besoin ; ça peut être parce que c'est un monsieur qui n'est pas disponible, il est même compétent mais il n'est pas disponible ; ça peut être parce qu'il a des pratiques que je n'apprécie pas. Si j'ai un enfant qui a l'appendicite, il y a plein de chirurgiens là à côté à l'hôpital central ; il y en a plein là au CHU, à l'hôpital général ; il y en a à l'hôpital gynéco-obstétrique et l'hôpital de la caisse. Mais j'ai quelques trois à qui je m'adresse préférentiellement,*

*c'est-à-dire je vais commencer par tel : plan A. C'est quand ce tel là n'est pas disponible que je vais au 2<sup>ème</sup> plan B ? Si B n'est pas disponible, plan C [Médecin, 10 années d'expérience professionnelle].*

Dans cet extrait, apparaissent les concepts de capacité et de compétences, deux concepts fondamentaux au cœur de la sociologie des épreuves d'inspiration pragmatique et de l'anthropologie capacitaire. C'est que la capacité est une action tendue vers le lien. C'est pour cela qu'elle est à l'origine des rencontres informelles. Fonder la qualité de soins sur les capacités et compétences des soignants permet d'envisager une hétérogénéité de formes de rencontres, ce qui permet aussi de dépasser les empêchements normatifs qui entravent la mise en pratique d'une réelle politique de pluralisation thérapeutique. Une telle situation crée une discordance, mais qui peut se révéler créatrice, en ceci qu'elle peut rendre possible les rencontres entre soignants ne partageant pas les mêmes significations dans un contexte de soins donné. Or la divergence des interprétations, dans un tel contexte, ouvre inéluctablement, en chaque soignant et en lui-même, la confrontation des expériences des pratiques de soins sur les manières plurielles de penser les soins, la maladie et les thérapies. Ainsi, pourrait-on parler d'un retour autoréflexif (Clot, 2005, p. 50) qui plonge le soignant qui s'y adonne dans une sorte d'auto-observation, dont la conséquence peut se remarquer à deux niveaux. Soit il se ferme, comme l'a remarqué Danou (1994, p. 9) à toute réflexion par protection, «et reste alors le médecin technicien pur ; soit il se met directement en cause comme sujet». Les quatre biomédecins résistants qui facilitent et favorisent les rencontres informelles avec les guérisseurs s'inscrivent dans la seconde hypothèse ; celle-ci les a sortis de la posture du soignant prisonnier de la technologie biomédicale. Dans la mesure où la maladie de l'autre décrit aussi en quelque sorte la sienne déjà présente ou à venir : il devient alors de par une telle posture le médecin-sujet, en ceci qu'il considère la souffrance de «l'autre au miroir de la sienne» (Danou, 1994, p. 10). C'est ainsi que de nouveaux actes thérapeutiques insoupçonnés peuvent être imaginés dans et grâce à la dispute. Mais l'important est que la dispute fonctionne ici comme le furet dialogique, dont la fonction est de tourner le contenu des significations des actes thérapeutiques de l'autre soignant vers les siennes et contre les siennes. Un tel détour ouvre une zone propice au développement des pratiques de soins, tant dans les médecines africaines que dans la biomédecine, un aspect en faveur de l'inventivité des pratiques.

En effet, les mères, guérisseurs et biomédecins font naître à travers les contacts qu'ils initient ou subissent, différentes manières de penser, de concevoir et de se représenter la rencontre. Chacun à sa manière participe à la co-construction de celle-ci, en fonction de ses trajectoires de vie, des

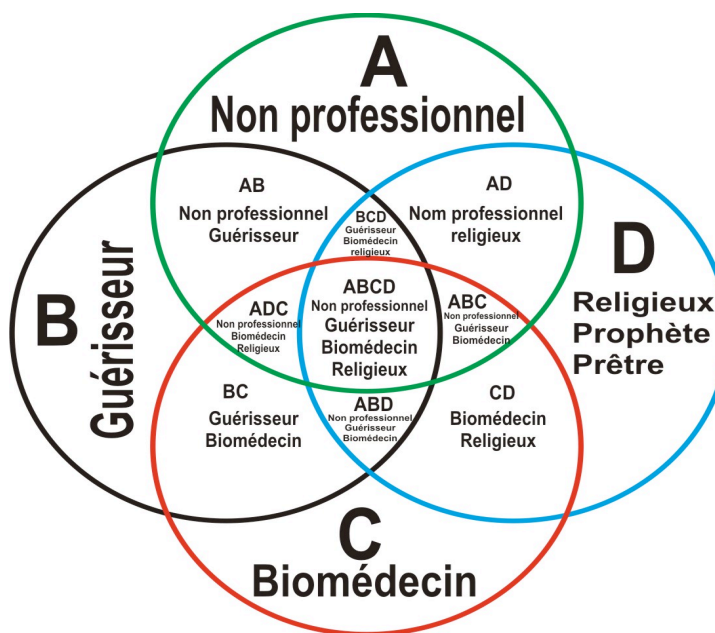


positions de pouvoirs dans la hiérarchie sociale et des itinéraires de soins tantôt imposés et tantôt délibérément consentis, avec ou sans l'aide d'un tiers. La rencontre émerge et se révèle à travers des rapprochements tantôt conflictuels et tantôt affinitaires, où prennent généralement place des formes de solidarités apaisées ou conflictuelles. Elle s'exprime à travers une diversité d'événements, de phénomènes et de situations qui conduisent à des formes de rencontres diversifiées dont les configurations sont toujours susceptibles de changement. Nous avons présenté ici les différentes manières par lesquelles les rencontres informelles se construisent dans le long cours des interactions et des interrelations engendrées par les diverses sollicitations thérapeutiques.

Les rencontres sont structurées à travers deux types d'actions sous-tendues elles-mêmes par deux types de régulation. Les premières, les actions formelles, sont produites par des régulations de contrôle et s'observent aussi bien chez les guérisseurs que chez les biomédecins ; elles donnent lieu à des formes de rencontres normatives et prescrites. Elles peuvent déboucher sur des situations de «contacts directs», selon un vocabulaire de Laugrand (2002, p. 16). Ces contacts ont généralement lieu lorsque le soignant accompagne lui-même le malade à la rencontre d'un autre soignant. Les rencontres qui se réalisent dans les zones de contacts directs sont courantes et émergent des formes de sociabilités professionnelles, où les relations thérapeutiques mettent en lien les soignants d'un même secteur de soins : guérisseurs-guérisseurs et biomédecins-biomédecins. Les secondes, les actions individuelles et autonomes, sont moins récurrentes et ont lieu dans les zones de «contacts indirects» (Laugrand, 2002, p. 16). Elles résultent des régulations autonomes et se présentent sous trois formes. D'un côté, elles sont l'œuvre des soignants en quête de la reconnaissance : les guérisseurs. C'est le cas des rencontres qui impliquent les guérisseurs et biomédecins. D'un autre, elles sont l'œuvre des patients en quête de soins : le cas des mères dont les enfants sont porteurs d'une maladie grave et/ou chronique. Elles produisent, par le biais des recours au soin alternés et successifs, des formes de rencontres informelles entre guérisseurs-biomédecins. Enfin, les actions autonomes de certains biomédecins – non conformistes – qui, par le biais des orientations thérapeutiques, créent des formes de relations professionnelles entre eux et les guérisseurs. Il est à noter aussi que les rencontres (in)formelles se réalisent dans des espaces de rencontres qui feront l'objet d'analyse dans les lignes suivantes.

### 5.3 Espaces et lieux de rencontres formelles et informelles

Les données ethnographiques issues des entretiens et observations montrent qu'en plus des Maisons et de la Fondation, il existe aussi deux autres espaces thérapeutiques que le protocole de départ n'a pas pris en considération. Il s'agit de l'espace de traitement à domicile, où circulent des formes de savoir populaire sur la maladie (Kleinman, 1980) ; et de l'espace chrétien, où sont dispensées des soins d'inspiration religieuse. Ces deux espaces sont tenus par des traitants non professionnels. Ces derniers forment avec les soignants professionnels l'ensemble des personnages auxquels ont recours les malades et familles, lorsque se pose un problème de santé. Nous avons présenté au chapitre 4, la différence entre traitants non professionnels et les soignants professionnels. Pour montrer les différents espaces de contacts possibles où ont lieu différentes formes de rencontres issues des recours aux soins, nous avons utilisé un diagramme de Venn. Ce dernier propose une configuration où on en retrouve quatre types de soignants. Dans l'espace A, se trouvent les praticiens de soins à domicile : traitants familiaux ; en B, les guérisseurs ; en C, les biomédecins ; et en D les praticiens religieux.



*Diagramme de Venn : impliquant guérisseurs, biomédecins, prophètes et prêtres*

Les espaces A, B, C et D peuvent être considérés comme autant de sous-systèmes. Entre ces derniers se sont construits, deux par deux ou trois par trois, de micro-espaces intermédiaires de

rencontres, hormis l'espace central ABCD qui regroupe les 4 sous-systèmes. Mais une analyse montre que la construction de ces micro-espaces n'est pas un effet de génération spontanée ou de hasard. Ce sont le produit des exigences et préférences des patients qui souhaitent s'adresser à tel soignant présentant telles caractéristiques plutôt qu'à tel autre, suivant les représentations qu'ils lui associent et à la maladie. Aussi, ces exigences ont la particularité d'agir par contrecoup sur l'organisation des pratiques de soins en les modifiant, en ajustant les formes d'offres aux attentes des usagers de soins. Cet ajustement influence, à leur tour, les constructions identitaires et les cadres sociocognitifs dans lesquels elles se développent ; ce qui contribue à forger chez certains praticiens, en particulier les guérisseurs, de nouvelles identités professionnelles : par exemple celle de guérisseur-biomédecin. Aussi, la présence des praticiens religieux dans le diagramme montre qu'ils occupent une place importante dans le processus de recours aux soins, comme en témoigne cet extrait qu'une mère consultante dont l'enfant est drépanocytaire a tenu à proposer :

**Mère-Fondation#2** : Nous prions tout le temps. Notre lieu de prière est appelé Mission de la Moisson de Dieu. On peut prendre une bouteille d'eau Tanguy et mon pasteur va prier, la bénir pour que je donne à l'enfant. C'est avec cette eau bénite que je donne les médicaments à l'enfant. Et très souvent, je remarque un changement. C'est pourquoi je crois en la prière, car quand il boit constamment cette eau, son état se stabilise. La prière stabilise l'évolution de la maladie ; quand on prie constamment, les épisodes de crises sont espacés dans le temps ; ils ne sont pas assez fréquents. Au lieu d'un épisode tous les deux mois, il peut en faire un seul en quatre mois. Avec la prière, nous ne négligeons aucun aspect de ses soins, car je me suis rendue compte que la maladie était aussi le résultat d'une certaine négligence : par exemple, ne pas donner les médicaments à des heures réglementaires. Avec la prière, je respecte toutes les consignes. Je peux vous donner un bon exemple de l'importance de la prière : c'est le cas de l'infirmière major du Haut Standing [unité de traitement des drépanocytaires à la Fondation], où sont internés les enfants drépanocytaires. Lorsque j'y étais, tout ce que l'enfant prenait comme médicament, il n'y avait aucun changement sur le plan de la santé. Tout ce que l'enfant prenait provoquait en lui de la diarrhée et il vomissait. L'enfant a fait la diarrhée pendant près de 4 jours. Il a fallu qu'un pasteur de notre église et ami de mon mari qui, en le cherchant au bureau, on lui a dit que mon mari était à l'hôpital. Lorsque ce pasteur est arrivé à l'hôpital, il a prié le matin sur l'enfant. Avant qu'il ne sorte de la Fondation, l'enfant avait commencé à bouger, alors qu'il avait passé 4 jours immobilisé sur le lit. C'est aussi ce même jour qu'il a ouvert la bouche pour demander à manger ; aussi la diarrhée a cessé subitement. Voilà les effets de la prière. Sinon, je ne vois pas à quoi on peut attribuer ce changement brusque de son état de santé, puisqu'avant la prière, il ne bougeait pas ; il ne pouvait pas demander à manger. Il a même commencé à jouer, à parler. Il s'est levé du lit. Le même jour aussi, nous étions autorisés à sortir de l'hôpital, car les examens de sang étaient négatifs, et bien d'autres aussi. Après la prière, l'examen du taux d'hémoglobine dans le sang avait considérablement augmenté. Ce qui n'était pas le cas 3 mois en arrière, lorsqu'on ne priait pas. Je ne sais pas comment vous mesurez cela [le taux d'hémoglobine]. Mais j'entendais le médecin dire que c'était à 5, et maintenant c'est à 8. Même si je ne comprenais rien, je voyais qu'ils étaient étonnés de l'augmentation des globules dans le sang. Vous voyez ? À qui peut-on attribuer un tel changement brusque et rapide, si ce n'est à Dieu ? Moi, je reste fortement convaincue qu'un jour, Dieu va apporter guérison à mon fils. Il réussit là où la médecine échoue. Ça va arriver le miracle, et je ne peux savoir comment. Il suffit de suivre les prescriptions divines ; de marcher tout simplement comme Dieu veut [**Mère d'un enfant drépanocytaire, 28 ans, laborantine**].

Cet extrait montre deux choses. D'abord la permanence du sacré, profane ou institutionnel dans la régulation de la santé ; qu'il s'agisse du contexte africain ou occidental, comme l'a relevé Rossi (2002a, p. 195) dans *Du Salut à la santé*, «la baisse des pratiques religieuses traditionnelles n'évacue pas le besoin de sacré comme espace de ritualisation de la vie, notamment de ses moments forts. [...] Ce besoin de sacré ne se dissocie pas de la quête d'une nouvelle relation au corps, véritable pôle de convergence entre soins et religion». À ce sujet Van der Geest (1997, p. 905) relève que :

«Religion permeates every aspect of human existence, including health and disease. Medical problems are often interpreted in religious terms, and conversely, religious rituals are nearly always linked to the maintenance or restoration of well being in the community. Many medical practitioners are also religious spiritualists. Healing the body while neglecting the deeper religious grounds of the problem is senseless.

Ensuite, marcher comme Dieu veut comme le souligne la **Mère-Fondation#2**, n'est pas loin du respect des règles qui régissent la vie en communauté ou encore par exemple de respecter une certaine éthique de la vie. Cette éthique n'est pas en contradiction avec les lois médicales, comme par exemple faire un examen prénuptial à l'électrophorèse avant de procéder au mariage. Les lois médicales ne sont pas non plus en contradiction avec les lois de la tradition. Ainsi il est par exemple inconcevable qu'un mariage coutumier soit célébré sans que les parents des époux aillent interroger la banque des données connaissances traditionnelles sur les unions matrimoniales, afin de savoir si les conjoints sont destinés à un heureux mariage. Ils vont questionner un espace de savoir qui n'est pas en contradiction avec les lois biomédicales du mariage. Par cette interrogation minutieuse des critères de faisabilité du mariage, ils remplissent aussi le même rôle que la biomédecine opère à travers l'exigence du test prénuptial à l'électrophorèse. À cet effet, prêtres, biomédecins et guérisseurs jouent, chacun à son niveau, un travail de prévention des risques de maladie. Certes, les méthodes préventives ne sont pas les mêmes : certaines s'appuient sur les référents traditionnels relevant d'un savoir empirique considéré comme scientifiquement non vérifiable. D'autres s'appuient sur les données bibliques, et d'autres encore sur les faits expérimentalement vérifiés. De plus, ces trois univers de significations et de connaissances auxquels recourent les populations n'ont pas le même poids dans l'esprit des usagers de soins. Chaque univers est à la fois périphérique et central, selon l'usage que ces derniers en font. Mais ces différents univers de significations et d'interprétations de la maladie ne s'opposent pas dans l'esprit du patient. L'opposition est un donné des chercheurs biomédicaux et anthropologues. Les religieux sont tantôt périphériques, selon qu'ils sont consultés en dernier ressort ; il en est de

même des médecins ou des guérisseurs. La centralité est ici quelque chose de labile et fluide. La pratique des guérisseurs montrent que le centre n'est pas toujours là où on le situe : lorsqu'il exige du patient un examen biologique, il est en train de se constituer sa propre centralité.

Par ailleurs, le discours de la mère de l'enfant drépanocytaire ci-dessus montre que la religion n'a pas un pouvoir spécifique sur la maladie. Son pouvoir est tantôt «généralisé», car elle protège de tous les malheurs, la maladie entre autres ; «tantôt comme pouvoir circonstanciel : la religion guérit certains maux, comme les problèmes sociaux ; et tantôt encore comme pouvoir en désespoir de cause : la religion guérit une maladie grave» (Saillant et al., 2002, pp. 436–437). L'importance de la religion dans le processus thérapeutique est aussi soulignée par les biomédecins : *Je crois que si l'on ne considère pas la religion comme un moyen thérapeutique, je dirais absolu, alors là on n'a pas compris ce que c'est que l'homme dans sa dimension complète ; l'homme n'est pas sans son environnement religieux. Il y a des environnements obligatoires pour l'homme ; le culte fait partir de l'environnement normal de l'homme [Biomed#3]*. Cette manière de penser l'environnement humain est en accord avec la perception qu'en a Sounaye (2007, 431) de l'homme : «Une dimension métaphysique et non-humaine est attachée à la maladie, qu'on catégorise comme celle du corps ou de l'esprit. Cela explique que des pratiques sacrificielles et offrandes sont associées aux prescriptions, en plus de la médication chimique». Aussi, «la place du magique ou du religieux dans les thérapies ne doit pas», écrit Benoist (1996a, p. 501), «faire illusion à cet égard, et les utiliser ne signifie pas nécessairement y adhérer». Dans les pratiques quotidiennes de soins sur le terrain, les rencontres dans les espaces intermédiaires, tel que nous montre le diagramme ci-dessus, s'effectuent informellement. Elles sont le produit des actions informelles des guérisseurs – et des prophètes – et de certains biomédecins acquis à la cause des guérisseurs. Les biomédecins préfèrent recourir aux services de soins des prêtres qu'à ceux des prophètes et des guérisseurs.

Aussi, les guérisseurs tendent aussi à se rallier aux prophètes. Dans une étude réalisée en Afrique du Sud, Creusat (2000, pp. 12–13) remarque que «les guérisseurs, les devins et les prophètes se positionnent en fonction des paramètres culturels communs au champ de la médecine traditionnelle, mais aussi en fonction des paramètres sociaux, variables suivant le contexte du travail et les attentes et demandes de la clientèle». De sorte qu'on assiste, dans le discours formel, à une sorte de partage de l'espace de sociabilité pédiatrique en deux zones. La zone dans laquelle se déploient sur le plan formel, d'un côté, les guérisseurs et les guérisseurs ; les biomédecins et

les biomédecins ; et de l'autre, sur le plan informel, on assiste à une multitude de relations professionnelles informelles qui n'apparaissent que dans les discours et les observations. Dans ce dernier cas, on se rend compte que les guérisseurs et les prophètes disent ouvertement et souhaitent fortement échanger avec les prêtres et les bimédecins. Tandis que ces deux derniers disent, en dehors de certains biomédecins acquis à la cause des guérisseurs et des prophètes, ne pas vouloir échanger les patients avec les premiers. Au demeurant, on constate que l'espace de soins est organisé en zones hiérarchiques de savoirs où les positions de pouvoirs majoritaires sont rapprochés dans l'espace public de prise de parole, tout comme les positions de pouvoirs minoritaires sont aussi proches dans l'espace social de revendication de la prise de pouvoir. Mais ce qui frappe toutefois, c'est que les soignants sont inscrits dans au moins deux univers sociaux de soins entrecroisés, où quête de guérison et apprentissage s'entremêlent inextricablement.

#### 5.4 Rencontres thérapeutiques et savoirs mobilisés

Les savoirs mobilisés sont de diverses sources et portent sur des aspects différents. L'activité interactionnelle et interrelationnelle construit, comme l'a remarqué Rossi (2002b, p. 329), «de la connaissance». Les mères disent avoir acquis un certain nombre de connaissances sur la maladie, notamment dans le cas de la drépanocytose, comme en témoigne cette mère consultante :

**Mère-Fondation#5** : La seule chose fondamentale que j'ai apprise est le conseil que tous ces médecins m'ont donné au sujet de la maladie de mon enfant. Les conseils que je dois suivre, ce que je dois faire pour éviter qu'un éventuel cas de drépanocytaire ne réapparaisse dans notre famille. Quelqu'un comme Dr. H., je l'apprécie pour sa disponibilité, sa franchise et son sens d'écoute, et sa présence continue auprès des patients. Il ne blâme pas ; ne cherche pas à vous mettre face à vous-mêmes, par exemple en vous traitant d'irresponsable. Car, vous le savez, la drépanocytaire est en quelque sorte comme une maladie de l'ignorance. Le Dr. H. prend tout le temps de vous dire comment on peut l'éviter ; et ne vous dit pas que c'est vous qui avez voulu faire un enfant malade, comme c'était le cas de certains soignants, en particulier, les infirmiers, qui se moquent parfois des mamans qui ont des enfants drépanocytaires en disant qu'elles ont préféré l'amour à la santé de l'enfant. Parfois, elles vous disent, vous avez fait l'amour, ce jour là c'était bon, maintenant, supportez les conséquences. Par contre, Dr. H. n'est pas comme ça. Quand je suis arrivée à l'hôpital, il a pris le temps de m'écouter, suivant une certaine chronologie des faits : à savoir depuis la conception de l'enfant, jusqu'à l'enfantement et le début de la maladie. La discussion avec lui m'a permis de comprendre un certain nombre de choses que j'ignorais au sujet de cette maladie. Il prend le temps de nous dire ce qu'on doit faire pour éviter un second enfant malade. Mais il nous dit aussi comment on va gérer efficacement le cas qui est présent dans la famille. Par exemple, il conseille de lui donner assez d'eau à boire : en moyenne un litre par jour. On ne doit pas donner les aliments froids à l'enfant drépanocytaire ; nous devons lui donner à manger constamment et de manière contrôlée sur le plan de la qualité : par exemple, son repas doit être fait des aliments vitaminés comme le yaourt, le lait. J'ai appris des médecins que la drépanocytose est aussi une maladie comme toute autre, et que je ne dois pas culpabiliser. Mais seulement que je dois être souple à l'égard de mon enfant, être de plus en plus attentive, être à l'écoute de sa maladie. Je ne dois pas être brutale quand l'enfant est malade. Je dois veiller à ce qu'il ne se sente pas rejeté. Parce que avant, je le repoussais quand il venait vers moi ; il éprouvait un sentiment d'abandon ; il était isolé, ce qui n'était pas bien pour son état de santé [**Mère d'un enfant drépanocytaire, 38 ans, enseignante collègue privée**].

Aussi, une meilleure connaissance des causes de la maladie permet de s'adresser à un système médical susceptible d'y répondre efficacement, même si cette connaissance n'exclut pas les recours à d'autres systèmes de soins qui s'inscrivent dans une perspective de complémentarité (Rossi, 1996). De plus, nous avons remarqué que les soignants apprennent aussi des autres, à travers surtout des rapports professionnels informels. Certains biomédecins, en particulier ceux qui ont fait confiance aux guérisseurs participent à l'amélioration de leurs connaissances de ceux-ci, tout en proposant en retour à ces derniers des dispositifs d'auto-perfectionnement, d'auto-évaluation et d'autoreprésentation qui ont certainement un impact sur les pratiques de soins en médecines africaines, comme le témoigne le **Tradi#5**:

Voilà. C'est ça. On ne peut rien travailler sans la médecine du blanc. Tu vois que aujourd'hui, les taux de mortalité qu'on avait avant, ça a diminué, grâce à la médecine. Les amis médecins qui viennent chez moi avec leurs épouses me disent que les produits sont bons, mais que je dois faire attention à l'hygiène, parce que parfois, on utilise l'eau de pluie. Et ce n'est pas bien. L'hygiène qu'il montre aux gens, l'hygiène permet d'éviter les maladies. Parce que même les traitements que nous faisons, ne sont pas tellement bien propres, puisque on n'a pas [...]. Quand tu pars couper une herbe, si l'herbe est infectée, tu ne sais pas. Tu viens faire le remède avec sans nettoyer parfois. Ce qui fait qu'en voulant guérir une maladie, on peut prendre une autre dans le remède qu'on boit. Maintenant, je prends la peine de laver mes herbes que je cueille en brousse. **[Guérisseur et formation à la biomédecine, 25 années d'expérience professionnelle]**.

D'autres connaissances acquises ont lieu généralement au moment des conseils en matière de prévention des maladies diarrhéiques, et portent notamment sur la nutrition de l'enfant et l'allaitement, etc. En ce qui concerne l'allaitement, les médecins montrent comment les mères doivent tenir le bébé et le sein. Mais ce qui est intéressant, c'est que la rencontre entre le soignant et l'utilisateur de soins se transforme, très souvent, en un lieu où guérisseurs et biomédecins apprennent des guérisseurs et les guérisseurs des biomédecins par le biais du discours que tiennent les usagers de soins sur les uns et les autres à propos d'une consultation antérieure. Il s'agit, comme l'a remarqué Sellenet (2006, pp. 31–32) dans le contexte de la relation parents et professionnels de l'enfance, d'une «co-éducation» ou encore d'un moment de co-apprentissage. Mais il s'agit dans notre étude d'une co-éducation d'un autre genre/type, c'est-à-dire sans la co-présence des agents de soins ; puisque l'apprentissage s'effectue toujours par l'intermédiaire des patients qui migrent soit des Maisons de soins vers les hôpitaux pédiatriques, ou encore des derniers vers les premières. Par ailleurs, ce qui est aussi important à noter est que la rencontre entre le patient et le soignant – qu'il s'agisse du guérisseur ou biomédecin – est un moment auquel l'un ou l'autre est toujours invoqué, convoqué et présent dans le discours lors de consultation ; si

bien qu'on tend parfois à une situation de co-éducation paradoxale entre usagers de soins, guérisseurs et biomédecins. Situation de co-éducation paradoxale, car le guérisseur acquiert parfois des connaissances biomédicales à partir des renseignements que lui rapportent les usagers de soins de la consultation avec un biomédecin et vice-versa, même si concrètement l'un des deux derniers n'est jamais présent. Le caractère paradoxal de cette situation vient aussi du fait que les savoirs acquis et transmis instaurent, malgré l'absence du tiers éducateur [guérisseur/biomédecin], une communication qui défit les règles classiques des échanges communicationnels. Les apprentissages relèvent ici d'un transfert réciproque de compétences, en ce sens que les mères et les professionnels de la maladie de l'enfance acquièrent un certain nombre de savoirs (Titran, 2006, p. 162) sur les maladies et les thérapies. L'acquisition de ces savoirs permet aux mères et aux soignants de prendre de bonnes décisions en matière, respectivement, de choix thérapeutique et des orientations thérapeutiques. Dans le cas particulier des soignants, ces savoirs acquis contribuent à enrichir leur pratique professionnelle. Un tel enrichissement pouvant déboucher, chez certains, à l'acquisition d'une seconde identité professionnelle.



## 6 LES IDENTITES PROFESSIONNELLES MULTIPLES : À QUOI SERVENT-ELLES ?

Le statut identitaire du guérisseur au Cameroun n'a rien de commun avec celui des biomédecins. De nos jours, le guérisseur semble souffrir d'une double remise en cause de sa légitimité professionnelle. D'abord, par une frange de la population analphabète et de classe moyenne qui commence à manifester à leur égard de la distance et réserve (de Rosny, 1992, p. 28). Or cette attitude fut celle des intellectuels africains qui, paradoxalement, redeviennent de nos jours clients résolus des médecines africaines. Ensuite, par les biomédecins qui bénéficient de multiples légitimités octroyées tant par les gouvernements nationaux des différents pays africains que par les organisations non gouvernementales [ONG] et les organismes internationaux [OMS] (Obadia, 2007, p. 111). Aussi, même si les biomédecins ne nient pas l'importance des médecines africaines, ils prennent en compte les actions de celles-ci et de ses praticiens toujours sur un mode de rejet. Bien que les biomédecins et les guérisseurs œuvrent tous les deux dans le domaine de la santé, on ne comprend pas pourquoi les pratiques médicales des premiers bénéficient d'une forte légitimité professionnelle de la part de la faculté de médecine et des autorités de la santé publique des États africains, alors que celles des seconds sont reléguées dans les mondes illégitimes ? Cette question ouvre la voie à trois pistes de compréhension qui permettent de questionner, chez les guérisseurs institutionnellement affaiblis, le phénomène d'acquisition de nouvelles identités professionnelles. Ainsi, on se demande si l'absence de légitimité institutionnelle pourrait être, chez eux, à l'origine de la quête de nouvelles formes d'identités professionnelles, susceptibles de conférer à leurs pratiques de soins une légitimité institutionnelle. Là est la première piste. La seconde conduit à poser la question de savoir à quoi servent ces nouvelles identités : à les rapprocher de l'espace politique des positions de pouvoir qu'occupe la biomédecine ? Un tel rapprochement pourrait-il permettre au guérisseur de se forger une identité professionnelle composite qui, au fil du temps, lui permettrait de contourner les empêchements de la disqualification ou marginalisation institutionnelle (Beneduce, 2011) dont ses pratiques de soins sont le lieu ? La dernière piste de compréhension est fournie par les résistances qu'opposent les guérisseurs, et certains biomédecins, à cette disqualification que Tonda (2001b, p. 141) qualifie d'«idéologique». Les trois pistes ci-dessus évoquées constituent l'objet d'analyse des paragraphes suivants.

## 6.1 Identités professionnelles multiples : exigence des attentes des usagers

Le fait que les usagers de soins définissent la guérison en référence aux aspects médicaux et relationnels, voire non biomédicaux, semble obliger les soignants à la quête d'une compétence relationnelle et d'une compétence thérapeutique [médicale]. Il s'agit là de deux ordres de compétences au cœur du projet de guérison auquel aspire le malade, et c'est d'ailleurs ce que demande justement la mère lorsqu'elle entre en relation de soins avec le guérisseur ou le biomédecin. Mais la mère n'est pas dupe et pressent qu'elle ne peut obtenir une offre de soins appropriée à la demande formulée qu'au prix de la combinaison des deux ordres de compétences. Une telle combinaison n'est pas nouvelle, car de nombreuses études anthropologiques l'ont révélé bien avant nous (Dozon & Sindzingre, 1986; Hours, 1992). Mais la singularité et l'originalité de notre étude est de souligner que certains aspects non formulés explicitement de l'intention de combinaison thérapeutique ont été jusqu'à lors rarement abordés : en l'occurrence les ajustements des profils des identités professionnelles dans le but de répondre aux attentes et préférences des patients dans certaines situations problématiques. Pour marquer la prégnance des préférences et attentes des usagers de soins dans les processus d'ajustement identitaire chez les guérisseurs, nous avons donné la priorité encore ici aux mères de pouvoir choisir les corpus représentatifs, selon elles, de ce qu'elles demandent à juste titre aux soignants, fut-ce guérisseur ou biomédecin, lorsqu'elles entrent en relation de soins avec eux. La situation qui retiendra notre attention ici est la santé reproductive, car elle se prête davantage à des phénomènes qui favorisent de plus en plus des rencontres informelles entre guérisseurs et biomédecins, en particulier dans le cas des grossesses impliquant ce que les mères qualifient elles-mêmes de *mauvaise position dans le ventre* :

**Nous : Comment avez-vous su que l'enfant était mal positionné ?**

**Mère-Maisons#3** : *Par l'échographie qui montrait l'enfant assis sur mon bassin.*

**Nous : Qu'est-ce que le gynécologue a fait ?**

**Mère-Maisons#3** : *Il a proposé [...], il a dit qu'on va m'opérer. Comme on m'avait opérée pour porter l'enfant, je me sens très mal, parce que je souhaitais cette fois accoucher par voie naturelle [voie basse]. Les sages femmes m'ont dit que si maintenant on me laisse en travail pour longtemps ça va déchirer les anciennes blessures. C'est pourquoi, nous sommes allés chez le guérisseur qui a l'habitude de retourner les enfants dans le ventre. Même certains médecins envoient les femmes là-bas. Le traitement qu'il a fait était satisfaisant, parce que cette nuit-là quand même j'ai bien dormi. Quand l'enfant est mal positionné, ça m'étouffe moi-même à la poitrine. Bon cette nuit-là quand je suis rentrée de là, j'ai bien dormi par rapport à d'autres jours. Et c'était tout.*

**Nous : a-t-il remis l'enfant en position normale, d'après vous ?**

**Mère-Maisons#3** : *Oui, il a tourné l'enfant et sa tête regardait par le bas. Tu sais il était presque assis sur le bassin. Après l'avoir vu [le guérisseur], je me sentais bien, et je n'étouffais plus comme quand l'enfant était mal positionné.*

**Nous** : **Qu'est ce qu'il a fait pour retourner l'enfant ?**

**Mère-Maisons#3** : *Le guérisseur essayait de voir comment il pouvait faire que l'enfant redescende au niveau du bas ventre, et surtout avec la tête retournée vers le bas. Il a commencé à me donner les produits traditionnels lorsque j'avais peut-être 7 mois de grossesse. C'était juste des produits qu'il m'a donnés. Aussi, il tapait légèrement un sac contenant des produits que je ne connais pas sur mon ventre, et je ne sais pas comment on appelle ce sac là. C'est avec ça qu'on masse le ventre, pour redresser le bébé. Il a bien massé le ventre avec les remèdes pour retourner le bébé. Lorsque j'ai commencé à boire les remèdes aussi, tout a changé.*

**Nous** : **Et depuis ce jour-là, avez-vous rencontré votre gynécologue ?**

**Mère-Maisons#3** : *Si. J'ai rencontré mon gynécologue. Mais je ne peux pas lui en parler parce que ce sont les trucs traditionnels. Il ne peut pas comprendre ça. Donc, je ne lui ai rien dit.*

**Nous** : **D'après vous pourquoi vous n'en parlez-vous pas ?**

**Mère-Maisons#3** : *D'après moi, c'est la médecine traditionnelle et les gynécologues ne sont pas trop pour ça [...], je ne peux pas aller dire à mon gynécologue que je suis déjà allée voir le docteur traditionnel. Mais quand je suis retournée voir le gynécologue, il a refait une autre échographie qui a confirmé que l'enfant s'était effectivement redressé et a pris la position normale pour sortir par la voie naturelle. Mais comme il avait écrit dans mon carnet que je vais accoucher par césarienne, lorsque je suis arrivée à la maternité du CHU, les gens qui y étaient ont commencé à me préparer pour la salle d'opération. [Mère enceinte, 24 ans, étudiante en psychologie]*

Ce corpus fait ressortir un aspect fondamental : l'accessibilité aux soins fondée sur la compétence thérapeutique qui ne se réduit pas seulement à l'usage des moyens biotechniques sophistiqués et efficaces. L'accessibilité prend en compte ceux-ci, tout en étant résolument attentive au type de résultat escompté. C'est pourquoi elle s'effectue en fonction de l'adéquation de l'offre aux attentes et préférences en matière de demande de soins. Les études socio-anthropologiques réalisées au Cameroun auprès des femmes en grossesse considèrent cette adéquation comme un critère d'appréciation de la qualité de soins fondé sur l'accessibilité culturelle (Beninguisse, Nikiéma, Fournier, & Haddad, 2004). Or, une telle adéquation peut s'observer tant au niveau de l'offre biomédicale qu'à celui de l'offre des médecines africaines. Les mères trouvent que chacune répond partiellement au critère de qualité de soin qui est le leur, à savoir qui se mesure à l'aune du succès des guérisons opérées. D'ailleurs, comme le relèvent Fassin et Fassin (1988, p. 221) : «la demande thérapeutique ne connaît en effet qu'une loi : tous les moyens sont bons, qui peuvent conduire à la guérison, et, mêmes pour les plus sceptiques, il vaut mieux mettre toutes les chances de son côté [...]». Par exemple, le fait de recourir au guérisseur pour retourner l'enfant dans le ventre ne répond aucunement aux attentes et préférences dictées par les coutumes et traditions auxquelles sont attachées les femmes. Cela répond plutôt à une exigence d'obligation de résultat, à savoir donner la vie sans rencontrer la mort : c'est une exigence de réussite thérapeutique qui n'appelle pas ici en premier lieu le respect de la culture, de la tradition ou des coutumes

ancestrales, mais plutôt la compétence. Mettre le recours au guérisseur sur le compte de l'accessibilité culturelle, comme l'ont fait Beninguisse et al. (2004) au Cameroun, relève d'une erreur très grave qui consiste à interpréter les soins prodigués par les guérisseurs suivant le prisme culturaliste.

Le recours aux guérisseurs par la **Mère-Maisons#3** relève ici de la rationalité pragmatiste qui sous-tend les conduites de demandes et d'offres soins. Autrement dit, il s'agit de transposer l'analyse des compétences thérapeutiques des guérisseurs du champ de l'efficacité symbolique à celui de l'efficacité réelle, où la guérison est mesurable par certains aspects concrets. Ce n'est pas la fonction symbolique du traitement qui est appréciée en premier lieu, mais plutôt sa fonction thérapeutique qui rend l'approche médicale efficace. Qu'il vienne de la biomédecine ou des médecines africaines, l'acte thérapeutique lui-même est doué de significations technique et symbolique. Si bien que si les mères se rendent à la fois chez le biomédecin et chez le guérisseur, c'est parce qu'elles ne lisent pas de la même façon l'acte biomédical et l'acte des médecines africaines. Même s'il est vrai qu'en cas de maladie grave, on s'adresse d'abord à l'offre médicale disponible, il n'en reste pas moins que c'est plus le concret de la diversité des techniques thérapeutiques qui attire que la symbolique qui en est rattachée, car au bout de chaque offre de soins se trouve la promesse de l'efficacité non pas symbolique, mais plutôt de l'efficacité [réelle] tout court. Quant à l'efficacité symbolique, elle vient après coup ; et est relative dans le cas des accouchements difficiles au fait que accoucher par voie basse réintègre la mère, surtout primipare, dans son statut maternel, c'est-à-dire dans les rôles maternels véhiculés par l'imaginaire social. À cet effet, l'efficacité symbolique résulterait de la résonance ou de l'interprétation socioculturelle associée plus à l'accouchement par césarienne qu'à l'accouchement par voie basse. C'est dire que la fonction symbolique dans laquelle on confine les médecines africaines est en réalité une production de l'acte technique, et ne se met en branle que lorsque celui-ci échoue. On part d'une efficacité à l'autre, et c'est pour cette raison que les recours aux soins s'inscrivent dans des efficacités plurielles.

En effet, les préférences et attentes des mères cadrent rarement avec le critère d'accessibilité culturelle aux soins. Dans l'exemple ci-dessus, la **Mère-Maisons#3** semble privilégier les offres de soins porteuses de succès thérapeutique, ce qui situe, selon l'anthropologie de l'homme capable,

l'offre médicale des guérisseurs dans le système capacitaire. Dans cette perspective, on peut dire qu'en situation de grossesse ou d'accouchement difficile, le critère de choix thérapeutique chez les mères reste les compétences et les capacités des soignants à produire la guérison escomptée. C'est aussi sur le même critère de compétences que les biomédecins résistants aux normes biomédicales s'appuient pour recourir aux prestations des guérisseurs. Le recours à ces derniers est apprécié par les mères, surtout dans les circonstances comme celles de grossesse qui pourraient déboucher sur la césarienne. La spécificité et l'efficacité de tels recours montrent que l'accessibilité culturelle [coutumière] n'est pas aux yeux des mères un critère d'évaluation de la qualité de soins ; elle est plutôt secondaire. D'ailleurs, très peu de mères en font allusion et ne s'en tiennent qu'au résultat des actes thérapeutiques, ou aux actions capables de produire la santé.

Si l'accessibilité au soin se mesure à l'horizon de l'action capacitaire, cela revient à dire que sont accessibles les soignants capables, les services et espaces de soins qui prennent à cœur la vie de l'enfant malade et de la mère enceinte. Est alors compétent et capable, tout soignant dont les services de soins obstétricaux ne sont pas préjudiciables pour la vie de la mère en situation d'enfantement. Ces éléments influencent le comportement de recherche de soins en situation de grossesse. À partir du moment où les mères sont convaincues qu'il ne les conduira pas à la césarienne, n'importe quel système de soins capable de produire le résultat attendu, à savoir la guérison et par delà une thérapeutique qui protège la vie de la mère qui enfante, peut être sollicité. C'est pourquoi elles préfèrent se rendre dans une clinique où le gynécologue est en relation avec les guérisseurs, si lui-même n'en est pas un ; ou encore se rendre chez le gynécologue qui est aussi guérisseur, ou du moins, perçu comme tel, même si ce n'est pas effectivement le cas. Le simple fait de savoir qu'il conseille aux malades aussi des thérapeutiques basées sur les plantes suffit pour apporter à la mère une «sécurité ontologique» (Giddens, 1994). La préservation de la vie après l'accouchement est alors plus que tout autre critère celui le plus important, et apparaît comme un puissant indicateur de discrimination dans les choix et orientations thérapeutiques, tant du côté des mères que de celui de certains soignants. Sont alors compétents les services où on ne trouve pas la mort en essayant de donner la vie. Or l'hôpital est perçu comme là où on meurt, surtout lorsqu'il ne peut pas éviter des accouchements par césarienne. Cette perception est renforcée par les statistiques de l'enquête démographique de santé du Cameroun, dont le ratio de mortalité maternelle [782 pour 100000 naissances vivantes (Libité & Barrère, 2011, p. 223)] est,

rappelons-le, presque égal à celui de l'Afrique [872 pour 100000 naissances vivantes (OMS, cité par Beninguisse et al., 2004)].

Au regard de ces estimations, on peut comprendre pourquoi les mères préfèrent, lorsqu'elles sont enceintes, se rendre à l'hôpital pour l'aspect de la santé qu'elles jugent être du ressort des gynécologues ou des pédiatres; et recourir ensuite aux guérisseurs pour l'autre aspect que ces derniers sont censés maîtriser efficacement. Et ceci n'a rien à voir avec l'accessibilité culturelle, comme l'ont relevé les études de Beninguisse et al., (2004). Les résultats de notre recherche montrent que ce qui compte en premier lieu, comme l'avait déjà révélé Tinta (1993, p. 219), ce sont les connaissances que la mère a des pratiques de soins du guérisseur, mais aussi de celles du biomédecin. Par ailleurs, Tsala Tsala (1989, p. 116) avait déjà souligné dans le cas spécifique du Cameroun que la perception que le malade a de sa maladie est un fil conducteur du choix du thérapeute. Si bien que même «ses titres académiques compliqués [du thérapeute] et souvent incompréhensibles ne semblent pas impressionner le malade. Sa compétence se juge aux exploits qui lui sont reconnus». C'est pourquoi les perceptions associées au profil identitaire du soignant est un facteur clé de discrimination dans les rencontres thérapeutiques. De sorte que le soignant qui cumule une ou plusieurs identités professionnelles serait toujours perçu comme compétent, plus que celui qui se contente d'une seule. Dans cette perspective, on pourrait dire que l'attitude et le comportement des malades – toujours à cheval entre plusieurs systèmes de connaissances en lien avec la santé et la maladie – est d'une grande influence sur le phénomène d'acquisition de plusieurs identités professionnelles qui tend à se constituer comme une nouvelle règle structurant, dans le champ de la santé, le profil du thérapeute moderne. Mais la propension à recourir à une double identité n'est pas singulière aux guérisseurs camerounais, ou à ceux de l'Afrique, de manière générale. Elle répond plutôt au souci de production de la guérison en lien avec ce que demandent les mères.

Pour finir, on peut dire que ce que les mères attendent, demandent et préfèrent du thérapeute, c'est la satisfaction qui, dans la majorité des cas, n'a rien de culturel. Il s'agit d'une satisfaction qui, idéalement, les met à l'abri de l'angoisse de la mort et l'anxiété familiale qu'accompagne l'annonce de la césarienne. Même si un biomédecin accepte de référer une femme enceinte à terme à un guérisseur pour éviter une éventuelle césarienne, nous ne pensons pas, suivant les résultats de notre étude, que c'est pour des raisons culturelles qu'il le fait. Si l'adéquation culturelle était le

mobile de demande de soins obstétriques, on observerait une faible fréquentation des services obstétriques biomédicaux. Or ce n'est pas le cas, car les femmes fréquentent tant les guérisseurs que les biomédecins en matière de services obstétricaux. Contrairement aux conclusions d'une étude de Beninguisse (2003) sur *Les fondements de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Cameroun*, nos résultats montrent qu'il n'y a pas, paradoxalement, une sous fréquentation des services obstétricaux biomédicaux au profit des services obstétricaux proposés par les guérisseurs. Il semble qu'il y ait plutôt une sorte de complémentarité thérapeutique interactive entre les deux services, car les 30 mères que nous avons rencontrées ont recouru aux soins des guérisseurs pendant la grossesse tout en effectuant les visites prénatales à l'hôpital, et toutes ont accouché non pas dans les Maisons de soins mais plutôt dans les hôpitaux. Une étude menée au Burkina Faso montre que les mères enceintes utilisent à la fois les services de médecines africaines et de la biomédecine en matière de soins obstétricaux, et ce dans une perspective complémentaire non concurrente (Médah, 2009, p. 59). Cela étant, nous ne sommes pas sûr, d'après nos résultats, d'être complètement en accord avec les conclusions de Beninguisse (2003) et de Beninguisse et al. (2004) lorsqu'ils affirment que les préférences affichées par les mères à l'égard des soins de grossesse rendus par les guérisseurs seraient liées à une meilleure accessibilité culturelle. Une telle façon de présenter les choses enlève aux médecines africaines toute compétence médicale et leur laisse uniquement la part congrue de l'efficacité symbolique. Alors même que si les mères préfèrent se rendre chez les guérisseurs, il semble que c'est bien plus parce qu'elles veulent essayer quelque chose qui, si l'on s'en tient à l'expérience ci-dessus, réussit. D'ailleurs, deux mères enceintes n'apprécient pas de la même manière la qualité de soins reçus, selon que l'une accouche par voie basse, et l'autre, par césarienne. La dernière aura tendance à penser que le soignant qui césarise n'est pas compétent, car ce n'est pas le fait d'avoir accouché qui compte, mais la manière d'accoucher est plus importante à ses yeux. Elle vivra alors son accouchement comme un échec, et par conséquent, les soins reçus seront sous-évalués et considérés aussi comme de moindre qualité. Par contre, celle qui rencontre un soignant qui lui permet d'éviter une césarienne aura tendance, si cela était son souci majeur, à aller vers les soignants qui font accoucher par voie basse, tout en évitant ceux qui sont plus enclins à prescrire une césarienne. Dans un cas, ce que retient la mère c'est l'incapacité du soignant à éviter une césarienne, et dans l'autre, c'est la capacité du soignant à accoucher par voie basse.

Dans les deux cas, c'est l'adjectif capable qui permet d'apprécier la qualité du traitement et du succès thérapeutique. De même, si les biomédecins résistants recourent de manière informelle aux guérisseurs, c'est sans doute pour les mêmes raisons et non pas pour une quelconque adéquation culturelle. Ainsi, pourraient-ils éviter à la mère par le biais de tel recours, comme cela ressort du récit ci-haut présenté, un accouchement par césarienne et peut-être, on ne sait jamais, un décès maternel. Dès lors, on peut avancer qu'une bonne orientation est aussi considérée par les mères comme un succès thérapeutique ; alors qu'une mauvaise orientation serait vue comme un échec. Cette façon de penser la relation de soins rejoint d'ailleurs les conclusions de Balint (1960) pour qui le bon thérapeute est aussi un médicament pour le malade. Mais l'analogie ne va pas plus loin. Le guérisseur et les plantes médicinales administrées à la mère enceinte ne sont pas ici des placebos, contrairement au regard que pose sur eux Lachaux et Lemoine (1988, pp. 17, 25), car la demande de soins formulée par la mère n'incarne pas la représentation symbolique ni du traitement ni du guérisseur, voire du biomédecin. En effet, l'expertise du guérisseur en matière de gynéco-obstétrique ne participe pas du tout ici de l'efficacité symbolique, mais de la compétence réelle qui évite l'émergence de ce que Fillon (2012) a qualifié «d'iatrogénie césarienne».

## 6.2 Identités professionnelles multiples : requalification professionnelle

Nous venons de voir que la quête de nouvelles identités s'inscrivait dans l'exigence capacitaire. Si celle-ci est fondamentale pour la garantie d'une meilleure offre de soins à l'utilisateur, il semble qu'elle ne suffit pas à elle seule pour justifier les transformations que subissent les identités professionnelles, en particulier des guérisseurs. À l'origine du recours à de nouvelles identités se trouve une question fondamentale : celle de la requalification professionnelle des guérisseurs, un aspect important que met en perspective le titre que nous avons donné à cette section. Le titre suppose une relation entre la quête de nouvelles identités et un projet socioprofessionnel de requalification, comme en témoignent les extraits des propos des guérisseurs qui suivent :

**Tradi#1:** *«Je suis aujourd'hui infirmier et guérisseur. On [mes malades] m'appelle docta. Mais ma pratique n'a pas changé. Ce sont les mêmes plantes que je donne aux patients pour les mêmes maladies. Ce qui a changé, c'est que je ne suis plus seulement guérisseur, mais infirmier aussi, et je tiens en même temps une église protestante. Tout cela est important pour moi, parce que ça m'aide beaucoup. Ce qui a changé, c'est que je peux aller aussi dans les réunions que tiennent les médecins ; j'utilise aussi les carnets comme l'hôpital ; j'ai un gros cahier dans lequel j'enregistre les malades, les produits que je donne. Pour savoir que*



*le traitement marche, j'envoie mon malade faire une évaluation à l'hôpital.»* **[Guérisseur et formation à la biomédecine, 15 années d'expérience professionnelle]**

**Tradi#3** : *«Je me suis formé aux soins infirmiers parce que mon ami l'avait fait. Et cela lui apportait une sécurité sur tous les plans. Il n'a pas peur du gouvernement parce que son diplôme lui permet d'exercer. Il fait partie du corps médical. Or un guérisseur simple ne peut pas être dans ce groupe là. C'est comme une nouvelle famille pour moi de me sentir appartenir à cette classe là. Maintenant, c'est à moi de voir comment je vais manier mes deux formes de connaissances. Tous les malades ne viennent pas pour les mêmes problèmes, et ils ne demandent pas la même chose. Il y a certains qui ont besoin des informations sur leur vie. À ceux là, je fais de la voyance et prescris des rites : lavage, port des amulettes, etc. Mais à d'autres, je ne peux pas le faire. Et j'ai appris à savoir ce que mes malades veulent. Oui, je peux vous le dire. Ce qui est aussi étonnant, même les médecins viennent aussi ici consulter pour leur femme, quand elles sont enceintes. Ils viennent aussi prendre des produits naturels pour leur maux de tête.»* **[Guérisseur et pasteur, formation à la biomédecine, 19 années d'expérience professionnelle]**

**Tradi#5** : *«Je vois, comme dans la tradition et pose mon diagnostic comme dans la tradition et comme je l'ai appris de mon père ; mais aussi, pour apporter une sécurité morale au patient, je lui demande de faire le même examen à l'hôpital ; et quand les résultats sont les mêmes, je grandis dans ma profession et deviens très crédibles à leurs yeux. Tu sais c'est le seul moyen de travailler et de préserver mon métier. Si tu attends que le gouvernement fasse quelque chose, tu vas mourir de faim. Maintenant, je trouve que les patients n'ont plus trop peur quand ils arrivent ici. Parce que certains hésitaient. Beaucoup viennent maintenant parce qu'ils savent que j'ai appris à la médecine des blancs aussi. Cela m'apporte beaucoup.»* **[Guérisseur, formation en biomédecine, 25 années d'expérience professionnelle]**

Ces extraits sur le thème de l'acquisition des nouvelles identités professionnelles mettent en évidence trois aspects : l'adaptation professionnelle dans un contexte de transformations politiques et socioéconomiques ; le projet de professionnalisation dans l'intention de requalification ; et la redéfinition de l'identité professionnelle du guérisseur contemporain. Dans le cas de l'adaptation, le terme est central dans les interactions entre la biomédecine et les médecines africaines, car il favorise la circulation [même informelle] des informations dans un double sens. Comme le souligne McMillen (2004, p. 908) : «This paper uses an in-depth case study of healers in Tanga [Tanzania] to explore the reciprocal relations between practitioners of indigenous medicine and biomedicine, where knowledge not only flows from hospital to healer, but also from healers to clinical settings».

De nombreux travaux anthropologiques appréhendent l'adaptation sous l'angle de changements qui ont affecté le rôle du guérisseur (Levin, 2008; Liverpool et al., 2004; Ngoasong, 2009), car les guérisseurs adoptent et adaptent, ne serait-ce que sélectivement, certains aspects techniques de la biomédecine (McMillen, 2004, p. 889). Landy propose au rôle adaptatif la définition suivante :

« As the process of attaining an operational socio-psychological steady state by the occupant of a status or status set through sequences of role bargains or transactions among alternative role behaviors. All individuals in any socio-cultural system are confronted with overdemanding total obligations, but must manage to equilibrate role relationships and role sets through continual bargaining and consensus with other actors in the system, and consequently reduce role strain» (1974, p. 106)

Les études menées en Afrique du Sud (Creusat, 2000) et au Gabon (Makita-Ikouaya et al., 2010,

p. 186) font référence au phénomène d'adaptation du rôle des guérisseurs au fil des interactions entre eux et les biomédecins. Mais aucune d'elles n'avait encore jusque-là perçu le recours aux nouvelles identités professionnelles comme un signe de changement dans le sens d'adaptation du rôle du guérisseur aux transformations qui touchent l'environnement social dans lequel il exerce ses pratiques. Ainsi, le recours à de nouvelles identités joue un rôle adaptatif aux changements qui affectent l'identité du guérisseur dans un contexte de transformations politiques et économiques. Les récits biographiques ci-dessus illustrent l'inscription des guérisseurs dans la logique de renégociation identitaire, car ils tiennent eux-mêmes leur ancienne identité professionnelle en faible estime. Presque tous les guérisseurs [N=8] que nous avons rencontrés cumulent au moins deux identités professionnelles. En plus de leur identité de guérisseur, 5 disent avoir reçu une formation biomédicale d'infirmier ; 2 sont prophètes, une activité qui est à la frontière du rôle du devin et du prêtre ; 1 est pasteur à l'église presbytérienne. En effet, l'acquisition de l'identité professionnelle biomédicale est, de l'avis des guérisseurs, une stratégie déguisée d'améliorer leurs performances thérapeutiques, mais aussi de renforcer leur position sociale dans le champ de la profession de santé. Certains<sup>27</sup> se font désormais appeler «docta», comme le montrent les extraits ci-dessus. Il s'y joue des conflits identitaires qui ont un impact sérieux sur la reconfiguration que va prendre, à court, moyen ou long terme, le profil professionnel du thérapeute contemporain œuvrant dans l'espace de soins globalisé. Ce profil n'est pas seulement une exigence des patients dont les perceptions oscillent entre conceptions biomédicales et non biomédicales des soins, mais aussi et surtout une réponse aux difficultés professionnelles que rencontre le guérisseur camerounais. Selon Creusat (2000, pp. 12–13) : «Les thérapeutes traditionnels, face aux profonds changements que connaît la société sud-africaine, ont mis en place des stratégies afin d'accéder à un nouveau statut qui ne soit pas menacé par la nouvelle société dans laquelle ils évoluent». L'acquisition d'une nouvelle identité est une réponse à ces difficultés, ce qui rend entièrement recevable l'idée de la prise en compte des intérêts personnels de certains acteurs. Mais elle constitue également l'un des effets du retournement de la situation de disqualification institutionnelle dont les

---

<sup>27</sup> Il y a environ, écrit le comité d'experts de l'OMS (OMS, 1978, p. 14), 500000 praticiens de la médecine traditionnelle en Inde, dont les qualifications vont du doctorat d'université à la maîtrise de connaissances et de techniques acquises après plusieurs années d'apprentissage chez les praticiens établis, en passant par des certificats délivrés par des écoles privées. Un organisme officiel, le National Central Council, dirige les activités de 108 collèges de médecine indigène, contrôle le niveau de formation théorique et pratique qu'ils dispensent et confère les titres nécessaires pour obtenir un emploi dans les services de santé publique.

guérisseurs sont le lieu dans le marché de la santé. Autrement dit, les effets d'une telle disqualification peuvent parfois renforcer les revendications individuelles des agents de soins disqualifiés, rendant ainsi la possibilité de développer des espaces de pratiques qui n'auraient eu lieu autrement.

Le second aspect est la requalification du métier du guérisseur dans le champ de la profession médicale. L'acquisition de nouvelles identités professionnelles s'inscrit dans la stratégie de lutte pour la requalification et de lutte contre la disqualification (Paugam, 2009). Mentionnons qu'il s'agit d'une lutte entre des soignants dans un contexte de positions de pouvoir asymétriques entre gens des médecines africaines et gens de la biomédecine. D'un côté, les guérisseurs, affaiblis et disqualifiés au regard d'un principe éthique de dignité (Sennett, 2003), occupent la position d'«acteurs faibles» (Payet & Laforgue, 2008, p. 9) ; et de l'autre, les biomédecins - acteurs forts – bénéficiant de multiples légitimités professionnelles octroyées aussi bien par les instances nationales [Ministères de santé des pays africains] qu'internationales de la santé [OMS]. La requalification dont il est question ici est une réponse à la disqualification institutionnelle qui caractérise, dans le marché de la santé, le statut professionnel du guérisseur perçu comme illégitime sur le plan juridique. Ainsi, la lutte pour la requalification dans laquelle est engagé le guérisseur s'accompagne *a fortiori* de la lutte contre la marginalisation que lui oppose l'institution biomédicale (Beneduce, 2001), par le biais de l'État et la Faculté de médecine. Ainsi, ces deux moments distincts de lutte sont indissociables et constituent deux configurations dans lesquelles se déploie l'identité professionnelle du guérisseur, depuis les premiers contacts avec les médecins coloniaux.

En effet, bien que de nombreuses études anthropologiques aient abordé les phénomènes de contacts entre ces systèmes médicaux, les aspects liés à la professionnalisation des guérisseurs y apparaissent très souvent comme secondaires. Pourtant, le problème anthropologique de l'acquisition de l'identité biomédicale pose deux autres problèmes auxquels il est indissociablement lié. D'abord, celui de la volonté de savoir qui est, comme le remarque Foucault (1975, pp. 226–227) dans *Surveiller et punir*, l'instrument de la volonté de pouvoir. Le savoir est souvent élaboré dans la violence, et au sein des rapports de force. Mais la volonté de savoir s'appuie cependant sur la recherche de la vérité. Ensuite, le problème anthropologique de l'acquisition de l'identité biomédicale est associé, comme le souligne Leclerc (2001, p. 213), au problème sociologique de

l'autorité, c'est-à-dire de l'attribution de la crédibilité. Si la revendication d'un savoir capacitaire est le fait du guérisseur, c'est parce que ce dernier a compris que l'attribution de la reconnaissance ou de la crédibilité passe par un dispositif institutionnalisé, à savoir la certification qui inaugure le processus de professionnalisation. Par ailleurs, les auteurs qui s'intéressent à la multiplication des identités professionnelles, à l'instar de Gruénais (2002a) et Dozon (1987), abordent rarement les stratégies que les guérisseurs disqualifiés développent pour se requalifier professionnellement. Si l'aspect de la professionnalisation n'apparaît pas d'emblée dans la programmation de recherche en socio-anthropologie de la rencontre (Simon, 2004), c'est tout simplement parce que l'entrecroisement des médecines africaines et de la biomédecine a été rarement envisagé sous l'angle de la rencontre de deux groupes de professionnels réunis autour d'une même profession ayant les intérêts communs : la santé des populations. Pourtant, les enjeux de luttes qui opposent les agents des deux médecines laissent entrevoir clairement qu'au fondement de cette lutte se trouve le problème de la professionnalisation des guérisseurs (Gruénais, 2002a; Last, 1988, 1996).

En raison du fait que le statut de professionnel a été dès le départ méconnu aux guérisseurs, le recours à l'identité professionnelle biomédicale peut être vu ici comme une stratégie pour faire face aux effets de la précarité dans laquelle les a plongé la disqualification institutionnelle. Aussi, permet-il aux guérisseurs, d'abord, un possible reclassement (Bourdieu, 1978) dans le champ professionnel de la santé et une revendication de la reconnaissance des pratiques thérapeutiques ; et ensuite, de sortir de la « misère de position » et de la « misère de condition » (Bourdieu, 1993b), de la précarité professionnelle qui les inscrit dans les vies précaires (Gaille, 2010; Le Blanc, 2007). Mais la précarité dont il est question ici est, selon Gaille (2010, p. 436), bien différente de celle que décrivent Paugam, Le Blanc et Rui (2011) dans *Les nouvelles formes de précarités*. Il s'agit plutôt de la précarité professionnelle engendrée par le sentiment de perte d'un objet social qui fait lien avec la société. Elle correspond alors, selon Furtos (2001, p. 3), « à la vulnérabilité psychique devant le vacillement du monde et les difficultés de reconnaissance de soi comme digne d'existence dans un groupe humain donné ». Dans *Vie Précaires et Vie ordinaires* (2007) et dans *L'invisibilité sociale* (2009), Le Blanc utilise l'expression pour désigner des professionnels disqualifiés qui connaissent des « carrières négatives, revers de la normalité sociale, victimes involontaires d'une malédiction sociale qui défait les liens, métamorphose l'injustice en honte et accomplit ainsi la ruine du précaire, la mutilation de sa vie psychique, désormais marquée au fer

rouge» (Le Blanc, 2007, p. 14).

Par ailleurs, les illustrations citées ci-dessus montrent comment les guérisseurs essaient de s'auto-reconstruire une identité professionnelle décente, digne et susceptible d'être reconnue par eux-mêmes et par les instances de légitimation qui octroie la reconnaissance professionnelle. On retrouve dans le projet d'acquisition d'une nouvelle identité professionnelle les mécanismes identitaires que les psychologues des organisations et du travail décrivent sous différentes désignations : «se faire soi» (Guichard, 2004); «self constructing» (Guichard, 2009); ou encore «life designing» (Savickas et al., 2009). Comme le montre les corpus que nous avons présentés plus haut, on peut déduire que la construction de nouvelles identités passe par un double mécanisme d'identification qui consiste, d'abord, en une définition de soi, c'est-à-dire le statut professionnel qui caractérise les soignants à un moment donnée en relation avec une altérité professionnelle dans laquelle ils se projettent, par anticipation, dans le futur. Ce mécanisme correspond à ce que Dubar (1992, p. 520) a qualifié de «transaction relationnelle». L'acquisition de nouvelles identités professionnelles par les guérisseurs faiblement légitimés résulte de ce processus transactionnel qui fait qu'un individu qui trouve infondée ou humiliante l'identité qu'on lui a assignée et décide d'entrer en interactions avec les acteurs significatifs et fortement reconnus dans un champ, dans le but de donner une autre image à son identité professionnelle. Mais l'entrée en interaction suppose au préalable, d'après Dumora (1990), des «comparaisons tensionnelles» ou une «réflexion comparative», dans la mesure où les individus aspirant à une nouvelle identité se réfèrent toujours à des formes identitaires professionnelles anticipées, voire sociétales (de Gaulejac, 2001) qui correspondent, dans une certaine mesure, à l'identité qu'ils revendiquent ; et veulent la faire reconnaître autant par eux-mêmes que par un Autrui institutionnalisé – une autorité du champ professionnel susceptible de reconnaître ou méconnaître.

Qu'il s'agisse du biomédecin ou du guérisseur, les deux cherchent, à travers des actions individuelles, à répondre à un besoin de soins exprimé par les mères. En s'octroyant l'identité biomédical, les guérisseurs trouvent le moyen adéquat de proposer, de manière licite, les pratiques médicales africaines aux malades qui en ont besoin. Dans le cas du biomédecin, le cumul des identités correspond à un besoin d'établir le pont entre les pratiques biomédicales officiellement reconnues et certains aspects des pratiques médicales africaines que les institutions biomédicales interdisent, comme par exemple référer une mère [un malade] à un guérisseur ou à un devin pour

certains cas de maladies auxquelles la biomédecine ne répond pas toujours de façon satisfaisante.

Mais on se tromperait si on perd de vue la duplicité du comportement de recours à l'identité du biomédecin qui caractérise le guérisseur. Il en est de même de la minorité de biomédecins qui s'identifie aux guérisseurs. Il semble qu'il ne s'agit pas d'un simple souci de répondre aux attentes des mères dont les demandes sont à cheval entre les offres biomédicale et non biomédicale. Le recours à de nouvelles identités peut être interprété de trois manières différentes. D'abord comme un indice de solidarité à la lutte pour la professionnalisation du métier de guérisseur ; ensuite, il peut revêtir une dimension politique ; et enfin ; ce peut être une ruse pour aider les guérisseurs à obtenir une reconnaissance professionnelle, ou une légitimité des pratiques médicales africaines.

### **6.2.1 La dimension politique l'acquisition des identités professionnelles multiples**

La multiplication des identités professionnelles ne répond pas seulement à des fins de pragmatisme thérapeutique. Elle comporte une dimension politique à laquelle nous rattachons une signification différente. En réalité, il ne s'agit pas d'un nouveau phénomène. De nombreuses études socio-anthropologiques l'ont relevé bien avant nous (Fassin, 2000a, 2000b, 2000c) ; et l'interprétaient plus en termes d'emprunts de signifiants biomédicaux à la biomédecine qu'en termes de résistances politiques à l'impérialisme médicale. On repère aussi celles que mènent depuis un certain temps Pordié en Inde (Pordié, 2008, 2012), où les «néomédicaments» (Simon & Egrot, 2012) et les néothérapeutes (Pordié, 2011) sont considérés comme «[...] une configuration matérielle d'un argument politique [...]». Dans la même perspective, Hours (1986, p. 395) soulignait que «tout thérapeute se présente donc aussi comme une figure politique [...]. L'exercice de toute fonction thérapeutique est ainsi potentiellement politique par les pouvoirs qu'il manipule et les représentations qu'il véhicule». Par ailleurs, dans une étude menée par Flint (2001) que cite Simon et Egrot (2012), l'auteur montre comment ce qui est considéré comme des connaissances indigènes dans le domaine des traitements africains est bien plus le résultat d'amalgame de plusieurs influences culturelles et politiques». Par ailleurs, très peu d'études ont abordé la dimension d'emprunts des signifiants des médecines africaines par les biomédecins. C'est une dimension qui s'impose dans notre thèse, dont les travaux de Barbee (Barbee, 1986, 1987) et de Bargues (1996) en avaient évoqué, respectivement, au Botswana et au Mali. Mais aucune étude n'a jamais encore abordé ce phénomène tant chez les guérisseurs que chez certains biomédecins

sous l'angle sous lequel nous présentons ici maintenant, à savoir en mettant en évidence les stratégies et tactiques de revendications politiques qui accompagnent les résistances qu'opposent les guérisseurs à l'institution biomédicale. À cet effet, les emprunts par les agents biomédicaux de certains objets thérapeutiques aux médecines africaines peuvent être interprétés comme des résistances institutionnelles qu'opposent de l'intérieur à la biomédecine certains néobiomédecins acquis à la cause des savoirs médicaux africains. De même, il n'est pas exclu, comme nous le verrons plus loin, que l'objectivation scripturale des savoirs médicaux africains par les guérisseurs lettrés comporte aussi une dimension de résistance aux guérisseurs classiques.

Pour mieux comprendre les résistances qu'opposent les néobiomédecins à la biomédecine, il ne faut pas oublier que la précarisation et la subordination des savoirs médicaux africains décrivent une situation sociopolitique, culturelle, scientifique et économique dans laquelle s'inscrivent et s'identifient autant les guérisseurs que les biomédecins. Dès lors, ne pourrait-on pas voir dans les échanges informels qu'initient les néobiomédecins aux marges des échanges formels une manière déguisée de manifester, de l'intérieur de la biomédecine, leur opposition à la subordination et à la précarisation dont les connaissances médicales issues de leur univers socioculturel sont le lieu ? Cela est d'autant vrai, car le statut précaire, subalterne et subordonné des médecines africaines ne touche pas seulement les guérisseurs qui en sont les porteurs des univers de signification. Certains biomédecins ont sans doute le sentiment d'en être concernés jusqu'à un certain niveau : ne serait-ce parce que le système des savoirs médicaux africains est aussi le leur, celui dans lequel ils ont grandi, et par conséquent, celui auquel ils s'identifient aussi au même titre que la biomédecine.

En posant le problème de cette manière, on comprend aussi aisément les logiques dans lesquelles s'inscrivent les actions thérapeutiques de nos quatre médecins résistants. Il s'agit, en réalité, d'une forme de résistance institutionnelle parmi tant d'autres. Il ne saurait d'ailleurs en être autrement, surtout lorsqu'on regarde de près les positions des soignants, notamment à l'intérieur de la biomédecine. Il n'est pas exclu qu'il s'y joue autre chose que la seule recherche du bien-être de l'utilisateur de soins. À se limiter à ceci, on se refuse de voir qu'il s'agit aussi, d'abord des indices d'une solidarité professionnelle avec les guérisseurs qui s'est déjà traduite dans les échanges informels, dont seule une minorité de biomédecins en est médiatrice, et ce non pas par complaisance. Mais tout simplement parce qu'ils parviennent, avec des moyens différents de ceux

de la biomédecine, à venir à bout de certaines maladies que traite aussi cette dernière. Il s'agit, rappelons-le, d'une solidarité dans les pratiques de soin porteuses de succès thérapeutique et non d'une solidarité de corps professionnel. Ensuite, on y voit aussi le signe d'un affranchissement des personnages qui ont subi et continuent de subir le discrédit social – au sens socio-anthropologique, scientifique et idéologique du terme. Ces deux arguments constituent ce qui fonde pour l'essentiel les actions autonomes des biomédecins résistants qui militent, non pas en faveur des médecines africaines, mais en faveur de certaines personnes dont l'efficacité des actes thérapeutiques mérite d'être juridiquement et économiquement créditée, reconnue et de légitimée.

En effet, même s'il est impossible de faire le départ entre la dimension proprement médicale de l'acquisition de nouvelles identités professionnelles et la dimension politique qui l'accompagne, on peut cependant avancer que ce qui caractérise le comportement des guérisseurs et celui des biomédecins résistants – solidaires et complices de ceux-ci –, c'est la duplicité de leur position. D'un côté, les biomédecins résistants aux normes institutionnelles biomédicales présentent un comportement non conformiste, comparativement à celui de leurs homologues qu'on pourrait qualifier de légalistes. De l'autre, des néoguérisseurs qui prennent de la distance vis-à-vis des guérisseurs classiques, mais aussi à l'égard des injonctions de la biomédecine. Mais ce qui nous intéresse ici, ce sont les stratégies/tactiques mises en œuvre par les guérisseurs et biomédecins.

### **6.2.2 Résistance et acquisition des identités professionnelles multiples**

L'acquisition des identités professionnelles se manifeste dans l'espace de soins par diverses sortes de résistances traduisant la dimension politique qu'elle incarne. Dans le cas des résistances à la biomédecine, les biomédecins résistants jouent le rôle de briseurs des normes biomédicales. Au Botswana, les résistances à la biomédecine sont, selon Barbee (1987), le fait de certains infirmiers qui se positionnent, comme les biomédecins résistants camerounais, à l'interface des connaissances des médecines africaines et de la biomédecine. Comme le note Barbee :

«The nurses hold beliefs about health and illness from two domains, that of their culture and that of biomedicine. This dual belief system, coupled with the nurses' presence in the critical juncture in the biomedicine referral network, places the nurses in the role of primary broker between traditional healers and biomedicine» (1987, p. 252).

Une autre chose qu'ils partagent est le fait d'opérer les échanges aussi bien formels qu'informels entre les agents de la biomédecine et les guérisseurs ; et s'interposent entre les deux pour faciliter



les échanges : «In their formal and informal dealings with the people, nurses share the same Botswana cosmology about health and illness as do the people in the community. At the same time, they also hold the biomedical beliefs about health and illness. When the two come into conflict, it is the nurses who act as buffers between the two systems» (Barbee, 1987, p. 253).

En effet, les résistances à l'ordre biomédical ne sont pas un effet du hasard, car les guérisseurs et biomédecins résistants n'ont pas décidé un matin de s'opposer, sans des précédents historiques, aux normes institutionnelles biomédicales. En parlant avec les biomédecins résistants, nous avons remarqué qu'ils sont dotés des dispositions identitaires singulières, par rapport à leurs confrères qui ajustent leur comportement à l'ordre biomédical. Ces dispositions s'expliquent par des mécanismes de subversion et de dissidence dont seule une approche autobiographique peut en rendre compte, comme cela transparaît dans les récits autobiographiques – ou récits de vie professionnelle – et la trajectoire de socialisation multiple dans laquelle s'inscrit l'identité professionnelle des quatre biomédecins que nous allons présenter dans les lignes qui suivent. Ces biomédecins accompagnent les mères par d'autres moyens thérapeutiques que biomédicaux. Ainsi, sont-ils, parallèlement avec leur fonction de biomédecin, pasteurs d'un groupe religieux ; et s'identifient en même temps aux guérisseurs, car ils utilisent, parfois, les herbes/écorces pour guérir :

**Biomed#3** : *«Les mères ou malades, recourent à moi tout simplement parce que je corresponds à leurs yeux au prototype du soignant qu'elles aimeraient rencontrer. Vous savez, être un bon médecin, ce n'est pas savoir injecter ; d'ailleurs certains patients le font eux-mêmes. Et même les guérisseurs ne sont plus comme ceux d'avant. Ils savent lire et écrire, je veux dire que les nouveaux guérisseurs de nos jours prennent aussi des cours dans les écoles des infirmiers où ils apprennent à injecter et à faire un certain nombre de gestes relevant des techniques biomédicales lorsqu'ils reçoivent les mères d'enfants. Donc vous voyez que les gestes techniques ne sont plus la chasse gardée des biomédecins. Ce qui fait que être aujourd'hui un bon médecin, c'est être avec les malades, c'est-à-dire être attentif à leurs besoins de santé ; c'est être à leur écoute ; c'est écouter leurs besoins dont certains n'ont parfois rien à voir avec la médecine ou le soin qu'elles demandent. Par exemple, on ne peut pas répondre à des problèmes financiers par une réponse biomédicale. Or, la majorité est parfois indigente et ne peut se procurer le médicament prescrit ; aussi et surtout, il faut rester fidèle à leur façon de voir la maladie, afin que les offres de soins que nous leur proposons soient efficaces».* **[Médecin, 3 années d'expérience professionnelle]**

**Biomed#4** : *«Nous sommes là pour les patients. Je savais déjà guérir par les plantes dès l'enfance, puisque mon grand-père était guérisseur. Mon père l'était aussi, et mon oncle paternel, devin. J'allais chercher les herbes avec mon père en brousse pour guérir certaines malades dont j'en connais encore les recettes médicinales. Ces connaissances, je les ai toujours. Maintenant, étant médecin dans un hôpital, l'usage des plantes n'est pas une décision personnelle, mais une réponse à la demande implicite des patients. Mais certains médecins le font, et ne le déclarent pas. Mais l'information nous est toujours rapportée en retour par l'intermédiaire des mères d'enfants qui expriment parfois leur reconnaissance envers tel ou tel biomédecin, lorsque les conditions de la relation de soins le permettent. C'est parce que je suis relativement ouvert à elles qu'elles s'ouvrent aussi à moi. Pour le faire, il faut observer un décalage d'avec le biomédecin qu'on est. Tout thérapeute aujourd'hui devrait se mettre dans la peau du patient, entendre leurs besoins qui ne*

*sont pas seulement techniques, mais aussi sociaux. Il m'arrive aussi parfois d'indiquer, après une consultation, à une mère d'enfant des herbes qui aident parfois à soulager un mal de tête ; ou qui font finir un palu[disme]. Dans ce cas, c'est elle-même qui va les chercher ou les cueillir. Les plantes que je donne sont gratuites ; les prières aussi ; et ce sont les patients eux-mêmes qui vont chercher les plantes à partir des indications que je leur donne. Cela leur évite une ordonnance, mais aussi la pharmacie, et des dépenses inutiles» [Médecin et pasteur, 4 années d'expérience professionnelle]*

Une analyse de ces corpus montre assez clairement que les biomédecins résistants présentent un profil professionnel assez atypique par rapports à leurs homologues légalistes dont les expériences professionnelles se réduisent à une seule appartenance identitaire. D'autres études réalisées au Cameroun et dans d'autres pays africains corroborent nos résultats. «Aujourd'hui, dans certains pays de l'Afrique Noire comme le Mali, le Nigéria, le Cameroun, la Tanzanie ou la Zambie, on observe», écrit Élamé (2004, p. 59), «de plus en plus une symbiose entre médecine traditionnelle et médecine moderne. Plusieurs médecins modernes sont aussi des médecins traditionnels. Mais beaucoup reste encore à faire pour une véritable reconnaissance de la médecine négro-africaine». Le profil atypique des biomédecins résistants tient du fait qu'ils ont été socialisés dans différents milieux de pratiques médicales, ce qui fait que les résistances institutionnelles qu'ils opposent de l'intérieur à la biomédecine s'appuient sur leurs histoires biographiques qui ont forgé en eux des dispositions à résister. L'ancrage historique de la formation du processus de résistance dans différents milieux socialisateurs a été bien documenté par les sociologues des organisations. Pour ces derniers, les résistances institutionnelles ne sont pas, comme l'ont relevé Hmed et Laurens (2011, p. 136) «le produit mécanique de la transformation des rapports entre les acteurs et l'institution ; mais plutôt rendus possibles par des socialisations antérieures». Mais il convient de remarquer que les conduites des agents biomédicaux trop légalistes qui ajustent leur comportement au projet de la déontologie biomédicale méritent aussi d'être documentés, car cet ajustement trop conforme aux normes biomédicales n'est pas sans conséquence aussi sur le fonctionnement de l'institution hospitalière. Ce peut être aussi une manière d'exprimer leur désarroi en s'intimant de respecter à la lettre les injonctions des autorités de la santé publique, car une telle injonction n'est pas toujours bien vue par les biomédecins résistants et aussi par les populations qui recourent à elle pour diverses demandes de soins.

En effet, les biomédecins résistants et l'ensemble des guérisseurs développent, chacun selon leurs moyens, des stratégies de résistance aux normes biomédicales en adoptant diverses stratégies,

dont les «adaptations secondaires<sup>28</sup>» (Goffman, 1968), les «stratégies de la distance» popularisées par Browning (2002, 2007), à partir d'une observation du comportement des policiers dissidents qui ne voulaient pas participer à la tuerie organisée dans les camps de concentration. «Les adaptations secondaires représentent pour l'individu», souligne Goffman (1968, p. 245), «le moyen de s'écarter du rôle et du personnage que l'institution lui a assigné naturellement». Selon la distinction opérée par l'auteur entre «adaptations secondaires» désintégrant et «adaptations secondaires» intégrées, le comportement des guérisseurs et des biomédecins résistants s'inscrit dans les secondes, car les biomédecins ne rejettent pas en bloc les normes biomédicales auxquelles ils se réfèrent. En effet, ils les acceptent tout en introduisant subrepticement et courageusement des mécanismes de changement par le biais de l'adaptation des pratiques médicales aux attentes et préférences des mères. La logique du respect du choix du thérapeute par le patient à laquelle s'adonne le **Biomed#2** illustre bien sa stratégie de mise à distance de la de la biomédecine qu'il introduit entre ce qui est demandé de faire, et ce qu'il fait réellement dans sa pratique :

*Les mères d'enfants ont des attentes quand elles viennent voir un thérapeute. Ces attentes, je les respecte lorsqu'elles sont en conformité avec les soins biomédicaux. Ce qui ne voudrait pas dire que je ne respecte plus les protocoles thérapeutiques exigés pour telles maladies ou pour telles autres. Mais cela ne voudrait non plus dire que je conseille à un patient de rencontrer un guérisseur, par exemple. Il faudrait qu'on soit d'accord sur ce point. Cependant, je suis ouvert à la signature d'un document pour attester du choix qu'il a opéré : fut-il un guérisseur, un prêtre exorciste ou autre personne. Ça, ça m'engage, moi le médecin que je suis. Et je ne sais pas si certains le font aussi. Du moins, je connais d'autres médecins qui, pour des raisons de croyances, prennent en compte le côté religieux de leurs patients. Vous le savez, les malades ne viennent pas tous à l'hôpital pour les mêmes raisons. L'un peu vouloir un remède parce qu'il estime qu'il est vraiment malade ; mais l'autre peut vouloir autre chose que le remède. Ce peut-être une parole de sécurité, une oreille qui doit écouter ce qu'il a à dire. Rien qu'à évoquer les ancêtres d'un patient au cours de la consultation, cela oriente la consultation dans une autre direction et on voit ces patients qui sont souvent muets devant le médecin devenir subitement prolixes. C'est que l'évocation du mot ancêtre a rejoint en eux des attentes de cet ordre là. Ce n'est pas que je leur demande de retourner au village verser de l'huile sur le crâne de l'ancêtre qu'on a évoqué au cours de la consultation, mais tout simplement je voulais par là avoir une idée de l'histoire de la maladie que porte la mère d'enfant. Cette idée, bien que ne visant pas directement à savoir si elle a effectué des sacrifices au village, a plutôt rencontré en elle des attentes de cet ordre là.*

*Ce qui fait qu'elle se libère et commence à dire des choses qu'elle croit être à l'origine de sa souffrance. Mais dans son discours, pour peu qu'on soit attentif, on doit y déceler, en tout cas pour moi qui a ouvert les portes depuis près de 17 ans à ce genre de choses, des préoccupations à la fois biomédicales et non biomédicales. Prendre une minute pour faire le chemin dans ses préoccupations qui ne sont d'ailleurs que des craintes et des peurs ne peut qu'être bénéfique autant pour la mère d'enfant que pour le médecin. Cela permet de ne pas avoir dans une consultation seulement des voix qui parlent sans se comprendre. Une telle approche aboutit sûrement à une intercompréhension, dans la mesure où elle est désormais rassurer. En quoi est-ce que le sacrifice s'opposerait à un protocole de traitement biomédical ? Il me semble que les deux*

<sup>28</sup> Pour Goffman (1968, p. 245), on entend par adaptations secondaires «toute disposition habituelle permettant à l'individu d'utiliser les moyens défendus ou de parvenir à des fins illicites [ou les deux à la fois] et de détourner ainsi les prétentions de l'organisation relatives à ce qu'il devrait faire ou recevoir et partant à ce qu'il devrait être.

*voies ne sont pas incompatibles, comme certains de mes collègues aiment bien le présenter aux mères d'enfants qui viennent en consultation. D'ailleurs, à écouter ces mères là, ce n'est pas parce que vous aller leur dire que les ancêtres n'ajoutent rien à leur guérison qu'elles vont cesser de les louer, ou encore d'aller s'incliner avec leurs enfants devant leur crâne. J'en connais qui sortent de la consultation et prennent le premier bus pour le village ; et ce, non pas parce que les ordonnances et les tests prescrits ne sont pas importants, mais tout simplement parce qu'il manque de supplément sacrificiel qui viendra faire un avec la posture du médecin.*

*Ne leur refusons pas ou plus cette possibilité de les sortir des angoisses qui les tenaillent. Il me semble que plus on présente les offrandes offertes aux ancêtres comme quelque chose de mauvais, plus cela rapproche les patients d'eux. Et aussi, que direz-vous des médecins qui vont chez eux faire des funérailles ? Ces dernières exigent certain nombre de rituels à exécuter à tout prix et auxquels on ne peut se soustraire sans subir la foudre des ancêtres, ou sans quoi, les funérailles resteraient, sur le plan symbolique et de l'imaginaire collectif de son village d'origine, quelque chose de non accomplie. Vous voyez. Parfois je suis porté à croire qu'il y a une certaine hypocrisie dans tout cela. Pourquoi vais-je refuser à un patient quelque chose à laquelle j'ai recours lorsque l'angoisse s'empare de moi. C'est parfois la seule issue pour faire dissiper l'angoisse, les anxiétés, notamment chez certains mères dont les enfants sont porteurs des maladies graves [cancer, etc] et chroniques [Sida]. D'ailleurs, certains pourront me dire que ce sont ces genres de maladies qui... En fait, même si c'est le cas [...]. Par ailleurs que dire de ce monsieur qui se brise une jambe sur le chemin de retour du champ et pense directement que c'est parce qu'il n'a pas observer les rites de retrait et de transfert du crâne de ses parents de la tombe vers les lieux sacrés où logent le lignage ou les ancêtres ? Combien de médecins peuvent dire qu'ils ne le font pas ; combien de médecins aujourd'hui ne vont pas chez les guérisseurs de nos jours ? Combien de médecins sont eux-mêmes, directeur dans des confessions religieuses de type «born again», ou encore de type nouvelle vie en Christ ? **[Médecin et pasteur, 30 années d'expérience professionnelle]***

Ces extraits montrent efficacement la manière dont certains biomédecins prennent de la distance par rapport aux injonctions biomédicales en essayant de s'inscrire dans une dynamique différente de celle que prévoit la déontologie biomédicale. Le respect du choix thérapeutique apparaît ici comme une stratégie d'adaptation de leurs pratiques de soin aux réalités du contexte. Par ailleurs, cela montre qu'il y a une évolution dans le discours de certains biomédecins. On y voit un souci d'adaptation de la biomédecine aux réalités du contexte thérapeutique camerounais. De sorte qu'on peut penser à une sorte de «camerounisation» de la biomédecine, ce terme caractérisant une pratique qui se rapproche de ce que des auteurs ont qualifié tantôt d'«indigénisation» ou de traditionalisation de la biomédicale (Babadzan, 2009). Mais nous ne lui donnons pas ici, comme nous allons le voir plus loin, le sens de la permanence culturelle comme c'est le cas dans les études menées par Sahlins (1994, 1996). Il convient cependant de souligner que pour résister, les biomédecins n'utilisent pas les mêmes stratégies que les guérisseurs, dans la mesure où il existe un rapport de forces asymétriques entre ces derniers et les premiers. Les biomédecins résistants s'appuient sur leur position de pouvoir à l'intérieur de la biomédecine pour introduire les changements qu'ils jugent nécessaires. Les résistances qu'ils opposent à la biomédecine usent d'une ruse de l'ordre de la stratégie. Les guérisseurs n'utilisent pas les mêmes stratégies de résistances que les biomédecins, en ceci qu'ils sont considérés comme des acteurs faibles dans le

champ de la santé. On s'attend à ce qu'une asymétrie de pouvoir s'accompagne alors d'une asymétrie stratégique. Mais qu'il s'agisse des guérisseurs ou des biomédecins, les uns et les autres usent en réalité de la «ruse», même si la ruse de l'acteur fort diffère de celle de l'acteur faible. À cet effet, la ruse du faible ne se situe pas sur le même plan que celle du fort, même si les deux ruses cherchent à obtenir un avantage comparatif, ou une plus grande marge de manœuvre.

### **6.2.3 La ruse, comme stratégie essentielle de résistance au pouvoir biomédical**

Les guérisseurs sont des «acteurs faibles» sans stratégies, car celles-ci appartiennent aux acteurs forts ayant des territoires [professionnels] à défendre. En raison du fait qu'ils ont été dépossédés et disqualifiés de ce qui était supposé être leur territoire professionnel, ils ne peuvent avoir, comme le soulignent Payet et Laforgue (2008, p. 10), «de projet au sens d'une stratégie maîtrisée» des résistances qu'ils opposent à l'institution biomédicale. Ils n'utilisent pas la stratégie, mais plutôt des astuces, des subterfuges ou des tactiques. La ruse à laquelle font recours les guérisseurs que nous avons rencontrés s'accompagne d'un subterfuge qui vise, dans la majorité de cas, à contourner ou à contrecarrer le pouvoir de l'institution biomédicale représentée par des acteurs fortement reconnus et hégémoniques qui, de par leur position sociale au sommet de la hiérarchie de la profession biomédicale, sont peu ouverts au dialogue avec le guérisseur. Comme le rappellent de Coster et al. (2005, p. 99), Goffman (1968) considère, du point de vue de la sociologie de la vie quotidienne ces stratégies singulières comme une préservation d'une identité personnelle toujours menacée. Une menace qui plane sur la tête des guérisseurs comme une épée de Damoclès : menace du déni de la reconnaissance, de délégitimation identitaire et de disqualification professionnelle (Andoche, 2004). Dans le champ de la sociologie du travail, certains auteurs font remarquer que ces petites stratégies traduisent de manière affichée une quête identitaire sur le plan professionnel. Maffesoli (1979, 1980) décrit les ruses du quotidien à la faveur desquelles les gens cherchent à tempérer la brutalité et les contraintes normatives de la vie moderne, d'une part, et à affronter la froideur d'une société de masse à travers les interstices d'une convivialité retrouvée dans les réseaux d'amis, de cercles ou de clans, d'autre part. Dans ce cas, il peut arriver que les acteurs développent une réappropriation du temps du travail et de son organisation par le biais d'une autogestion clandestine : c'est en développant progressivement et discrètement de nouvelles pratiques qu'ils parviennent à tempérer les rigueurs de l'organisation et de l'ordre existants.

En effet, nous nous sommes centré sur les concepts d'adaptations secondaires ou d'autogestion clandestine, parce qu'ils présentent l'avantage de mettre en évidence la distinction qu'opère la sociologie pragmatique de de Certeau (1980) entre stratégie et tactique. En effet, pour l'auteur :

«La stratégie suppose une distance ou une extériorité à l'action par rapport à l'objet ou à la situation sur laquelle l'acteur [faible ou fort] veut agir Quant à la tactique, Elle n'a de lieu que celui de l'autre. Aussi, doit-elle jouer avec le terrain qui lui est imposé tel l'organise la loi d'une force étrangère. [p.59]. «Elle fait du coup par coup. Elle profite des occasions et en dépend, sans base où stocker les bénéfices, augmenter un propre et prévoir les sorties. Ce qu'elle gagne ne se garde pas. Ce non-lieu lui permet sans doute la mobilité, mais dans une docilité aux aléas du temps, pour saisir au vol les possibilités qu'offre un instant. Il lui faut utiliser, vigilante, les failles que les conjonctures particulières ouvrent dans la surveillance du pouvoir propriétaire. Elle y braconne. Elle y crée des surprises. Il lui est possible d'être là où on ne l'attend pas. Elle est ruse. En somme, c'est un art du faible» (86-87), comparativement à l'art du fort qu'est la stratégie.

La tactique chez les guérisseurs présente la même économie analytique que la stratégie chez les biomédecins résistants. Dès lors, tactiques et stratégies sont deux dispositifs de résistances qui permettent la coordination des actions lorsque le principe de régulation institutionnel s'avère inopérant. Elles seraient, selon de Certeau (1980), toutes les actions sociales que les stratégies ne pourraient pas contrôler. En tant qu'acteurs indignés et disqualifiés sur leur propre territoire professionnel par des acteurs fortement légitimés, les guérisseurs font recours à des tactiques de requalification diverses, dont la première est de l'ordre de la «guerre asymétrique» (Baud & de Grandmaison, 2003; Metz & Mariën-Casey, 2003). Il s'agit en réalité d'une stratégie qui s'utilise en contextes de conflits armés entre les puissances techniquement fortes et les pays faibles. «L'asymétrie stratégique se définit comme l'utilisation d'une quelconque différence pour obtenir un avantage par rapport à l'autre [...]», et consiste, selon Metz et Mariën-Casey (2003, p. 26-27), «à réfléchir, à s'organiser et à agir différemment de l'adversaire afin de maximiser ses propres avantages ; d'exploiter les faiblesses de l'autre ; de prendre les initiatives ou de gagner une plus large liberté d'action». Ainsi, recourir constamment aux biomédecins constitue la première arme de la tactique de requalification professionnelle, mais aussi un des processus de passage de l'affaiblissement au renforcement institutionnel.

Ensuite vient la docilité. La tactique de la docilité s'oppose bien à celle que décrit Mbembé (1988) dans *Afrique indocile*. Elle semble plus féconde, inventive et créatrice que l'indocilité, en termes d'opportunités d'échanges qu'elle offre entre les guérisseurs et l'institution biomédicale. Alors que la docilité fait sortir de la logique de conflit, l'indocilité s'incarne dans le conflit. Or, en comparant ce

qu'ils gagnent en étant docile, mais de manière contrôlée, à ce qu'ils perdent en étant indociles, les guérisseurs trouvent un net avantage dans la tactique de la docilité. Il s'agit alors d'une docilité qui n'en est vraiment pas une : mieux un subterfuge, ou encore pour reprendre une formule de Balandier (1977, p. 24), «la ruse de la Ruse» qui consiste, selon l'auteur, de «s'insinuer partout, dans toutes les actions des hommes comme dans toutes les théories de leurs pratiques. Ce qui la rend difficilement saisissable». La docilité, en tant que second processus de passage de la faible légitimité à une légitimité renforcée, s'interpose entre la violence et l'obéissance aveugle, lui conférant ainsi un caractère de duplicité. Cette duplicité caractérise le recours aux identités professionnelles multiples. Par exemple, l'apprentissage de certains aspects biomédicaux permet aux guérisseurs de régler des problèmes pratiques de soins, notamment de lecture et de compréhension des résultats aux tests biologiques qu'ils demandent aux mères d'enfants, mais aussi de s'auto-octroyer le prestige des praticiens biomédicaux, comme le souligne le **Tradi#4** :

*Depuis que j'ai terminé ma formation d'infirmier, les malades se rendent facilement et de plus en plus chez moi ; il y a un côté rassurant pour eux et pour moi : disons une sorte de sécurité professionnelle. Vous voyez ? Je ne sais pas si je suis, finalement, guérisseur ou infirmier : sans doute les deux, mais je sais que la balance pèse plus du côté de ma fonction de guérisseur que de ce que je fais par rapport aux choses qui touchent à la médecine moderne. C'est juste une manière d'être différemment en fonction de la situation. Vous voyez. On est dans une société qui change, et tout homme pour s'adapter doit changer aussi. C'est deux attitudes devant le malade ; je dois faire avec les deux, et savoir les mettre ensemble. Avec ça je m'en sorts vraiment ; et certains médecins qui viennent chez moi sont attirés par les flacons dans lesquels je mets mes remèdes. Ils me posent des questions et se rendent compte que je sais et maîtrise ce que je fais. Ils sont étonnés des résultats de mes produits lorsqu'ils les utilisent pour eux-mêmes ou pour l'un de leur membre de la famille. Ils viennent me voir régulièrement pour des problèmes de grossesse et d'accouchement difficile. C'est très fréquent et mes produits aident. [Guérisseur et formation à la biomédecine, 12 années d'expérience professionnelle]*

Cet extrait montre comment la tactique de la docilité travaille et traverse de part en part la ruse pour la requalification, dont le principe repose surtout sur l'acquisition de l'identité professionnelle biomédicale par le biais de la formation à certains aspects de la biomédecine. Les guérisseurs n'affrontent plus les biomédecins en tant qu'adversaire, mais les opposent ce que Maffesoli (1979) a appelé dans *La conquête du présent*, un «ventre mou», terme que l'auteur définit comme une passivité féconde, un juste milieu fait de ténacité et de calcul, d'approbation. La métaphore du ventre mou – la souplesse – s'utilise par opposition à la métaphore du «dos dur» dont la solidité symbolise l'hostilité ouverte. Même si l'hostilité n'est pas en réalité absente des attitudes des guérisseurs, elle tend cependant à s'inscrire dans une sorte de rivalité professionnelle qui prend des formes de ce que Blanc et al., (1994, p. 15) ont appelé une «coopération conflictuelle». Cette fécondité de la «passivité» voulue s'apparente parfaitement à la tactique de la docilité, car l'enjeu

final est de trouver des compromis pratiques permettant un vivre ensemble professionnel, malgré les conflits irréductibles qui caractérisent les rapports entre les guérisseurs et les biomédecins.

Par ailleurs, on peut rapprocher les tactiques de docilité et du ventre mou de la stratégie de conversion radicale à la religion catholique observée chez les peuples du Centre au Cameroun. Il s'agissait d'une conversion sans véritable conviction sur le plan de la croyance. Les convertis ne sont pas pour autant de vrais croyants, ce qui rejoint bien les conclusions de Bastide (1968) dans les études menées au Brésil où il remarquait que même convertis à la religion catholique, «le catholicisme du Noir n'allait pas au-delà du simple signe de la croix. Le fétichisme persistait au-dessous comme une infrastructure indélébile». Ainsi, l'option pour la conversion tout comme la docilité repose sur un enjeu disciplinaire, dans la seule intention de contourner les effets des réticences des biomédecins que sont la marginalisation et la disqualification institutionnelles. Quoiqu'il en soit, en usant de la docilité les guérisseurs parviennent à s'arracher d'une telle disqualification en adoptant une autre posture : composer de manière inconditionnelle avec les biomédecins, en profitant des possibilités d'échanges ponctuelles offertes par la biomédecine. Le recours inconditionnel aux techniques biomédicales permet aux guérisseurs d'expérimenter une autre tactique : celle que Laforgue (2008, p. 165) a qualifié de «relations compréhensives», une formule qui dérive du concept des «institutions compréhensives» qu'il a emprunté à Pharo (1996). Dans l'esprit des deux auteurs, les relations et institutions «compréhensives» sont celles dans lesquelles les acteurs institutionnels écoutent la voix des acteurs faibles et tiennent compte des causes qu'ils constituent ; lorsqu'ils entrent en relation avec des acteurs faibles en faisant l'expérience du point de vue d'autrui». Autrui étant assimilé à l'autre faiblement reconnu et légitimé.

En effet, dans le cas de notre étude, les acteurs fortement reconnus et légitimés [biomédecins] ne rentrent pas directement en relation professionnelle avec les guérisseurs. Mais ils opèrent les contacts avec ces derniers à travers des actions médicales porteuses de succès. Par ailleurs, les relations compréhensives qu'expérimentent les guérisseurs ne sont pas de même nature que celles que décrivent Laforgue (2008) et Pharo (1996), car elles sont, dans le cas de notre étude, le fait des acteurs faibles qui établissent le dialogue avec les acteurs forts : *pour que je traite un patient, dira le Tradi#8, il faudrait que je voie d'abord son carnet d'hôpital ; il faudrait que je sache s'il a fait des examens [tests diagnostiques] à l'hôpital [...]. S'il ne les a pas je vais l'envoyer directement à l'hôpital les faire.* Disons aussi qu'elles sont aussi le produit d'une coproduction entre



les guérisseurs qui se positionnent en dehors du champ de conflit et l'institution biomédicale. Vu sous cet angle, on peut penser/espérer qu'une telle situation aboutisse au renforcement de la légitimité des guérisseurs, puisque dans la tactique fondée sur les relations compréhensives, les guérisseurs occupent une position offensive qui se rapproche de la posture de «prédation», selon un concept de Descola (2005, pp. 436–437). Concept que l'auteur définit «comme un style de relation aux humains [...] fondé sur la capture de principes d'identité et de substances vitales réputées nécessaires à la perpétuation de soi, c'est une disposition à incorporer l'altérité humaine au motif qu'elle est réputée indispensable à la définition de soi. Pour être vraiment moi-même, je dois m'emparer d'un autre». Le recours à l'identité professionnelle biomédicale repose parfaitement sur le principe de prédation. Ainsi, la position de prédateur montre tout simplement que même les acteurs faibles, ici les guérisseurs, disposent, selon Roulleau-Berger (2002b, p. 3), des capacités et compétences à réussir, un aspect de la rivalité et de contre-dominance qui a été rarement envisagé/abordé par les études en socio-anthropologie de la rencontre des médecines.

#### **6.2.3.1 Les enjeux de la multiplication des identités professionnelles**

Par ailleurs, les soignants qui multiplient le recours à des identités professionnelles ne sont pas seulement dans une lutte pour le reclassement dans un champ d'activité très concurrentiel et compétitif. Ils opèrent par là même une remise en question des savoirs initiaux qu'ils ont acquis au cours de leur formation initiale. Cela est autant vrai pour le biomédecin que pour le guérisseur. La production et la construction de nouveaux espaces de sociabilité thérapeutiques en sont la conséquence immédiate. Ici, ce sont les limites entre les compétences et les actions du soignant et la conformité de celles-ci avec les exigences des patients qui sont réinterrogées dans les pratiques de multiplication des identités professionnelles. C'est aussi un souci d'adaptation du profil du soignant aux nouvelles exigences professionnelles qui l'oblige à acquérir de nouvelles formes de compétences, de connaissances et de reconnaissances. De sorte qu'on ne peut pas justement faire le départ entre les transformations des identités professionnelles pour des pures besoins stratégiques, d'un côté ; et celles qui ressortent des besoins de renforcement ou d'acquisition d'une légitimité d'autre part, ou encore celles qui répondent tout simplement à un souci de fournir de meilleurs soins aux patients. Ces trois moments coexistent, s'informent mutuellement dans le comportement du soignant contemporain, qu'il s'agisse du biomédecin ou du guérisseur. Il n'est pas possible d'isoler un seul. Les trois se tiennent dans un espace, où les forces et les positions de

pouvoir sont concurrentes ; se hiérarchisent et s'articulent dans certaines situations particulières ; et tendent, dans d'autres, à la neutralisation par le biais des résistances des uns aux autres.

Soulignons pour finir que les résistances, quelles qu'elles soient, prennent des formes différentes, dont la plus illustrative est l'appui institutionnel qu'offrent certains biomédecins aux guérisseurs, soit en les aidant, comme nous allons le voir dans les lignes suivantes, à codifier leurs produits. Mais cet appui participe à la production d'une figure politique de la résistance institutionnelle qu'est ici le néothérapeute, voire ce que nous avons appelé la néomédecine. C'est bien ce que Simon (2013) a qualifié au Bénin de *Production sociale d'un thérapeute contemporain* ; alors que Pordié et Simon (2013) parlent dans une section qui ouvre un livre coédité de *Production sociopolitique des guérisseurs et des pratiques*. En effet, les conditions de possibilités d'une telle production tiennent avant tout d'un jeu d'instrumentalité mutuelle entre les acteurs fortement légitimés et les acteurs faiblement reconnus. Elle résulte de l'agir faible et de l'agir fort, et donne un accent particulier à la mise en œuvre de la pluralisation et de la diversification thérapeutiques. Davantage qu'un simple appui désintéressé de la part des biomédecins et qu'un simple besoin de voir leurs savoirs formalisés et codifiés, de la part des guérisseurs, cette production mobilise une pluralité d'acteurs dont les intérêts sont variés, bien que la situation, à partir d'une vue extérieure, laisse apparaître un équilibre des intérêts, dans un réseau de professionnels dont le noyau reste encore à constituer ou à définir. Notons aussi que cette production ne découle pas d'une programmation pensée à partir d'un modèle décisionnel repérable dans l'espace et le temps. Elle est, comme nous l'avons signalé, le résultat complexe des conduites de soins perçues comme étant l'incarnation des souhaits des malades, mais aussi de certains professionnels pour des raisons qui restent à définir. Les avantages de la multiplication des identités professionnelles sont ici nombreux : dont l'auto-légitimation que nous avons décrite ; la requalification professionnelle qui consiste en un procédé de reclassement social et professionnel. L'enjeu étant de quitter la précarité identitaire, mais aussi la précarité professionnelle engendrée par la misère de position et de condition et les carrières négatives. Entre aussi en ligne de compte, le renforcement de la légitimité. Mais tous ces avantages sont en réalité le produit d'un dispositif tactique auquel fait recours les guérisseurs affaiblis par de multiples disqualifications. Ce dispositif correspond à ce que de Certeau (1980) a qualifié dans *L'invention du quotidien* de « ruse » : une arme essentielle de la tactique du faible.

## 7 LA RECONNAISSANCE

Au cœur des revendications à la reconnaissance réside un sentiment d'injustice. Dans le cas qui nous concerne ici, il s'agit d'une injustice professionnelle qui s'est traduite par la négation du statut de professionnel de la santé à part entière aux guérisseurs, pourtant de toute évidence leurs activités les positionnent dans le champ de la santé comme des prestataires de soins, au même titre que les biomédecins. Alors que les médecines africaines sont très souvent à l'ordre du jour dans les grands colloques internationaux et les agendas des organismes internationaux, à l'instar de l'OMS où les guérisseurs sont souvent évoqués. Mais ces derniers ont toujours été absents des instances décisionnelles, tant sur le plan macrosociologique concernant les politiques de reconnaissance et de légitimation de leur profession que sur le plan microsociologique concernant les pratiques médicales relatives à la profession des guérisseurs (Fassin, 1989, p. 290). Les guérisseurs sont exclus des débats qui concernent pourtant leur système médical. De plus, les populations bénéficiaires des services et des soins des guérisseurs n'ont jamais été impliquées à l'exercice d'octroi de la reconnaissance aux différents professionnels de la santé. L'exclusion des guérisseurs des débats publics les concernant est caractéristique d'un «déli de reconnaissance» qui se situe, selon Fraser, «dans l'existence manifeste, publique et véritable d'obstacles à la jouissance du statut» (Fraser, 2004, p. 159) de professionnel à part entière dans le marché de la santé, alors même que ce statut est, comme nous allons le voir dans les lignes suivantes, professionnellement défendable au niveau des pratiques de soins. Il existe une importante littérature anthropologique sur les questions de reconnaissance, tant des différents systèmes de médecines que des individus porteurs des univers de significations de ces systèmes. Mais un inventaire des travaux consacrés à la reconnaissance montre qu'elle est extrêmement bien documentée du point de vue des instances officielles qui la décernent : la reconnaissance formelle ou normative. Mais très peu de recherches ont abordé profondément et de manière suffisante la reconnaissance du point de vue des usagers de soins et des soignants, afin de voir ce qu'ils en savent ; et de mettre en évidence les pratiques qui en rendent compte sur le terrain des pratiques de soin. L'étude que nous avons menée montre qu'il existe d'autres circuits de reconnaissance et de légitimité qui se fabriquent, non pas à côté ou à l'écart des circuits formels, mais plutôt soit à partir et/ou de l'intérieur de ces derniers. Les circuits informels constituent de nouvelles trajectoires d'ascension à la reconnaissance et à la légitimité informelles qui tendent, au fil du temps, à

s'affirmer dans l'espace de sociabilité thérapeutique. La reconnaissance informelle a ceci de spécifique qu'elle se tisse à la périphérie de la reconnaissance formelle ; elle se superpose à celle-ci sans jamais s'opposer à elle. Elle a pour lieu de construction les espaces intermédiaires, où s'effectuent les rencontres informelles. Elle n'a pas, de ce fait, forcément et nécessairement besoin d'une autorité assermentée, comme par exemple l'OMS et les autorités de la santé publique, pour être reconnue. Derrières les circuits informels de l'intermédiarité de la reconnaissance informelle se trouvent des personnages/figures non institutionnels qui travaillent, dans l'ombre et de manière clandestine, pour «rendre visible le travail invisible» (Payet & Giuliani, 2010, p. 11) des soignants disqualifiés dont les prestations de soins méritent une reconnaissance professionnelle. Mieux : une reconnaissance juridique de la reconnaissance qui en découle. Font partie de ces figures de l'ombre les mères d'enfants, les biomédecins résistants, et les guérisseurs eux-mêmes. Comment ces nouvelles figures de la reconnaissance procèdent-elles pour faire passer les guérisseurs de l'invisibilité à la visibilité ? Dans quelle source du pouvoir s'alimente alors leur droit [non institutionnel] d'octroi de la reconnaissance professionnelle aux professionnels disqualifiés ?

### **7.1 Reconnaissance professionnelle dans la perspective des usagers de soins**

Lorsqu'on évoque la reconnaissance professionnelle du point de vue des usagers de soins, nous voulons signifier par là le fait que ce qu'ils font ou refusent de faire peut être interprété, dans un cas, comme «accréditation» ou «crédibilisation», et dans l'autre, comme «discréditation» ou «discrédibilisation» des pratiques de soins d'un soignant, quel qu'il soit. Ce couple de concepts ou de mots étant porteur de valeurs d'autorité au sens où l'entend Ricœur (2000, pp. 108–109) dans *Le paradoxe de l'autorité* dans *Le Juste II*, et conséquemment, sont considérés, dans le premier cas, comme des signes de reconnaissance, et dans le second, comme indices de non reconnaissance. Or cette capacité de rendre crédible et de décrédibiliser les pratiques, et par delà, le soignant lui-même, n'a jamais été vu comme un fondement d'autorité de la reconnaissance chez les usagers de soins, ni même reconnu à ces derniers. Pourtant, c'est bien ce que révélait Hours (1992, p. 126) lorsqu'il soulignait le pouvoir qu'ont les usagers de procéder, avant les choix thérapeutiques, à un triage des systèmes d'offre de soins : «les patients africains ne s'y trompent pas qui opèrent eux-mêmes un tri et construisent leurs itinéraires thérapeutiques en conséquence, quitte à changer la méthode chaque fois que la guérison n'est pas au rendez-vous». Mais ce que l'auteur ne mentionne pas c'est que l'utilisateur ne trie pas pour trier ; s'il trie, c'est aussi parce qu'il

évalue en même temps les compétences du soignant en fonction d'une certaine idée qu'il sait ou croit savoir de la capacité du soignant à résoudre tel problème de santé plutôt que tel autre. Également, il évalue aussi les moyens techniques engagés dans le processus thérapeutique, car toutes les techniques thérapeutiques, même les plus sophistiquées, ne sont pas toujours bonnes pour l'usager, même si, paradoxalement, ce sont elles qui fondent en biomédecine l'efficacité thérapeutique. L'exemple des réticences à l'égard de la césarienne en est une parfaite illustration.

En effet, les mères acquièrent par expérience dans le parcours thérapeutique, une connaissance des systèmes d'offre de soins appropriés, en fonction des problèmes de santé pour lesquels elles s'adressent à tel soignant plutôt qu'à tel autre; à tel moment plutôt qu'à tel autre. L'expérience cumulative de recours à différents soignants appartenant ou non à un même système de soin confère aux mères des savoirs et connaissances auxquels elles s'en réfèrent prochainement à la suite d'une nouvelle maladie pour décider et choisir le type de soin dont elles ont besoin, mais aussi qui leur convient. Nous utilisons ici à dessein le verbe convenir, car il introduit la notion de convenance par rapport à un objet-situation. Nous prendrons ici l'exemple de l'usage des prescriptions d'ordonnance en pédiatrie et les chemins qu'elles empruntent. Si nous prenons cet exemple, c'est parce que la manière dont les mères utilisent les ordonnances montre qu'elles détiennent une partie de pouvoir dans l'évaluation du professionnalisme des soignants, comme l'illustre le discours de **la Mère-Maisons#7**, une mère rencontrée dans les Maisons que nous avons visitées :

*En fait, moi je vais à l'hôpital parce que l'hôpital me permet de faire les examens biologiques. Lorsque le médecin a prescrit l'examen ou le test qu'il juge nécessaire, et j'ai passé la radio ou le test, très souvent sanguin ou salivaire ou encore tout autre, par exemple, celui du vih/sida; je retourne le voir pour qu'il interprète le résultat de l'examen et, prescrit une ordonnance. Là s'arrête partiellement le travail du médecin. Je retourne au quartier voir mon guérisseur qui me donne, sur la base des interprétations des résultats que je vais lui rapporter verbalement, les produits [ou remèdes] traditionnels pour traiter et combattre la maladie. Et dans la majorité des cas, cela marche très bien. Et après mon guérisseur me renvoie à l'hôpital faire une évaluation pour voir à quel niveau est rendu la maladie et pour envisager la suite du traitement. Beaucoup de guérisseurs ne guérissent plus à tâtons ; certains n'ont même pas besoin que je leur rende compte du rapport du médecin. Ils savent lire les résultats des tests et les interpréter, puisque la majorité est allée à l'école. Ce sont aussi des jeunes guérisseurs qui essaient de satisfaire les mamans. [Mère d'un enfant souffrant de sida, 39 ans, commerçante].*

En d'autres termes, cette illustration constitue l'usager de soins en être capable de discernement de ce que Thévenot (1990) a qualifié de *L'action qui convient*, suivant les normes de conduites de soin qu'il s'est lui même donné. C'est dire que l'usager à ses propres normes de conduites de

soins que les normes des institutions biomédicales, par exemple, ignorent ou ne veulent pas prendre en considération. Si les normes de conduites de soins sont celles de la convenance de l'action et également celles qui fondent les décisions, il ne faut pas oublier qu'elles s'accompagnent toujours d'une évaluation des compétences professionnelles du soignant, quel qu'il soit. En effet, l'usager n'évalue pas ce dernier en fonction de sa faible ou forte légitimité, mais plutôt en fonction de sa capacité à venir à bout de la maladie. Vu sous cet angle, il n'est pas exclu qu'il pénalise et discrédite les systèmes de soins et/ou les soignants qui ne lui conviennent pas, c'est-à-dire qu'il ne reconnaît pas les pratiques de ces derniers comme porteuses de succès thérapeutiques : il les frappe d'«incapacitation». Dans une logique inverse, en optant pour un soignant quelconque, il n'opère pas seulement un choix thérapeutique, mais il fait et accomplit également un acte de reconnaissance professionnelle à l'égard de l'offre sanitaire qui aurait retenu son attention : du moins qui lui paraît la plus appropriée pour répondre aux problèmes de santé que lui-même ou un membre de sa famille porte. Cette forme de reconnaissance est un acte de «(re)capacitation» du soignant, surtout si ce dernier avait été disqualifié professionnellement. C'est ce processus de passage de l'incapacité et à la capacité que l'anthropologie capacitaire essaie de saisir (Ricœur, 1990). On peut aussi voir en cela un premier indice fort de reconnaissance à la fois de la compétence du professionnel disqualifié, qu'il s'agisse du guérisseur ou du biomédecin ; mais aussi d'un acte de validation des solutions thérapeutiques proposées par le prestataire de soins. En effet, une telle validation apparaît après une activité d'évaluation à partir d'une expérience de traitement antérieure ou précédente chez le même prestataire. Dans cette perspective, on se rend compte que le certificat délivré à la fin d'une formation, fut-elle biomédicale, n'est pas la seule et unique mesure de la compétence et de l'efficacité du soignant, et donc de reconnaissance de ses capacités à assumer le statut de professionnel. Aussi, une prise en compte de la voix des bénéficiaires ou consommateurs des services de soins s'avère une nécessité urgente, dans le contexte de la mondialisation actuelle, si on veut donner la priorité à la maladie et au malade.

D'ailleurs les conduites d'offre de soin des guérisseurs consultés semblent être informées par les conceptions du soignant capable du point de vue des usagers de soins, et de moins en moins à partir de la perspective des autorités de la santé publique. Aussi, le discours de ce guérisseur semble être en résonance parfaite avec celui de la **Mère-Maisons#7**, citée plus haut :

*Tradi#1 : J'ai des évaluations maintenant de l'état d'avancement des soins, ce que je ne faisais pas avant. Les malades savent qu'ils peuvent venir ici chez moi et aller à l'hôpital ; que ce que je fais n'est pas contre*

*ce que l'hôpital peut faire. C'est donc un va-et-vient chez moi. Et je trouve cela très bien pour les malades. Mon épouse aussi fait les mêmes va-et-vient, que ce soit pour la grossesse ou pour la maladie de l'enfant» [Guérisseur, bac+ 1, 15 années d'expérience professionnelle].*

Les propos de ce guérisseur montrent que chaque système de soin est inscrit dans une dialectique de circularité dans laquelle évoluent les usagers de soins. Dans le cas particulier des Maisons, il semble qu'elles soient en quelque sorte les lieux, du point de vue de certaines mères, où commencent et se terminent les soins en passant, bien entendu, par d'autres soignants. C'est pour cela que les Maisons de soins sont considérées, du moins par la majorité des mères qui consultent les guérisseurs, comme *«le point de jonction entre la médecine traditionnelle, la biomédecine et les autres thérapeutes qui se réclament du religieux. Mais de nos jours, les femmes enceintes, et je peux le dire sans crainte d'exagération en me basant sur ma propre expérience, ne se rendent pas à l'hôpital ou même chez le prêtre, en particulier pour celles qui sont croyantes, sans avoir l'avis du guérisseur» [Mère-Maisons#8].* Dans l'étude que nous avons menée, les mères apparaissent comme les premières figures de l'autorité qui décernent ou refusent, par la manière dont elles utilisent les prescriptions médicales, la reconnaissance et la légitimité aux guérisseurs, même si celles-ci restent encore informelles. Les recours simultanés aux guérisseurs et aux biomédecins en sont une parfaite illustration des sources plurielles des compétences thérapeutiques, mais aussi d'une pluralité de sources de légitimités. Cela nous amène à interroger les mécanismes par lesquelles certains professionnels fortement légitimés procèdent à la reconnaissance d'autres professionnels jugés «illégitimes» ou faiblement reconnus. Sur quels aspects fondent-ils leur reconnaissance ?

## **7. 2 Reconnaissance professionnelle dans la perspective des biomédecins résistants**

La reconnaissance professionnelle du point de vue des biomédecins résistants s'ancre dans l'action capacitaire, celle-ci étant elle-même évaluée à partir du critère de compétence dont la seule mesure est le succès ou l'échec de thérapeutique. Avons-nous vu plus haut avec Canguilhem que si la compétence des biomédecins se mesure à l'horizon de la maîtrise des moyens biotechniques hypersophistiqués, celle du guérisseur engage directement sa capacité à produire des actes porteurs de succès. On est là dans un système d'évaluation capacitaire à partir de deux poids deux mesures. «Un médecin qui ne guérirait personne», écrit Canguilhem (1978, p. 14), «ne cesserait pas en droit d'être médecin, habilité qu'il serait, par un diplôme sanctionnant un savoir conventionnellement reconnu, à traiter des malades dont les maladies sont exposées, dans

des Traités [...]». Pourtant, ce n'est pas le cas pour le guérisseur, comme en témoigne le **Tradi#2** :

*Nous guérisseurs, nous avons beaucoup de difficultés. Quand les gens vont à l'hôpital, ils y vont tout simplement, et ne pensent pas faire des problèmes au médecin si jamais la maladie ne guérit pas après le traitement du médecin. Mais quand les mêmes malades viennent chez nous les guérisseurs, quand ils vous donnent l'argent, ils doivent à tout prix guérir, sinon, vous risquez de rembourser l'argent. Nous sentons toujours une grosse charge sur nos épaules lorsqu'un malade vient nous voir. C'est comme si nous devons faire finir tout de suite la maladie. Il y a des tradipraticiens qui ont connu des problèmes de ce genre, j'en connais. Moi-même, j'en ai eu des cas comme ça. C'est comme si le malade se disait : bon voilà par exemple quinze mille francs cfa que je vous ai donné pour mon traitement, et s'il n'est pas guéri ça devient un problème demain. Vous avez pris ses quinze mille francs cfa et ça devient un problème pour vous, puisqu'il reviendra tout le temps, et ne va plus déboursier un seul sous, jusqu'à ce que la maladie finisse. Vous voyez ? Les malades qui se comportent de la sorte commencent toujours par demander un reçu. C'est la preuve qu'il vous a donné de l'argent. Mais je reçois ici les malades dont le traitement a échoué à l'hôpital, mais qui ne pensent même pas y retourner pour demander le remboursement des frais de traitements. [Guérisseur, Bac+4, 22 années d'expérience professionnelle].*

La différenciation des critères d'évaluation capacitaire engendre aussi une perception différenciée des critères de reconnaissance de la compétence. Si bien qu'on peut dire que les compétences biomédicales sont de l'ordre de l'accréditation institutionnelle, car elle se mesure par le certificat, ce certificat étant en soi l'expression de sa légitimité. Alors que celle du guérisseur passe par ce qu'il fait, c'est-à-dire par le réel du travail de soin ; par le travail de guérison réalisé avec succès. En effet, c'est la capacité du savoir «faire», pour reprendre un concept de Desjours (2006, p. 67), que reconnaissent les biomédecins résistants qui échangent informellement les services avec les guérisseurs, comme l'illustre ce biomédecin au sujet de certaines mères qui refusent d'allaiter :

**Biomed#3** : *Nous savons que la proximité que nous montrons avec les guérisseurs est un risque professionnel que nous prenons. Mais nous n'avons pas de choix. Bref on est souvent amené à leur dire [aux mères] de faire avec les deux [médecines]. Je vais te donner un exemple ; je suis les enfants souffrant de malnutrition sévère. La plupart de ces malnutritions sont dues au fait que la maman n'a pas allaité son enfant. Et il y a certaines femmes de la culture, je pense c'est les bété [une ethnie du sud et du centre au Cameroun] qui, dès que le nourrisson a fait la diarrhée, elles disent que leur sein est gâté. Une fois que la femme a dit que son sein est gâté, elle ne donnera plus jamais son lait à son enfant [...]. Et donc qu'est-ce que je fais à ce moment là ? Si un enfant arrive dans mon service et qu'il n'est pas allaité, si je vois cette maman-là assez tôt, je vais lui dire de donner le sein ; si elle est réticente, je vais lui dire d'aller voir en famille, parce qu'elles disent souvent qu'il y a un moyen de traiter ce genre de problèmes. Ce que je fais, je lui dis d'aller traiter ; d'aller prendre les soins là où elle semble connaître. Parce que c'est généralement des soins traditionnels, et puis secondairement je lui demande de mettre l'enfant au sein. Parce que si je lui dis : jamais tu ne verras pas les guérisseurs pour soigner tes seins «gâtés», elle ne va pas allaiter l'enfant. Donc pour essayer de gagner sa confiance, il faut que je lui dise d'aller laver son sein ou bien faire le traitement, ou encore de faire ce qu'elles font pour soigner le sein «gâté». Je vais lui dire va soigner ton sein là rapidement et tu viens donner ton lait à l'enfant parce que si tu ne le dis pas, si jamais tu forces, tu imposes cet allaitement et qu'il survienne quelque chose à l'enfant, elle va directement établir le lien entre son sein et peut être le décès alors que ce n'est pas le cas. Donc on essaye de faire comme ça, c'est-à-dire accepter qu'elle aille voir le guérisseur, malgré nous et contre nos convictions personnelles. Parce qu'on sait qu'on a le bénéfice à tirer de la rencontre avec le guérisseur [Médecin, 3 années d'expérience professionnelle].*

Cette illustration montre deux choses. La première est le gain de confiance de la mère, un aspect



fondamental pour la poursuite des soins. Le principal enjeu qui pousse ce biomédecin à accepter le recours au guérisseur est la garantie de l'observance thérapeutique. La seconde porte sur ce que font les guérisseurs, c'est-à-dire la réalité du travail réalisé. C'est un travail concret et réel qu'effectue le guérisseur dans le processus thérapeutique engagé par le biomédecin, puisque les retombées ne se font pas attendre, notamment en termes d'observance thérapeutique : mettre l'enfant au sein. Ce sont alors ces deux points qui mobilisent les biomédecins résistants qui opèrent un travail de co-thérapie avec les guérisseurs. S'ils recourent aux services de ces derniers, ce n'est pas prioritairement pour défendre le statut professionnel du métier du guérisseur, mais plutôt le pragmatisme des actes thérapeutiques ce dernier pose. Autrement dit, pour maintenir sa visibilité dans le champ des pratiques médicales, le guérisseur a l'obligation de produire les actes thérapeutiques porteurs de succès. La reconnaissance professionnelle accordée au guérisseur par les biomédecins résistants passe par la démonstration de ses capacités. Ce sont ces capacités et succès qui deviennent, comme l'a relevé Lallement (2007, p. 71) dans le contexte de la sociologie du travail, l'un des indicateurs d'analyse de la «reconnaissance des qualités du travail» des soins rendus par les guérisseurs. Le succès thérapeutique n'étant pas dissociable de l'action capacitaire, c'est par le biais de la reconnaissance de ce qu'ils font que les guérisseurs disqualifiés institutionnellement espèrent se voir reconnaître une identité de professionnel, notamment par un autre professionnel fortement reconnu et légitimé. C'est dans ce sens que «la reconnaissance sur le faire est», écrit Dejours (2007, p. 67), «non seulement le point de passage pour arriver à la reconnaissance de l'identité et à l'appartenance, mais elle est aussi la médiation par laquelle se trouve attestée la vérité, ou la véracité, du rapport entre le sujet et le réel [...]. C'est ce qui fait du réel l'instance entre le sujet qui demande et l'autre qui reconnaît». Mais si tel est le cas, on s'attendrait alors à ce que ce rapport au réel devienne un aspect mobilisateur pour la reconnaissance professionnelle des guérisseurs. Mais ce qui n'est pas forcément le cas, car les pratiques de marginalisation professionnelle sont encore courantes, comme cela transparait dans le discours de cet autre biomédecin, alors même qu'il est convaincu du bien fondé du recours aux guérisseurs à certains moments :

**Biomed#10 :** *Le tradipraticien classique, c'est quelqu'un qui soigne normalement à partir des choses puisées dans la nature et, très souvent, c'est des plantes. Et très souvent les tradipraticiens sont assez spécialisés, c'est-à-dire qu'ils se concentrent dans un domaine et ne s'occupent que vraiment de cela. Vous allez voir quelqu'un qui sait soigner les plaies à partir des plantes ; un autre qui sait soigner ceci ou cela, peut-être telle irruption cutanée à partir des plantes ; il fait ça ; il ne fait que ça ; et il le fait bien. Vous allez voir des guérisseurs qui sont spécialisés dans les maladies des seins, ce qu'on appelle communément le*

*sein altéré. La majorité de mères s'en plaignent, et elles refusent d'allaiter les enfants. Certaines ne commencent l'allaitement qu'après avoir rencontré un guérisseur qui procède au lavage du sein maternel, afin de le rendre pur. Mais pour autant, cela ne me permet pas, et même sur le plan déontologique, de libérer un instant la mère qui souffre des problèmes de sein pour aller voir le guérisseur. Franchement je ne vais pas envoyer une mère d'enfants quelque part dans un monde inconnu et non reconnu. Je préfère l'envoyer là où je connais et qui est reconnu par les autorités de la santé publique, et je me limite à ça. Hier par exemple, j'ai vu une maman qui avait des problèmes avec ses seins. Elle est venue me voir pour son bébé. Je vois son bébé ne grossit pas. Et je lui pose la question madame est-ce que vous allaitez correctement votre bébé ? Est-ce que le sein coule ? C'est en l'interrogeant que je me rends compte qu'elle a des gros problèmes avec ses seins. Je ne suis pas gynécologue pour m'occuper de ses seins, je lui ai demandé d'aller voir son gynécologue. Parce que tant que son problème de seins n'est pas résolu, ça va avoir des conséquences sur mon patient qui est son bébé. Donc là j'ai insisté qu'elle doit voir le gynécologue ce matin pour que le gynécologue s'occupe de ses problèmes de seins. Et j'ai même failli lui donner une recette traditionnelle, une recette qui [...], c'est un vieux souvenir. Je me suis gardé de lui donner cette recette là parce que je me suis dit que peut-être ça peut être dépassée. C'est quelque chose que je connais bien ça fait un peu plus de dix ans [Médecin, 4 années d'expérience professionnelle].*

Cet extrait montre qu'au principe du refus de recourir aux services du guérisseur par cet autre biomédecin se trouve un obstacle déontologique. Le problème ne se trouve pas au niveau d'un déficit de capacités chez le guérisseur, en termes de compétences. Le problème est celui de l'absence de reconnaissance juridique, car le discours du biomédecin ci-dessus n'exprime pas une condamnation ou une mise à l'écart des pratiques médicales du guérisseur, mais plutôt un déni de reconnaissance de l'identité professionnelle de ce dernier. On se demande alors si les critères de reconnaissance sont d'abord destinés à reconnaître ce qui marche dans le processus de soins ou sont destinés à prouver la légitimité institutionnelle des soignants qui sont mandatés à produire les services de soins, même s'ils ne peuvent pas guérir les malades. Dans tous les cas, une analyse de la posture du biomédecin légaliste et celle du médecin résistant montre que le premier présente un comportement conformiste à l'égard de la biomédecine, alors que le second se montre distant des normes biomédicales. La position du dernier exprime une désapprobation des critères de reconnaissance fondés sur la légitimité institutionnelle de l'identité professionnelle, et aussi un intérêt pour la mise en place d'autres critères de reconnaissance fondés sur les pratiques réelles. En effet, à regarder de près le comportement de ce biomédecin, il est tout à fait envisageable qu'il se positionne autant en résistant à l'intérieur de la biomédecine qu'en complice extérieur aux guérisseurs.

La deuxième chose qu'illustre le discours du biomédecin#3 est la complicité qu'il établit avec les guérisseurs. Mais cette complicité tient de ce qu'à l'intérieur même de la biomédecine, les biomédecins ne sont pas unanimes au sujet du recours aux guérisseurs. Mais ces divergences

tiennent aussi du fait que les résistants ont une perception différente de celle des légalistes sur le sujet :

**Biomed#2** : *Écoute très bien ce que je vais te dire maintenant, dit-il, dans ma pratique, moi, j'ai pas de truc à imposer à mon patient. Lorsqu'un patient arrive chez moi, je suis prêt à lui délivrer un document qui montre que je l'ai libéré pour rencontrer le thérapeute de son choix. C'est ce que je fais dans ma pratique aujourd'hui, parce que je suis libre déjà et pour deux raisons principales : je suis médecin retraité ; et je ne suis plus sous la pression de la déontologie biomédicale. Voilà ma position actuelle vis-à-vis de toutes ces luttes qui ne profitent qu'aux organisations nationales et internationales de la santé ; pourtant on crie tous les jours la radio et les médias que l'enjeu est bien une meilleure qualité de l'offre de soins aux patients. En tout cas, je n'ai pas encore remarqué cela, à plus de 28 ans de services. J'estime que le patient est maître de sa thérapie. Il est maître de son choix thérapeutique, de son choix de soins. Il est maître [...], il a la liberté de choisir celui qui doit lui prodiguer les soins. Je peux être inefficace peut-être par ma manière de voir les choses. Peut-être si les limites que je peux avoir dans ma manière de pratiquer le font partir ailleurs, comme pour tout un chacun il y a des insuffisances, la perfection étant très difficile à atteindre. L'imperfection peut faire en sorte que le patient qui me consulte préfère plutôt consulter quelqu'un d'autres auprès de qui il peut être satisfait et vis-versa. Il y en a qui ne sont pas satisfaits chez les autres [biomédecins], et ils viennent chez moi. Je trouve ça tout à fait logique et normal. Euh c'est vrai, saurait été peut être bien que cela fasse l'objet d'une collaboration entre collègues guérisseurs et biomédecins ! Oui, mais comme nous sommes rares à le faire ; comme je suis presque seul qui prend le risque de respecter les choix thérapeutiques des patients.*

*En fait, ici à Yaoundé, on se bat beaucoup. Et les biomédecins se battent et luttent pour avoir des patients ; de même que les guérisseurs se battent aussi. Mais ce qui est certain, les praticiens, guérisseurs ou biomedecins qui travaillent bien, c'est-à-dire ceux dont l'objectif est la santé et la satisfaction, ont des patients ou des clients : parlons maintenant de clients, puisque c'est le terme approprié, car on est dans une sorte de champ économique. Pour te prendre un exemple, j'ai pu travailler avec une dame qui a eu une grossesse à la suite d'un viol. La thérapie s'est faite à trois : la dame, son prêtre et moi, parce que la dame était chrétienne. J'ai compris que le problème de la dame n'était pas au niveau du médicament, mais au niveau de la représentation de l'enfant qu'elle portait. J'ai donc décidé, contre mes convictions biomédicales, de faire une rencontre à mon bureau à l'hôpital avec le prêtre de la congrégation ou de l'église que fréquentait la dame. C'est par là que le problème s'est résolu. Vous voyez, si la dame avait été animiste, je pense que je lui aurai conseillé autre chose, peut-être, on ne sait jamais, d'aller faire des sacrifices au village, dans la mesure où la tradition a aussi prévu les rituels pour ce genre de problème. Je connais des groupes ethniques qui traitent rituellement un viol incestueux, qui s'en suit d'une grossesse. C'est que l'enfant du viol incestueux est représenté d'une certaine manière dans ladite communauté. Pourquoi fermer cette porte rituelle qui peut constituer une avenue thérapeutique à la mère et à son enfant ? Les rituels traditionnels sont là pour ce genre de problèmes. Même s'ils n'aident pas, comme on le pense très souvent, et cela reste encore à prouver, ils apportent au moins le supplément de soulagement qui, dans ce cas précis, ne peut être pris en charge par la biomédecine. Elle est impuissante dans ces deux cas que je viens de mentionner. Tout est donc au cœur de la philosophie de soins. De là, se dessinent aisément les figures du bon et du mauvais soignant, que celui-ci soit guérisseur, biomédecin ou prêtre, etc., il me semble que si les autorités ne font pas quelque chose pour formaliser les savoirs traditionnels, cette formalisation se ferait d'elle même. Une plante qui guérit le paludisme a un double avantage. C'est peu coûteux et forcément abordable, financièrement. J'aime parfois demander à mes patients d'aller prendre un traitement de vapeur d'eau dans laquelle marine les feuilles de goyave et bien d'autres herbes, si elles souffrent d'une grippe. Cela ne les coûte aucun sous, sinon le temps d'aller chercher autour de la maison, dans la mesure où je leur indique cela parfois, et ce sont eux-mêmes qui vont les cueillir. De deux, c'est accessible et ne demande pas une ordonnance et une prescription. On peut le faire provisoirement en attendant rencontrer un médecin. Le rituel, pour moi, joue la même fonction. Soulager les cœurs blessés par un événement ; soulager les angoisses, les peurs et les craintes, les événements sans solutions immédiates. On gagnerait à se rapprocher du guérisseur pour soit l'aider à mieux organiser son protocole thérapeutique, soit pour l'aider à mieux connaître ce protocole et l'intégrer dans le traitement de la maladie désignée, et ce, moyennant des ententes claires». **[Médecin, 30 années d'expérience professionnelle]**.*

Le discours de ce biomédecin résistant montre qu'il se positionne non seulement en complice, mais aussi fonde le recours aux guérisseurs sur le respect des attentes et préférences des mères. Dans la mesure où la satisfaction de ces attentes agit parfois comme des leviers thérapeutiques qui poussent les mères à observer le protocole thérapeutique biomédical que leur propose le médecin. Mais autre chose que le respect du choix thérapeutique du patient laisse apparaître, c'est aussi le respect pour les pratiques médicales africaines, et donc du statut professionnel du guérisseur. Si nous avons qualifié les biomédecins résistants aussi de complices de l'extérieur, c'est parce que la manière dont ils se positionnent par rapport aux guérisseurs est en soi l'expression d'une reconnaissance professionnelle. Cette reconnaissance par un agent extérieur aux médecines africaines est importante pour le guérisseur, car il a besoin d'un apport extérieur pour s'accomplir professionnellement. Une telle reconnaissance crée du lien professionnel, un aspect important à l'origine des rencontres informelles entre guérisseurs et certains biomédecins.

La notion de complicité présente l'avantage d'opérer une réciprocité de perspectives entre les guérisseurs et les biomédecins. En effet, bénéficier des complicités des biomédecins extérieurs aux médecines africaines, c'est aussi se rapprocher d'un réseau durable de relations professionnelles institutionnalisées, d'interconnaissances et d'interreconnaissances utiles pour le renforcement de la légitimité professionnelle du guérisseur et mobilisables en tout temps, comme l'a montré Bourdieu dans le *Capital social*. Dans cette perspective, ce qui tisse le lien ou les rapports professionnels, ce n'est pas la norme biomédicale, mais plutôt les succès thérapeutiques opérés par le guérisseur. L'échange des patients entre ce dernier et le biomédecin est déjà en soi un signe de reconnaissance, dont l'ampleur se mesure par le renforcement de la légitimité du guérisseur. Dans la mesure où la reconnaissance pour laquelle la minorité de biomédecins luttent aux côtés des guérisseurs disqualifiés est, comme l'a relevé Dejours (2007, p. 66) dans un autre contexte, «d'abord la reconnaissance de leur travail – c'est-à-dire, fondamentalement, de la qualité de travail [...] non seulement de production [de la santé], mais aussi de l'implication et de la contribution d'un travailleur à la production et au remaniement des règles de travail et des règles de métiers, c'est-à-dire ce qui renvoie au travail collectif, à ses conditions de possibilité ou encore à la coopération».

Par ailleurs, comme la reconnaissance décernée par les biomédecins résistants porte non pas sur l'identité professionnelle du guérisseur, mais sur son savoir-faire, il semble qu'elle se distingue de

la reconnaissance instrumentale orientée vers le profit et la recherche de l'intérêt. C'est une reconnaissance où le guérisseur est doublement reconnu : d'abord en tant qu'être humain ; et ensuite en tant que professionnel de la santé capable de réussir un acte thérapeutique. Dans ce cas, elle ne vise pas un intérêt à proprement parler, comme l'a remarqué Fassin (1988; 2000b) dans le contexte sénégalais. Certes, reconnaître l'autre c'est aussi, avant tout, se reconnaître voir reconnu ; et se reconnaître comme figure de la reconnaissance. Autrement dit, ce n'est pas seulement le bénéficiaire de la reconnaissance qui en sort fortement reconnu, mais aussi celui qui l'octroie. Les deux en sont finalement les bénéficiaires, puisque le destinataire reconnaît par contrecoup celui qui le reconnaît, c'est un effet de miroir. Il ne peut en être autrement, car reconnaître l'autre, c'est aussi reconnaître un soi qui est en dehors du moi, un autre moi-même dans l'altérité en présence et avec qui j'interagis, je rivalise. Au demeurant, les usagers de soins et biomédecins résistants participent, chacun, à l'octroi d'une reconnaissance professionnelle au guérisseur. Cette forme de reconnaissance est bien différente de la reconnaissance institutionnelle, car elle s'appuie uniquement sur les savoir-faire, exploits et succès thérapeutiques qu'opèrent les professionnels déclassés et affaiblis. Reste alors une autre forme : l'auto-reconnaissance à laquelle accèdent les guérisseurs par eux-mêmes au moyen des stratégies individuelles qui visent à s'auto-reconnaître comme professionnel dans le marché de la santé.

### **7.3 Auto-reconnaissance : un concept de pouvoir depuis la position d'acteurs faibles**

La question de la reconnaissance du point de vue des soignants disqualifiés et affaiblis prend ici un autre statut. Nous avons vu plus haut que ceux-ci dépassent les empêchements institutionnels à la légitimité juridique de leur métier par des tactiques de multiplication des identités professionnelles, notamment en doublant l'identité professionnelle biomédicale et celle du guérisseur. En d'autres termes, les deux identités se chevauchent désormais en le guérisseur ; les deux prennent appui l'une sur l'autre ; et, également se renforcent mutuellement. Les données ethnographiques que nous avons recueillies auprès des guérisseurs rendent compte suffisamment de l'importance, chez eux, non pas simplement de la question de la reconnaissance, mais plutôt et surtout du besoin de reconnaissance institutionnelle de la reconnaissance de leur profession. Cela étant, notre travail consiste à focaliser l'attention sur les processus et moyens qu'ils se donnent eux-mêmes pour intéresser les instances de légitimation, afin d'obtenir une telle reconnaissance. Comme en témoigne le Tradi#3 :

*Ce qui est là est que nous estimons actuellement que ce que nous faisons en dehors de nos connaissances traditionnelles pourrait aider aussi à garantir notre notoriété auprès des patients, mais aussi auprès des autorités compétentes. C'est pourquoi il est question aussi pour nous d'acquérir un certain nombre de connaissances du côté de la médecine moderne, pour que ce que nous faisons en médecine traditionnelle soit amélioré et, qu'on ait les meilleures informations ; ce qui permettra à chaque tradipraticien qui pratique pour la fabrication des médicaments que ses remèdes puissent être utilisés par un spécialiste qui peut être de la médecine du blanc. C'est-à-dire qu'il démontre une méthodologie sur la quelle il utilise son produit, ou ses médicaments ; d'où le médecin, l'infirmier diplômé d'Etat ou que ce soit n'importe quel spécialiste en médecine conventionnelle puisse l'utiliser. Mais les difficultés aujourd'hui que nous avons sont lesquelles ? La médecine traditionnelle roule dans un cadre informel. Même quand on dit qu'on vous a reconnu, c'est encore du pur mensonge, puisque je n'ai pas de place. C'est du n'importe quoi. En tout cas, pour moi, rien n'a changé ; et nous travaillons nous-mêmes, de notre côté pour que ça change. Je vois que le changement ne viendra pas du gouvernement. Les guérisseurs ont des connaissances, ils veulent diffuser l'information. Mais il est difficile pour eux de dispenser même leurs connaissances. Quand vous osez soulever la tête, vous irez jusqu'où ? Vous êtes limités et même quand vous êtes là où vous pouvez vous exprimer, et dire des choses qui sont nécessaires pour l'avenir, pour nos enfants qui vont à l'université et qui peuvent valoriser, nous avons des difficultés ! Et c'est vraiment un blocage, c'est le plus grand blocage pour la médecine traditionnelle en Afrique je dirai en particulier chez nous au Cameroun. Et pour valoriser donc cela, il faudrait qu'on trouve un terrain de valorisation des acquis positifs, ou disons des connaissances que nous avons entre la médecine traditionnelle et l'allopathie, afin de procéder à l'allègement des souffrances des personnes dans le monde entier. La seule manière pour certains guérisseurs, y compris moi-même, est de se former aux connaissances de certains aspects de la biomédecine, comme l'interprétation des résultats d'un test. [Guérisseur et pasteur, formation à la biomédecine, 19 années d'expérience professionnelle]*

En effet, lorsqu'un guérisseur se forme à la connaissance biomédical, c'est parce qu'il veut régler un problème qui ne trouve pas des solutions juridiques. C'est en effet ce qu'évoque le **Biomed#1**, lorsqu'il souligne : *Ce qu'on refuse aux guérisseurs, ils l'obtiennent autrement, sans notre avis et à notre insu ; je veux dire sans l'avis de la biomédecine qui est censée être l'instance de régulation.* En épousant l'identité d'agent biomédical, c'est le meilleur moyen d'inscrire les pratiques médicales africaines dans le mouvement thérapeutique. Dans la mesure où le guérisseur formé à la biomédecine n'a plus besoin de l'aval des autorités biomédicales pour prescrire, au cas où un patient le souhaiterait, des décoctions et les plantes médicinales. De même, un biomédecin qui possède des connaissances en médecines africaines en ferait autant. En effet, le fait de s'identifier à l'agent biomédical fait partie en réalité, semble-t-il, dans le cas particulier du guérisseur, des tactiques d'auto-production et d'auto-construction identitaire qui ouvrent à la possibilité de se reconnaître soi-même : c'est-à-dire à s'auto-reconnaître le statut de professionnel. Dans cette perspective, la faiblesse du guérisseur devient relative, car bénéficiant d'une portion de la forte légitimité que lui confère le statut du professionnel biomédical, il devient et se comporte en auto-référent, ce qui fait que sa vision de l'accréditation de ses pratiques de soin est perçue comme une auto-reconnaissance. Celle-ci est très différente des deux formes de reconnaissances que nous venons de décrire – à savoir celle octroyée par les usagers de soin et celle décernée par les

biomédecins résistants, dont la relation de complicité avec les guérisseurs contribue à la crédibilisation déjà amorcée par les usagers de soins. Dans les deux cas, l'accréditation ou la crédibilisation dont les guérisseurs sont le lieu reposent sur un aspect commun : les exploits et les succès thérapeutiques opérés par les guérisseurs. C'est aussi sur ce même aspect que se fonde l'auto-reconnaissance, voire l'auto-représentation. Or, celle-ci s'accompagne toujours de l'auto-consécration qui est une ruse tactique pour s'auto-octroyer une portion du pouvoir, bien que dans un jeu de rapport de forces asymétriques. C'est dans ce sens que Foucault (1976, pp. 125–126) souligne : «le pouvoir n'est pas quelque chose qui s'acquiert, ou s'arrache, ou se partage, quelque chose que l'on garde ou qu'on laisse échapper ; le pouvoir s'exerce à partir de points innombrables, et dans le jeu de relations inégalitaires et mobiles». En effet, pouvoir et résistance vont de pair, et sont co-imbriqués dans des relations de forces inégalitaires. C'est pour cela que :

«Là où il y a pouvoir, il y a résistance et que pourtant, et plutôt par là même, celle-ci n'est jamais en position d'extériorité par rapport au pouvoir. Faut-il dire qu'on est nécessairement dans le pouvoir, qu'on ne lui échappe pas, qu'il n'y a pas, par rapport à lui, d'extériorité absolue. L'histoire étant la ruse de la raison, le pouvoir, lui, serait la ruse de l'histoire – celui qui toujours gagne ? Ce serait méconnaître le strictement relationnel des rapports de pouvoir. Ils ne peuvent exister qu'en fonction d'une multiplicité de points de résistance : ceux-ci jouent, dans les relations de pouvoirs, le rôle de l'adversaire, de cible, de saillie pour une prise. Ces points de résistance sont présents partout dans le réseau de pouvoir» (Foucault, 1976, pp.126).

Au Cameroun, les guérisseurs mettent en œuvre des circuits d'auto-reconnaissance et bénéficient de l'appui de nombreuses figures comme celle du malade et du biomédecin résistant. Ces figures étant considérées comme de véritables briseurs de reconnaissances formelles et des passeurs des formes de reconnaissances informelles. Par ailleurs, on pourrait, sans doute, et à raison, nous reprocher le fait que la formation des guérisseurs à la biomédecine déboucherait sur l'engloutissement des médecines africaines par la biomédecine. Si la dilution des pratiques des guérisseurs dans le champ de la biomédecine est envisageable sur le plan conceptuel, il semble que cela ne résiste pas sur le plan des pratiques de soins sur le terrain. Dans la mesure où les guérisseurs que nous avons rencontrés n'ont eu en aucun moment l'intention de rechercher une accréditation auprès des autorités du Ministère de la santé Publique, et encore moins, une reconnaissance officielle de celles-ci. Cela étant, notre étude se démarque des recherches menées au Sénégal par Fassin (2000b), et celles effectuées par Dozon & Sindzingre (1986), où subsiste une certaine suspicion par rapport aux enjeux de reconnaissance proposée par les agents de la biomédecine. Contrairement à la reconnaissance accordée aux guérisseurs sénégalais qui reposait sur une légitimité officielle-légale, celle à laquelle aspirent les guérisseurs camerounais

est une reconnaissance professionnelle, à partir de principe juridique régulant celle-ci. Alors que la première a été décernée par l'État, la seconde vient des populations qui sont les bénéficiaires des actes de soins, et de certains biomédecins qui échangent informellement avec les guérisseurs. Alors que la première maintient les guérisseurs sénégalais dans la domination symbolique, la seconde affranchit les guérisseurs camerounais de celle-ci, car elle est «auto-émancipatrice».

La reconnaissance professionnelle évite aux guérisseurs le statut d'auxiliaire, ce qui rejoint bien les conclusions des études menées par Meissner (2008, p. 901) en Afrique du Sud, selon lesquelles : «They [Traditional healers] do not wish to be seen [again] as weak junior professionals of low status». La tactique de la requalification des guérisseurs montre bien que les revendications se situent sur le plan de la professionnalisation de leur métier, et non sur celui de la reconnaissance officielle. Dans la mesure où les mesures prises jusqu'à lors autant par les autorités nationales des différents pays d'Afrique que par les organismes internationaux [OMS] visant à régulariser leur situation sur le plan d'une reconnaissance officielle n'ont pas encore porté des fruits :

**Biomed#2:** *C'est vrai, il [le guérisseur] a été reconnu en 2007 ici à Yaoundé par le gouvernement, mais cette reconnaissance lui donne droit à quoi ? À rien. Même pas à une légitimité officielle qui lui donne droit à une reconnaissance économique, puisque le vrai problème est là ; c'est vrai, il n'a pas besoin de légitimité juridique, puis qu'il n'en a pas besoin pour les populations qui le consultent. Donc, il n'a pas besoin d'une loi pour sa reconnaissance légitime. Les populations savent qu'il est là, et savent où le chercher, s'ils en ont besoin. Un bon guérisseur, on sait où il habite, on sait comment il a eu son pouvoir de guérison ; on le consulte pour ça. Il n'a certainement pas besoin d'un décret, pour pratiquer. Mais il a quand même besoin que le gouvernement fasse un tapage médiatique pour le faire reconnaître. Vous voyez, c'est pas le cas. Des guérisseurs, on n'en dit rien. Chacun fait ce qu'il veut. Je me demande s'il est même possible de les poursuivre juridiquement si jamais ils commettent des erreurs médicales qui peuvent risquer une vie humaine. Tout le silence que tu observes autour de la pratique des guérisseurs est une forme politiquement correcte de les oublier. Il me semble que même le fait de ne rien dire est aussi une manière de ne pas montrer leur existence [ou encore de les méconnaître]; ils sont à la limite transparents ; et par conséquent, cela a un effet sur le comportement des patients. On ne recourt au guérisseur que de nuit, et le malade ne peut non plus se plaindre, s'il subit des sévices chez le guérisseur. Vous voyez ça. Il y a donc une sorte de vide, comment vais-je qualifier cela ? [...], je veux dire une sorte de volonté de ne pas parler d'eux, même si on sait qu'ils apportent des solutions parfois à certaines situations de santé ; ils sont partout dans les coins de la rue de la ville, mais c'est comme si personne ne les voit. Personne ne se préoccupe de leur présence ; personne n'en parle. Justement si on en parle, c'est une manière de diriger les projecteurs sur eux, et donc de les offrir une part de tribune. Cette tribune leur est refusée, on ne sait pour quelle raison. Peut-être, allez-vous dans votre travail apporter des éléments d'explications qui vont aussi m'éclairer. Mais c'est un peu ça.*  
**[Médecin, 30 années d'expérience professionnelle].**

L'extrait ci-dessus montre que la reconnaissance auto-attribuée porte nécessairement sur l'expérience du réel de l'activité soignante, vécue toujours comme une épreuve sur laquelle les acteurs faiblement légitimés et reconnus sont jugés. Il tend, de ce fait, à montrer quelque chose de fondamental qu'on retrouve aussi bien dans la reconnaissance dans la perspective des usagers, et



de celle des biomédecins résistants, ainsi que celle des guérisseurs professionnellement disqualifiés. En effet, les trois perspectives constituent trois ordres de reconnaissance (Boltanski & Thévenot, 1991) co-imbriqués nécessaires aux guérisseurs pour réussir, d'un point de vue de la sociologie des épreuves et de l'anthropologie capacitaire, les épreuves de requalification professionnelle. Ici, l'évaluateur n'est pas l'institution, bien que celle-ci ne soit pas totalement exclue de la démarche. Mais plutôt les épreuves à surmonter. C'est pourquoi chaque ordre de reconnaissance s'inscrit, comme le souligne Dejours (2007, p. 68), «dans une promesse d'émancipation<sup>29</sup>» du statut professionnel du guérisseur. Dans la mesure où il est toujours associé à une épreuve à surmonter par le guérisseur : réussir à tout prix les actes thérapeutiques qu'il pose pour espérer se requalifier professionnellement. Tout se passe comme s'il est astreint à réussir l'épreuve de requalification. Mais pour être reçu à cette épreuve, le guérisseur doit produire des conditions d'examen, comme le suggère clairement le **Biomed#2** :

*Ils [les guérisseurs] doivent accepter de se faire évaluer par eux mêmes d'abord, et par autrui parce que le patient, est celui qui les évalue. Lorsqu'un praticien rend des services de soins, il y a deux [...], je dirai même trois évaluateurs. Il y a l'évaluateur institutionnel qui est l'Etat, il doit l'identifier par ses résultats. Font-ils des statistiques ? Est-ce qu'ils s'engagent à le faire ; est-ce qu'ils sont capables de faire des statistiques ; sont-ils capables de produire des protocoles de soins qu'ils administrent ou proposent aux patients? Parce que s'ils font des soins et sont capables de produire à l'évaluateur institutionnel les statistiques d'usage des protocoles donnés pour des affections bien définies. L'institutionnel leur fera confiance. Les patients eux mêmes aussi viendront témoigner par la satisfaction, parce que les statistiques là ce sont des patients qui ont manifesté, qui ont été déclarés, traités de manière adéquate. Maintenant le patient lui-même évalue : je suis satisfait au bout de combien de temps et comment ? Le praticien lui-même s'évalue : le patient est venu me voir parce qu'il avait ceci, cela. Je lui ai administré tels remèdes composés de tels éléments, etc. ; le suivi de sa maladie me permet de dire que mon arsenal, mon protocole thérapeutique est efficace ou pas. Donc nous avons là trois évaluateurs et même là j'ajouterais un autre, c'est la famille du patient mais je l'intègre dans le patient. Donc en fait si le praticien accepte qu'il devrait se faire évaluer non seulement pas lui-même parce qu'il doit faire une auto-évaluation ; par des pairs, c'est-à-dire d'autres guérisseurs ; par les patients et leur famille, qui sont d'ailleurs les vrais évaluateurs dont le point de vue comptera double ou triple ; enfin et enfin seulement en dernier ressort par l'institutionnel qui est le ministère de la santé publique du Cameroun. [Médecin, 30 années d'expérience professionnelle]*

Le succès de l'auto-examen, de l'examen par les pairs, et par l'institutionnel est un indicateur de la bonne qualité du travail de soins accompli. Les conditions d'examen que présente l'extrait ci-dessus évoquent bien ce que Dejours (2007, p. 67) avait déjà relevé dans le contexte de la reconnaissance de la qualité de travail : «Les conditions d'un jugement, c'est que ce jugement soit

<sup>29</sup> «Mais le pluralisme des appartenances [identitaires] peut être, à l'inverse, considéré comme un facteur d'émancipation pour les individus : il neutralise la tendance des institutions à l'hégémonie et tend à l'atténuation de la pression exercée sur l'individu ; en adossant des identités variées et successives, l'individu est amené à établir un rapport plus serein aux institutions. Le pluralisme des appartenances institutionnelles apparaît ainsi comme un moyen privilégié de construction puis de sauvegarde du for intérieur» (Chevallier, 1995, p. 260)

proféré par ceux qui sont aptes à juger parce qu'ils connaissent, de l'intérieur, les règles de l'art et le réel. Autrement dit, sans une reconnaissance par les pairs et qui porte directement sur le faire, le risque est très grand de produire une reconnaissance déconnectée du rapport au réel. La dimension émancipatrice travaille et traverse les différents ordres de reconnaissance susmentionnés. C'est bien dans cette dimension que la théorie de la reconnaissance trouve son importance heuristique dans les luttes sociales auxquelles se livrent, dans l'espace de soins, les guérisseurs et les biomédecins. Mais les luttes de reconnaissance vont bien au delà de la théorie de la reconnaissance normative (Honneth, 2000, 2004a), car elle s'avère inopérante et insuffisante pour rendre compte d'autres expériences de reconnaissance que notre étude a mises en évidence : la reconnaissance informelle et l'auto-reconnaissance. Ainsi, ces expériences non institutionnalisées ne sont pas encore documentées à l'état actuel d'avancement des connaissances dans le champ de la reconnaissance. L'expérience d'auto-reconnaissance par les guérisseurs eux-mêmes est une nouveauté, et permet de soulever de nouvelles questions, tant historiquement qu'épistémologiquement, que la notion de reconnaissance normative de Honneth ne s'est pas encore posée, et ce dans le but de son élargissement. Mais un tel questionnement aurait de sens si et seulement s'il permet de valider ces nouvelles expériences de reconnaissance qui ouvrent à de nouvelles formes d'affranchissement du mépris social (Honneth, Voirol, & Rusch, 2008; Renault, 2004a) ; de nouvelles formes de «visibilité» (Honneth, 2004b), de sortir de «l'invisibilité» sociale et professionnelle (Honneth, 2005; Le Blanc, 2009; Saillant, 2000; Voirol, Garrau, & Le Goff, 2009). Aussi, est-il alors intéressant de relever que l'auto-reconnaissance et la reconnaissance informelle ne s'opposent pas à la reconnaissance formelle.

Par ailleurs, la reconnaissance octroyée par les usagers est une déduction à partir des sollicitations thérapeutiques, car, s'ils ne reconnaissent pas un soignant, ils ne le fréquenteront pas. Il en est de même de la reconnaissance octroyée par les biomédecins résistants. Mais ce qui est important à relever c'est que chaque ordre de reconnaissance constitue une source de pouvoir, ce qui fait penser que la reconnaissance institutionnelle fait désormais face à d'autres sources de reconnaissances alternatives, lesquelles se brodent, se tissent et se bricolent depuis ses marges. Aussi, est-on alors en présence d'une pluralité de formes de reconnaissances justifiant ainsi de l'existence d'une pluralité de figures d'autorités détenant le pouvoir de refuser ou de décerner la reconnaissance. Une telle pluralité montre que le «pouvoir [de la reconnaissance] est», selon

Foucault (1976, p. 112), «partout ; ce n'est pas qu'il englobe tout, c'est qu'il vient de partout». La capacité de se faire reconnaître ou de reconnaître l'autre ne relève plus uniquement de la seule compétence de l'autorité des institutions nanties de la forte légitimité ; même les acteurs faiblement légitimés disposent de la capacité à reconnaître l'autre, et à se faire reconnaître ou à s'auto-reconnaître.

La conjugaison des trois ordres de reconnaissance – reconnaissance par les usagers de soins, les biomédecins résistants et l'autoreconnaissance – permet d'éviter les effets d'infirmités socioprofessionnelles produites par une reconnaissance institutionnelle, car celle-ci à elle seule est incapable de subvenir aux besoins de protection et de revendication professionnelles variés. C'est pourquoi elle se fonde résolument sur la production des reconnaissances en fonction des ordres de grandeurs (Boltanski & Thévenot, 1991; Ferry, 1991; Ricœur, 2004) ou encore des épreuves de grandeurs (Heinich, 2009). Ces différentes formes de reconnaissance permettent de diversifier et de hiérarchiser les demandes de reconnaissance en fonction des besoins de protections aussi variés et diversifiés, afin d'éviter que la reconnaissance attribuée ne s'effectue pas à partir d'un seul ordre de reconnaissance, mais plutôt à partir d'une pluralité d'ordres de reconnaissances. De plus, elle permet aussi de vivre le réel du pluralisme médical et thérapeutique. Or, parler de pluralisme médical réel, c'est-à-dire tel qu'il est vécu et pratiqué sur le terrain de la santé, suppose d'ouvrir éventuellement un processus de légitimation des prestataires faiblement reconnus fournissant les services de soins. Légitimation qui a pour conséquence de mettre sur la table de discussion certains aspects – magico-religieux, par exemple – des pratiques médicales africaines qui ont été frappés de déni de reconnaissance, afin de voir dans quelles mesures un (re)ajustement avec la pharmacopée et les médicaments pharmaceutiques est possible. Mais les guérisseurs n'ont cependant pas attendu l'octroi d'une telle légitimité pour procéder à un tel (re)ajustement. Ils savent comment, à quel moment et à quel type d'usager de soin proposer les formes thérapeutiques reposant sur les rituels magico-religieux, sur la pharmacopée ou encore celles qui articulent les deux : à savoir la pharmacopée et les rituels thérapeutiques. L'auto-reconnaissance est ici un corollaire au dispositif de reconnaissance formelle, tout comme l'auto-légitimité en est aussi un pour la légitimité octroyée par une instance compétente officiellement reconnue et investie du pouvoir de la décerner ou refuser. La validation de l'expérience d'auto-reconnaissance et d'auto-légitimité permet d'articuler reconnaissance (in)formelle, et la légitimité

(in)formelle dans un projet de justice sociale redistributive, au sens où l'entend Fraser (1998, 2004, 2005). Elle laisse alors place à une pluralisation des figures et sphères de la reconnaissance (Hénaff, 2009).

De là, il s'ensuit que celui qui donne la reconnaissance, ce n'est pas toujours une autorité de la santé publique. Il existe diverses figures de la reconnaissance, dont la première est les malades eux-mêmes. Ensuite viennent les biomédecins résistants. Ces derniers manifestent la reconnaissance à travers les rencontres informelles avec guérisseurs. En effet, la reconnaissance formelle à elle seule ne suffit pas. Les différents ordres de reconnaissances issues de l'expérience des acteurs sociaux pourraient constituer des dispositifs alternatifs à l'analyse des revendications en situation d'injustice sociale. Une analyse des données ethnographiques issues du discours des mères, biomédecins résistants et guérisseurs montre qu'on assiste à une crise d'autorité de la reconnaissance qui se traduit par la multiplication/diversification des figures de la reconnaissance. La manipulation du pouvoir de reconnaissance n'est pas condensée aux mains des autorités de la santé publique. Ce sur quoi repose la reconnaissance a connu un déplacement. Reste la question de savoir comment s'articulent les différents ordres de reconnaissance dans la pratique ?

#### **7.4 Ordonnement des ordres et épreuves de grandeurs et de reconnaissance**

Nous avons vu que les médecines africaines et la biomédecine sont deux systèmes de justification reposant sur des ordres de reconnaissance et sur les épreuves de la grandeur. En effet, chaque ordre repose sur des modalités d'appréciation (Boltanski & Thévenot, 1991). Les différents ordres sont modulés par un seul et même aspect que les auteurs de la sociologie clinique du travail (Lallement, 2007), de la psychodynamique du travail (Dejours, 2007) et de la sociologie pragmatiste (Thévenot, 2007) désignent d'«épreuves de justification» ; et ceux de l'anthropologie capacitaire (Ricœur, 2004, p. 309), «d'épreuves de qualification». C'est en variant et diversifiant ces ordres de reconnaissance et de la grandeur et d'appréciation que les soignants affaiblis parviennent à reconquérir, à travers de véritables épreuves qu'ils doivent surmonter dans un contexte de rapports de forces et de positions de pouvoirs asymétriques, de nouvelles formes de visibilité et légitimité semblables à celles des biomédecins, afin d'espérer sortir du registre d'invisibilité dans lequel la disqualification institutionnelle les a plongés. Il est frappant de voir comment les guérisseurs sont jugés par les usagers de soins, et comparés, du point de vue du

système capacitaire, aux biomédecins. Dans cette épreuve de jugement, seuls les performants, peu nombreux sans doute, doivent combattre les préjugés pour continuer à être visibles professionnellement. Mais à travers leur succès aux épreuves vont sans doute s'allier d'autres guérisseurs. En effet, être reçu aux épreuves de (re)qualification et de justification suppose, pour les guérisseurs faiblement reconnus, d'avoir la capacité d'agencement et d'articulation de nouvelles formes de grammaires de reconnaissance (Roulleau-Berger, 2007a), indépendantes de leur champ initial. Considéré comme un moyen d'accéder à la «reconnaissance de la supériorité», selon un concept de Ricœur (2004, 309), l'agencement capacitaire (Thévenot, 2007, p. 270) est toujours source de tensions. Ainsi, les ordres de la grandeur permettent de différencier les modalités de reconnaissance de la supériorité. Celle-ci permet de situer la place des grandeurs au sein d'une pluralité/diversité de systèmes capacitaires et d'évaluations pouvant servir à nourrir une estime de soi.

L'approche des relations professionnelles compréhensives sous l'angle des épreuves est une aspiration à la réciprocité des perspectives et au respect des différents ordres de grandeur de la supériorité. Une telle supériorité tient sur le principe de proportionnalité, un concept introduit par Ricœur (2004) pour établir les champs de compétences des uns et des autres, en fonction d'un référentiel de compétences tacitement accepté par tous les protagonistes de la relation de soins. Mais ce référentiel varie, selon qu'il s'agit du guérisseur, de la mère d'enfant, et enfin, du biomédecin. L'acceptation d'une variabilité des ordres de la grandeur adossés à des référentiels de compétences suppose aussi l'acceptation d'une pluralisation des sources d'autorités de reconnaissance permettant de dépasser le conflit entre les ordres de justification, manifesté par la simple asymétrie *raison graphique* et *raison orale* ; de ne plus percevoir, comme cela a toujours été le cas dans le champ scientifique (Bourdieu, 1975, p. 92), «la vérité sociale de la compétence comme parole autorisée et parole d'autorité». Cela permet de situer l'enjeu des luttes de reconnaissance au niveau des actes thérapeutiques porteurs de succès. Une telle posture crée des zones de réversibilité symbolique entre les médecines africaines et la biomédecine, lesquelles peuvent évoluer vers des espaces intermédiaires où se gèrent, provisoirement, les conflits de grammaires de reconnaissance, pour reprendre un concept de Roulleau-Berger (2007a, p. 142).

Les nouvelles formes de reconnaissances, voire de rencontres sont le produit des actions individuelles des acteurs de terrain, et s'expriment dans la participation aux épreuves de

qualification (Boltanski & Thévenot, 1991; Ricœur, 2004, p. 309). Dans la mesure où, elles s'inscrivent dans le schéma de la reconnaissance de la supériorité, elles n'abolissent pas les différences et ne prétendent pas placer le guérisseur au même pied d'égalité que le biomédecin. En effet, l'exigence d'ordonnement des ordres et épreuves de la grandeur qu'évoque Heinich (1999) dans le domaine artistique apparaît ici parfaitement congruent avec le projet d'émancipation formulé par les guérisseurs. Dans la mesure où ce sont ces derniers eux-mêmes qui se rapprochent cette fois des biomédecins pour exiger le contrôle de la qualité de leurs produits médicaux ; et la codification de ceux-ci à partir des maladies traitées. Par ce procédé, ils espèrent qu'une activité de contrôle systématique de leurs pratiques de soins et une codification de celles-ci permettraient d'aboutir à la discrimination et puis à l'extraction des bons des mauvais guérisseurs : autant dire une véritable opération de mise en ordre. Ils sont soutenus dans ce projet de mise en ordre par certains biomédecins qui y trouvent un point de ralliement avec les guérisseurs. Ainsi «ces rapports de mise en ordre, de hiérarchisation, de fixation des grandeurs relatives sont», souligne Henich (2009, p. 372), «forcément inégalitaires, puisqu'il s'agit de déterminer les places sur une échelle de talents : mais ce travail d'ordonnement n'en est pas moins sous-tendu par une exigence d'équité, au sens où la place octroyée doit être juste : du moins elle est supposée être proportionnée au mérite de l'artiste, quelque soit la mesure ou définition de ce mérite».

Vu sous cet angle, on peut dire que les guérisseurs réclament tout simplement une juste distribution des récompenses sanctionnant les inégalités de compétences et de performances dans le champ médical. C'est bien ce qu'exprime aussi Pharo (2009, p. 392), lorsqu'il écrit : «Si le désir de reconnaissance porte sur la singularité d'un sujet, ou même d'un groupe de sujets, il ne peut se contenter du respect ou des bonnes façons qu'on doit à l'humanité universelle qui est en lui». C'est que «le sujet voudra au contraire et à juste titre être reconnu», selon l'auteur, «pour ses qualités propres : sa profession, ses talents, ses vertus, son caractère particulier [...], et il devra alors affronter la concurrence de tous ceux qui sont dans la même situation, avec le risque d'être finalement mal placé dans le concours envisagé.» Une telle reconnaissance repose sur la structure intersubjective ternaire des concurrences sociales (p. 394), car en plus des concurrents pour le monopole de la définition des biens de santé que sont les biomédecins et les guérisseurs, il existe une tierce partie : qu'est l'évaluateur. Ce dernier peut être les pairs, les malades et/ou l'institution.

Le respect des ordres de re-connaissances est à l'œuvre au sein de l'espace de sociabilité thérapeutique, où les ordres de la grandeur reconnus s'inscrivent toujours et surtout, dans une relation professionnelle de dépendance mutuelle asymétrique entre les systèmes de justification biomédicaux et des médecines africaines. Les mères que nous avons rencontrées opèrent des tris, lors des choix thérapeutiques, en fonction des ordres de la grandeur des compétences. Le recours aux biomédecins par les guérisseurs est bien la reconnaissance de la reconnaissance de la supériorité, comme si chacun avait une idée claire de sa position effective dans l'espace de sociabilité thérapeutique. Il y a là en réalité l'une des manifestations de la reconnaissance des ordres de la grandeur différenciés et diversifiés. Une telle reconnaissance se traduit, en pratique, par l'obligation des mères d'enfants à commencer les soins d'abord par les examens biologiques à l'hôpital. Ce faisant, les guérisseurs qui s'adonnent à de telles pratiques s'inscrivent dans le schéma de la différenciation des ordres de la grandeur, mais aussi inscrivent leurs pratiques dans le mouvement de l'interdépendance asymétrique entre les systèmes de justification, de re-connaissances et d'appréciations. Les données analysées dans notre étude montrent que le mode de la hiérarchisation des connaissances médicales connaît de nos jours un déplacement : il ne repose plus seulement sur le critère de la *Raison graphique*, qui opérait une discrimination entre les modes de savoirs médicaux experts et profanes. L'expertise du savoir se mesure aujourd'hui à partir d'un autre critère : celui des résultats obtenus en termes de succès thérapeutiques. Même si la dissymétrie des positions de pouvoirs demeure dans l'espace de sociabilité thérapeutique, elle tend cependant à ne plus reposer sur des critères arbitrairement établis : *La raison graphique et la raison orale*. Ces résultats corroborent ceux de Danou qui souligne : «certains peuples ont recours simultanément à la [magie des blancs] et à la médecine traditionnelle, car même s'ils jugent la première très agressive, ils savent très bien qu'elle est souvent puissante» (1994, p. 240). C'est de cette interdépendance que naît le sentiment d'un vivre ensemble structuré autour des valeurs différenciées.

### **7. 5 Pour rencontrer, choisir et orienter, il faut d'abord reconnaître**

Le problème que nous traitons ici est de savoir s'il faut reconnaître d'abord le soignant à qui ont s'adresse pour le rencontrer ? Il s'agit de marquer la place et l'importance de la reconnaissance dans les activités de choix, d'orientations et de rencontres thérapeutiques. La question est alors de savoir qui de la reconnaissance et de la rencontre passe en premier ? Les données que nous

avons rassemblées au cours de notre étude répondent à cette question en soulignant que la reconnaissance précède les choix, les orientations et les rencontres thérapeutiques. Même si dans les faits, la rencontre et la reconnaissance thérapeutiques constituent, certes, deux moments bien distincts sur le plan schématique, elles sont, cependant indissociables dans le mouvement qui dynamise l'une et l'autre. Aussi la rencontre et la reconnaissance situent les usagers de soin et les soignants dans deux temporalités dans lesquelles les premiers ne semblent pas toujours doués du pouvoir de domination symbolique sur le patient. En d'autres termes, lorsqu'on considère que la reconnaissance précède la rencontre, cela veut dire aussi que l'usager de soins devient un être de pouvoir capable de pénaliser les mauvais soignants par un refus ou une sous fréquentation ; de reconforter les bons, par une «sur-fréquentation». Sous fréquentation et «sur-fréquentation» se présentent alors ici comme deux composantes incontournables et essentielles de la reconnaissance des compétences, car elles n'opèrent pas seulement une distinction entre les bons et les mauvais, mais aussi d'une certaine manière, elles hiérarchisent les soignants en fonction des ordres de la grandeur. Le *grand médecin*, selon nos interlocuteurs, n'est pas forcément reconnu par ses diplômes, mais plutôt par le fait qu'il se distingue des autres par la qualité du travail de soin qu'il rend aux usagers : en un mot, par les résultats concrets obtenus en termes de guérison.

Cette perception différenciée de la grandeur a été soulignée par Tsala Tsala (1989, p. 116) dans une étude menée au Cameroun, où il compare les mobiles de la sous utilisation des services d'un médecin obstétricien et celles de sur-fréquentation d'un infirmier : «Tel infirmier supérieur qui se risque avec plus ou moins de succès à des opérations chirurgicales plus complexes dans un centre de santé rural ou à domicile attirera plus de patients» que le médecin chirurgien obstétricien de l'Hôpital Général ou du Centre Hospitalier Universitaire de Yaoundé [CHUY], si on reconnaît à ce dernier les échecs qui ont conduit lors d'une césarienne au décès de la parturiente. Ce pouvoir du patient sur le soignant est aussi bien perçu par le **Biomed#4**, un biomédecin non conformiste :

*Alors là je n'ai pas de cartes de visite. Je me suis refusé de faire une carte de visite. J'ai l'habitude de dire aux patients que je n'ai pas de carte de visite. C'est vous ma carte de visite. Je crois que je suis assez explicite ? Le résultat que le patient obtient lorsque je me suis occupé de lui, constitue ma carte de visite, c'est-à-dire que s'il n'est pas satisfait, j'ai grillé ma carte de visite. S'il est satisfait, j'ai écrit ma carte de visite en lui et au plus profond de lui, et dans sa communauté élargie. Je l'ai écrit en lui et il va dire aux autres patients que le docteur tel qui est dans tel coin est celui qu'il faut consulter. Ils expriment ainsi leur reconnaissance. C'est une forme de reconnaissance d'une grande importance. Je dirai qui dépasse celle qu'octroient les autorités de la santé, puisqu'en dernière analyse, c'est le patient qui évalue sa santé à partir de ce qu'il ressent, après l'intervention. Il me semble qu'on doit commencer par là ; je veux dire qu'il faudrait*



*commencer par écouter les avis des patients, c'est-à-dire ceux-là même à qui les soins de santé sont destinés, afin de savoir quel soignant sait traiter et quel autre ne sait pas traiter. [Médecin, 4 années d'expérience professionnelle]*

L'analyse de cette illustration montre bien que les usagers de soin reconnaissent d'abord le soignant avant de se lancer dans l'opération du «choisir», toujours empreinte d'une bonne dose de reconnaissance. Aussi, le choix se nourrit et est guidé absolument par la reconnaissance. On ne choisit pas un thérapeute tout simplement pour ses connaissances thérapeutiques, mais derrière le choix, il y a toute une histoire ; il s'y joue toute la trame de la vie relationnelle et historique du patient. Ce dernier ne va pas vers le guérisseur tout simplement pour son pouvoir, ou vers le biomedecin pour son titre académique ; l'un et l'autre représente un certain nombre de choses qui renvoie à un univers mental de soins ; et on rencontre chacun pour ces choses et non vraiment uniquement pour le médicament ou le remède qu'il va donner. L'enjeu de la rencontre c'est aussi cette chose indicible que le patient reconnaît – ou dans le cas échéant – au soignant, quelque soit l'identité professionnelle de ce dernier. Comme en témoigne la **Mère-quartier#9** :

*Je fais parfois la ronde des médecins ; je passe de l'un à l'autre, afin de voir celui qui est bien pour moi. Parce qu'il y a dans le personnel médical, certains qui ont parfois la main, c'est-à-dire qui savent ce qu'ils font. C'est à ce genre de médecins que je m'adresse. Je suis venue ici chez ce guérisseur parce qu'il est réputé, et tous les gens qui sont là le savent. Vous voyez comme ils [les patients] sont nombreux là assis, alors qu'il n'est que 6h du matin. On dirait qu'on est dans une salle d'attente à l'hôpital. C'est pas comme ça que ça se passe partout. Il y a aussi des guérisseurs qui reçoivent difficilement les malades. Tu vois que c'est l'expérience avec le guérisseur qui joue parfois le rôle, c'est important pour les patients. Quand tu es bon, tu reçois aussi la récompense des malades qui viennent de temps en temps chez toi. Parfois, il y a les malades qui vont chez le guérisseur pour le saluer. On en voit tous les jours. Ils lui donnent des cadeaux, comme une manière de remercier, mais aussi d'apprécier le traitement. [Mère enceinte, 23 ans, étudiante en physique]*

De cet extrait, se dégage, à travers le terme de récompense des actes de soins du guérisseur par l'usager de soins, l'idée selon laquelle la reconnaissance réciproque précède aussi la connaissance. Autrement dit, une telle approche de la reconnaissance est entièrement tissée des liens entre reconnaissance et connaissance, ce qui rejoint bien la position de Métraux (2007, p. 65) pour qui «la connaissance» est «l'arrière petite fille de la reconnaissance mutuelle». Par ailleurs, la position de la **Mère-quartier#9** montre que la reconnaissance précède les choix thérapeutiques, en ce qui concerne les usagers de soins. De même, du côté des soignants, c'est aussi elle qui est la motricité de l'orientation thérapeutique. Mais la connaissance à elle seule n'appelle pas la reconnaissance. Nous avons posé aux soignants la question selon laquelle : y a-t-il des soignants à qui vous n'aimeriez pas envoyer votre malade ? Ils ont été unanimes dans les réponses à cette

question en insistant fortement sur le fait que ce n'est pas parce qu'on a un diplôme de médecin qu'on est automatiquement un bon médecin. Nous résumons ici leur discours par l'extrait des propos du **Biomed#4** suivant :

*Il est difficile de répondre à cette question parce qu'elle manque de subtilité éthique, c'est-à-dire qu'il est difficile qu'on parle de son confrère de cette manière, ou encore en ces termes là. Sur le plan éthique, on ne parle pas de son confrère de cette manière-là. Parce que c'est au patient de déterminer si tel n'est pas le consultant qu'il devrait voir. Mais je réfère généralement à une spécialité : voir par exemple le cardiologue pour [...]. Le patient choisira son cardiologue. Maintenant le conseil que je peux donner par le choix d'un praticien précis s'inscrit dans le cadre de l'individu ou de la personne que je connais. Maintenant le patient peut en connaître d'autres. Mais dire que je connais un praticien auprès duquel je n'enverrai pas le patient, là ça entre dans la discrétion de la personne que je suis. Parce que je suis médecin, mais je suis aussi Mr D. qui a une certaine sensibilité ; qui a une appréciation personnelle de tel Dr. ou tel autre, qui lui-même est doté des connaissances équivalentes aux miennes, puisqu'on a suivi la même formation. Maintenant sa pratique, qui est une pratique publique, qui est connue de tous permettra au patient de faire un choix que je qualifie d'éclectique, c'est-à-dire choisir le meilleur des meilleurs ! Les malades savent reconnaître quel médecin leur convient et pour quelle maladie. Ils en font autant pour les guérisseurs. Mais je n'enverrais pas mon malade à un médecin incapable. [Médecin, 4 années d'expérience professionnelle]*

D'après ce biomédecin, si un soignant ne reconnaît pas un autre, il lui est difficile de lui référer un malade. La rencontre de deux soignants s'inscrit dans le processus de reconnaissance mutuelle, celle-ci pouvant être professionnelle et/ou institutionnelle. Aussi l'orientation d'un malade par un soignant à un autre s'inscrit dans la reconnaissance de la supériorité qui traduit toujours une certaine hiérarchisation des compétences dans une différenciation et/ou des ordres de la grandeur. C'est dans l'orientation thérapeutique que s'actualise mieux la notion de respect des ordres de la grandeur, de reconnaissance et de justification. Chez les biomédecins et guérisseurs, la reconnaissance préside avant tout aux décisions d'orientations thérapeutiques. C'est aussi la même reconnaissance qui sous-tend les décisions des choix thérapeutiques chez les mères d'enfants et les familles qui s'adressent à ces derniers. C'est dire qu'on ne rencontre pas un soignant, selon les propos des mères, tout comme on ne réfère pas une mère d'enfant, soulignent tous les guérisseurs et 4 biomédecins ouverts à la pluralisation de soins, sans procéder à une évaluation des compétences professionnelles en matière de dispensation de soins à l'enfance.

Au regard de ce que nous avons présenté jusqu'ici, il y a un fond commun qui relie les thèmes des choix, d'orientations et de rencontres thérapeutiques : celui de la reconnaissance. Cette dernière étant entendue comme une accréditation des services rendus par le soignant. Parce qu'elle s'appuie d'abord sur les compétences et capacités du soignant, une telle accréditation ne se réduit pas à un système de soin déterminé, mais plutôt aux personnages dont les services et les soins rendus peuvent s'inscrire dans l'axe de la guérison. Ainsi, ce n'est pas d'abord un système de soin

qui est accrédité et reconnu, mais plutôt les succès thérapeutiques d'un soignant, même si ce dernier ne peut pas être envisagé en dehors d'un système de soins. Cette forme d'accréditation est appropriée à la reconnaissance professionnelle. Mais il semble qu'elle ne puisse pas rendre compte véritablement de la reconnaissance lorsque les soignants combinent plusieurs identités professionnelles. Dans ce cas, la question reste posée de sur quoi repose la reconnaissance ?

### **7.5.1 Que reconnaître ? Comment reconnaître ?**

C'est à dessein que nous posons la question de : que reconnaître et du comment reconnaître ? La possession de multiples identités professionnelles par les néo-guérisseurs fait que le problème de la reconnaissance ne se pose plus de nos jours dans les mêmes termes qu'hier, où les guérisseurs classiques possédaient une seule identité. Alors que les derniers posaient un problème de reconnaissance d'une seule identité ; les premiers revendiquent une double identité, ce qui rend la situation complexe. En 2006, L'État camerounais a annoncé que les guérisseurs étaient désormais reconnus. Mais ce qui gêne est que cette reconnaissance risque de ne pas être reconnue, si elle ne s'accompagne pas de texte juridique protégeant les néoguérisseurs dans l'exercice de leur profession. En effet, «il n'y a pas», comme le note de Rosny (2011, p. 477) lors d'un congrès tenu à Yaoundé en 2011 sur la pluralisme médical en Afrique, «une réelle volonté de reconnaissance juridique au niveau des États». De nos jours, le vrai problème des néoguérisseurs, ce n'est pas le besoin de reconnaissance, mais plutôt la peur que la reconnaissance attribuée ne soit pas reconnue. Et ce n'est pas tout. Un autre problème, et sans doute le plus redoutable, est celui du comment reconnaître des identités professionnelles composites qui reposent à la fois, comme l'ont montré les résultats de notre étude, sur une pluralité d'objets et d'ordres de reconnaissance ? Les résultats de nos recherches l'ont montré : les compétences thérapeutiques oscillent entre divers objets thérapeutiques. Que reconnaître chez un guérisseur qui cumule les savoirs en plantes médicinales et ceux des techniques biomédicales ? Que faut-il reconnaître revient alors à opérer la distinction entre les objets sur lesquels vont porter la reconnaissance.

Par ailleurs, la multipolarité du profil identitaire des néothérapeutes rend la question de la reconnaissance [et celle de la légitimité] complexe, car il s'agit, dit Dozon (1996, p. 232), des personnes qui, «tout en revendiquant des pouvoirs de facture traditionnelle, se veulent par ailleurs résolument modernes [...], affichent des connaissances dans le domaine biomédical, voire

épidémiologique, et plaçant leurs propres savoirs et savoir-faire dans le mouvement général de la science, au titre d'une complémentarité nécessaire et harmonieuse avec celui-ci». Ainsi, rencontre-t-on certains (néo)thérapeutes qui conjuguent plusieurs systèmes de soins dans leurs pratiques quotidiennes. Conjugaison<sup>30</sup> en ceci que le guérisseur vivant dans un village de la province de l'Ouest dans les hautes montagnes pourrait être, en même temps, le célèbre chirurgien obstétricien qui accouche les femmes dans l'un des hôpitaux les plus huppés de la métropole de Yaoundé. Ainsi, les néo-guérisseurs et néo-biomédecins tendent à occuper aujourd'hui une position intermédiaire entre les problèmes de santé relevant de la biomédecine et les problèmes non biomédicaux. Avec la combinaison des identités professionnelles, les néo-thérapeutes jouent sur une pluralité de registres identitaires, allant du traditionnel au moderne, en passant par le religieux.

En effet, bien que le concept de reconnaissance ait été largement conceptualisé par différents théoriciens, on se rend compte avec la forme renouvelée qu'elle prend de nos jours que certains aspects auxquels elle est susceptible de donner lieu n'ont pas été suffisamment explorés. Ces aspects posent par conséquent aux enjeux de la reconnaissance de nouveaux défis de conceptualisation. Dans cette perspective, une des contributions de l'expérience d'auto-reconnaissance est d'avoir permis de réintroduire la notion de pluralisation des sources d'autorité de la reconnaissance qui, elle, fait appel à la pluralité des formes de reconnaissances, notamment en situation de crise de légitimités et de reconnaissances. L'aspect protéiforme des objets et situations de revendications à la légitimité et à la reconnaissance pousse à réinterroger à nouveau frais le concept de reconnaissance dans toute sa globalité. Dans la mesure où il semble que le dispositif institutionnel normatif de la reconnaissance, tel qu'il a été pensé, ne peut épouser tous les contours des problèmes qu'enveloppent de nos jours les revendications. Mieux : ce pourquoi ce dispositif a été conçu ne présente plus les mêmes caractéristiques. Le passage d'une identité professionnelle à plusieurs identités en est une parfaite illustration. Si bien qu'on s'oblige de nos

---

<sup>30</sup> De même, le biomédecin peut être responsable aussi bien les weekends que certains jours de la semaine, d'une église évangélique dont la centralité des activités porte sur la problématique des guérisons par les moyens divins. N'oublions pas aussi que le plus célèbre Jésuite camerounais pourrait être aussi en même temps responsable d'un groupe de prières charismatiques qu'il anime parallèlement avec ses activités de curé dans une paroisse du coin du quartier, où combine aussi bien l'eau bénite et le crucifix que les plantes médicinales. N'oublions pas, enfin, le prophète qui, lassé aussi bien des activités trop normatives des églises chrétiennes desquelles il s'est séparé que du rejet des pratiques ancestrales du guérisseur de qui il dérive, a tôt fait de réunir environ 400 fidèles et patients appartenant simultanément à ces deux pôles religieux lors des soirées dédiées aux guérisons spectaculaires dans les églises indépendantes devenues prolifiques Cameroun.

jours à revenir sur les questions déjà posées par d'autres sur le sujet : Que et qui reconnaître ? Comment reconnaître ?

La réponse à ces questions n'est pas évidente, car les emprunts mutuels entre les identités impliquent un brouillage de frontières entre les identités professionnelles institutionnalisées et les identités communautaires qui n'ont pas encore subi d'institutionnalisation. L'étude que nous avons menée n'entend pas revenir sur les débats qui ont opposé des anthropologues (Dozon, 1987 ; Hours, 1992), à la suite du processus de reconnaissance institutionnelle initié par l'OMS et repris en chœur par tous les pays africains. Elle répond à la question de «que reconnaître» en mettant en avant le point de vue des mères, guérisseurs et biomédecins résistants sur les situations qui induisent la légitimité. Pour ces acteurs de soins, deux situations méritent la reconnaissance : les succès des actes thérapeutiques et la qualité de soin rendu. La reconnaissance institutionnelle a été très peu évoquée par les informateurs, et seuls les aspects de la reconnaissance professionnelle ont été retenus, parce que c'est à partir de celle-ci que la reconnaissance institutionnelle pourrait être obtenue. La reconnaissance professionnelle articule, selon les circonstances, les rites thérapeutiques et les traitements par les plantes médicinales. L'exigence des qualités techniques et relationnelles en termes de succès thérapeutique doit être de mise. C'est ce dont les malades demandent justement lorsqu'ils entrent en relation thérapeutique avec le soignant, fût-il guérisseur, biomédecin, ou autre. Aussi, les données ethnographiques que nous avons rassemblées montrent que les mères, les guérisseurs et les biomédecins résistants répugnent à fonder, d'emblée, la reconnaissance et la légitimité sur les identités professionnelles fortement reconnues. Dans la mesure où ce ne sont pas les titres certificatifs qui intéressent les patients. Quand on se rend chez le soignant, ce qui importe ce n'est pas de savoir s'il est légitime ou non ; s'il est reconnu officiellement ou non. Mais plutôt peut-il apporter une solution radicale aux maux pour lesquels les gens viennent consulter ? Cette attente est sans discrimination de sexe, de race, de niveau intellectuel ; de classe sociale riche, pauvre ou moyenne. C'est le modèle de la reconnaissance capacitaire qui est revendiqué ici (Ricoeur, 1990). Il s'agit d'une «approche performative de la reconnaissance» qui pourrait, selon Fortin (sous presse), «représenter une piste de dénouement aux impasses relationnelles» ; et peut-être «favoriser l'émergence d'une normativité plurielle par la mise en saillance du parcours Je/Nous vers l'Autre/eux». Cependant,

cela n'exclut pas la certification institutionnelle qui est importante, comme le relève Leclerc (2001, p. 213). La certification sociale et juridique est aussi nécessaire.

L'autre question est celle de savoir qui reconnaître et légitimer, ou encore qui doit être reconnu? La réponse à cette question montre aussi que les usagers tendent à crédibiliser les agents de soins capables. Ils jugent la crédibilité du soignant à partir du succès des actes thérapeutiques opérés. Ici, c'est le personnage du soignant, à travers la satisfaction de la demande de soins, qui est crédible, et non le système dans lequel il est inséré en tant que professionnel. La reconnaissance repose ici d'abord sur le personnage qui accomplit les actes de soins, et ensuite sur le système de soins auquel il s'identifie. Le but étant qu'une importante cohorte d'individus reconnus sur la base de ce qu'ils font et non sur celle de ce qu'ils sont – appartenance identitaire –, pourrait opérer une transformation qui ferait le pont entre reconnaissance capacitaire – de l'ordre de l'estime individualisé et du mérite – et la reconnaissance collective – de l'ordre institutionnel, par exemple. La reconnaissance du mérite individualisé peut constituer, contrairement à ce que pensaient Payet et Battegay (2008b), un tremplin pour la reconnaissance institutionnelle. Cette perspective de reconnaissance opère aussi un changement radical au niveau des critères de validation qui sous-tendent la demande et l'octroi de la reconnaissance, en ce qui concerne en particulier les professionnels affaiblis institutionnellement sur le plan de la légitimité et disqualifiés sur le plan professionnel.

Enfin, la question de qui doit être reconnu en appelle à une autre moins évidente dans les travaux de recherche : celle du qui doit reconnaître ? Celle-ci étant entendue comme l'autorité qui octroie la reconnaissance ; à laquelle s'adresse ou devant laquelle sont élevées les demandes de reconnaissance (Payet & Battegay, 2008b, p. 26). Les réponses à cette question montre que le droit à l'octroi de la reconnaissance n'est pas la chasse gardée des seules instances de légitimation, en l'occurrence le pouvoir politique, l'État et dans cette lignée, l'OMS et les ministères de la santé des différents pays d'Afrique. La prégnance du pouvoir politique est ici secondaire et les interlocuteurs n'accordent du crédit qu'à toutes personnes susceptibles de rendre des services et des soins attendus par les consommateurs de la santé. Ainsi, la figure de l'autorité de la reconnaissance s'est aussi diffractée en de petits personnages doués de pouvoir de reconnaître, au premier rang desquels se trouvent les mères, suivis des guérisseurs, et enfin des biomédecins non conformistes ou résistants. On assiste alors, comme nous l'avons déjà signalé plus haut, à

une pluralisation des sources du pouvoir de reconnaissance, indiquant par là qu'il n'existe pas un dispositif théorique et méthodologique unique et standardisé susceptible de répondre à toutes les demandes de reconnaissance et de légitimité (Dejours, 2007; Lallement, 2007). L'avantage ici est que la pluralisation des figures de reconnaissance permet d'éviter de réinscrire la reconnaissance dans le schéma d'une «nouvelle ruse de la domination, comme une nouvelle aliénation», ou encore de ne plus la refermer dans la contradiction et le paradoxe relevés par de nombreux auteurs (Galeotti, 2002; Povinelli, 2002). Au principe de la pluralisation des figures du pouvoir de reconnaissance se trouve le fait que «qui rencontrer» paraît être une question secondaire lorsqu'on est frappé par une maladie, même si les décisions des choix thérapeutiques sont toujours les moments les plus difficiles à vivre, tant il faut traiter un grand volume d'informations dans un laps de temps. C'est pourquoi le thérapeute élu lors de ces moments est toujours une figure capacitaire, compétente, reconnue, déjà connue et à reconnaître dans les circonstances similaires.

Les réponses aux questions ci-dessus posées poussent à réfléchir d'une autre manière au sujet de la reconnaissance, en posant notamment à la reconnaissance institutionnelle et/ou assignée des questions qu'elle ne se posait pas par le passé. Les différentes formes de reconnaissances mises en œuvre par nos interlocuteurs semblent imposer une redéfinition et diversification des objets de la reconnaissance. Cette diversification à l'avantage d'opérer une diffraction de la reconnaissance institutionnelle en de petites portions de reconnaissances qui reposent sur d'autres objets thérapeutiques qui n'étaient pas pris en considération dans le contexte de la reconnaissance institutionnelle. Celle-ci a connu un déplacement, même si elle a gardé quelque chose de ce qu'elle fut. Quoiqu'il en soit, l'enjeu est bien, pour les guérisseurs, non pas la revendication d'une légitimité officielle, mais d'imposer, par la médiation de la dispute et de la discussion, un regard renouvelé sur d'autres objets susceptibles d'être reconnus aux marges des objets scientifiquement élus par le dispositif de reconnaissance institutionnelle. Il n'y a donc, de ce point de vue, de reconnaissance que disputée, voire discutée. Le régime de la dispute, inscrit dans une perspective de la sociologie pragmatiste et l'anthropologie capacitaire, se pose et s'oppose au régime de la délibération, enclin à l'imposition d'un point de vue. Mais pour autant, les reconnaissances institutionnalisées et non institutionnalisées ne se contredisent pas, contrairement à ce que pensent un certain nombre de travaux. Elles s'inscrivent dans des rapports complémentaires interactifs, permettant une redéfinition et renégociation des positions de pouvoir, des formes de la

relation de pouvoirs, des modes de connaissances et de reconnaissances à mettre en avant ; et enfin, travaille profondément la pluralité de la reconnaissance en rendant effective les pratiques de pluralisation des objets, figures et autorités de la reconnaissance. En effet, une telle pluralisation rend possible l'élargissement, selon un concept de Wallerstein (1996), de «la base sociale» des objets portés à la reconnaissance. Elle permet aussi de remettre sur la table de discussion certains objets thérapeutiques, en particulier les rites magico-religieux, qui ont été frappés du déni de reconnaissance dans un contexte où l'accréditation des systèmes de soins reposait sur la seule reconnaissance institutionnelle. Avec la multiplication des sources d'autorité de la reconnaissance, les objets thérapeutiques censurés refont surface dans l'espace de sociabilité thérapeutique. La rencontre de ceux-ci avec les objets licites ouvre, désormais, à «de nouveaux espaces de reconnaissance» (Rouilleau-Berger, 2007b, 15) qui, d'un côté, s'actualisent dans des hybridations et créolisations médicales et culturelles, et d'un autre, donne lieu aussitôt à de nouvelles formes de «lutte de reconnaissance» (Honneth, 2000) et de «guerres de reconnaissance» (Bauman, 2007). Si bien qu'on est toujours en présence de plusieurs concepts d'ordres de reconnaissance, de la grandeur et de légitimité soutenus par une sorte de grammaire de reconnaissance qui, à tout moment, est susceptible de changement. L'articulation de ces ordres passe par des compromis limités dans le temps et dans l'espace, exprimant d'ailleurs le fait que la reconnaissance repose sur un équilibre instable, et requiert à tout moment des (re)négociations pour accéder à un nouvel équilibre. La question reste posée du statut des nouvelles formes de reconnaissances et rencontres intermédiaires. Qu'est-ce qu'elles apportent à la reconnaissance institutionnelle ?



## **8 LOGIQUES DERRIERES LES RATIONALITES DES CONDUITES DE SOINS**

Les conduites de soins obéissent à des logiques sous-tendues par des rationalités différentes : celles de l'usager de soins ; celle du guérisseur ; et celle du biomédecin – légaliste ou résistant. Qu'est-ce qui distingue alors les rationalités des uns et des autres ? La distinction des logiques derrière les différentes rationalités est intéressante, car leur mise en perspective permet de comprendre les régimes d'action des acteurs de soins qui peuvent, en fonction des circonstances, tantôt se croiser et tantôt se contredire ou encore s'opposer. Pour opérer cette distinction, deux questions essentielles ont été posées : l'une concernant les usagers de soins, et l'autre, les soignants. Pourquoi telle mère dont l'enfant souffre par exemple de la drépanocytose préfère-t-elle consulter tel soignant plutôt que tel autre auquel s'adresse une autre mère pour la même maladie ? Pourquoi tel soignant [biomédecin résistant] se comporte-t-il d'une manière différente de tel autre [biomédecin légaliste], alors qu'ils appartiennent, tous les deux, à un même système médical [biomédical]. D'une part, les réponses à ces questions ont permis d'aller chercher des mobiles qui permettent à deux mères dont les enfants sont porteurs de la même maladie [la drépanocytose] de se conduire différemment dans l'espace de sociabilité pédiatrique. D'autre part, d'identifier des mobiles qui permettent, dans le cas des soignants biomédicaux résistants et légalistes par exemple, aux premiers de penser de telle manière plutôt que de telle autre ; de se positionner pour ou contre son propre système médical ; de se conduire différemment des derniers, alors qu'on s'attendrait à ce qu'ils défendent les normes institutionnelles biomédicales desquelles ils dépendent. En d'autres termes, il s'agit de savoir quelles logiques pour quels régimes d'actions ?

### **8.1.1 Logiques derrière les rationalités des usagers de soins**

Dans le champ de la pédiatrie, l'un des aspects importants est le projet familial et/ou parental pour l'enfant. Ce projet renseigne sur la place de l'enfant, né ou à naître (Bétrémieux et al., 2010, p. 411) dans l'histoire, dans leur famille ou dans la fratrie. Ce projet achoppe très souvent avec la vision que les soignants ont de la grossesse et de l'enfance, à savoir le projet médical. Mais dans un contexte de pluralisme médical, la rencontre des deux projets – parentaux et médicaux – fait parfois l'objet de violentes tensions entre les connaissances parentales et médicales sur la

grossesse et les maladies de l'enfance. Les savoirs parentaux sur la grossesse, par exemple, sont parfois en décalage avec ceux de la médecine (Fortin & Le Gall, 2007). Dans cette perspective, les parents sont portés parfois à discriminer, au nom des enjeux qui sous-tendent les projets qu'ils nourrissent pour l'enfant porteur d'une maladie quelconque [grave] ou pour eux-mêmes, certaines procédures thérapeutiques. Ces enjeux reposent parfois sur une certaine croyance qui veut que la mère, suffisamment bonne et courageuse, doive pouvoir ressentir le plaisir de la douleur de l'accouchement en enfantant par la voie basse. De telles croyances sont à l'origine de conduites de soins qui conduisent régulièrement la majorité des mères (N = 25) rencontrées à des pratiques d'éviction de l'accouchement par césarienne, comme en témoignent les discours ci-dessous :

**Mère-Quartier#7.** *Lorsque j'étais enceinte, et je suis allée à l'hôpital pour les visites prénatales, le médecin disait que l'enfant est mal positionné dans mon ventre. Mais il ne fait rien pour le redresser. Or lorsque j'ai vu le guérisseur, il a ramené l'enfant en bonne position. Pourtant, si c'était à l'hôpital, on m'aurait opéré. A la maison, mon guérisseur, avec ses remèdes et sa façon de faire, repositionne l'enfant en position de sortie. Et il a même des produits qu'il me donne qui facilitent l'accouchement. Or ces produits, il y a en a pas à l'hôpital, et si on va à l'hôpital avec, on va les jeter dans la poubelle. Lorsque tu accouches par césarienne, c'est comme si tu n'as pas accouché. Tu n'as pas senti la douleur, et très souvent, on aimerait bien connaître ce que ça fait. Vous voyez. Je ne sais si les autres femmes pensent comme moi. Mais moi accoucher par césarienne, c'est pas bon. [Mère enceinte, 27 ans, employée de bureau].*

Pour les mêmes raisons, la **Mère#quartier#1**, une mère non consultante, relate sa victoire sur une césarienne programmée à partir du 5<sup>ème</sup> mois de la grossesse :

*L'hôpital m'attristait avec les remarques qu'il portait sur mon cahier de consultation. Le docteur avait écrit qu'il m'est impossible d'accoucher naturellement, qu'on va m'opérer pour porter l'enfant [césarienne]. Entre-temps, ma belle-mère m'a conduit chez un guérisseur qu'on appelle docta aussi, il a commencé à me donner les produits traditionnels que je buvais. J'ai bu ces produits les trois derniers mois de la grossesse, mais tout en allant toujours à l'hôpital pour des visites prénatales. Le guérisseur me conseillait fortement de ne pas rater un rendez-vous pour mes visites prénatales. Je ne ratais pas aussi. Et c'est ce que je faisais, parce que c'est lui qui me comprenait et m'effrayait pas avec cette histoire d'opération pour faire naître l'enfant. Vous voyez, lorsque le moment d'accoucher était venu, je suis allée à l'Hôpital Central, dès que je suis arrivée à l'hôpital, le médecin qui m'a reçu a lu dans le carnet, comme avait prescrit l'autre, que je ne peux pas accoucher naturellement [sans césarienne]. Quand il s'apprêtait avec les sages femmes pour que j'entre au bloc opératoire, mon mari a appelé un taxi qui est venu me prendre pour m'amener à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique de Ngouso. On est partie de là en cachette. C'était bizarre de le faire. Mais nous sommes partis ; mon mari, moi et mon beau frère avons pris cette dure décision de fuir cet hôpital. Non, ce n'est pas l'hôpital qu'on fuyait, mais l'opération que je devais subir. J'étais donc obligée de cacher le cahier, et de faire comprendre au médecin que j'ai perdu mon cahier, mais que j'ai fait toutes les visites. Il a appelé le CHU et on lui a dit qu'une opération était prévue. Je lui ai dit que je ne voulais pas la césarienne, parce qu'on en sort pas souvent. Pendant tout ce temps, j'étais en travail, et le guérisseur m'avait dit que lorsque je serais fortement en travail, il faut que je boive deux verres du produit [remèdes traditionnels]. Lorsque j'ai bu les deux verres, j'ai commencé à sentir quelque chose de bizarre comme si j'allais accoucher. Le médecin s'apprêtait à m'amener au bloc quand la sage femme qui était près de moi lui a dit que l'enfant est sur le point de sortir. Et je ne pouvais pas lui dire que j'ai bu le remède du guérisseur. Mais je sais qu'il avait remarqué que je buvais des remèdes fournis par un guérisseur. Il a même vu le dernier verre que je buvais et n'a rien dit. Voilà comment j'ai évité la césarienne. [Mère enceinte, 33 ans, ménagère].*

Ces extraits montrent deux choses. Le poids des croyances dans la fabrication des projets de soins. En réalité, le but de ne pas consentir à l'accouchement par césarienne est de créer des conditions d'accouchement en accord avec les croyances du milieu social auquel appartiennent ces deux mères. La seconde est d'éviter les situations dommageables tant pour la vie de l'enfant à naître que pour celle de la mère, compte tenu du fait que la césarienne est perçue comme la principale cause de la mortalité maternelle au Cameroun, selon une étude de Beninguise et al., (2004). Le discours de la mère consultante rejoint aussi celui du **Biomed#4** qui dit afficher une attitude de tolérance à l'égard des remèdes qu'il trouve au chevet du lit des malades :

*Si le patient a choisi les écorces et que je ne comprends pas ces écorces, je ne les toucherai pas. J'ai une perception de la vie qui n'est pas la sienne. Du moins, il a une manière de voir sa maladie que je dois respecter aussi et, le thérapeute que je suis, ne doit pas y toucher. Maintenant si le patient choisit de demeurer dans ce canevas, et que cela est pour lui son bien être et je ne perçois pas de trouble immédiatement causé par ces écorces, il vaut mieux dans un univers thérapeutique réel où on doit privilégier les rapports avec d'autres gens qui font le même travail que le médecin, le laisser d'abord là dedans, parce que sa conscience fait partie de sa thérapie. Parfois, cela apporte des résultats spectaculaires. [Médecin, 4 années d'expérience professionnelle]*

Notons qu'il s'agit là des rares réactions où s'observe la tolérance biomédicale à l'égard des objets de soins non biomédicaux, surtout dans un contexte aussi sensible que celui de l'obstétrique. Mais le comportement de ce biomédecin rend compte, comme l'a relevé Fillion (2012, p. 24), d'une «sensibilité accrue à la iatrogénie césarienne». L'annonce de la césarienne est vécue au Cameroun comme un coup de massue lors des consultations de visites prénatales. Les mères rattachent rapidement l'accouchement par césarienne à une mortalité maternelle biomédicalement programmée, car l'expérience a montré qu'une césarienne = décès de la mère. En effet, quand on regarde les décisions suggérées par les soignants de l'hôpital déserté par la famille de la parturiente, on se rend compte qu'ils sont dans des logiques très différentes de celles des parents. Or, la parturiente est, avec le projet pour elle-même et pour l'enfant qui va naître, dans un moment unique ; dans une temporalité unique s'inscrivant dans une expérience et une histoire : la sienne passée ou celle d'un autre ; et dans une action-réaction qui est très courte. Or cette expérience et histoire ne résonnent pas de la même manière chez certains soignants. Tandis que le soignant qui propose la césarienne prend appui sur des expériences de plusieurs accouchements qu'il additionne avec ce qu'il est en train de vivre dans le présent. Or la mère aurait souhaité qu'il lui accorde encore un peu de temps dans l'espoir qu'elle puisse évoluer en travail et peut-être

accoucher par la voie basse. Le fait de s'arrêter sur ce qui est écrit sur le carnet de santé de la mère suppose que le soignant est dans une autre temporalité qui obéit à une autre rationalité.

La mère n'a pas cette même temporalité, n'a pas cette expérience quotidienne de la mort ou des problèmes liés aux situations critiques aiguës (Fortin & Maynard, 2012). Elle ne voit que sa propre mort. Mais le fait qu'elle possède au moins une expérience d'autres recours thérapeutiques possibles la place dans une temporalité très différente de celle du médecin, mais aussi dans une logique qui est différente. Parce que la mère compose avec le projet qu'elle nourrit pour l'enfant ; parce qu'elle perçoit l'enfant sous l'angle de la continuité familiale. Pourtant le médecin, lui, est dans une autre logique : perçoit le corps qui lui parle autrement, et sans doute, cherche à apporter des solutions thérapeutiques permettant de moins souffrir et de réduire les risques de mortalité infantile/maternelle. Les deux logiques ont le même but, pourtant ils s'inscrivent dans des univers-mondes différents.

La logique dans laquelle s'inscrit le médecin ou le clinicien n'est pas fausse, tout comme la logique dans laquelle s'inscrivent le guérisseur et la mère. Les trois possèdent, chacun, une logique qui pourrait se rapprocher de la philosophie de soins (Benaroyo et al., 2010) et qui fait penser à quelque chose se rapportant à l'«habitus» (Bourdieu, 1994) de soins. La correspondance entre la philosophie de soins et l'habitus permet d'éviter, selon Martuccelli (1999, p. 119), le double risque : de l'objectivisme, qui ferait des agents [de soins] de simples supports de structures ; ou de subjectivisme, qui ferait des sujets les créatures de leur destin (Bourdieu, 1980, pp. 85–86). Les différents projets de soins sont façonnés par une philosophie de soins correspondant chacun à des mondes différents dans lesquels s'inscrivent les logiques du patient, celles du guérisseur et du biomédecin. De sorte qu'on est toujours, dans l'espace de sociabilité thérapeutique, en présence de différents concepts de logiques de soins reliés à des mondes différents informés par le passé, le présent, les expériences de soins des uns et des autres. Bref par différentes facettes du social. Et quand on a la non reconnaissance de la légitimité de ces multiples mondes, c'est là où on entre dans un conflit de légitimités et de rationalités ; dans les luttes de reconnaissance. C'est dans un esprit semblable que Kirmayer (2011, p. 418) écrit : «Misrecognition or negative recognition, in contrast, can injure people in several ways : they may be directly wounded by the other's negative regard ; they may internalize this negative view as part of their own self-image ; and, more

systematically, they may suffer from their negative or limiting social position assigned to them as part of this recognition».

Mais quand on obtient la reconnaissance de ces mondes, cela permet une ouverture dans les logiques à travers la reconnaissance ; de trouver également des éléments de dialogue qui ne font pas nécessairement que la logique du clinicien change, ou que celle de la mère ou du guérisseur change. Mais plutôt facilite l'ouverture d'un canal, d'une passerelle qui permet aux différents mondes de connaissances et de reconnaissances – celui du soignant et celui de la mère, d'une part ; celui du guérisseur et celui des biomédecins, d'autre part – de se parler, de se rejoindre, de s'entrecroiser et d'aller vers un projet thérapeutique, soutenu à la fois par tous les acteurs impliqués dans la situation de soins. Selon Kirmayer (2011, 419),

«This recognition supports a boarder pluralism. Pluralism, in turn, requires an over-arching political structure that prevents one group from suppressing another. Ultimately, pluralism is liberal value that cannot tolerate fundamentalisms or other traditions that are resolutely anti-pluralist. Pluralism can only accommodate traditions that follow free exist to their members and that do not aggressively proselytize, being content to live and let live outside the boundaries of their own ambit. Participation in a pluralistic society requires a moral and political education that is itself transformative of cultures».

Cela n'est possible que si les logiques s'inscrivent dans les rationalités qui s'informent mutuellement ; au cœur d'une complémentarité interactive, dont l'absence provoque un malaise professionnel chez certains soignants vivant dans plusieurs espaces-mondes différents. La question est alors de savoir comment les acteurs de soins parviennent-ils à surmonter ce malaise professionnel ? Par ailleurs, on sait que la logique de la mère est informée par les expériences passées, les leurs ou celles d'un voisin ; par leur histoire et la trame la vie relationnelle ; par les projets qu'elle nourrit pour l'enfant ; par les idées et perceptions associées à la maladie et à l'enfant. De même le guérisseur et le biomédecin sont informés par leurs connaissances médicales, mais aussi par les expériences de leur vie sociale, en dehors de leur biographie institutionnelle. Ces trois acteurs de soins ne parlent pas nécessairement le même langage en situation thérapeutique. Par exemple, la logique du clinicien est informée par les expériences cliniques ; sa connaissance du «corps souffrant» (Danou, 1994) ; par des données scientifiques probantes sur les maladies de l'enfance et de la grossesse ; par ses connaissances biomédicales. Mais le clinicien pourrait devenir, dans certaines situations, lui aussi, parent ; puisqu'il est avant tout un père d'enfants ou en devenir. On peut se demander si étant «papa», de quoi serait faite sa logique ou sa rationalité ? Serait-elle toujours informée par la rationalité du biomédecin ? Ou bien

celle-ci va-t-elle épouser la logique de tout parent ? Où encore sa logique va-t-elle osciller, en fonction des enjeux et circonstances, entre la rationalité biomédicale et la rationalité des parents ?

### 8.1.2 Logiques derrière les rationalités des biomédecins résistants

Nous avons vu que les biomédecins résistants s'inscrivent dans une réciprocité de perspectives avec les guérisseurs. Ce faisant, ils ne découvrent pas seulement quelque chose de l'ordre de la compétence de ces derniers, mais aussi, ils font l'expérience d'un autre recours possible différent des schémas classiques de cheminement à l'intérieur du circuit formel biomédical, dont les moyens et techniques thérapeutiques sont de plus en plus remis en question autant par les patients que par certains biomédecins. Le vécu du succès d'une expérience de co-thérapie favorise une prise de distance chez le biomédecin qui, dès lors, ne voit plus la biomédecine comme un système médical tout puissant surplombant les autres, mais commence à y trouver des failles. Ces failles sont le produit d'une expérience individuelle acquise aux marges des connaissances biomédicales ; le produit de ses appartenances à différents espaces de sociabilité thérapeutiques :

**Biomed#2** : *Je suis doublé de casquette. Ce qui peut paraître bizarre pour un autre médecin qui n'a pas la même philosophie que moi. Mais je dis [...] ici, j'ai des activités que je ne déclare pas parce que je préfère être ici et me taire. Parce que je peux avoir par exemple un don de guérison que j'ai reçu de la part du dieu vivant, c'est-à-dire mes ancêtres. Mais ici je ne le déclare pas, parce que cela n'est pas apprécié. Parce que ça fait partie de mon être intrinsèque. Mais quelque soit la nature de ce don et son origine, une chose est certaine : ça aide autant moi-même que les mères qui recourent à moi, à la fois en tant que médecin, mais aussi en tant que cette figure de la médecine qui leur est inaccessible à l'hôpital : les rites et les plantes médicinales. Donnez-lui le nom que vous voulez, mais l'essentiel est ailleurs. [Médecin, 30 années d'expérience professionnelle]*

L'inscription dans deux milieux d'appartenance peut être à la fois un atout et un handicap. Elle est un atout en ce sens qu'elle permet de confronter les rationalités, et par delà, peut ouvrir à la tolérance. Elle est un handicap en ceci que la combinaison des rationalités des médecines africaines et de la biomédecine situe le soignant à l'autre bord de chacune de celles-ci. Une telle posture peut favoriser en fonction des situations, dit Chevallier (1995, p. 259), «un phénomène de rejet des disciplines institutionnelles : franchir les limites fixées par l'institution, passer outre ses interdits, mépriser ses injonctions, révèle, le refus, non seulement d'adhérer, mais aussi de se soumettre à l'institution ; la non-conformité recouvre un phénomène d'in-croyance». Dès lors, il n'est pas exclu que la transgression des normes institutionnelles fasse du biomédecin non-

conformiste un dissident biomédical par ses confrères légalistes qui voient en la biomédecine la toute puissance, comme s'en défend cet autre biomédecin qui s'identifie aussi aux guérisseurs :

**Biomed#3** : *Si je propose aux mères l'usage de certaines plantes médicinales, c'est pas parce que je suis un subversif biomédical ou une dissidence biomédicale. Elles disent de moi et me connaissent comme ce médecin qui donne aussi, lorsqu'il le faut, des herbes et les écorces, mais qui reconnaît en certaines circonstances l'importance de la tradition et des ancêtres. Voilà peut-être, on ne sait jamais, ma nouvelle identité dans les prochaines années. On pourrait m'appeler biomédecin-guérisseur. Pourquoi pas ?*  
**[Médecin, 3 années d'expérience professionnelle]**

En effet, les références à plusieurs identités professionnelles témoignent de l'inscription dans différentes institutions considérées comme des milieux socialisateurs. C'est d'ailleurs ce qui fait que les biomédecins résistants sont plus prompts à échanger informellement avec les guérisseurs ; ce qui n'est pas le cas pour les biomédecins légalistes qui ne connaissent que la biomédecine comme seul groupe socioprofessionnel d'appartenance. On comprend que l'appartenance à différentes institutions thérapeutiques inscrit les biomédecins résistants dans la logique de la cassure ou de la brisure de l'ordre normatif qui a toujours prévalu dans le domaine de l'orientation thérapeutique et des échanges entre les professionnels officiels et non officiels de la santé.

En effet, au regard des conduites de soins des biomédecins résistants, on se rend compte qu'il y a des logiques très individuelles derrière les rationalités qui sous-tendent leur régime d'action. Ces logiques sont informées par les trajectoires et parcours de vie, l'histoire de vie, les expériences professionnelles et des biographies, en dehors desquelles il serait impossible de comprendre les résistances que les biomédecins non-conformistes opposent à l'institution biomédicale, surtout quand on sait que les logiques de celle-ci sont vouées à la normalisation des comportements. L'évocation des trajectoires<sup>31</sup> de vie et des biographies associées aux résistances soulignent alors qu'il s'agit de quelque chose qui se forge dans l'intimité de soi, ou encore dans ce que Haroche (1995) appelle le «For intérieur». Celui-ci désigne alors ce qui échappe au contrôle des institutions ; ce qui est placé, dit Chevallier (1995, 252), hors de leur emprise ; [...], en ceci qu'il constitue «une sorte de cran d'arrêt, marquant les limites, soit objectives, soit idéologiquement construites, du contrôle social» (p. 253). Cela signifie aussi que si les biomédecins en général sont

---

<sup>31</sup> Si la logique institutionnelle est par essence totalisante et pousse à la suppression des dissonances, à l'élimination des singularités, elle se heurte à la spécificité des trajectoires individuelles : le for intérieur constitue ce principe de résistance à l'action homogénéisatrice, et en fin de compte, mortifère des institutions, et cette opposition est au cœur même de la dynamique sociale (Chevallier, 1995, 252-253).

soumis tous à la loi de la normalisation, ils ne sont pas tous «une cire molle dans laquelle s'inscrirait identiquement l'empreinte institutionnelle : chacun d'eux à son identité propre, forgée au fil des expériences institutionnelles et dépendant des affiliations parallèles. Le comportement vis-à-vis de l'institution est fonction de la nature de ce passé et de ce vécu institutionnels : les disciplines imposées par l'institution seront reçues et réinterprétées par chacun en son fort intérieur» (Chevallier, 1995, p. 254). Ce sont ces affiliations et socialisations parallèles, antérieures et passées qui rendent possibles l'émergence des résistances à l'institutionnalisation (Hmed et Laurens, 2010, p.136). Parlant du *for intérieur*, Enriquez (1995, p. 14) souligne : «Le for intérieur, s'il reste une forteresse inattaquable, est un facteur de désordre. Il énonce que l'individu n'est pas un jouet de la société et que les replis de l'âme peut se moquer des déterminations éco-socio-politiques». Pour résister, les biomédecins résistants s'attachent à mettre en évidence l'existence de mouvements collectifs, relativement peu contrôlés dans leur origine que dans leur orientation, «mais capables de constituer un contre-système venant désorganiser la hiérarchie d'objectifs jusque-là dominant» (Rémy, Voyé, & Servais, 1988, pp. 32–34). Des résistances à la biomédecine préparent alors le terrain à la redéfinition des enjeux de connaissances autour de la maladie et des thérapies.

### **8.1.3 Des logiques individuelles aux logiques organisationnelles**

Les logiques individuelles sont à l'origine des résistances opposées tant par les guérisseurs que par certains biomédecins résistants au pouvoir de la structure de domination biomédicale. Fondées sur la multipositionnalité, les résistances qu'opposent les guérisseurs visent à infléchir «l'ordre d'interaction» majoritaire, lequel interdit tout échange de patients entre eux et les biomédecins. Leur insertion dans le milieu professionnel des médecines africaines et dans celui de la biomédecine rend possible une remise en cause de l'ordre des interactions assignées, afin d'instaurer une nouvelle forme d'organisation des rapports professionnels entre guérisseurs et biomédecins.

C'est que, la multipositionnalité a pour conséquence une double fragilisation. La première est la fragilisation de l'opposition entre une situation de monopole, celle qu'occupe la biomédecine. La deuxième est la fragilisation de la situation de compétition. Il y a fragilisation de monopole, dans le premier cas, car la biomédecine n'est plus considérée comme un système médical d'imposition,



omnipotent ; elle devient un système médical comme tous les autres, susceptible d'être sollicité ou non. Il y a fragilisation de la compétition, car cela permet de rendre viable sur le marché de la santé une véritable pratique de pluralisation des pratiques thérapeutiques. C'est cette double fragilisation qui est à l'origine de l'instauration des logiques plurielles dans l'espace de soins, et donc de la présence de deux systèmes médicaux alternatifs sur le marché de la santé. Elle s'inscrit dans des logiques organisationnelles et de transformations des conditions sociales et économiques des soignants faiblement reconnus. Mais ces transformations s'appuient sur des préalables auxquels consentent les guérisseurs eux-mêmes comme le socle permettant d'être de plus en plus compétitifs sur le marché de la santé, comme le souligne le guérisseur suivant :

**Tradi#4** : *Quand je parle de l'organisation, je pense à la codification aussi. Vous voyez. Les gens pensent que nous ne connaissons pas ce que nous faisons. C'est pas vrai. Étant moi même de la médecine moderne maintenant, je vais en profiter pour faire avancer les choses. Il faudrait d'abord normaliser la médecine de nos ancêtres. Est-ce que tu comprends ? Il faudrait d'abord normaliser cette médecine afin de donner des directives, et c'est de là qu'on pourra maintenant savoir comment on va faire ; ce qu'on va faire et avec quels moyens. Maintenant comme elle n'est même pas normalisée, on ne peut pas grand chose. Elle souffre encore de la non codification, ce qui fait que les guérisseurs sont des personnes marginalisées dans la profession ! Elle souffre de la marginalisation ; la reconnaissance que nous avons reçue est une reconnaissance de façade, c'est pour nous tromper. Je suis reconnue. Cela ne m'ajoute rien du tout. Puisque ce n'est pas ça qui me permet de manger. [Guérisseur, 12 années d'expérience professionnelle]*

Mais les guérisseurs sont aidés et soutenus par certains biomédecins qui ont décidé de prendre leur, comme le relève ce guérisseur qui a traité les problèmes de stérilité chez l'épouse d'un médecin, lui-même exerçant dans un hôpital de la place comme gynécologue obstétricien :

**Tradi#6** : *J'écris tout ce que je fais. Quand un malade vient, j'écris son nom, sa date de naissance, la maladie. Celui qui m'a conseillé de faire comme ça c'est un docteur. Parce que sa femme avait 40 ans, sans avoir accouché, ni même concevoir. Quelqu'un l'a indiqué chez moi, il est venu, il m'a posé beaucoup de questions quand je lui demandais l'argent. Sa femme avait des myomes. Quand je lui demandais de l'argent, tu sais les gens-là, ils posent trop de questions ; s'ils ne croient pas, ils vont poser les questions : est-ce que ça va aller ? Je dis que c'est mon travail, non ! Finalement sa femme a accouché. Elle a même accouché les jumeaux aux Etats Unis. C'est lui-même qui m'a donné ce registre. Il est venu laisser ce registre là, et m'a dit qu'il faut tout écrire ce que je fais. Bon quand le malade vient je l'examine et j'écris tout ce que je vois ; si c'est un cas de chlamydia, j'écris le taux ; le pourcentage ; j'écris le nom de la maladie qu'il faut que je soigne. Voilà, à la fin il refait encore les examens à l'hôpital. Quand c'est fini, c'est l'hôpital qui confirme. Si c'est le palu[disme] ou quoi j'écris. Il fait les examens. D'autres cas quand lui-même il se sent guéri il part. Parce qu'un cas d'infection, il ne peut pas manquer sans faire les examens. C'est parce que tu peux baisser le taux, mais ça reste encore haut ; ça évolue encore. Pour les cas des infections, on doit toujours faire les examens, avant et après le traitement. C'est comme ça que je travaille maintenant. Je suis mieux organisé maintenant. Les gens aussi voient du sérieux. [Guérisseur, Bac+2, 22 ans d'expérience professionnelle]*

Ces illustrations trouvent des échos chez certains biomédecins résistants qui soulignent à propos de l'intégration des aspects économiques un certain nombre d'éléments d'organisation dans l'espace de soins qui sont incontournables et forcément favorables à leur prise en compte :

**Biomed#3** : *Ce qui est important pour le guérisseur, c'est qu'il puisse tenir chaque jour un cahier où il consigne tout ce qu'il réalise comme pratiques de guérison ; c'est-à-dire du plus petit mal de ventre, aux maladies mystiques qui dépassent l'entendement biomédical. S'il a traité un patient souffrant de paludisme, il faut qu'il puisse montrer qu'il lui a donné tel produit et une semaine après l'administration du produit, qu'est-ce que cela a donné comme résultat ? Ainsi de suite. Ce discours que je vous tiens, est bien inspiré de la pratique d'un guérisseur que je connais très bien, et avec qui j'échange de temps en temps. Ce dernier consigne les traces des traitements opérés dans un cahier ; ça fait qu'il pourra non seulement démontrer qu'il traite le paludisme, qui est une maladie capitale qui touche la majorité des populations, mais aussi qu'il traite aussi une maladie que la biomédecine traite. Dans ce cas, il joue sur le même terrain que la biomédecine ; et s'il joue sur le même terrain que le biomédecin, il a de forte chance de le battre sur son terrain de prédilection, car il a aussi une autre arme que le biomédecin n'a pas : la divination à laquelle tous les camerounais sont devenus accros. Je ne sais donc pas si c'est pour les mêmes raisons que certains biomédecins cherchent de nos jours à devenir des pasteurs ? On en connaît pas mal. On connaît aussi des biomédecins qui ont un côté proche de la médecine traditionnelle, mais très peu montre ce côté-là. Ils se plaisent à dire et évoquer la puissance de Dieu chrétien, faisant ainsi allusion à une affiliation plus avec les prêtres qu'avec les guérisseurs. Les raisons sont encore à découvrir. Est-ce parce que la religion chrétienne et la médecine sont proches ?» [Médecin, 30 d'expérience professionnelle]*

Mais une telle réorganisation étant elle-même favorable à l'intégration des aspects financiers dans les pratiques médicales des guérisseurs. Mieux : elle permet, et c'est le point le plus important pour les guérisseurs, d'instaurer dans leurs pratiques de soins, la reconnaissance économique basée sur une logique de la rentabilité qui vient se substituer à la logique économique du don :

**Biomed#4** : *Il n'y a pas de pour ou de contre. Parce que je demeure dans la déontologie de tout patient. Le patient est libre de son choix. Si je pense...Toute thérapie s'améliore lorsque le patient devient exigeant. Si le patient n'est pas exigeant, la thérapie ne s'améliore pas. Parce que si ...lorsque le patient se contente de n'importe quoi, le thérapeute ne s'améliore pas. A partir du moment où le patient commence à être exigeant, la thérapie s'améliore. Pour qu'il devienne exigeant, il faut qu'il paie le prix du travail qu'on lui donne. Cela veut donc dire en termes simples que toutes thérapies soient bien rémunérées, et que le bénéficiaire de la thérapie qui est une prestation de services, soit exigeant, qu'il poursuive la personne quand il n'est pas satisfait. Qu'il soit prêt à le faire, et que lorsque la personne rend les services médicaux, qu'il ait dans sa tête qu'il y a une mesure de représailles possibles au cas où il ne fera pas bien son travail. Quand ces éléments, la rémunération, l'exigence du patient sont associés, toute thérapie s'améliore. Donc si les tradipraticiens, les ethnothérapeutes, quelque soit leur obédience, je me mets dedans, deviennent conscients du fait que ce patient dont je m'occupe va me porter plainte, ou alors va me poursuivre (judiciairement) et que la société admette qu'il me poursuive et exige une réparation du dommage causé, au cas où je n'aurai pas raison, ben, il va s'améliorer. Je crois que là j'ai participé quand même à l'amélioration de leur thérapie. Mais nous tous étant considérés comme des individus agissant pour le bien du patient, chacun selon son obédience. En bref donc, si les ethnothérapeutes veulent s'améliorer, il faut qu'ils aient dans leur esprit, au plus fond d'eux-mêmes ... qu'ils aient comme épée de Damoclès, les représailles, la coercition : celle des patients, des pairs, des confrères de la biomédecine, celle du ministère de la santé, la sienne propre. Tout ceci concourt à ce qu'ils sentent..., ou qu'ils aient le confort dans leur métier, c'est-à-dire qu'ils soient bien payés. Ces deux choses permettraient l'amélioration de toutes thérapies et d'excellentes relations réciproques entre nous, biomédecins, et les guérisseurs, et cela est d'autant vrai, que certains d'entre nous y vont tout le temps. [Médecin, 4 années d'expérience professionnelle]*

Dans le cas de l'économie de la rentabilité, les prestations de services et des soins du guérisseur sont payés, bien que l'unanimité sur les tarifs reste très discutable ; dans celui de l'économie du don, qui n'existe presque plus, ces prestations étaient considérées comme gratuites, même si en

pratique, cela n'était pas le cas (de Rosny, 1992). C'est dans ce même ordre d'esprit que, tout en faisant une analogie avec le serment d'Hypocrates qui n'enrichit pas, certains biomédecins résistants soulignent qu'il faut que les guérisseurs comprennent qu'ils peuvent se faire de l'argent :

**Biomed#2** : *Mais c'est que dans l'histoire de toute thérapie...vous ne vous doutez pas que Hypocrates, ne considérait pas beaucoup son art comme euh une source d'argent. Je ne pense pas. Il était certainement...quand on lit le serment de Hypocrates, ben, ça n'a rien d'argent. Le serment d'Hypocrates, n'enrichit pas. Il appauvrit beaucoup. Oui, ça il ne faut pas se voiler les yeux. Il ne faut vraiment pas se voiler les yeux. Donc, ces thérapeutes là vivent dans cette vie de sacerdoce. C'est pour ça que je parle du culte, parce que la prise en charge généralement, la prise en charge de l'ethnothérapeute s'inscrit dans un culte. L'ethnothérapie s'intègre toujours dans un culte et qui dit culte dit pouvoir divin, et qui dit pouvoir divin, dit don. Ce qui fait que lorsque le thérapeute demeure dans l'entité qui lui accorde le pouvoir, il ne se voit pas directement dans un champ d'exploitation ; ou encore les autorités et les patients ne le perçoivent pas comme exerçant quelque chose qui s'inscrit dans un champ d'exploitation. Mais par contre, lorsque cela fait partie d'un apprentissage acquis en dehors de tout culte, comme c'est le cas aujourd'hui pour certains guérisseurs qui sont allés à l'école, les aspects pécuniaires viennent d'eux-mêmes, puisque la formation a nécessité de l'argent. Bon, il serait au bon que les thérapeutes, les ethnothérapeutes comprennent qu'ils peuvent se faire... de l'argent* **[Médecin, 30 années d'expérience professionnelle]**

Ces extraits montrent le rôle important que jouent certains biomédecins qui fournissent des «appuis institutionnels» (Dodier, 2001) aux guérisseurs, considérés comme des «individus sans supports» institutionnels (Castel, 2003). Dans leur combat pour sortir de la précarité professionnelle (Gaille, 2010; Paugam et al., 2011), les guérisseurs trouvent, avec l'appui des biomédecins non conformistes [fortement reconnus et légitimés], une réelle opportunité de développer les compétences organisationnelles, pour positionner leurs pratiques dans un champ d'exploitation économique au même titre que celles des biomédecins. Le combat que mènent les guérisseurs et biomédecins résistants a aussi pour but de faire, à long terme, des médecines africaines un système médical au même titre que la biomédecine. On retrouve un esprit semblable dans les travaux de certains anthropologue médicaux (Ahluwalia & Méchin, 1979 ; Bibeau, 1982a).

Mais les enjeux organisationnels dont il est question ici visent à favoriser la visibilité économique des guérisseurs ; à rendre possible une reconnaissance économique, tout en cherchant les moyens et voies de dépassement des empêchements institutionnels qui faciliteraient la rencontre entre les agents officiels et non officiels de la santé. Les enjeux organisationnels s'inscrivent dans un cadre macrosociologique dans lequel s'exprime le pouvoir de la domination symbolique, économique, scientifique et culturelle. La lutte que mènent les biomédecins résistants aux côtés des guérisseurs vise à un rééquilibrage au niveau microsociologique. Mais elle ne prétend pas

rendre égalitaires les enjeux de pouvoirs qui sont à l'image du paysage sociopolitique du Cameroun, et de son orientation sociologique et scientifique. De la place que les camerounais accordent aux médecines africaines, dépendra la perception du pluralisme médical qui en découle, tant du point de vue des usagers de soins que de celui des soignants et des politiques de la santé. Le tout semble se jouer actuellement, et on ne sait pas pour combien de temps, au niveau microsociologique, car il s'agit encore pour le moment des actions autonomes engagées par des individus isolés. C'est bien ce qui ressort de la préface d'un livre, *Guide d'utilisation des produits naturels de santé*, écrit par un guérisseur : «Le Cameroun est l'un des rares pays où la collaboration entre Tradithérapeutes et les Experts de la Médecine Académique n'est qu'un ACTE COURAGEUX [la majuscule est de l'auteur] entre des personnes des deux camps» (Unkap, 2013, p.1). De même, il s'agit aussi de tendances et d'aspirations individuelles et on ne sait pas lequel des points de vue va désormais avoir droit de cité dans «l'espace des points de vue» (Bourdieu, 1993a) : celui des usagers ? Celui des guérisseurs ou des biomédecins non conformistes, d'un côté ? Celui des politiques, de l'autre ? Etant entendu que le point de vue des politiques et des biomédecins légalistes, même décalés de ce que demandent les usagers de soins, n'est qu'un aspect de la réalité, tout comme celui des usagers, des guérisseurs et des biomédecins résistants.

### **8.1.3.1 Logiques organisationnelles au cœur des conflits de rationalités**

Le processus de la reconnaissance des médecines et des soignants se joue, pourrait-on dire, plutôt au niveau de l'individualité de la rencontre. En effet, cela montre suffisamment que les logiques - individuelles, collectives et organisationnelles – qui sous-tendent les régimes d'actions des acteurs de soins s'inscrivent dans des dynamiques de «conflits de rationalités» (Aguessy, 2007). Ce constat auquel nous sommes parvenu donne raison au philosophe Janicaud (1990, p. 383), que cite Gendreau-Massaloux (2007, p. 6), lorsqu'il soulignait : «la raison s'avère polémique, elle même et dans sa relation à l'être. Et sans doute n'y a-t-il pas un horizon plus sensible, à cet égard, que la mouvante ligne de notre avenir. Car le temps s'apprête à déranger toutes nos raisons, en opposant à la constance des idéalités l'insolence de sa futurition». Cette même polémique qu'évoquent Aguessy et Janicaud trouve un écho dans les conclusions de Tsala Tsala (1989) qui remarquait la même chose lorsqu'il posait le problème des hésitations des malades en termes de conflits identitaires. Les données de notre étude montrent que les conflits identitaires ne concernent pas seulement les guérisseurs et les malades ; ils ne se limitent pas aux guérisseurs et

aux biomédecins. Ils se jouent aussi à l'intérieur même de la biomédecine entre biomédecins légalistes et biomédecins résistants. Être soignant, c'est d'abord et avant tout régler les conflits identitaires, les leurs et ceux des usagers de soins, tout en occupant la place d'arbitre. «Alors l'arbitrage pour lequel le médecin est convoqué consiste à stabiliser le malade en arrêtant par son pouvoir et son savoir-faire le cours des hésitations<sup>32</sup> de son patient» (Tsala Tsala, 1989, p. 121). Mais l'arbitrage auquel il se livre repose ici sur des critères bien précis : pragmatiques et performatifs, en termes de succès thérapeutiques. C'est à ce titre que se justifie le combat qui se mène contre les interactions formelles qui interdisent les échanges entre biomédecins et guérisseurs, sous prétexte que les derniers sont illégitimes. Or, la légitimité n'est pas une affaire d'appartenance à un système médical fortement ou faiblement reconnu par décret, mais elle repose sur les actes ; sur ce dont sont capables les individus (Thévenot, 2006). Ce sont plus les pratiques qui sont légitimes reconnues que les systèmes dans lesquels elles s'inscrivent.

Mais ce qui est intéressant à remarquer, c'est qu'on est dans des rationalités différentes qui coexistent, s'entrecroisent, divergent et convergent. Les objectifs poursuivis par la rationalité de la mère, celle du guérisseur et du biomédecin – soit résistant ou légaliste – ne sont pas nécessairement concordants, et s'inscrivent dans des styles de raisonnements [«styles of reasoning», pour reprendre un concept du philosophe Hacking (1992). C'est d'ailleurs quelque chose de semblable qui est dans l'esprit de Fortin et Maynard<sup>33</sup> (2012), lorsqu'ils proposent et suggèrent, dans une étude de fin de vie sur les relations patients/médecins, qu'on gagnerait à penser les logiques derrière les rationalités comme étant plurielles, plutôt que d'essayer de penser qu'elles devraient être envisagées dans une perspective d'uniformisation. Mieux : on pourrait dire, au regard des logiques des différents acteurs de soins que nous avons rencontrés, que chacun présente une rationalité particulière toujours ouverte à l'autre. Ouverte, car on doit reconnaître que :

«Toutes les productions de l'esprit humain, européen, asiatique ou africain sont limitées, culturellement marquées, en un mot, particulières. Et ce sont ces divers particuliers que l'on peut porter à l'infini, par une astuce mathématique ou une induction audacieuse, et parler avec assurance de pensée universelle. Nous avons tous à apprendre les uns des autres. Point n'est besoin de professer l'eurocentrisme ou l'afrocentrisme»

<sup>32</sup> «De sorte que le rôle du médecin, signifiant de l'ordre de la modernité, est de rétablir les déséquilibres et de résoudre les contradictions dont le malade est le lieu (Tsala Tsala, 1989, p. 121)».

<sup>33</sup> «Ces différentes voix témoignent de rationalités parfois différentes, parallèles, convergentes ou divergentes, et des normes qui s'affrontent, se rencontrent et se négocient dans l'espace social de la clinique. Ces rationalités n'en sont pas moins plurielles et prendront des expressions différentes selon les parcours des uns et des autres, des champs d'expériences de pratiques, du rapport au patient, à l'enfant (Fortin et Maynard, 2012, p.1).

(Hebga, 1998, 2007, p. 43).

En d'autres termes, c'est la reconnaissance de l'hétérogénéité des rationalités ou encore de la pluralité des rationalités qui féconde, en dernier ressort, dans l'espace de sociabilité pédiatrique, la co-imbrication et l'articulation des ordres de connaissances, de justification et de la grandeur, dans un projet thérapeutique en faveur des usagers de soins ; projet qui a la chance de s'émanciper des injonctions institutionnelles. En positionnant la rationalité biomédicale comme universelle, c'est ne pas faire attention au fait que «tout universel attribué (auto-proclamé) à un individu ou à une aire culturelle donnée n'est», écrit Hebga (2007, p. 36), «qu'un particulier porté à l'infini, par induction audacieuse et téméraire. Et si, en même temps, les travaux des individus d'aires culturelles non reconnues sont traités de particularités et d'ethniques, nous sommes en face d'un Deux poids deux mesures flagrant». L'acte technique aux yeux de l'un, soulignait Benoist (1996a, p. 500), est performatif à ceux de l'autre, si bien que s'ils partagent les mêmes conduites, c'est justement parce qu'ils lisent différemment. De sorte que si les logiques individuelles qui sous-tendent les régimes d'actions des guérisseurs et biomédecins résistants enchainent des rationalités différentes, voire contradictoires, c'est parce que, d'un côté, ils s'inscrivent eux-mêmes dans le paradigme de ce que Hebga a qualifié de «rationalité ouverte» (2007, p. 43), et de l'autre, refusent de participer à un système d'abus de rationalité, selon un vocabulaire de Bibeau (1997). C'est dans le refus d'être [avec] ou de se rallier à des rationalités à hégémonie qui n'apportent pas grand-chose aux patients qu'on peut retrouver finalement la justification des résistances des biomédecins non conformistes à l'institution biomédicale. Cela étant, la question se pose alors de savoir quelles rationalités ont inspirée, comme s'interrogeait Memel-Fotê (2007), les rencontres et reconnaissances informelles entre les guérisseurs et biomédecins résistants [non conformistes].

Par ailleurs, bien que les biomédecins résistants bénéficient de la forte légitimité que leur confère leur appartenance à la biomédecine, on peut se poser la question de savoir en quoi consistent les résistances qu'ils opposent à la biomédecine, et qu'est-ce qu'ils en gagnent. Notons tout d'abord que ces biomédecins complices des guérisseurs fondent leur complicité sur deux choses principales : sur ce que Rorty (2007, p. 12) appelle «la Ruse pragmatiste», qui consiste à regarder non pas les systèmes médicaux et les soignants s'y rattachant en eux-mêmes, mais de reconnaître les rationalités qui guident les pratiques de soins comme différentes et que seules ces pratiques sont le lieu du dialogue et de la communication, et donc porteur de «Vérité» au sens

habermassienne du terme. La vérité médicale fondée sur les pratiques de soins constitue alors ce que Habermas appelle «un autre de la raison», terme qu'il utilise, selon Rorty (2007, p.12), pour «caractériser l'illumination mystique, l'inspiration poétique, la foi religieuse, le pouvoir de l'imagination, l'expression authentique de soi, etc. – autant de sources de conviction dont on a pu dire qu'elles étaient supérieures à la raison». Ensuite, même s'ils se battent aux côtés des guérisseurs pour le renforcement de leur reconnaissance institutionnelle et économique, ils savent aussi qu'il s'agit, comme l'a noté Gendreau-Massaloux (2007, p. 5), d'un combat «pour l'honneur», de quelque façon perdu d'avance». Mais le «gain», ajoute l'auteur, de cette perte consisterait peut-être dans l'émergence d'un pluralisme, d'une dissémination ou d'une diffraction de la raison, et c'est la question même que pose la transformation du singulier en un pluriel, comme le révèle la rationalité ouverte (Hebga, 2007). C'est aussi quelque chose de similaire que semblait relever Benoist dans le chapitre *Singularités du pluriel* (1996b) de l'ouvrage *Soigner au pluriel*.

Le positionnement des biomédecins résistants contre les biomédecins légalistes partisans des politiques de domination montre que, par delà les questions de maladies et de la santé, se jouent de violentes tensions symboliques entre les perceptions que les premiers ont d'eux-mêmes et de leurs homologues occidentaux, et partant des savoirs médicaux des médecines africaines. Ce que Memel-Foté (2007, p. 29) décrit à ce propos ouvre une voie de compréhension des logiques qui sous-tendent les résistances que les biomédecins non conformistes opposent de l'intérieur à la biomédecine. Il n'est pas exclu que ces résistances couvent, selon l'auteur, bien encore la discrimination paternaliste qui assimilait, du temps de la colonisation, le «personnel médical et paramédical africain [médecin, pharmacien, sage-femme] à un personnel de statut auxiliaire», alors que le biomédecin africain étaient lui aussi formé, comme le biomédecin occidental, «dans une école de médecine». Aussi, il ne semble pas que la situation ait véritablement changé de nos jours, car la littérature sur la dépendance intellectuelle, politique et économique a montré, comme l'a souligné Hountondji (1990, 2005), que les efforts déployés pour s'y affranchir ont plutôt contribué à reconsolider le déséquilibre des rapports aux savoirs et au pouvoir. Aussi, il ne semble pas que l'anthropologue africain en soit épargné, si on s'en tient au diagnostic qu'avait déjà posé Hountondji (1993) sur la situation défavorable de celui-ci. Il est vrai qu'on pourrait nous objecter cela, mais il suffit de se reporter aux réactions violentes (de Pina-Cabral, 2006; Krotz, 2006; G. Smith, 2006) suscitées par Restrepo et Escobar (2005) et Ribeiro (2006) où ils dénoncent la

position subalterne des anthropologues non occidentaux.

## 8. 2 Configuration familiale et espace thérapeutique

Le concept de configuration permet ici de cerner l'effet que produit la maladie de l'enfant sur l'état de la famille, et en particulier, celui des parents, au premier rang desquels la mère. Par delà la maladie de l'enfant, c'est à un pan des contraintes sociales qui pèsent sur la mère qu'on accède. La maladie de l'enfant est un événement biologique unique qui s'attaque au corps de l'enfant, dont les répercussions touchent les couches profondes de la psychologie maternelle, en terme de l'appréciation que la mère a d'elle-même et des attentes sociales. Elle est un désordre organique qui s'accompagne d'une multitude d'autres désordres. Une maladie de l'enfant peut provoquer une déstructuration du couple familial, comme le montre les conflits entre époux à la suite d'une maladie comme la drépanocytose. Le discours de la **Mère-Fondation#5** ci-dessous en est une illustration :

*En réalité, je ne pleurais pas parce que je serai hospitalisée avec l'enfant, mais parce que je voyais que l'enfant que je porte et qui va naître dans les prochains jours en serait épargné [c'est-à-dire, n'aura pas la maladie]. Je pleurais parce que les projets que je nourris pour les deux enfants, ne peuvent être les mêmes, bien qu'ils soient tous les deux mes propres enfants. Je pleurais parce que je serais obligée de faire des projets de vie pour mes enfants, en discriminant un autre ; ce qui n'est pas facile. Certes, j'étais contente que l'enfant qui est dans le ventre ait des chances de naître sain, sans être SS. Mais en même temps, je ne pouvais m'empêcher de penser à l'autre que la drépanocytose à condamné à la maladie. [Mère d'un enfant drépanocytaire, 38 ans, enseignante au collège privé]*

Dans un autre cas, la maladie s'inscrit dans un cycle de désorganisation du couple familial. Elle vient bousculer les habitudes des parents en imposant d'autres contraintes : ce qui suppose une réorganisation, ne serait-ce que sur le plan des emplois du temps des uns et des autres, comme le révèle les plaintes de cette autre mère dont la maladie de l'enfant oblige l'époux à se réorganiser différemment, afin de répondre aux exigences de la garde de l'enfant hospitalisé et du travail :

**Mère-Fondation#5** : *Par ailleurs, si je pleurais aussi, c'est parce que mon époux sera obligé de venir dormir à l'hôpital ; alors qu'il pouvait bien se reposer à la maison sur le lit quand il revient du travail. Il va donc quitter le bureau pour l'hôpital. Ça me dérange aussi ; et c'est pour cela que je pleurais. Et aussi, mon mari m'avait déjà prévenu depuis quelques jours qu'on doit donner le sang à l'enfant [transfuser l'enfant]. C'est cela qui me dérangeait aussi. Vous voyez. J'étais aussi plus ou moins prête à accepter la transfusion sanguine, ce qui fait que cette fois, je n'ai plus dit à mes frères. Même à mon oncle, je n'ai rien dit. J'avais assumé cela, et j'ai demandé à mon pasteur de prier pour moi ; de prier pour que le sang que mon fils va recevoir soit compatible avec le sien ; que ce sang ne provoque pas une réaction de rejet. Dieu a exhaussé mes prières, mes souhaits à travers le groupe de prière. La transfusion a été un succès. C'était là la preuve que quelque chose a bougé dans la manière de penser la maladie de l'enfant et les voies de recours thérapeutique pour l'aider à mieux la vivre. [Mère d'un enfant drépanocytaire, 38 ans, enseignante au collège privé].*



Aussi la maladie oblige de reconfigurer autrement la famille toute entière, notamment sur le plan psychique, pour pouvoir accepter la nouveauté, par exemple, la transfusion sanguine :

*Mon mari et moi étions presque sur le point de nous séparer ou même de divorcer, à cause des informations approximatives que je recevais des personnes qui n'appartiennent pas au champ de la médecine. Le Dr. [Biomed#2] m'a dit que je ne dois pas suivre ce que les gens disent dehors. Même mes frères qui sont aux Etats-Unis me disaient que je dois savoir que tous mes enfants que je dois faire seront «SS» et que si je continue avec mon mari, je passerais toute ma vie dans les hôpitaux. Ce discours de mes frères et des amis et autres membres de la famille, proches ou lointains, m'a vraiment traumatisé. Ce qui fait que je pensais déjà au divorce. Mais l'idée du divorce était dû au fait que je n'avais pas encore rencontré quelqu'un qui va me donner des conseils ; qui va me donner les informations exactes au sujet de la maladie drépanocytaire ; qui va me mettre sur le bon chemin sans me faire peur, comme l'a si bien fait Dr. [Biomed#2]. Le Dr. [Biomed#2] expliquait certaines choses à mon mari, mais comme la communication entre lui et moi était presque bloqué du fait des informations fausses que je recevais du dehors, il ne parvenait pas lui aussi à bien m'expliquer ce que le médecin lui a dit en français. Je ne l'écoutais pas. C'est quand on a rencontré Dr. [Biomed#2] qui avait l'avantage sur Dr. [Biomed#7] de parler à la fois le français et l'anglais que j'ai compris ce que c'est que la maladie drépanocytaire. En clair, elle m'a dit que je peux faire un enfant drépanocytaire [SS] et un enfant sain, c'est-à-dire AA ou AS. Voilà, ce qui a ouvert les portes de l'espoir ; ce qui a permis de sortir de l'assombrissement familial dans lequel je m'étais enfermée à cause des fausses informations. C'est avec Dr. [Biomed#2], que j'ai compris que faire un enfant drépanocytaire n'était pas une condamnation à vie. Que c'est une question de pourcentage : «it is a matter of percentage». Il me disait que j'ai 50% de chance de faire un enfant AS ; 25% de chance de faire un enfant SS, et 25% de chance de faire un enfant AA. Il m'a même redonné l'espoir en me disant que je ne dois pas oublier que la probabilité de faire un enfant AS est deux fois plus grande que celle de faire un enfant SS et un enfant AA. Et que je dispose de 75% de chance de faire un enfant normal, qu'il soit AS ou AA. À partir de ses conseils, j'ai commencé à devenir souple par rapport à moi-même et par rapport à mon mari. J'avais désormais l'espoir que la famille n'était pas condamnée à ne faire que des enfants malades à la naissance. Je savais qu'il y avait aussi la chance de faire des enfants sains, à savoir des enfants qui n'ont pas la drépanocytose. Le discours et la posture de Dr. [Biomed#2] m'ont encouragé, non seulement à continuer le combat contre la maladie de mon fils, mais aussi à espérer un lendemain meilleur pour les futurs enfants qui viendront au monde dans notre maison. Je n'ai plus suivi ce que mes frères me disaient, car je peux me séparer de mon mari et je rencontre quelqu'un d'autre avec je ne suis pas aussi compatible. S'il est AS comme moi aussi, cela veut dire que la possibilité de faire des enfants SS ne sera pas exclue. Je serais revenue à la case de départ. Et depuis la conversation avec Dr. [Biomed#2], je ne dirais pas que j'ai oublié le cas qui est chez moi, ou que j'ai oublié qu'il est possible de refaire un autre enfant SS, mais surtout, et c'est ce qui a été le plus important pour l'équilibre psychique et sociale de notre famille, cela m'a permis aussi de me réconcilier avec mon mari ; c'est parce qu'on s'est réconcilié qu'on a pris la décision de faire un second enfant. Actuellement, je suis enceinte, je vais sans doute accoucher dans deux ou trois jours. Mais tous les examens ont été faits et les médecins m'ont confirmé que ça ira bien. Mais, le bébé doit subir encore une batterie de tests pour qu'on ait le cœur net et tranquille. Donc je prie Dieu que cet enfant qui va naître soit AA ou AS. **[Mère d'un enfant drépanocytaire, 28 ans, laborantine]***

La maladie de l'enfant est aussi à l'origine de désordre matrimonial. Elle peut provoquer le divorce, car la maladie permet la résurgence de la problématique de la mère suffisamment bonne et mauvaise. Elle est toujours, selon Tsala Tsala (1989), le lieu d'accusations diverses visant la mère : «La femme enceinte doit respecter des interdits comportementaux, alimentaires et sexuels. Le bris de ces interdits est censé exposer la vie et la santé de l'enfant. Respecter ces interdits c'est accepter la loi du groupe. Faute de quoi, la mère sera toujours coupable d'avoir privé la société et

son mari de ce qu'elle leur doit : un enfant sain» (Tsala Tsala, 1996b, p. 171). C'est que le discours social sur les causes de la maladie peut devenir, comme cela ressort de l'extrait ci-dessus, un facteur de dissociation conjugale, si le thérapeute ne joue pas efficacement son rôle d'arbitrage des conflits familiaux que pourrait susciter une maladie comme la drépanocytose dans laquelle la mère est toujours incriminée ; où elle est toujours «responsable et coupable de la maladie de l'enfant», comme le souligne Desclaux (1996). La mère est, d'après l'auteure, considérée comme «médiatrice du risque», en particulier «lorsque sa sexualité est mise en jeu» (Desclaux, 1996, pp. 255, 268) ou en cause. La mère de l'enfant drépanocytaire souffre d'avoir manqué de donner le bon enfant à l'autre, et cela est parfois dans certaines ethnies camerounaises source de divorce, au cas contraire, motif de reconfiguration socio-matrimoniale, au cas où l'arbitrage du thérapeute est restructurant du couple.

### **8.2.1 Configuration du profil du thérapeute camerounais contemporain**

Nous traitons ici des transformations que subit le profil du thérapeute camerounais contemporain, écartelé entre plusieurs appartenances identitaires qui ne se recoupent pas toujours. Il semble que les effets de telles transformations aient un impact sur la redéfinition des catégories professionnelles de guérisseur et de biomédecin. Si nous parlons de transformation, voire de déplacement identitaire, c'est parce que la première identité à laquelle s'identifie le guérisseur, par exemple, ne s'évanouit pas sous l'effet de l'obtention d'une seconde identité professionnelle. À l'origine de la transformation se trouve, comme nous avons annoncé plus haut, l'acquisition d'une seconde identité professionnelle. Il s'en suit alors qu'une telle transformation a pour conséquence immédiate la reconfiguration identitaire dont les effets provoquent une sorte de brouillage de frontières (de Gaulejac, 2001) identitaires entre ce que nous avons considéré jusqu'ici comme des catégories professionnelles permettant d'opérer la distinction entre le guérisseur et le biomédecin.

Mais si ce brouillage de frontières nous intéresse dans cette thèse, c'est parce qu'il évoque, d'une part, les interdépendances entre les différentes identités d'appartenance ; et d'autre part, fait allusion à quelque chose de fondamental : à savoir que les concepts avec lesquels on travaille sont toujours des approximations simplistes et simplifiées de ce qui se passe réellement sur le terrain. Comme nous allons le voir dans les prochaines lignes, ce brouillage semble indiquer des nuances très fines entre la manière dont les mères, par exemple, voient l'apport des guérisseurs

par rapport à l'apport des biomédecins. En effet, telles qu'elles sont mobilisées de nos jours au Cameroun, les notions de guérisseur et de biomédecin apparaissent pour nous comme des notions théoriques et intellectualisées qui n'existent que dans les esprits des gens, ou sur du papier. Dans la mesure où si elles servent à catégoriser les professions, métiers ou les fonctions des uns et des autres, elles sont cependant incapables de traduire les perceptions indifférenciées qui leurs sont associées par les usagers de soins dans l'espace thérapeutique, comme en témoigne cette mère consultante :

**Mère-Maisons#3** : *Avec ma grossesse, j'ai remarqué que le guérisseur n'est pas vraiment différent du médecin. Non. Est-ce que l'un est différent de l'autre à un moment donné ? Parfois, j'ai comme impression que les deux font la même chose, parce que le médicament que le biomédecin me donne a le même effet que le guérisseur me donne : l'hôpital et le guérisseur sont identiques, en ce qui concerne la guérison. Si vous voulez que je fasse une réelle distinction, je dirai de manière caricaturale que le médicament de l'hôpital me secoue ou m'embête plus que les plantes médicinales. Mais dans le fond, tout ça, d'après moi, et selon mon expérience chez le guérisseur et chez le biomédecin, je dirai que tout ça, tous ces remèdes et médicaments ont la même magie : à savoir me guérir, me soulager de la maladie. Et c'est ce qui est important pour moi. Vous voyez, je veux dire ma santé. C'est un peu ça. Je ne sais pas trop ce que tu attends que je dise, mais il me semble que le pouvoir du guérisseur ne peut pas être la même chose que celui du médecin de l'hôpital. En fait, c'est parce que chacun voit autrement la maladie que c'est important de les rencontrer tous les deux lorsqu'on est malade. Tous sont importants, du moins, depuis que j'ai eu des problèmes d'accouchement, je veux dire de stérilité et d'accouchement difficile. Vous savez, il y a des choses qui peuvent marcher chez le guérisseur, et d'autres qui ne peuvent pas marcher chez le médecin. Chacun a son domaine. Mais la réalité est que les deux font le même travail : soulager et guérir. [Mère enceinte, 24 ans, étudiante en psychologie]*

De cet extrait, il se dégage clairement que l'enquêtée ne confond pas le guérisseur avec le biomédecin, mais paradoxalement, elle leur attribue un même rôle qui rend poreuse la frontière entre les deux. Même s'il est vrai qu'ils représentent un certain nombre de choses, par exemple un champ de compétences précis identifiables dans une approche des soins. L'attitude indifférenciée à l'égard du guérisseur et du biomédecin est le marqueur de l'extrême fluidité qui caractérise les médecines africaines et la biomédecine, surtout si on s'en tient à l'usage consécutif et simultané qu'en font les mères. C'est pour des besoins de catégorisations mentales qu'elles nous apparaissent comme séparées, voire parfois rigides. Autrement dit, la notion de guérisseur est une attribution qu'on fait en lui greffant un certain nombre de caractéristiques, mais dans l'interaction, ces caractéristiques, qui situent l'un et l'autre dans une catégorie professionnelle, sont beaucoup plus fluides.

La perception indifférenciée des catégories de guérisseurs et de biomédecins nous rappelle alors comme intellectuels ou anthropologues que les mots, les notions et concepts sont toujours de

faibles reflets de la complexité de ce qu'on essaie de comprendre, d'étudier, d'expliquer. Cela étant, la catégorie de guérisseur ne doit pas être comprise comme une catégorie existante en soi. Les mots connaissent parfois des déplacements de leur signification, en fonction des climats politiques en vigueur. Comme le relève de Rosny (1992, p. 26), «ceux qu'on appelle maintenant les médecins traditionnels dans les forums, étaient rangés parmi les sorciers, les charlatans ou féticheurs». Selon la mouvance politique, le guérisseur était tantôt reconnu sous le nom de médecin traditionnel, lorsque le Cameroun était sous mandat Britannique ; et de féticheurs, lorsque le Cameroun était sous le protectorat Français. Pourtant, les populations camerounaises elles-mêmes continuaient à les désigner sous les noms «de celui qui a la sorcellerie», sorcellerie n'ayant pas le sens péjoratif qu'on lui attribue de nos jours. À l'Ouest-Cameroun, les bamiléké distinguent le sorcier et le guérisseur ; le premier est appelé «ngang-likan», c'est-à-dire l'homme de la sorcellerie ; tandis que le second est appelé «ngang-fwouh», c'est-à-dire l'homme des remèdes. Par ailleurs, les guérisseurs eux-mêmes répugnent qu'on les désigne sous le nom de médecins traditionnels ou encore de tradipraticiens. En parlant avec eux, nous avons pu nous rendre compte que certains préfèrent la désignation de thérapeute tout court ; et d'autres tolèrent celle de tradithérapeute, dans la mesure où le terme de tradipraticien ou encore de médecin traditionnel a une connotation péjorative. L'extrait ci-dessous rend compte de leurs préférences :

**Tradi#3 :** *Je vous ai dit tout à l'heure que je reconnais les valeurs traditionnelles africaines dans le cadre du traitement d'un certain nombre de maladies, ça j'ai été éduqué pour ça j'en connais. Mais la confusion qui existe aujourd'hui dans la médecine traditionnelle fait que, lorsque quelqu'un a une telle maladie bien identifiée, on lui dit va rencontrer un médecin traditionnel ; le terme traditionnel d'abord l'élimine. Quand tu dis déjà que médecin traditionnel, il ne vient plus mais si vous utilisez le terme par exemple, allez voir un phytothérapeute, le thérapeute tel ou encore même le guérisseur tel, cela ne pose aucun problème aux malades. Ils commencent à comprendre que le terme change. C'est aussi pour cela que certaines personnes viennent nous voir que de nuit. Par exemple les grands types de ce pays, quand ils viennent chez nous, c'est de nuit. Non, pas dans la journée. Ils ont peut-être honte. Parfois, ils préfèrent qu'on vienne plutôt chez eux faire le travail, soit sur eux, ou leur enfant, etc. Tradipraticien et médecin traditionnel, c'est un blocus. Donc il faut trouver effectivement [...], le vrai mot qui peut prouver ce qu'il fait ; un nom qui ne permet pas au malade d'avoir peur de lui. C'est pourquoi je disais maintenant que, pour le faire, il faut qu'on connaisse ceux qui font dans la médecine traditionnelle. Les politiciens veulent nous appeler toujours médecins traditionnels, alors que cela n'est pas bien pour nous. Il faut bien trouver un autre nom, un autre mot pour nous qualifier et valoriser aux yeux du monde ce que nous faisons, on se dit que c'est aussi une tradition à valoriser. Mais le nom traditionnel, d'office, commence à éloigner les malades [Guérisseur et pasteur, formation à la biomédecine, 19 ans d'expérience professionnelle].*

Cet extrait montre bien comment un mot peut signifier une chose à une époque et une autre, à une autre époque. Si bien qu'on est parfois amené à se demander, en ce qui concerne le terme guérisseur, ce qu'il en est pour les usagers de soins ; pour le biomédecin ; et pour le guérisseur lui-

même. On peut aussi se demander, comme l'a fait Le Blanc (2010), ce qu'est le patient, le malade et l'utilisateur de soins. Si les guérisseurs préfèrent le nom de thérapeute, de phytothérapeute, ou encore de guérisseur, c'est parce que cela correspond à l'image et à la perception que leur renvoient les malades et la population qui recourent à eux. On verra que les significations peuvent tantôt apporter des distinctions entre les notions, et tantôt jeter sur elles une ombre de confusion. Un guérisseur n'est pas identifiable finalement, si on s'en tient au discours de nos interlocuteurs, à une catégorie fixe. Les lignes qui le séparent du biomédecin sont mouvantes, comme en témoignent les expériences des guérisseurs qui cumulent deux ou trois identités professionnelles. Et c'est bien pour cette raison que la définition que nous en avons donnée plus haut s'inscrit dans une perspective de fluidification de sa position dans l'espace de sociabilité thérapeutique. Il en est de même de celle du biomédecin, car c'est, pourrait-on dire, le contenu des pratiques qui mobilise à un moment donné tel ou tel soignant qui permet de lui attribuer une identité, toujours provisoire.

Nous voyions que la manière dont les guérisseurs eux-mêmes se perçoivent, ainsi que les représentations que leur renvoient les malades sont fonction des désignations qu'on leur attribue. Pourtant, ces désignations sont très souvent des contenants qui ne correspondent pas toujours à leur contenu. Ici, la manière dont le guérisseur s'autoperçoit est très subtile, tout comme les représentations que leur associent les mères. Il en va aussi de la manière dont les biomédecins résistants les perçoivent. Ces différentes perceptions montrent que la catégorie de guérisseur, si elle existe, n'existe pas dans le vide. Elle est une construction sociale (Berger & Luckmann, 1966), et de ce fait, susceptible d'être remise en cause, d'une époque à une autre, d'un contexte social à un autre, ou à l'intérieur du même contexte. Avons-nous vu qu'elle prend des formes différentes et sans cesse changeantes, selon qu'on est usager de soins, guérisseur ou biomédecin. Autrement dit, le biomédecin ne parle pas du guérisseur nécessairement de la même façon que l'utilisateur scolarisé ou non scolarisé ; de même, le guérisseur scolarisé ne parle pas de la même manière du biomédecin que le guérisseur non scolarisé ; le biomédecin à cheval entre les référents traditionnels et les référents de la modernité ne parle pas de la même manière du guérisseur scolarisé et du guérisseur non scolarisé ; et n'aborde pas aussi les soins de la même manière qu'un autre biomédecin qui a pour seuls référents les connaissances biomédicales. Enfin, le biomédecin, dans sa position institutionnelle, c'est-à-dire lorsqu'il incarne l'institution biomédicale, lorsqu'il doit parler au nom de celle-ci, est bien différent du biomédecin en quête de soins pour lui-

même ou pour un membre de sa famille. De plus l'usager de soin, selon ses expériences et en dépit du fait qu'il soit scolarisé ou non, ne parlera pas du guérisseur et du biomédecin de la même manière qu'un autre scolarisé ou non. Parfois chez un même patient se chevauchent à la fois trois ordres de philosophies de soins, si bien qu'on est amené souvent à penser qu'il existerait autant de philosophies de soins que de patients dans le monde. Chaque type de philosophie empruntant, dans des situations particulières, à d'autres. De sorte qu'on est toujours à cheval entre plusieurs ordres de philosophies de soins. De même, c'est ce comportement qui pousse les soignants, en particulier les guérisseurs, à se former à la biomédecine pour combiner et articuler plusieurs identités professionnelles, même si cette articulation répond aussi à d'autres besoins, en l'occurrence ceux de renforcement de leur reconnaissance et légitimité. Les différentes perceptions du guérisseur, ou encore du biomédecin les inscrivent dans des distinctions quasi révélatrices de nuances très subtiles, très fines entre la manière dont les gens, en fonction des statuts sociaux et de la hiérarchie sociale, voient en contexte de soins l'apport du guérisseur et celui du biomédecin.

Par ailleurs, même parmi les usagers, on retrouve d'une manière assez éclairante cette espèce d'ouverture par rapport à la notion même de guérisseur, et de biomédecin. Pour les usagers, le guérisseur est parfois perçu, selon les actes thérapeutiques posés, comme le même et l'autre. Et cette confusion est davantage courante aujourd'hui, dans la mesure où on trouve non seulement des guérisseurs-biomédecins, mais aussi des biomédecins-guérisseurs. De sorte que «malgré les différences perceptibles existant entre les médecines africaines et la biomédecine, le camerounais malade semble privilégier une attitude de type transférentiel. Tout se passe comme s'il n'y avait pas de différences entre les deux médecines» (Tsala Tsala, 1989, p.115). Il y a comme une sorte de brouillage de frontière entre les fonctions thérapeutiques des deux. La confusion est flagrante chez les femmes enceintes : on sait difficilement si elle parle du guérisseur ou du médecin ; ce qui fait que parfois, on est obligé de reposer la question pour savoir de qui elles parlent, comme cela transparait dans le discours de cette jeune fille enceinte **[Mère-Maisons#3]** qui fait des visites prénatales simultanément à l'hôpital et chez le guérisseur. Cette attitude de type transférentiel montre que la perception qu'ont les mères des néobiomédecins et des néoguérisseurs est très fluide, et ne se réduit pas à une essence. C'est aussi très fascinant parce que lorsque nous allions sur le terrain, nous les prenions d'emblée pour des catégories ou entités séparées. Bien évidemment, il y a une nette distinction, car le guérisseur n'est pas, même lorsqu'il est formé à la

biomédecine, un biomédecin. Mais il se peut que ce ne soit pas nécessairement des entités séparées chez le patient. Et Bureau (1976) l'avait démontré : la magie du guérisseur est quelque part comparée à la magie blanche du médecin, car les deux mobilisent des pouvoirs symboliques qui sont de l'ordre de la magie.

### **8.2.2 Configuration de l'espace de soins et émergence des «néomédecines»**

La rencontre des rationalités pourrait conduire à l'émergence de nouvelles pratiques pluralistes qui s'émanciperaient des pratiques qu'on connaît des médecines africaines et de la biomédecine. Les guérisseurs disposent d'un impressionnant bagage d'expériences qui restent encore inexplorées, dont les retombées sont utiles pour l'émergence d'une politique de pluralisation effective des pratiques de recours aux soins dans les contextes de coexistence thérapeutique. De ce fait, notre étude suggère que le passage de l'affaiblissement au renforcement de la légitimité des guérisseurs aurait un fort impact sur la reconfiguration du paysage médical et sur le profil du thérapeute camerounais. Elle a mis en évidence les mécanismes de transformation du point de vue des patients qui sont d'ailleurs le point de départ des changements qu'on remarque actuellement dans le champ de la santé, tant au niveau de l'adoption d'une nouvelle forme d'identité professionnelle qu'au niveau de la «biomodernisation» des médecines africaines et de la «traditionalisation» de la biomédecine. Le profil du nouveau thérapeute – nouveaux traditionnel et moderne – est la conséquence des exigences des patients, La transformation de ce profil est à l'origine de la biomodernisation des médecines africaines et de l'indigénisation de la biomédecine (Babazadan (2009). Les médecines africaines sont de plus en plus appréciées par certains agents de la biomédecine, en particulier les biomédecins résistants. Ces derniers commencent à provoquer de l'intérieur de la biomédecine des signes de contestations et de désapprobation, malgré les succès fulgurants et incontestables qu'ont reconnait à celle-ci. Aussi, assiste-t-on à une augmentation du degré d'acceptation des médecines africaines et à une multiplication des critiques diverses à l'égard de la biomédecine, comme cela ressort de cet extrait d'un biomédecin résistant :

*La médecine moderne, c'est-à-dire celle que je pratique tous les jours a des moyens d'investigations que j'apprécie beaucoup. Une technologie hypersophistiquée. Elle a des résultats très pertinents qui dépassent les attentes. On ne peut pas d'ailleurs s'en passer, dans un monde où la technique doit aider à parfaire le vécu humain. Mais, malheureusement elle ne considère pas l'homme. Malheureusement. L'homme est absent de son programme de travail, de sa programmation. C'est vraiment triste et cela m'handicape et me déshonore parfois, en tant que médecin. Cela ne permet pas au médecin d'être très efficace. Elle ne considère pas l'homme dans sa dimension globale. La médecine moderne considère l'homme comme un objet, c'est un objet. La preuve même en santé mentale vous voyez aujourd'hui, nous sommes retombés*

*[...] nous sommes tombés dans le schéma de la neuroscience ; on tend à faire de toute maladie une perturbation neurobiologique. Cela veut dire que la pensée est neurobiologique ? Mais est-ce que cela est vrai dans l'absolu ? Est-ce que, bien qu'on puisse suivre de manière neurobiologique, en neuroscience, les variations neurologiques liées à la pensée ; bien qu'on puisse le faire, la pensée n'est pas absolument un fait biologique, ce n'est pas un fait biologique. Il est au-delà ; et c'est pour cela que je dis aujourd'hui, et moi je le pense qu'il y a un saut à faire. La preuve en est aujourd'hui que la médecine traditionnelle chinoise est en train de gagner l'Europe. Pourquoi ? Pourquoi en France on fait autant ? Pourquoi au Cameroun on recourt autant à la médecine traditionnelle, même dans son aspect désorganisé ? Parce qu'elle va au-delà, parce qu'elle utilise des moyens d'investigation peu coûteuse, mais qui n'ont rien à voir avec le comportement de la médecine dite moderne. Bien, il y a des choses que je ne peux pas dire là maintenant parce que ça fait partir de ma recherche personnelle ou alors des choses que j'ai bien envie de dire mais sous le contrôle de la bioéthique et là peut-être lorsque je le ferais, vous en aurez des échos. Mais je dis que la médecine occidentale mérite d'être repensée ; mérite d'être complétée. Je dis bien complétée par les autres aspects qui sont ceux de la nature de l'homme. L'homme prie ; l'homme croit ; l'homme s'élève ; l'homme aspire à un état de sublimation. Or ces aspects-là de l'être humain doivent faire l'objet d'une forme de médecine : peut-être une médecine adaptée à l'âme africaine, dans une technologique biomédicale. Je ne sais comment elle pourrait être, ou se présenter. En voyant la chose de cette manière, le guérisseur, le devin, le prêtre et le pasteur sont ou deviennent ipso facto des composantes incontournables de la thérapeutique, même si la prière en soi ne peut pas produire la guérison. On s'entend là dessus. Je dis que la prière ne peut pas guérir. [Médecin, 30 d'expérience professionnelle].*

Le regard désapprobateur que pose ce biomédecin sur la biomédecine rejoint aussi les propos de cette mère non consultante :

**Mère-quartier#6 :** *Le médecin moderne comme je vous ai dit, il est un peu mécanique. Donc habituellement, il vous traite pareillement. C'est-à-dire que vous arrivez, ils ont leur formule dans la tête. Ils doivent l'appliquer à tout prix. Et c'est ce que je peux les reprocher. Ils n'ont pas de compassion ; surtout encore quand ils sont connus, du genre il est ceci, il est cela, ils n'ont pas de compassion. Vous êtes un malade on vous traite comme un objet de série ; comme un produit de série : on dirait qu'on était dans une industrie. En consultation, c'est les mêmes choses. Quand on sort une série de chaussures à l'usine, on sort comme ça ; or chaque malade est un malade particulier. Moi c'est ce que moi je n'aime pas [Mère de 7 enfants, 52 ans, fonctionnaire aux postes et télécommunications]*

Il convient de relever que le discours de cette mère atteste de ce que c'est la reconnaissance de sa singularité au plan médical qui est déniée. « Cette singularité implique », souligne Ricœur (1996, 231), « le caractère substantiel d'une personne à l'autre, ce qui exclut, entre autres, la reproduction par clonage d'un même individu ; la diversité des personnes humaines fait que ce n'est pas l'espèce que l'on soigne, mais chaque fois un exemplaire unique du genre humain ». Mais qu'il s'agisse du discours de cette mère ou de celui du biomédecin ci-dessus, on assiste à un double jeu de (dés)approbation. Derrière ce jeu se dessine une secrète inquiétude, comme derrière ce jeu existeraient des passerelles, voir une logique de transformation du paysage médical dans les régions du monde ayant été colonisées et, où la présence de la biomédecine est toujours vécue avec quelques grincements de dents, malgré les avantages qu'on en tire. Que nous montre le visage de la médecine en général dans ces régions néo-colonisées, ou encore postcolonisées ?



D'abord un changement de perspective orchestré de l'intérieur de la biomédecine par les agents biomédicaux eux-mêmes, doublé d'un mouvement de contestation identitaire, si on s'en tient aux expériences d'identification de certains biomédecins résistants qui cherchent désormais à abhorrer la soutane du prêtre exorciste [biomédecin responsable des églises de réveil qui se sont données pour mission première la guérison], ou la blouse rouge du guérisseur. Ensuite, dans une seconde étape, le changement annoncé plus haut qui se fait par adoption soit de l'identité tantôt du guérisseur et tantôt du prêtre exorciste, ne risque-t-il pas de provoquer, à la longue, l'éclatement, le morcellement ou la fragmentation de la biomédecine classique et conservatrice en de «micro-biomédecines», version africaine ? Faisant d'elle aussi une médecine des autres : les personnes acquises à la cause moderne ; et des microbiomédecines, celles des populations dont les conduites de soin sont inscrites dans des rationalités différentes. Dans ce jeu progressif lent, mais assuré, on voit à l'horizon la fragmentation des identités professionnelles tant du côté des guérisseurs nouveau genre qui prennent de la distance avec les guérisseurs classiques et conservateurs que de celui des biomédecins qui commencent à emboîter le pas aux premiers. Peut-on penser qu'il s'agit là d'un changement dont on ignore encore les contours qui est en train de se mettre en place ? Assiste-t-on à une complète reconfiguration des médecines africaines dans une version moderne : biomodernisation ; et de la biomédecine dans une version africaine : indigénisation. Si bien qu'il conviendrait de parler non plus de la biomédecine, mais plutôt des biomédecines au pluriel, comme c'est aussi le cas de l'usage des médecines africaines au pluriel.

La physionomie des médecines «néo» permet et favorise désormais la conception de possibilités de choix, ce qui favorise le passage d'un pluralisme médical de structure à une pluralisation thérapeutique effective. Suivant cette logique, il serait difficile que la biomédecine garde sa position de surplomb sur les autres formes de savoirs, connaissances et pratiques sur les corps, les maladies et la santé. Elle perdrait sans doute sa centralité, et il n'y aurait plus, on le pressent, une biomédecine omnipotente qui fonctionnerait comme un référentiel de compétences thérapeutiques, d'un côté, et de l'autre, des médecines infantiles, voire subalternes alternatives qui fonctionneraient comme des pièces de remplacement lorsque la biomédecine serait défailante, en panne dans un contexte culturelle donné. Mais plutôt des médecines alternatives et de l'alternance : la biomédecine et les médecines africaines devenant chacune, à tour de rôle, un système de recours alternatif ; ce qui fait qu'il serait difficile de penser les guérisseurs comme des agents

médicaux subalternes, comme ce fut le cas, pour les biomédecins des états colonisés qui avaient [et peut-être continuent à avoir] un statut d'auxiliaire à côté de leurs homologues occidentaux (Memel-Foté, 2007).

Avec les médecines «néo», on entre dans l'ère de reformulation inventive des pratiques de soins, comme l'ont relevé Pordié dans le cas des néomédicaments en Inde (2008, 2011) et Simon et Egrot (2012) au Bénin. On est dans un dynamisme de l'invention au quotidien de nouvelles pratiques de soins. En effet, il ne peut en être autrement, car il semble que les médecines africaines soient de nos jours dans la même situation que celle qu'occupaient les religions africaines au lendemain des indépendances. Situation qui avait amené les évêques africains à nier toute nationalité, dans les années 1970, à l'église catholique : «l'église catholique», disaient-ils, «n'est ni belge, ni française, ni anglaise, ni italienne, ni américaine : elle est catholique» (Kinkupu & Bissainthe, 2006, p. 26). C'est pourquoi elle est belge en Belgique, française en France, anglaise en Angleterre, etc. Au Congo, elle doit être congolaise : dans sa construction des édifices sacrés et dans la confection des objets de culte, on doit tenir soigneusement compte des lignes de couleurs et de tous les éléments de l'art congolais. Dès lors, il n'est pas exclu que les résistances qu'opposent de nos jours les biomédecins non conformistes s'inscrivent dans la même perspective des revendications portées par les prêtres et évêques africains, puisque la situation minoritaire et de subordination dans laquelle se trouvent les médecines africaines n'est pas différente de celle dans laquelle se trouvaient les religions africaines. Soulignons que la position qu'occupaient les biomédecins pendant la colonisation n'était pas différente de la position d'auxiliaire qu'occupaient les prêtres africains, alors même qu'ils étaient nantis, par rapport aux personnages des religions africaines, d'une forte légitimité et reconnaissance. Que revendiquaient-ils alors ? Un surcroît de légitimité ou une reconnaissance des savoirs religieux du contexte socioculturel auquel ils appartiennent ? Peut-on alors penser qu'il s'agit aussi de la même problématique au sujet des résistances biomédicales qu'oppose, de l'intérieur au pouvoir biomédical, la minorité de biomédecins résistants que nous avons observée ? Ou s'agit-il, au contraire, d'une manière de s'interroger sur l'avenir de la médecine tout court dans les régions africaines, en général et au Cameroun, en particulier, à l'heure où ils se rendent compte que la biomédecine est aussi autant fragile que les médecines africaines ? Peut-on, enfin, penser qu'il s'agit d'un mouvement qui se mettra bientôt en place, dans le but de revendiquer une médecine apatride, sans race, sans

couleur ethnique ? Dans cette perspective, est-on alors en droit de se demander si le corps humain sur lequel se battent les médecines africaines et la biomédecine a-t-elle une nationalité, une race, une couleur, une ethnie ? Si oui, laquelle ? Quelle médecine voulons-nous pour les maladies d'aujourd'hui et de demain ?

Si la médecine doit épouser la couleur locale, cela suppose tout simplement que le travail de conceptualisation des pratiques médicales relèverait des agents de santé de chaque type de médecine, et personne ne peut le faire à leur place. Lorsqu'on parle avec les biomédecins au sujet de l'avenir des médecines africaines, tous sont unanimes qu'elles ont un lendemain meilleur, mais au prix d'un énorme sacrifice. On retrouve dans leurs propos une invitation explicite lancée aux guérisseurs à penser par eux-mêmes et à partir de leurs aspirations professionnelles profondes, les problèmes de légitimité et de reconnaissance des médecines africaines, et ce, surtout, en s'ouvrant davantage à la critique ; à l'auto-évaluation, à l'évaluation par les pairs, à l'évaluation par l'institutionnel, puisqu'il faut un minimum de normes pour faire fonctionner une organisation. Mais repenser les médecines doit se faire à partir des aspirations, attentes et préférences des usagers de soins, des malades, et des patients dont le comportement de recherche et de quête de soins est aussi en constant mouvement, fluide, en raison du fait qu'ils impulsent un mouvement qui tend à reconfigurer la physionomie du paysage de l'espace de sociabilité thérapeutique, tout en ayant en même temps un effet sur les conduites de demande et de l'offre de soins. Les pratiques «néomédicales» qui en résultent supposent alors une «biomodernisation» des médecines africaines et, une «indigénisation», voire «traditionalisation» ou «camerounisation» de la biomédecine.

### **8.3 Les raisons de l'indigénisation de la biomodernisation des médecines africaines**

La biomodernisation des médecines africaines n'est pas l'absorption de celle-ci par la biomédecine, tout comme la «camerounisation» ou la «traditionalisation» de la biomédecine n'est pas le remplacement de celle-ci par la biomédecine. En effet, lorsqu'on regarde le discours désapprobateur du biomédecin, c'est comme si la scientificité des pratiques biomédicales est un avantage certain, mais aussi peut en constituer un handicap considérable. Il est certain que le «néobiomédecin» critique envers la biomédecine aborde les pratiques de soins différemment, mais ne se substitue pas pour autant au guérisseur, puisqu'il n'en est pas un, comme le concluait

Bourdon (2011). Il en est de même du «néoguérisseur», car l'évolution de ce dernier dans la relation avec les néo-biomédecines ne l'amène pas à adopter le format de la biomédecine. Il y a là une possibilité de garder une approche à mi-chemin entre les exigences biomédicales et celles des médecines africaines, tout en conservant sa spécificité. Le fait que les guérisseurs prescrivent les plantes médicinales sur la base des ordonnances délivrées par le biomédecin veut tout simplement dire qu'ils tentent plutôt d'incorporer certains éléments biomédicaux dans leurs pratiques de soins. Une telle incorporation participe, selon un vocabulaire de Simon (1998), de l'hybridité culturelle, mais aussi de l'hybridité médicale et scientifique. Bien entendu, la structure de la pratique des uns et des autres s'en trouve modifiée : l'exemple en est la présentation des remèdes médicinaux sous forme de flacons, ce qui représente une reformulation des pratiques dans le sens de l'innovation. L'innovation par reformulation n'est, selon Pordié (2012), ni une intégration des préparations des plantes à la biomédecine, ni une simple adaptation de pratiques traditionnelles à un contexte industriel, mais une réinvention du médicament traditionnel qui emprunte, pour se construire, à des paradigmes médicaux parfois très éloignés. Mais une telle reformulation requiert du soignant une attitude qui forcément va au-delà du respect des règles prescrites par la science biomédicale :

**Biomed#2** *Si j'ai parlé de la médecine traditionnelle chinoise, c'est parce que c'est elle qui, en ce moment-ci, est en train de s'installer et avoir pignon sur rue chez les occidentaux et, d'ailleurs partout même ici chez nous au Cameroun, les «chiantsi» et consorts. Je l'ai dit tout à l'heure, mon souci n'est pas de valoriser la médecine des guérisseurs ; là et je lui accorde beaucoup d'importance parce que je sais [...] ; j'utilise certains nombres d'herbes et de plantes pour traiter, quand j'y pense et que la personne l'accepte. Donc je suis là dedans ; j'ai un pied un peu de l'autre côté, c'est-à-dire hors de la biomédecine. Je sais que j'ai traité des patients qui manifestement relèvent de la prise en charge non pas seulement du médecin que je suis, mais du pasteur spirituel que je suis, vu les manifestations que j'ai vues. On va les taxer de [...], on va les trouver des attributs ou des qualificatifs d'illusion ainsi de suite ou alors de perturbation de comportement seulement. Mais nous avons vu des patients se comporter exactement comme ceux qui ont été présentés dans les textes bibliques ; qui ont eu des expressions qui n'ont rien à voir avec ce que nous avons dans les entités nosologiques de la science biomédicale. Je dirai on entre là maintenant dans l'art médical et non plus dans la science médicale, entendu comme métier. Mais dans l'art. Le médecin devient un artiste de la médecine. Et cela est vrai pour tout soignant. Vous voyez ce que je veux dire. Et dans cette perspective, nous sommes obligés, et ça devient un impératif, de recourir aux connaissances supplémentaires parce que nous sommes dans l'art médical et non plus dans la science médicale, je crois que la différence vous la percevez ! Et là, nous connaissons ce qui fait la force d'un artiste ! C'est aussi l'inspiration. L'inspiration, les occidentaux dans le passé dans les textes passés, parlaient de muse. Nous aujourd'hui, nous parlons d'esprit, nous parlons de révélations, nous parlons de contact spirituel. Il est des patients pour lesquelles nous savons que pour aller vite, nous ne savons pas comment ça se passe mais nous initions la conversation par un phénomène qui est gardé secret par le patient. Pourquoi est-ce que, avec lui nous avons commencé par ce phénomène qui subitement surprend le patient et nous sommes considérés comme la personne qui a lu dans ses pensées. Pourquoi est-ce que nous commençons comme ça ? Pas par une consultation classique comme on le fait souvent, on commence par exemple par la tête alors que la patiente à un problème sexuel qu'elle ne dit même pas. Elle est là dans une hystérie mais dans la conversation, nous commençons, nous entamons les problèmes sexuels subitement et cette patiente à l'impression qu'on a lu dans sa pensée et d'abord elle manifeste et on le voit sur son visage, qu'elle est surprise, elle ne comprend pas pourquoi elle est dévoilée mais il y'a en nous, dans la relation qui est entre nous et cette patiente, il y a*

*bien une relation de vérité or nous sommes là ipso facto dans ce qui est inscrit dans les paroles de Jésus : là ou deux ou trois sont assis en son nom, il est au milieu de nous. Il a dit ça or la patiente qui s'assied là, la relation entre elle et moi, est une relation de vérité ; elle doit me dire la vérité, moi aussi je dois lui dire la vérité et si nous considérons Jésus Christ comme vérité alors du coup la relation entre elle et moi c'est Jésus et c'est pour cela, moi je le dis de toi à moi je te le dis M. W., c'est ce que je considère chaque fois qu'un patient est devant moi, ma relation avec lui c'est la relation de vérité et je crois que Jésus Christ viendra bien me dire. Jésus n'est qu'une figure. Ça peut être aussi un devin, ou tout autre personne. Le guérisseur est capable de cela. Ce que je fais en tant que médecin est décalé de ce qu'on nous demande faire, mais ça a des résultats. Ça c'est ce que moi je crois, et c'est une vieille croyance ; c'est depuis que je suis entré à l'école de médecine et c'est aussi ce qui fait la force de mon traitement peut-être aussi. C'est que je suis là plein pied, j'accorde [...] à la médecine traditionnelle un grand avenir pourvu qu'elle accepte d'être critiquée. Elle doit être critiquée ; si elle n'accepte pas la critique, elle n'atteindra pas le sommet. Mais si elle accepte d'être critiquée, parce que qui dit critique, dit analyse et amélioration. La critique immonde et l'arbre grandit et produit des fruits. Le rôle de la critique, c'est enlever les mauvaises branches, éliminer les charlatans, éliminer les menteurs dans cette histoire. Améliorer ceux qui veulent travailler parce qu'ils vont éliminer en eux-mêmes et par eux-mêmes, les charlatants. Ils vont améliorer leur rendement, leur produit, leur service. La médecine traditionnelle, je le répète, a un grand avenir. [Médecin, 30 années d'expérience professionnelle]*

Cette dimension d'artiste dont parle ce biomédecin ci-dessus [Biomed#2] fait résolument appel à celle de l'existence d'un rapport social aux soins, qui est bien différent d'un rapport institutionnel aux mêmes soins. Lorsqu'il souligne qu'il a les pieds dans la biomédecine et dans les médecines africaines, on peut se demander quelles formes de sociabilité thérapeutique peut en émerger, dans un contexte où l'appartenance à plusieurs identités professionnelles devient la règle. C'est à ce niveau que les termes de camerounisation/traditionalisation de la biomédecine trouvent leur justification ; ainsi que le terme de la biomodernisation des médecines africaines. Les termes de «camerounisation» ou de «traditionalisation» de la biomédecine sont utilisés ici par analogie à celui d'indigénisation (Babadzan, 2009). Mais nous ne sommes pas certain de lui attribuer intégralement le même contenu, puisqu'il s'agit d'une indigénisation d'un autre type : le sens que nous lui donnons rejoint partiellement la définition qu'on a associée au terme d'indigénisation. La biomodernisation des médecines africaines et la traditionalisation de la biomédecine expriment, pour ainsi dire, comme l'avait déjà remarqué Dozon (1974) dans le cas de la religion, une «invention» de la modernité médicale. Cette invention consistant à choisir les éléments des actes de soins qui conviennent dans les deux médecines, et de les agencer librement entre eux, selon les circonstances et les attentes et préférences des usagers de soins. Cet agencement à lui seul ne suffit pas pour associer professionnellement les biomédecins et les guérisseurs, car les rationalités qui sous-tendent les actes de soins sont différentes. Ces différences sont alors le moteur des rencontres et reconnaissances informelles, et pourraient donner lieu à une complémentarité économique, scientifique et idéologique. On voit que l'émergence des

néomédecines apparaît alors, en partie, comme une traduction des interactions entre des soignants faiblement reconnus et une minorité de biomédecins fortement légitimés, ce qui conduit à penser que, et c'est cela qui est intéressant à relever, l'ordre social et l'ordre institutionnel qui en résultent résident aussi dans un équilibre instable [précaire], parce que susceptibles à tout moment d'être contestés ou modifiés par de nouvelles formes d'actions et de pratiques thérapeutiques.

Par ailleurs, dans les pratiques néomédicales, l'appartenance à différentes identités professionnelles renforce, chez les néothérapeutes, leur position de pouvoir dans la hiérarchie sociale dans le champ de la santé. Les néomédecines visent à élever les pratiques de soins au-dessus des conflits d'intérêts, afin de les inscrire dans une logique professionnelle qui a pour point de départ la santé du patient, et non la santé économique des organismes internationaux décidant à partir d'une position de surplomb de ce qui est bon pour la santé des populations. Alors même que cela est contraire aux attentes de celles-ci. Les pratiques néomédicales requièrent non seulement la prise en compte de différentes rationalités, mais aussi de poser des actes attendus qui ne soient pas trop en décalage avec les attentes des usagers de soins et celles des autorités de la santé publique. Mieux : viser le juste milieu. Pour ce faire, le professionnel doit compter sur son intuition créatrice, c'est-à-dire y «mettre du sien», selon un vocabulaire de Clot (2006). Cela rejoint en principe les propos de A. Artaud (1984, p. 130) : «On ne peut accepter la vie qu'à condition d'être grand, de se sentir à l'origine des phénomènes, tout au moins d'un certain nombre d'entre eux. Sans puissance d'expansion, sans une certaine domination sur les choses, la vie est indéfendable». On pourrait à la limite remarquer qu'il s'agit d'attaquer de l'intérieur, dans l'ordre, la biomédecine et les médecines africaines, afin de mieux les défendre. Si tel est le cas, on ne peut s'empêcher de voir en les porteurs de ces univers d'interprétations de la maladie – ici les guérisseurs et biomédecins – une intention de transformation et de défense de territoire des différents systèmes de médecines, mais tout simplement en un mot, de défense des pratiques médicales. Et c'est là où les deux agents de soins se rejoignent dans la lutte pour la reconnaissance des pratiques, afin de favoriser l'amélioration de la qualité de l'offre de soins et le quotidien des usagers de soins. Il ne s'agit pas d'une reconnaissance pour la reconnaissance, mais d'une reconnaissance transformatrice qui reconfigure et refait aussi bien les médecines africaines que la biomédecine, et ce par le détour de l'art médical, par opposition au travail médical. Adopter la posture d'artisan dans le travail de soin ouvre à l'invention de nouvelles

possibilités de production du nouveau. Une analyse des conditions de production est intéressante. Cela montre bien que le travail des néoguérisseurs et celui des néobiomédecins ne s'arrête pas seulement à faire ce qu'il y a à faire, c'est-à-dire les tâches prescrites, mais de déplacer et de pousser les linges de forces artificiellement construites qui séparent les médecines africaines et la biomédecine. Un tel déplacement des frontières des médecines permet de ramener dans le champ professionnel de la santé les soignants victimes de la disqualification institutionnelle (Andoche, 2004 ; Beneduce 2011) et de marginalisation idéologique (Tonda, 2001b). En d'autres termes, la reconfiguration de la physionomie du paysage médical peut être regardée comme une négation de la disqualification institutionnelle et du déni de professionnalisation du métier de guérisseur. Cette négation peut aussi être comprise comme une possibilité de reclassement professionnel des guérisseurs.

En définitive, les «néomédecines» permettent de repenser le concept de guérison, tant du point de vue des médecines africaines que de celui de la biomédecine. Dans la mesure où la guérison est, écrit Canguilhem (1978, p.13), «de tous les objets spécifiques de la pensée médicale, celui dont les médecins ont le moins traité», dans le champ de la pratique médicale. Si elle n'a pas été abordé suffisamment par les agents biomédicaux, c'est parce qu'ils considèrent, selon Le Blanc (2006, p. 313), la guérison comme une «valeur biologique», alors que celle-ci n'en constitue qu'un aspect pour le patient. À ce propos, l'auteur souligne que si pour le médecin la guérison «marque la fin du traitement, et donc l'annulation de la relation de soin et l'abolition du statut du patient qui redevient en droit une personne comme les autres, elle est, par contre, pour le malade «une valeur existentielle qui implique une appréciation subjective, le sentiment de réarmement de sa sécurité corporelle liée au sentiment de l'abolition durable de la maladie». La guérison n'est pas seulement pour le malade annulation de la maladie : elle suppose, en plus, la fin de l'anxiété à propos de la maladie dont «il n'est pas sûr qu'elle disparaisse quand disparaît le statut de patient du malade. Car la vie psychologique de la guérison ne coïncide pas avec la vie physiologique de la disparition de la maladie, [...] ». Cette conception de la guérison est à l'origine d'un sentiment de faiblesse et d'impuissance chez certains médecins qui ont appris à faire cette différence entre le vécu psychique de la guérison et le vécu physiologique de la guérison. L'un implique forcément l'autre. C'est ce sentiment d'impuissance qui est à l'origine de l'indigénisation de la biomédecine. Il provoque d'ailleurs un sentiment de malaise professionnel, comme en témoigne un chapitre de

livre de Perrenoud (2005, pp. 13–14) sur *Le traitement massif des maladies infantiles*, où les médecins disent leur désolation.

«Si au moins, disent-ils, on pouvait moduler le traitement, l'individualiser. Mais c'est impossible. Chaque cas mériterait une thérapie adaptée à son état, des médicaments particuliers. Mais l'administration nous donne les mêmes médicaments pour tous. En début d'année, nous recevons une dotation proportionnelle à l'effectif de nos malades. Pas moyen d'obtenir autre chose. On nous impose un plan de traitement assez contraignant, qu'il faut avoir respecté à la fin de l'année. Cela restreint le choix des méthodes thérapeutiques» (2005, p.15).

En effet, tous les médecins avec qui nous nous sommes entretenus sont dans une certaine mesure sceptique de la capacité de la biomédecine à couvrir tous les aspects de la maladie. En parlant avec eux, nous avons été témoin de l'expression d'un sentiment d'inefficacité, en particulier chez les biomédecins résistants. D'ailleurs, ces derniers sont, comme l'a relevé Perrenoud (2005), très sceptiques [«des médecins découragés, j'en ai rencontré beaucoup»] et, également, se plaignent de ne pas être efficaces comme ils auraient souhaité, car le malade ne vit pas sa maladie seulement sur plan physique/physiologique, mais aussi sur le plan psychique. Différenciant les deux dimensions de la guérison – que sont la vie psychique et la vie physiologique de la maladie – les biomédecins résistants entendent en tenir compte dans leurs pratiques de soins respectives, et ce, par le biais d'une différenciation thérapeutique. Quitte à ce qu'ils s'écartent, comme l'a relevé Perrenoud (2005, p. 15), à leurs risques et périls, de la déontologie biomédicale qui interdit tout échange avec les guérisseurs. C'est aussi pour contourner cette interdiction formelle que les biomédecins résistants enfreignent les normes déontologiques. Puisqu'ils jouissent déjà d'un statut juridique qui légitime leurs pratiques de soins, ils peuvent, sous le couvert de ce statut, faire passer d'autres éléments de la thérapeutique contestés par l'idéologie biomédicale, et par conséquent, espérer répondre aux demandes de soin des malades par une offre thérapeutique particularisée.

#### **8.4 Formalisation des savoirs médicaux en contexte de médecines africaines**

Nous avons relevé plus haut que les guérisseurs se sont formés à la biomédecine. Une formation qui, comme l'a remarqué Bourdieu (1987b), leur permet de s'octroyer ou de s'«auto-octroyer» les avantages des positions de pouvoir se rapportant à celle-ci. Cependant, de nombreux guérisseurs présentent, contre toutes attentes, la formalisation des connaissances médicales africaines comme le seul moyen de faire face aux turbulences sociopolitiques et économiques dont ils sont le lieu. Il semble que c'est le moyen idéal de se faire une place dans le marché de la santé qui, davantage,



se mondialise ou se globalise. Le discours du **Tradi#3** résume cette nouvelle posture des guérisseurs :

*Alors aujourd'hui nous pensons que pour pratiquer la médecine traditionnelle, il faudrait d'abord que le cadre soit d'abord officiel, c'est-à-dire juridique. Ensuite, il faudrait aussi que lorsque c'est juridique, qu'on ait un code de déontologie qui nous permet de mieux fonctionner ; et enfin la 3<sup>ème</sup> des choses serait de passer à un recensement des tradipraticiens qui devront effectivement prouver leur capacité par rapport à l'analyse de nos produits. Nous acceptons aujourd'hui l'analyse biologique des recettes ou des produits fabriqués qui remplissent les normes de fabrication. Quand je fabrique mes produits médicinaux ici, je les code, et cela est très bien, le patient peut savoir directement ce qu'il consomme. Le livre que tu as en main, il y a une bonne partie de mes produits et les maladies traitées. C'est un professeur de pharmacie qui m'a aidé écrire tout cela, à donner les noms à mes produits et les maladies qu'ils traitent. Est-ce que le livre enlève ma connaissance ? Je ne crois pas. Parce que le médicament aujourd'hui généralement n'est pas seulement le médicament Africain. Mais il doit être un médicament général, c'est-à-dire doit aller au-delà du Cameroun, de l'Afrique. C'est cela même valoriser, à ma façon de comprendre, la médecine des guérisseurs. [...]. Bon chez nous ici là, la situation commence à se débloquer parce que, moi depuis un certain nombre de temps, j'ai commencé à écrire un nombre de choses sur la méthode que j'utilise lorsque je viens en aide aux malades. Je vais rencontrer un médecin, je lui présente les méthodes que j'utilise et, quelque part pour celui qui est humble [...], alors s'il est humble, lorsqu'il a observé une méthode qui semble être convaincante par rapport à la médecine moderne, il prend le risque d'utiliser le produit. Et quelque part même, lorsqu'il comprend que le produit convainc, il commence à le payer d'avance et il l'utilise d'une façon informelle. Il aide le malade avec parce que peut-être il a utilisé un autre produit qui peut être même un produit de la médecine conventionnelle qui n'a pas géré [guéri] la maladie. Et en ce moment lorsqu'ils utilisent le produit traditionnel, comme ils sont plus avertis, ils apportent encore plus d'informations en pharmacovigilance. À moi certains médecins, certains infirmiers diplômés d'Etat et responsables de laboratoires m'ont apporté plus d'informations aujourd'hui [...].*

*Alors, pour que le guérisseur s'en sorte, il faudrait donc maintenant aujourd'hui qu'il se confronte aux autres. Moi je pense que ça devrait automatiquement d'abord être une question d'individuelle ; c'est-à-dire organiser des séances de travail avec les médecins. Et lorsqu'un tradipraticien découvre un produit dont les résultats sont valables, qu'il prenne son courage de présenter le produit qu'il a fabriqué, même s'il peut être corrigé [critiqué] après. Il sait qu'il apporte déjà quelque chose pour les personnes souffrantes. Dont pour le faire, moi je pense qu'il faut ouvrir la porte aux spécialistes des médecines traditionnelles qui peuvent expliquer les connaissances qu'ils ont dans le cadre des méthodes qu'ils utilisent et puis, ouvrir encore plus largement la porte pour valoriser les produits que les tradipraticiens fabriquent. Comme par exemple ouvrir un cadre d'homologation du médicament traditionnel. Je le dis parce que le produit est fabriqué par un tradipraticien qui utilise des méthodes qui ne sont pas conventionnelles. Or, dedans il peut avoir des méthodes qu'il a envie de faire connaître, parce que ces méthodes peuvent être serviables demain pour l'humanité. Il n'aura pas de possibilité de faire connaître ses méthodes, à cause du défaut de ce cadre d'homologation. Même s'il les écrit, il y a des difficultés toujours à cause de ce cadre. Vous avez besoin de diffuser l'information à grande échelle, vous avez besoin d'aller vers les autres, tout ça c'est des difficultés, parce que rien n'est fait pour aider à diffuser. Maintenant par exemple dans le cadre de fabrication de mes médicaments, lorsque j'explique un peu les méthodes que j'utilise, ça peut devenir une surprise pour ceux qui sont passés dans les universités ; qui ne maîtrisent pas les méthodes qui permettent de pouvoir comprendre ce que j'ai fabriqué. Alors aujourd'hui pour moi il est question d'ouvrir un large débat mais il manque des possibilités d'approche entre la médecine conventionnelle et la médecine traditionnelle sur des acquis positifs explicables. Pourtant, cela pourra permettre de résoudre certaines maladies difficiles aujourd'hui **[Guérisseur et pasteur, formation biomédicale, 19 années d'expérience professionnelle]**.*

Ce souci de formalisation des savoirs et connaissances des médecines africaines exprimé par les guérisseurs que nous avons rencontrés trouve un parfait écho chez la minorité de biomédecins résistants au pouvoir biomédical. Pour elle, les guérisseurs devraient se prendre autrement de nos

jours, s'ils veulent se donner les chances de rester dans le marché de la santé. Le seul moyen d'y rester c'est la systématisation ou la formalisation de leurs savoirs, comme le suggère le

### **Biomed#3 :**

*Ce que je vais te dire maintenant, c'est mon point de vue personnel. Tu vois ce semblant de lutte qu'on ne voit pas, mais qui existe entre nous biomédecins et nos frères et amis guérisseurs, c'est une fausse lutte. Pourquoi ? Parce que, tu vois, moi je pense que ce que le guérisseur devrait faire, c'est d'aller contre ce qu'on a toujours dit. On a toujours dit que on ne peut pas systématiser la médecine traditionnelle. Mais moi je pense que c'est faux, car aujourd'hui dans le contexte de l'organisation des pratiques de soins, le guérisseur, s'il veut vivre de son art, devrait systématiser sa pratique. Dis à ton professeur que je l'ai dit. Pourquoi ? Parce que le guérisseur reste dans une entité culturelle, je veux dire culturelle [c'est son vocabulaire]*

**[Médecin, 3 années d'expérience professionnelle]**

**Biomed#2 :** *Mais la médecine traditionnelle est déjà reconnue au Cameroun ! Puisqu'il y a tout un service relatif : l'institut de médecine traditionnelle et des plantes médicinales. Mais est-ce que les gens qui y travaillent sont là pour le guérisseur. C'est au guérisseur de se grouiller, proposer ce qu'il fait. Sinon, personne ne peut le faire à sa place. Qui est-ce qui doit le faire à leur place ? Est-ce que celui qui ne connaît pas un service qui est rendu peut le codifier. Je pense que c'est celui qui rend le service qui est habilité à le faire. Il me semble. Mais des gens pensent qu'ils peuvent mieux organiser les services des guérisseurs qu'eux mêmes. C'est une grosse utopie. Ce n'est pas quelqu'un d'autres qui doit codifier la médecine traditionnelle. Or ils sont là [...], ils se battent en rang très dispersé et ils ont du mal à s'asseoir pour déterminer même ce qu'ils font. Les traitements sont si variés parce qu'on ne codifie pas ; parce qu'on ne formalise pas. C'est la codification d'une activité qui en donne la possibilité de calibrage et le calibrage va déterminer les difficultés et un coût ; le coût d'un service est fonction des difficultés que l'acteur éprouve pour dispenser, pour rendre ce service, en principe c'est ceux là. Or je si vais cueillir ou prendre une écorce à Yokadouma [un village située à environ 600 km de Yaoundé], c'est pas la même chose si je vais prendre la même écorce à Soa [un village périphérique de Yaoundé]. Alors l'un va dire je prends mon écorce à Yokadouma, la même écorce est prise à Soa. L'un va te dire pour le même traitement, ça coûte cent milles, l'autre dira 50 milles, 5 milles ou peut-être moins*

**[Médecin, 30 années d'expérience professionnelle]**

Mais pour qu'elle ne tourne pas au profit des organisations internationales, cette systématisation ou formalisation doit venir des guérisseurs eux-mêmes, parce que ce sont eux qui savent ce qui est important pour leur médecine. Nul ne peut, suggère le **Biomed#2**, procéder à la codification de leur savoir sans eux, sans qu'ils soient eux-mêmes impliqués en première ligne dans le processus qui conduira à la formalisation des connaissances. C'est d'ailleurs la même chose qu'expriment les conclusions d'une recherche menée par Bibeau (1982b, p. 1848) au Zaïre dans laquelle il souligne :

«No one knows better than the healers what are the central aspects of their medicine and what elements must be maintained or rejected within the context of modernization of African societies. Western-trained legal experts have poorly and inadequately mastered certain fundamental dimensions of the practice of traditional medicine to the point of failing to recognize any value in, for example, complex therapies which make use of the intervention of beliefs in spirits, in sorcery or in magic. Their lack of mastery of these crucial cultural aspects resulted, in the end, in disparaging these elements or in a systematic effort to eradicate them. New legislation cannot ignore the fact that African belief system does not exist as something independent of the medical practices»

C'est dans le même sens que s'inscrit le discours du **Biomed#4**, qui pense que les guérisseurs s'organisent en association pour répondre plutôt aux *desirata* du système politique qui est

d'ailleurs en faveur du système biomédical. Les illustrations des biomédecins résistants ci-dessus sont en écho avec le projet de formalisation des médecines africaines, mais aussi vont directement à l'encontre des études anthropologiques qui pensent plutôt que la formalisation des savoirs des médecines africaines précipiterait plutôt leur disparition. C'est ce qu'exprime le **Biomed#2** lorsqu'il souligne :

**Biomed#2** : *La notion d'herbier [...]. Vous voyez, Monsieur W., un peu ce que je suis là en train de vous faire voir les difficultés qu'il y a à ne pas formaliser les connaissances médicales en médecines africaines. On le pensait avant, mais c'est devenu, de nos jours, intenable, si on le fait pas. C'est cela même qui va faire disparaître les guérisseurs, puisqu'ils ne seront pas compétitifs avec les autres secteurs. Et ce n'est pas à quelqu'un d'extérieur à le faire. Peut-être si je continue ; si j'entre dans la logique de la défense du tradipraticien, je leur dirai d'abord, mes chers amis, arrêter de faire des syndicats, des associations, vous avez appris à faire des associations pour plaire aux gens qui veulent vous voir associer. C'est-à-dire faire des mouvements politiques, c'est tout ce que vous faites et ça je te le dis mon cher W., pour le moment ils font des mouvements politiques. Mais ils sont chacun dans son assiette. Quand je les vois, chacun, nous avons, je n'appellerai pas son nom ; nous avons été chez l'un l'autre jour nous étions ensemble, je ne suis pas sûr qu'il s'est assis lui pour déterminer que tels produits coûtent tant, parce que je fais ça, ça, ça. Je ne suis pas sûr. Je ne suis pas sûr qu'un seul d'entre eux s'assied pour dire que tel produit, je le fabrique à partir de ceci, cela coûtera tant, parce que je ne trouve pas cet arbre là dans la forêt, là où je vis. Pas du tout. Est-ce qu'ils font cette prospection ? Je ne suis pas sûr. Pourtant, ce qu'ils font c'est exactement ce que fait ce pharmacien qui, pour se procurer son produit, fait venir ou transporter par avion, et l'autre par bateau les produits commandés en occident. Ça pose des problèmes de différence de coût. Ce n'est donc pas la même chose s'ils s'approvisionnent au même endroit, il doit donner le même coût. Il y a des problèmes, je crois que nous sommes là entrain de décortiquer les difficultés que ce groupe de praticiens a encore et là, j'ai l'impression que le chemin est encore très long* **[Médecin, 30 années d'expérience professionnelle]**

Une analyse de la posture des biomédecins résistants montre qu'il ne s'agit pas, et c'est la position qui est aussi la nôtre, de militer pour l'intégration des guérisseurs dans le système de santé biomédical. D'ailleurs, il n'en est pas question, car, comme l'avait déjà très bien souligné Hours (1992, p. 130) : «Bien que toujours à l'ordre du jour à l'OMS, l'intégration de la médecine traditionnelle ne mobilise plus personne, dans la mesure où elle n'a jamais été autre chose qu'un alibi institutionnel supposé produire des économies dans des systèmes de santé en faillite». Aussi, l'extrait des propos du guérisseur ci-dessus **[Tradi#3]** évoque quelque chose de semblable à ce que pensait Martuccelli (1999, 306-307) au sujet des technologies de pouvoir chez Foucault. Pour Martuccelli, ce sont les technologies de pouvoir qui tracent l'espace de domination socioculturelle et scientifique, politique et économique. Le lieu de dissémination de celle-ci est la faculté de médecine, où s'opère la formalisation des savoirs médicaux qui deviennent des instruments de domination dans le marché de la santé. Cela ne suppose pas pour autant que les guérisseurs souhaitent prendre des cours en faculté de médecine. Cependant, pour prétendre continuer la lutte des places (de Gaulejac, 1994), ou lutter d'égal à égal dans le champ du marché de la santé, les

techniques médicales africaines se doivent d'être formalisées, et c'est ce à quoi travaillent les guérisseurs. En effet, le contexte de mondialisation oblige à s'adapter aux transformations économiques. Les guérisseurs indiens l'ont bien compris : ils fabriquent des produits médicinaux pour l'Étranger, sans que cela les oblige à se diluer dans la biomédecine (Pordié, 2008, 2011). Faute d'aller en faculté de médecine, les guérisseurs se sont lancés déjà dans le processus de codification des remèdes traditionnels. On sait avec Bourdieu (1987a, p. 99) «que la codification est capitale parce qu'elle assure une communication minimale». Cela suppose que dans un contexte de mondialisation où on est censé se déplacer d'un point à l'autre, les pratiques peu ou non codifiées n'auront pas un lendemain meilleur, où seront condamnées à la disparition. C'est pourquoi les guérisseurs tiennent déjà, sous l'encouragement des biomédecins résistants, un registre où ils font état, jour après jour et de manière assidue, des maladies traitées ; des remèdes et produits médicinaux utilisés pour les maladies identifiées ; évaluent les traitements proposés à partir des examens biologiques effectués, à leur demande, dans les laboratoires d'analyse biomédicales.

La codification contribuera à reformuler les pratiques des médecines africaines, et permettra, comme dans le cas de l'Inde (Pordié, 2012), de proposer des remèdes néotraditionnels tant aux africains, qu'au reste du monde. L'avantage est que cela favoriserait l'introduction des médecines africaines dans le mouvement de la mondialisation économique, seule garantie de leur survie aux transformations socioéconomiques. Aussi cela contribuera à forger de nouvelles identités professionnelles chez les guérisseurs, lesquelles donnent accès aux sphères de légitimité sociale et publique. Ces nouvelles identités font porter aux détenteurs de nouveaux noms : «docta», comme se font appeler certains guérisseurs-biomédicaux pour imiter, par proximité avec l'appellation de «docteur», le prestige rattaché à cette dénomination. Formaliser les médecines africaines, c'est les penser dans l'optique des luttes stratégiques dans le marché international de la santé. Le cas de la médecine tibétaine est un modèle à suivre, où, comme le montre Pordié (2011), les pratiques médicales traditionnelles au Tibet sont désormais proposées à la clientèle étrangère.

## CONCLUSIONS

Que nous enseigne le geste consécutif et simultané de demande de soins de la mère au guérisseur et au biomédecin [gynécologue, pédiatre] en situation d'accouchement difficile, par exemple dans un contexte où l'efficacité de la biomédecine est indéniable ? Et celui du recours à un guérisseur par des biomédecins (résistants) aux normes institutionnelles biomédicales dans le même contexte ? De manière générale, les rationalités qui sous-tendent les conduites de choix, d'orientations et de rencontres thérapeutiques sont traversées et travaillées par les schèmes d'identification et de relation (Laforge, 2009). En effet, qu'il s'agisse de la rencontre entre soignés-soignants ou de la rencontre entre soignants-soignants, on se rend compte, d'après les résultats de notre étude, que les deux formes de rencontres – informelles ou formelles – se font en réalité suivant une certaine logique d'identification des soignants – guérisseurs, biomédecins, ou tout autres types de soignants – en tant qu'«êtres capables et êtres compétents» (Genard & Cantelli, 2008). Autrement dit, les choix thérapeutiques simultanés combinant les recours aux médecines africaines et à la biomédecine obéissent, en situation de problèmes d'accouchements difficiles par exemple, à la logique selon laquelle les mères s'adressent aux guérisseurs et aux biomédecins pour ce dont ils sont capables d'offrir, chacun à son niveau, en termes de soins visés dans l'axe des capacités et des compétences, susceptibles de produire l'action [thérapeutique] qui convient (Thévenot, 1990), étant entendu que la convenance de celle-ci n'est pas évaluée ici sous l'angle de l'accessibilité culturelle. Les conduites de recours aux soins sont informées par une logique pragmatiste dont la sociologie des épreuves [pragmatiste] et l'anthropologie capacitaire ont dessinés les cadres d'analyse, en s'éloignant des sociologies déterministes illustrés par les travaux de Bourdieu et des sociologies du choix rationnel ou de l'acteur stratégique (Crozier & Friedberg, 1992). Par ailleurs, elles inscrivent le geste de la demande de soins lui-même – geste d'un usager de soins à un soignant ; geste que fait ce dernier à un autre soignant – dans le mode de confirmation ou d'infirmité de la reconnaissance des compétences, et donc de la reconnaissance professionnelle de l'acte thérapeutique posé par le soignant, quel qu'il soit. C'est sous la modalité capacitaire que les nouveaux modernes illustrés dans notre thèse par les néobiomédecins résistants justifient les relations [professionnelles] avec les nouveaux guérisseurs.

Même si les relations entre les néobiomédecins et les nouveaux guérisseurs restent pour le moment marquées par des rencontres informelles, on en apprend deux aspects importants. Le

premier est l'ouverture de la rencontre thérapeutique à une réciprocité de perspectives, en termes d'échanges mutuels des patients et d'informations médicales au sujet de la même maladie ou du même usager de soins. La fluidité des rapports professionnels informels qui en résulte entre les médecines africaines peu légitimes et la biomédecine fortement légitimée inscrit la demande et l'offre de soins dans une logique de la pluralisation thérapeutique non institutionnelle. Logique qui est à l'image du pluralisme médical que le Cameroun offre à voir (Lado, 2011), mais qui est en réalité le reflet de sa position ambiguë à l'égard des guérisseurs et de l'inscription de la reconnaissance dans un processus de médiation inachevée. L'ambiguïté et l'ambivalence de l'État camerounais au sujet du type de considération accordé [ou à accorder] aux guérisseurs sont révélatrices d'un dilemme dans lequel sont pris les agents biomédicaux de soins ; dilemme entre satisfaction des normes institutionnelles biomédicales relevant de l'idéologie officielle des soins et les normes des pratiques de soins sur le terrain issues des expériences quotidiennes. Cette situation nous enseigne que si la dichotomie médecines traditionnelles et biomédecine est un faux dilemme, un faux problème politique et idéologique ; le dilemme agents officiels et non officiels de la santé pose, dans le contexte de la modernité médicale, un véritable problème, en termes de déni de statut de professionnel à part entière aux guérisseurs qui, paradoxalement, s'occupent de près de 75% des problèmes de santé des populations [riches, pauvres] qui recourent à eux. Véritable problème, car le qualificatif de médecins traditionnels est une créature politique, un personnage mensonger dans lequel l'idéologie majoritaire, par le biais des sciences sociales et l'anthropologie, les a maintenue d'emblée en captivité et emprisonnés dans une identité qui produit une reconnaissance disqualifiante ou imparfaite (Laforgue, 2008) et négative (Renault, 2004b).

De manière générale, on peut retenir de cette thèse que la reconnaissance précède les choix, orientations et rencontres thérapeutiques. Elle apparaît comme le point d'ancrage des interactions réciproques entre les mères et soignants, en particulier dans la relation soignants-soignés ; les guérisseurs et biomédecins, notamment dans la relation et les échanges professionnels. Qu'il s'agisse de la perspective des mères ou de celle des soignants, les décisions des choix et d'orientations thérapeutiques sont pensées à travers un langage voilé de reconnaissance capacitaire, mais qui s'articule seulement dans le mouvement et l'intention de la rencontre. C'est que les mères et les soignants ne parlent le langage de la reconnaissance qu'en lui substituant le langage de la capacité à soigner convenablement, à poser l'acte thérapeutique porteur de succès.

Un premier constat qui se dégage de notre thèse est la pluralisation des figures et formes de reconnaissance regroupées ici en trois. La première est l'autoreconnaissance qui s'engendre dans la capacité d'autoreprésentation qui correspondrait, selon Genard (2011), à la posture critique orientée vers l'auto-réflexion observée chez les nouveaux guérisseurs. La posture autoréflexive et autocritique se traduit, si on se réfère à *L'action au Pluriel* de Thévenot (2006), par un rapport à soi et une coordination à soi qui lient non seulement ces derniers aux exigences de normalisation, codification et formalisation de leurs propres pratiques de soins, mais les lient aussi, à travers cette normalisation, aux autres acteurs de soins. Parmi les capacités des nouveaux guérisseurs, figure la capacité de susciter de l'intéressement des biomédecins ou usagers. On peut parler alors de l'«agir faible» qui renvoie à une certaine idée de puissance et de compétences qu'on créditerait au compte de l'acteur affaibli, ici le guérisseur. La capacité de l'agir faible passe par la monstration de ses propres compétences d'action, ces compétences étant considérées comme objet-lien, car l'action est toujours en relation avec une autre action. La seconde est la reconnaissance octroyée par les usagers de soins ; et la troisième, la reconnaissance décernée par les biomédecins résistants aux normes biomédicales. Dans les deux derniers cas, la reconnaissance est fondée sur l'identification et l'attribution des compétences et capacités professionnelles aux acteurs affaiblis et forts. C'est pour cela que nous avons parlé de reconnaissance capacitaire et professionnelle, car elle donne, en particulier, à l'agir faible [puissance du faible] et aux acteurs disqualifiés un mode d'existence professionnelle en attente de l'acte d'institution. Cette forme d'existence est le fait de l'introduction dans le champ de la reconnaissance de nouvelles figures de la reconnaissance qui sont soit non institutionnelles : ici les usagers de soins et guérisseurs; soit institutionnelles : les agents institutionnels biomédicaux. Mais dans ce dernier cas en particulier, elle peut se justifier, comme l'a relevé Laforgue (2009) dans le cas des relations entre les institutions et individus par :

«Des agents institutionnels (A) qui mobilisent dans leur travail quotidien un schème de relation qui les conduit à considérer autrui (B) comme disposant d'un statut, d'attributs équivalents aux leurs et comme pouvant développer des rapports réciproques avec eux : que (B) se comporte ou peut se comporter comme A se comporte à l'égard de B, par exemple dans le cadre des relations de don, d'échange, de concurrence»

Dans notre thèse, les guérisseurs sont portés à l'existence par les «relations compréhensives» que développent les agents biomédicaux à leur égard. Il s'agit là d'une approche relationnelle de la reconnaissance qui est au cœur des préoccupations théoriques de Fabian (2001) et de Appiah (2007). Fabian l'aborde comme une question épistémologique en anthropologie critique, une question d'éthique, de droit et de lois, ou de légitimité institutionnelle ; et l'envisage comme une

relation de réciprocité et de communication intersubjective entre des acteurs qui sont des sujets à part entière. Pour Appiah (2007), elle est un processus dialogique, où la communication renvoie à un modèle de cohabitation des univers différents, où les uns et les autres y échangent mutuellement et réciproquement. Mais si ces relations constituent des appuis conventionnels (Dodier, 1993) à «des individus sans supports» (Castel, 2003) et offrent aux guérisseurs une existence professionnelle, elles ne leur confèrent cependant pas une existence institutionnelle légale et juridiquement encadrée, laquelle dépend d'une autorité de reconnaissance : l'État.

Le second constat renvoie au combat pour l'existence institutionnelle qui se traduit par la judiciarisation de la reconnaissance, c'est-à-dire la reconnaissance juridique de la reconnaissance. Il s'agit de la confirmation des compétences prouvées par une instance de reconnaissance institutionnelle, ce qui permet de se maintenir dans l'espace de social des soins. Pour Boltanski :

«La seule solution envisageable est donc de déléguer la tâche de dire ce qu'il en est de ce qui est à un être sans corps. Seul un être sans corps peut cesser de se considérer les objets en se plaçant parmi eux pour les voir [...] et les considérer de l'extérieur. Cet être sans corps [...], c'est évidemment l'institution. Une institution est un être sans corps à qui est délégué la tâche de dire ce qu'il en est de ce qui est. C'est donc d'abord, [...] dans ses fonctions sémantiques qu'il faut envisager l'institution» (Boltanski, 2009, pp. 116–117).

Notre étude a identifié plusieurs procédés d'accès à l'existence institutionnelle, dont le recours à une seconde identité professionnelle ; la sollicitation à la codification et à la formalisation des savoirs médicaux africains. Ces procédés ne permettent pas seulement le passage de l'invisibilité à la visibilité sociale (Le Blanc, 2009) ; de la disqualification à la requalification professionnelle, mais aussi sont impérativement importants pour se maintenir dans l'espace public de parole et de soins en tant que prestataire de soins juridiquement reconnu comme tel, selon les épreuves de grandeur qui hiérarchisent/classifient/attribuent les places en fonction des ordres de compétences.

L'autre constat est relatif à la prise en compte des épreuves de la grandeur à surmonter dans le processus d'attribution des places, et donc de la promotion sociale. Ce procédé a pour conséquence la redéfinition dans une perspective de recomposition, comme l'ont montré Boltanski et Thévenot (1991) dans l'introduction de *De la justification*, des places, positionnements et statuts professionnels. Cette recomposition suggère une révision et une prise en compte des critères de promotion sociale tant dans les médecines africaines que dans la biomédecine. Elle rend aussi possible l'enracinement de relations fortes de certains soignants possédant plus d'une identité professionnelle dans plusieurs espaces de sociabilité professionnels auxquels ils appartiennent.



En raison du fait que chaque appartenance suppose une position sociale qui s'accompagne aussi d'une position de pouvoir, on peut penser qu'un même acteur peut cumuler plusieurs positions au sein de la même société. Or, ce cumul n'est possible qu'au prix du passage des épreuves de la grandeur, lesquelles peuvent être surmontées de différentes manières, dont la formation n'en est qu'une des voies. C'est d'ailleurs un point de vue largement soutenu par de nombreux auteurs tels que Sennett et Cobb (1972), Hoggart (1970), Bourdieu (1979, 1984) et Sayer (2005) pour qui une classe sociale ne se définit pas seulement par la position de ses agents dans la structure de la production et par le niveau de ressources dont ils bénéficient. Elle se définit aussi, selon Lazzeri (2009, pp. 203–204), par des (auto)-dispositions sociales particulières ; un certain accès aux biens éducatifs, une culture spécifique, une capacité de décisions ; une conscience plus ou moins claire de l'ascension ou du déclin de la classe d'appartenance ; une auto-perception plus ou moins claire de la position occupée dans la structure sociale ; et enfin, bien sûr, par une connaissance claire, cette fois, des formes d'estime et d'honneur social qui enveloppent l'appartenance à la classe, en fonction des régimes qui les caractérisent. L'une des contributions de notre étude au système de promotion sociale fondé sur des épreuves de justification est qu'elle attire l'attention sur le pluralisme des formes d'épreuves d'attribution de places et sur la pluralité des normes capacitaires et de compétences, celles-ci pouvant différer d'un système de promotion sociale à un autre. Elle apporte aussi des connaissances sur l'anthropologie capacitaire du point de vue des agents des médecines africaines ; sur l'articulation du système de promotion professionnelle fondé sur l'héritage des pouvoirs de guérison et sur celui de promotion des biomédecins fondé sur la certification de parcours d'épreuves. L'enjeu de notre étude était d'identifier les formes de leur présence dans les stratégies de requalification professionnelle mise en œuvre par les guérisseurs. Une des formes identifiées est la combinaison des identités de guérisseurs et d'agent biomédical.

Un autre constat encore qui ressort de la thèse est l'inscription des rapports professionnels dans l'axe des schèmes relationnels de compréhension par différents procédés dont font partie les appuis conventions et institutionnels qu'offrent aux guérisseurs les biomédecins résistants aux normes institutionnelles biomédicales. Ces appuis illustrent plusieurs choses. D'abord, ils peuvent être considérés comme l'expression d'un changement d'attitude de la part de l'institution biomédicale à l'égard des médecines africaines, ce qui pousse certains biomédecins résistants aux normes biomédicales à développer des «relations compréhensive» (Laforgue, 2008; Pharo, 1996) empreintes de réciprocité de perspectives avec les guérisseurs. Ensuite, ils peuvent aussi traduire

l'inscription dans le déclin du caractère monolithique et invariant de l'institution biomédicale. Mieux : une fragilisation de la manière dont elle s'est toujours comportée à l'égard des médecines africaines, car elle semble privilégier moins le travail «sur» ou «pour» les agents des médecines africaines qu'«avec» ces derniers. Il s'agit là d'un changement éthique et épistémologique dont la méthodologie de recherche que nous avons adoptée en est aussi le reflet : c'est-à-dire mener des travaux non pas sur les enquêtés, mais avec eux. Cela attire l'attention sur deux choses importantes. D'abord, sur le fait que les médecines africaines et la biomédecine sont caractérisées, chacune à sa manière, par une pluralité interne au niveau des agents de soins. Cette pluralité étant le marqueur, en particulier, dans le cas des agents institutionnels biomédicaux, des bonnes raisons sensibles qui fondent les relations compréhensives avec les guérisseurs. C'est une preuve que les agents institutionnels, et donc l'institution biomédicale, s'ouvrent aux compétences des agents non biomédicaux de la santé. Cette ouverture est une piste de recherche qui mériterait d'être approfondie. Enfin, le fait que les agents institutionnels ne parlent plus d'une seule voix.

L'inscription d'une voix différente (Gilligan & Laugier, 2008; Paperman, 2010), discordante et dissonante dans l'appareil institutionnel biomédical a pour effet la fragmentation, le morcellement et la parcellisation des normes de la biomédecine, dont l'illustration est la dispute sur la qualité de soins ; l'émergence de nouveaux modernes. Or, la fragmentation travaille les frontières entre biomédecine et médecines africaines en reconfigurant leur visage d'une certaine manière, illustrée ici par la biomodernisation des médecines africaines, et la traditionalisation de la biomédecine. Elle est l'un des exemples de pressions extrêmes qu'exercent les circuits informels sur les circuits formels/préscriés de la reconnaissance et de la rencontre. Ces pressions sont à prendre au sérieux d'autant plus qu'elles viennent de plusieurs sources dont le potentiel de reconfiguration du profil du thérapeute et de la physionomie de l'espace de soins est rarement pris en compte. Il s'agit, d'un côté, des patients dont le comportement de quête de soins exige du thérapeute de se comporter à la fois comme un guérisseur et un biomédecin ; et de l'autre, des biomédecins résistants qui, de l'intérieur du système biomédical, orchestrent et entretiennent, paradoxalement, des attitudes de subversions aux normes biomédicales. Elles peuvent sembler, selon une perspective quantitative, non représentatives par rapport au nombre des biomédecins [N=4/10] qui, de manière générale, s'y adonnent dans le but de fragiliser les régulations normatives/formelles de la rencontre et de la reconnaissance. Mais le caractère extrême de ces pressions ainsi que le positionnement extrême

de ces «néobiomédecins» les rendent justement exemplaires, et comme tels, dignes d'intérêt pour mettre en évidence le poids des formes de légitimités/reconnaissances qui se bricolent en marge des rencontres normatives sur les logiques et rationalités de recours au soins, les reconfigurations dont l'espace de sociabilité thérapeutique pourrait être le lieu, à court, moyen ou long terme.

La thèse propose aussi une façon de marquer, dans l'écriture anthropologique, la présence et la contribution réelles et effectives des populations auxquelles l'ethnologue à recours pour mener sa recherche. Dans notre thèse nous avons pu recourir, à titre expérimental, à une approche méthodologique inscrite dans l'axe même de la reconnaissance. Elle s'est traduite par l'implication des enquêtés dans le processus de choix des corpus de texte à analyser, ce qui les constitue *a priori* comme des coanalystes. L'analyse des données recueillies sur le terrain ne relève pas uniquement de la compétence de l'ethnologue. Sans nier le rôle indispensable de ce dernier, il semble qu'impliquer l'enquêté au processus d'analyse constitue en soi un exercice de comparaison et de vérification des données que celui-ci et les autres ont produit ; de mesure d'un éventuel décalage qui peut exister entre l'interprétation de l'objet de l'enquête par l'enquêté et l'interprétation que l'enquêteur en fait ; de réduction des effets de censure méthodologiques. Mais en même temps, cela pourrait également se concevoir comme une manière d'ouvrir aux enquêtés un espace public dont ils ont besoin pour se sentir reconnus, afin qu'ils puissent dérouler les possibilités, capacités, compétences et formes d'empowerment dont ils sont censés détenir, comme l'a relevé Genard (2013) dans l'analyse de l'empowerment des capacités insuffisantes. Mais nous ne sommes pas dupe de ce que, comme l'a noté Laforgue (2010, p. 173), les appuis des agents institutionnels «cachent/rendent acceptables» des mécanismes d'assujettissement des individus et de production d'inégalités auxquels contribuent les institutions publiques». Le dispositif méthodologique fondé sur les méthodes ethnographiques compréhensives permet de contourner et contrôler ce biais. Parce qu'il met en évidence le potentiel de l'agir faible et de l'agir fort, et donc la capacité d'invention et de création des acteurs forts et fragilisés, ce dispositif correspond à un optimisme méthodologique/épistémologique de recherche, car il envisage l'ouverture du déroulement des capacités et possibilités dans une double perspective. Notre étude prend distance avec une approche unidirectionnelle des enquêtes qui consiste à focaliser uniquement sur les affaiblis. Elle participe, comme l'a relevé Cantelli (2013), de «deux conceptions de l'empowerment» : celle de l'agir faible et de l'agir fort. Par le biais de la co-temporalité et de la

coprésence, nous élargissons le champ de l'analyse, ce qui permet de rendre compte du processus philosophique et éthique de renforcement tant chez les guérisseurs que chez les biomédecins. Le double empowerment est une expérience de renforcement qui modifie les schèmes relationnels dans un contexte de rapports de force asymétriques entre les affaiblis et les forts.

Il convient de rappeler aussi l'impact de l'autoconfrontation, en tant que dispositif d'autoanalyse et technologie de l'implication des enquêtés, dans le processus d'analyse des données. D'une part, ce dispositif a permis d'établir et de reconnaître des liaisons étroites entre les savoirs ordinaires des enquêtés – savoirs dits «profanes» ou non experts – et les savoirs ethnologiques [de l'enquêteur] ou de l'«expert» institutionnel. D'autre part, il a rendu visible la capacité d'infiltration des savoirs ordinaires dans les interstices des savoirs experts, créant ainsi des relations d'interdépendance entre les deux types de savoirs, dans un processus de va-et-vient où le savoir ethnologie se modèle en s'alimentant des savoirs profanes en même temps qu'il refaçonne les rapports entre les enquêtés et modifie la relation d'enquête. Cette modification ayant des conséquences sur les plans théorique et méthodologique. Sur le plan méthodologique, l'autoconfrontation oblige, d'abord, à renégocier et à redéfinir le statut sociologique de l'enquêté et de l'enquêteur dans la relation d'enquête. L'enquêteur n'étant plus perçu comme le tout puissant qui vient imposer les modalités d'analyse à l'enquêté, considéré comme minoritaire dans la relation d'enquête. L'analyse procède alors de la négociation des points de vue des protagonistes de la relation d'enquête. Ensuite, la négociation des points de vue autorise les bifurcations méthodologiques en rendant légitime et possible la sortie du cadre d'analyse prescrit par le dogme de la méthodologie scientifique. Sur le plan théorique, l'autoconfrontation oblige à la redéfinition du concept de l'expertise sociale, de la reconnaissance et de la rencontre. Cette redéfinition ayant, elle aussi, pour conséquence d'attirer l'attention sur la difficulté qu'ont par exemple les théories normatives de la reconnaissance à prendre en considération les différentes facettes de la rencontre et de la reconnaissance. Elle oblige également d'introduire les nouvelles figures de la rencontre et de la reconnaissance qui n'ont pas été prises en considération au moment de l'élaboration de ces théories ; et signale aussi qu'une théorie appropriée doit pouvoir épouser les différents contours de la reconnaissance et intégrer les modalités de la reconnaissance qui n'ont pas encore été institutionnalisées.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Aguessy, H. (2007). Conflit des rationalités: destinée et destination des recherches africanistes. In P. J. Hountondji (Ed.), *La rationalité, une ou plurielle?* (pp. 149–162). Dakar, Sénégal: Codesria; Unesco.
- Ahluwalia, A., & Méchin, B. (1979). La médecine des guérisseurs en tant que système médical. In G. Bibeau, R. Ahluwalia, & B. Méchin (Eds.), *La médecine traditionnelle au Zaïre: fonctionnement et contribution potentielle aux services de santé*. Ottawa: Centre de recherches pour le développement international.
- Akoto, E. M., Songue, P. B., Lamenn, S., Kemadjou, J. P. W., & Gruénais, M.-É. (2002). Infirmiers privés, tradipraticiens, accoucheuses traditionnelles à la campagne et à la ville. In M.-É. Gruénais (Ed.), *Système de santé en mutation: le cas du Cameroun* (pp. 133–146). Münster: LIT.
- Amselle, J.-L. (2005). *Branchements: anthropologie de l'universalité des cultures*. Paris: Flammarion.
- Andoche, J. (2004). Psychiatrie et médecine créoles: Archéologie d'une rencontre. *Recherches sociologiques*, 35(1), 21–37.
- Anspach, M. R. (2002). *À charge de revanche: figures élémentaires de la réciprocité*. Paris: Seuil.
- Appiah, A. K. (1994). Identity, authenticity, survival: multicultural societies and social reproduction. In C. Taylor & A. Gutmann (Eds.), *Multiculturalism: examining the politics of recognition* (pp. 149–165). Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Appiah, K. A. (2007). *Cosmopolitanism: ethics in a world of strangers*. New Haven and London: W.W. Norton & Co.
- Artaud, A. (1984). *Oeuvres complètes: Le théâtre et son double. T.1*. Paris: Gallimard.
- Babadzan, A. (2009). L'indigénisation de la modernité." *L'homme*, (2), 105–128.
- Bachelard, G. (2005). *La philosophie du non: Essai d'une philosophie du nouvel esprit scientifique*. Paris: PUF.
- Baier, A., & Cantro-Sperber, M. (1996). Confiance. In *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale* (pp. 283–288). Paris: PUF.
- Balandier, G. (1951). La situation coloniale: approche théorique. *Cahiers internationaux de sociologie*, XI, 44–79.
- Balandier, G. (1977). Ruse et politique. *Cause commune*, 21.
- Balint, M. (1960). *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris: Payot & Rivages.
- Baoyan, L., Xiaopin, W., Dequan, R., & Jiaqing, Z. (2005). People's Republic of China. In WHO (Ed.), *WHO global atlas of traditional, complementary and alternative medicine* (pp. 187–192). Geneva: World Health Organization.
- Barbee, E. L. (1986). Biomedical resistance to ethnomedicine in Botswana. *Social Science & Medicine*, 9, 244–256.
- Barbee, E. L. (1987). Tensions in the Brokerage Role Nurses in Botswana. *Western Journal of Nursing Research*, 9(2), 244–256.
- Barbour, R. S. (2001). Checklists for improving rigour in qualitative research: a case of the tail wagging the dog? *British medical journal*, 322(7294), 1115.
- Bargues, A. (1996). Entre conformismes et changements: le monde de la lèpre au Mali. In J. Benoist (Ed.), *Soigner au pluriel: essais sur le pluralisme médical* (pp. 281–314). Paris: Karthala.

- Barth, F. (1969). *Ethnic groups and boundaries: the social organization of culture difference*. Bergen-Oslo: Universitetsforlaget.
- Barthélémy, F. (2000). *Journalistes-enseignants: concurrence ou interaction?* Paris: L'Harmattan.
- Bastide, R. (1963). Problèmes de l'entrecroisement des civilisations et de leurs oeuvres. In G. Gurvitch (Ed.), *Traité de sociologie. Tome II* (pp. 315–330). Paris: Presses universitaires de France.
- Bastide, R. (1968). *Structures sociales et religions afro-brésiliennes*. Paris: Renaissance.
- Bastide, R. (2001). *Le prochain et le lointain*. Paris: L'Harmattan.
- Baud, J., & de Grandmaison, L. C. (2003). *La guerre asymétrique ou la défaite du vainqueur*. Editions du Rocher Monaco. Consulté sur internet (<http://www.lavoisier.fr/livre/notice.asp?ouvrage=2039394>), le 25 mai 2010.
- Bauman, Z. (2007). *La société assiégée*. Paris: Hachette littératures.
- Bayard, P. (2013). *Aurais-je été résistant ou bourreau ?* Paris: Les Editions de Minuit.
- Benaroyo, L. (2004). Soins, confiance et disponibilité: Les ressources éthiques de la philosophie d'Emmanuel Lévinas. *Éthique & santé*, 1(2), 60–63.
- Benaroyo, L., Mino, J.-C., Lefève, C., & Worms, F. (2010). *La philosophie du soin: Ethique, médecine et société*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Beneduce, R. (2011). Soigner l'incertitude au Cameroun. Le théâtre épique du nganga face aux économies du miracle. In L. Lado (Ed.), *Le pluralisme médical en Afrique* (pp. 101–132). Yaoundé; Paris: PUCAC; Karthala.
- Beninguisse, G. (2003). *Entre tradition et modernité: fondements sociaux de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Cameroun*. Louvain la Neuve: Bruylant-Academia.
- Beninguisse, G., Nikiéma, B., Fournier, P., & Haddad, S. (2004). L'accessibilité culturelle: une exigence de la qualité des services et soins obstétricaux en Afrique. Consulté sur internet (<https://tspace.library.utoronto.ca/handle/1807/5835>), le 09 février 2009).
- Benoist, J. (1996a). Prendre soins. In *Soigner au pluriel: essais sur le pluralisme médical* (pp. 491–506). Paris: Karthala.
- Benoist, J. (1996b). Singularités du pluriel. In J. Benoist (Ed.), *Soigner au pluriel: essais sur le pluralisme médical* (pp. 5–16). Paris: Karthala.
- Benoist, J. (2004). Rencontres de médecines: s'opposer ou s'ajuster. *L'autre, Cliniques, cultures et sociétés*, 5(2), 277–286.
- Bérard, Y., & Crespin, R. (2010). *Aux frontières de l'expertise. Dialogues entre savoirs et pouvoirs*. Rennes: Presses Universitaires de Rennes. Consulté sur internet (<http://hal.archives-ouvertes.fr/halshs-00546550/>), le 30 avril 2012.
- Berger, P., & Luckmann, T. (1966). *La Construction sociale de la réalité*. Paris: Armand Colin.
- Bessin, M., & Roulleau-Berger, L. (2002a). Les armes du faible sont-elles de faibles armes? *L'Homme et la société*, (1), 3–11.
- Bessin, M., & Roulleau-Berger, L. (2002b). Les armes du faible sont-elles de faibles armes? *L'Homme et la société*, (1), 3–11.
- Bétrémieux, P., Gold, F., Parat, S., Caeymaex, L., Danan, C., De Dreuzy, P., ... Kuhn, P. (2010). Réflexions et propositions autour des soins palliatifs en période néonatale: 1re partie partie considérations générales. *Archives de pédiatrie*, 17(4), 409–412.
- Bibeau, G. (1979). The World health organization in encounter with African traditional medicine: Theoretical conceptions and practical strategies. In Z. A. Ademuwagun (Ed.), *African therapeutic systems* (p. 182186). Edmore: Crossroads Press.
- Bibeau, G. (1982a). *African health and healing systems: proceedings of a symposium*. (P. S. Yoder & G. Bibeau, Eds.). Los Angeles, California: African Studies Center.

- Bibeau, G. (1982b). New legal rules for an old art of healing. The case of Zaïrian healers' associations. *Social Science & Medicine*, 16, 1843–1849.
- Bibeau, G. (1984). Authenticité et ambiguïté d'une implication dans un institut africain de recherche. *Anthropologie et Sociétés*, 8(3), 95–115.
- Bibeau, G. (1997). At work in the fields of public health: the abuse of rationality. *Medical Anthropology Quarterly*, 11(2), 246–252.
- Bibeau, G., & Charland, C. (1994). Sur la piste des errances du renard pâle. Les recherches d'une équipe italo-malienne sur le haut-plateau dogon. *Psychopathologie africaine*, XXVII(3), 341–386.
- Bibeau, G., & Corin, E. E. (1995). From submission to the text to interpretive violence. In G. Bibeau & E. E. Corin (Eds.), *Beyond textuality. Asceticism and violence in anthropological interpretation* (pp. 3–54). Berlin ; New York: Walter de Gruyter.
- Bibeau, G., Corin, E. E., & Collignon, R. (1995). Préface. In J. M. Janzen & W. Arkininstall (Eds.), *La quête de la thérapie au Bas-Zaïre*. Paris: Karthala.
- Blais, L. (2006). Savoir expert, savoirs ordinaires: qui dit vrai? Vérité et pouvoir chez Foucault. *Sociologie et sociétés*, 38(2), 151–163.
- Blanc, M., Mormont, M., Rémy, J., & Storrie, T. (1994). *Vie quotidienne et démocratie: Pour une sociologie de la transaction sociale (suite)*. Paris: L'Harmattan.
- Blanchard, M. (2004). *Inclusion et différence: vers une critique constructive de la reconnaissance chez Habermas*. Montréal: Université de Montréal.
- Bodekera, G., Kabatesi, D., King, R., & Homsy, J. (2000). A regional task force on traditional medicine and AIDS. *The Lancet*, 355(9211), 1284–1284.
- Boltanski, L. (1990). *L'amour et la justice comme compétences: trois essais de sociologie de l'action*. Paris: Métailié.
- Boltanski, L. (2009). *De la critique: précis de sociologie de l'émancipation*. Paris: Gallimard.
- Boltanski, L., & Chiapello, È. (2011). *Le nouvel esprit du capitalisme*. Paris: Editions Gallimard.
- Boltanski, L., & Thévenot, L. (1991). *De la justification: les économies de la grandeur*. Paris: Gallimard.
- Bonnet, D. (2005). Diagnostic prénatal de la drépanocytose et interruption médicale de grossesse chez les migrantes africaines. *Sciences sociales et santé*, 23(2), 49–65.
- Bonnet, D., & Jaffré, Y. (2003). *Les maladies de passage: transmissions, préventions et hygiènes en Afrique de l'ouest*. Paris: Karthala.
- Bordigoni, M. (2001). Terrain désigné», observation sous contrôle: quelques enjeux d'une ethnographie des Tsiganes. *Ethnologie Française*, 31(1), 117–126.
- Boudon, R. (2009). *La rationalité*. Paris: PUF.
- Bourdarias, F. (1996). Bamako : les guérisseurs du «bout du goudron». *Le journal du Sida*, (Numéro spécial. Afrique 86-87), 49–52.
- Bourdieu, P. (1971). Genèse et structure du champ religieux. *Revue française de sociologie*, 12(2), 295–334.
- Bourdieu, P. (1975). Le langage autorisé. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1(5), 183–190. doi:10.3406/arss.1975.2488
- Bourdieu, P. (1978). Classement, déclassement, reclassement. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 24(1), 2–22.
- Bourdieu, P. (1979). *La distinction*. Paris: Éditions de Minuit.
- Bourdieu, P. (1980). *Le sens pratique*. Paris: Les éditions de minuit.
- Bourdieu, P. (1984). Espace social et genèse des classes. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 52-53, 3–14.

- Bourdieu, P. (1987a). *Choses dites*. Paris: Les Éditions de Minuit.
- Bourdieu, P. (1987b). Espace social et pouvoir symbolique. In P. Bourdieu (Ed.), *Les choses dites* (pp. 147–166). Paris: Éditions de Minuit.
- Bourdieu, P. (1993a). L'espace des points de vue. In P. Bourdieu (Ed.), *La Misère du monde* (pp. 9–11). Paris: Seuil.
- Bourdieu, P. (1993b). *La Misère du monde*. Paris: Seuil.
- Bourdieu, P. (1993c). La situation d'enquête et ses effets. In *La Misère du monde*. Paris: Seuil.
- Bourdieu, P. (1994). *Raisons pratiques: sur la théorie de l'action*. Paris: Seuil.
- Bourdieu, P., & Thompson, J. B. (2001). *Langage et pouvoir symbolique*. Paris: Seuil.
- Bourdon, M.-C. (2011). Le médecin est-il un guérisseur? Une étude anthropologique auprès de cliniciens hospitaliers à Montréal. *Reflets*, 17(2), 50–76.
- Breviglieri, M. (2008). Penser la dignité sans parler la langue de la capacité à agir. In J.-P. Payet & A. Battegay (Eds.), *La reconnaissance à l'épreuve: Explorations socio-anthropologiques* (pp. 83–92). Villeneuve d'Ascq: Presses Universitaire Septentrion.
- Breviglieri, M. (2012). L'espace habité que réclame l'assurance intime de pouvoir: Un essai d'approfondissement sociologique de l'anthropologie capacitaire de Paul Ricoeur. *Études Ricoeuriennes/Ricoeur Studies*, 3(1), 34–52.
- Browning, C. R. (2002). *Des hommes ordinaires: Le 101ème bataillon de réserve de la police allemande et la solution finale en Pologne*. Paris: Les Belles Lettres.
- Browning, C. R. (2007). *Les origines de la solution finale: L'évolution de la politique antijuive des nazis septembre 1939-mars 1942*. Paris: Belles Lettres.
- Bureau, R. (1976). Prophétismes africains: Le Harrisme en Côte-d'Ivoire. *Archives de sciences sociales des religions*, 47–53.
- Campenhoudt, L. V., Franssen, A., & Cantelli, F. (2009). La méthode d'analyse en groupe. Explication, applications et implications d'un nouveau dispositif de recherche. *SociologieS*. Consulté sur internet [<http://sociologies.revues.org/2968>], le 03 novembre 2013.
- Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique*. Paris: Presses Universitaires de France - PUF.
- Canguilhem, G. (1978). Une pédagogie de la guérison est-elle possible? *Nouvelle revue de psychanalyse*, 17, 13–26.
- Cantelli, F. (2013). Deux conceptions de l'empowerment. *Politique et Sociétés*, 32(1), 63–87.
- Castel, R. (2003). Des individus sans supports. In V. Châtel & M.-H. Soulet (Eds.), *Agir en situation de vulnérabilité* (pp. 51–62). Sainte-Foy, Québec: Presses Université Laval.
- Chapoulie, J.-M. (1984). Everett C. Hughes et le développement du travail de terrain en sociologie. *Revue française de sociologie*, XXV, 582–604.
- Chapoulie, J.-M. (2000). Le travail de terrain, l'observation des actions et des interactions, et la sociologie. *Sociétés contemporaines*, 40(1), 5–27.
- Châtel, V., & Soulet, M.-H. (2003). *Agir en situation de vulnérabilité*. Sainte-Foy, Québec: Presses Université Laval.
- Chevallier, J. (1995). For intérieur et contrainte institutionnelle. In C. Haroche (Ed.), *Le for intérieur* (pp. 251–266). Paris: Presses universitaires de France.
- Christias, P. (2002). Compréhension et action. *Sociétés*, (4), 77–81.
- Clot, Y. (2001). Psychopathologie du travail et clinique de l'activité. *Éducation permanente*, 146(1), 35–51.
- Clot, Y. (2005). L'autoconfrontation croisée en analyse du travail: l'apport de la théorie bakhtinienne du dialogue. In J.-P. Bronckart & L. Filliettaz (Eds.), *L'analyse des actions et*



- des discours en situation de travail. Concepts, méthodes, applications* (pp. 37–55). Louvain-La-Neuve: Peeters Publishers.
- Clot, Y. (2006). Clinique du travail et clinique de l'activité. *Nouvelle revue de psychosociologie*, (1), 165–177.
- Clot, Y., Faïta, D., Fernandez, G., & Scheller, L. (2001). Entretiens en auto-confrontation croisée : une méthode clinique de l'activité. *Education permanente*, 146, 17–25.
- Copans, J. (2008). *L'enquête ethnologique de terrain*. Paris: Armand Colin.
- Corin, E. E. (2008). Sous le prisme de la terreur, le travail de la culture. *Anthropologie et Sociétés*, 32(3), 57–80.
- Costalat-Founeau, A.-M., & Guillen, S. (2009). Identité sociale et capacité pour un sujet en quête de reconnaissance. *L'orientation scolaire et professionnelle*, (38/4), 521–544.
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry & research design: choosing among five approaches*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Creusat, L. (2000). *Gestion traditionnelle de la maladie et politiques de santé en Afrique du Sud*. Clermont-Ferrand: Presses Univ Blaise Pascal.
- Crignon-De Oliveira, C., & Gaille, M. (2010). *Qu'est-ce qu'un bon patient ? Qu'est-ce qu'un bon médecin ? : Réflexions critiques, analyses en contexte et perspectives historiques*. Bruxelles: De Boeck Supérieur.
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1992). *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*. Paris: Seuil.
- Cuche, D. (1995). Principe de coupure. In R. Gallissot (Ed.), *Vocabulaire historique et critique des relations inter-ethniques. Cahier No 3. Pluriel-recherches* (pp. 32–34). Paris: Harmattan.
- Cuche, D. (2010). *La notion de culture dans les sciences sociales*. Paris: La Découverte.
- Damamme, A., & Paperman, P. (2010). Enquête-à-domicile. Une ethnographie morale dans la perspective du care. In J.-P. Payet, C. Rostaing, & F. Giuliani (Eds.), *La relation d'enquête. La sociologie au défi des acteurs faibles* (pp. 209–221). Rennes: Presses Universitaires de Rennes.
- Danou, G. (1994). *Le corps souffrant: littérature et médecine*. Seyssel: Editions Champ Vallon.
- Dasen, P. R. (1998). Cadres théoriques en psychologie interculturelle. *Advances in psychological science/Récents développements en psychologie scientifique*, 1, 205–227.
- De Certeau, M. (1980). *L'invention du quotidien. T.1 : arts de faire*. Paris: Gallimard.
- De Coster, M., Bawin-Legros, B., & Poncelet, M. (2005). *Introduction à la sociologie*. Bruxelles: De Boeck.
- De Gaulejac, V. (2001). Sociologues en quête d'identité. *Cahiers internationaux de sociologie*, n° 111(2), 355–362.
- De Gauléjac, V., & Taboada Leonetti, I. (1994). *La lutte des places: Insertion et désinsertion*. Paris: Desclée de Brouwer.
- De Martino, E. (1999). *Le monde magique*. Paris: Les Empêcheurs de Penser en Rond.
- De Pina-Cabral, J. (2006). Responses to "Other Anthropologies and Anthropology Otherwise": Steps to a World Anthropologies Framework" by Eduardo Restrepo and Arturo Escobar (June, 2005). *Critique of Anthropology*, 26(4), 467–470.
- De Rosny, É. (1981). *Les yeux de ma chèvre: sur les pas des maîtres de la nuit en pays douala (Cameroun)*. Paris: Plon.
- De Rosny, É. (1992). *L'Afrique des guérisons*. Paris: Karthala.
- De Rosny, É. (1996). *La nuit, les yeux ouverts: récit*. Paris: Seuil.
- De Rosny, É. (2002). Un ministère chrétien de la voyance à Douala. In R. Massé & J. Benoist (Eds.), *Convocations thérapeutiques du sacré* (pp. 353–373). Paris: Karthala.

- De Rosny, É. (2006a). *Justice et sorcellerie: colloque international de Yaoundé*. Paris: Karthala.
- De Rosny, É. (2006b). L'univers de la sorcellerie. In É. de Rosny (Ed.), *Sorcellerie et justice. Colloque international de Yaoundé (17-19 mars 2005)* (pp. 25–32). Paris, Yaoundé: Karthala, Presses de l'UCAC.
- De Rosny, É. (2011). Post scriptum. Pour un élargissement de l'idée de médecine. In L. Lado (Ed.), *Le pluralisme médical en Afrique: Colloque international de Yaoundé (3-5 février 2010). Hommage à Eric de Rosny* (pp. 475–479). Yaoundé; Paris: PUCAC; Karthala.
- De Rudder, V. (2000). Exclusion sociale. In V. de Rudder (Ed.), *Vocabulaire historique et critique des relations inter-ethniques. Cahier No 4. Pluriel-recherches* (pp. 65–71). Paris: L'Harmattan.
- Deana, C. (2006). Les professionnels à la rencontre des parents : (ré-) apprendre le mouvement ? *Petite enfance et parentalité*, 165–179.
- Dejours, C. (2007). Psychanalyse et psychodynamique du travail : ambiguïtés de la reconnaissance. *TAP/Bibliothèque du MAUSS*, 58–70.
- Delefosse, M. S., & Rouan, G. (2001). *Les méthodes qualitatives en psychologie*. Paris: Dunod.
- Delude, R. (1969). *Le sens du sacré dans les populations des bords du Lac-Togo. Mémoire de catéchèse*. Institut supérieur de pastorale catéchétique, Paris.
- Denis, P. (2007). La montée de la religion traditionnelle africaine dans l'Afrique du Sud démocratique. *Histoire, monde et cultures religieuses*, (3), 121–135.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2008). Introduction: critical methodologies and indigenous inquiry. In N. K. Denzin, Y. S. Lincoln, & L. T. Smith (Eds.), *Handbook of critical and indigenous methodologies* (pp. 1–20). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Desclaux, A. (1996). De la mère responsable et coupable de la maladie de son enfant. In J. Benoist (Ed.), *Soigner au pluriel: essais sur le pluralisme médical* (pp. 251–280). Paris: Karthala.
- Descola, P. (2005). *Par-delà nature et culture*. Paris: Gallimard.
- Descombes, V. (2004). *Le complément de sujet: enquête sur le fait d'agir de soi-même*. Paris: Gallimard.
- Dewey, J. (2010). *L'art comme expérience*. Paris: Editions Gallimard.
- Diallo, D., & Paulson, B. S. (2000). Pharmaceutical research and traditional practitioners in Mali : Experiences with benefit sharing. In H. Svarstad & S. S. Dhillon (Eds.), *Responding to bioprospecting: from biodiversity in the South to medicines in the North* (pp. 133–159). Oslo: Spartacus Forlag AS.
- Dodier, N. (1993). Les appuis conventionnels de l'action. *Éléments de pragmatique sociologique. Réseaux*, 11(62), 63–85.
- Dodier, N. (2003). Agir dans l'histoire. Réflexions issues d'une recherche sur le sida. In D. Trom & P. Laborier (Eds.), *Historicités de l'action publique* (pp. 329–345). Presses Universitaires de France - PUF.
- Donzelot, J. (2005). À propos de la gouvernementalité. Discussion avec Colin Gordon. *Esprit*, 82–95.
- Dozon, J.-P. (1974). Les mouvements politico-religieux. Messianismes, syncrétismes, néo-traditionalismes. In M. Augé (Ed.), *La construction du monde. Religion, représentations, idéologie* (pp. 75–108). Paris: Maspéro.
- Dozon, J.-P. (1987). Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire. *Politique africaine*, (28), 9–20.
- Dozon, J.-P. (1996). Quelques réflexions sur les médecines traditionnelles et le sida en Afrique. In J. Benoist (Ed.), *Anthropologie et SIDA: bilan et perspectives*. Paris: Karthala.

- Dozon, J.-P., & Sindzingre, N. A. (1986). pluralisme thérapeutique et médecine traditionnelle en Afrique contemporaine. *Prévenir*, 12, 43–52.
- Dubar, C. (1992). Formes identitaires et socialisation professionnelle. *Revue française de sociologie*, 505–529.
- Dubar, C. (2000). *La crise des identités: l'interprétation d'une mutation*. Paris: Presses universitaires de France.
- Dubé, M., Rinfret-Raynor, M., & Drouin, C. (2005). Étude exploratoire du point de vue des femmes et des hommes sur les services utilisés en matière de violence conjugale. *Santé mentale au Québec*, 30(2), 301–320.
- Ducournau, P. (2009). Acteurs face à la biopolitique : capacités critiques et tactiques de résistance. *Cahiers internationaux de sociologie*, 127(2), 291–314.
- Dumora, B. C. (1990). La dynamique vocationnelle chez l'adolescent de collège: continuité et ruptures. *Orientation scolaire professionnelle*, 19, 111–127.
- Dunn, L. F. (1977). Traditional Asian Medicine and Cosmopolitan Medicine as Adaptative Systems. In C. M. Leslie (Ed.), *Asian medical systems: a comparative study*. Berkeley: University of California Press.
- EDSC-MICS. (2011). *Cameroun enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples (EDS-MICS) 2011: rapport préliminaire*. Institut National de la Statistique, Ministère de l'Économie de la Planification et de l'Aménagement du Territoire, Ministère de la Santé Publique.
- Elamé, E. (2004). Interculturaliser le développement durable. In *Actes du colloque «Développement durable: leçons et perspectives» Tome 1* (pp. 71–80). Grenoble: Agence universitaire de la francophonie.
- Elias, N. (1974). *La société de cour*. Paris: Flammarion.
- Enriquez, E. (1995). Approches du for intérieur. In C. Haroche (Ed.), *Le for intérieur* (pp. 11–26). Paris: Presses universitaires de France.
- Epelboin, A., & Epelboin, S. (1983). Ethnobotanique médicinale des Fulbé Bandé et des Nyokholonké. *Documents du centre de recherches. Anthropologies du Musée de l'homme*, 6, 1–371.
- Fabian, J. (1999). Remembering the other: knowledge and recognition in the exploration of central Africa. *Critical Inquiry*, 26(1), 49–69.
- Fabian, J. (2001). *Anthropology with an attitude: critical essays*. Stanford/California: Stanford University Press.
- Fabian, J. (2006). *Le temps et les autres: comment l'anthropologie construit son objet*. Toulouse: Anacharsis Editions.
- Fabiani, J.-L. (1984). La survie du sociologue. *Critique*, (445-446), 449–459.
- Fairclough, N. (1997). *Critical discourse analysis: the critical study of language*. Harlow, England: Pearson Education Limited.
- Fandio, P., & Madini, M. (2007). *Figures de l'histoire et imaginaire au Cameroun*. Paris: L'Harmattan.
- Fassin, D. (1989). La place de l'anthropologie dans les projets de soins de santé primaire. In *Urbanisation et santé dans le Tiers-Monde: transition épidémiologique, changement social et soins de santé primaires* (pp. 289–295). Paris: ORSTOM.
- Fassin, D. (1992). *Pouvoir et maladie en Afrique*. Paris: PUF.
- Fassin, D. (2000a). Entre politiques du vivant et politiques de la vie : Pour une anthropologie de la santé. *Anthropologie et Sociétés*, 24(1), 95–116.

- Fassin, D. (2000b). *Les enjeux politiques de la santé. Études sénégalaises, équatoriennes et françaises*. Paris: Karthala.
- Fassin, D. (2000c). Les politiques de l'ethnopsychiatrie. La psyché africaine, des colonies britanniques aux banlieues parisiennes. *L'Homme*, 153, 231–250.
- Fassin, D., & Deffosse, A.-C. (1990). Une liaison dangereuse. Sciences sociales et santé publique dans les programmes de réduction de la mortalité maternelle en Equateur. *Cahiers des sciences humaines*, 28(1), 23–36.
- Fassin, D., & Fassin, É. (1988). De la quête de légitimation à la quête de la légitimité: les thérapeutiques traditionnelles au Sénégal. *Cahiers des sciences humaines*, 110(28-2), 207–231.
- Ferry, J.-M. (1991). *Les puissances de l'expérience: Les ordres de la reconnaissance*. Paris: Cerf.
- Fierens. (2003). La consécration juridique du principe de respect de la dignité humaine est-elle efficace? In V. Châtel & M.-H. Soulet (Eds.), *Agir en situation de vulnérabilité* (pp. 63–84). Sainte-Foy, Québec: Presses Université Laval.
- Fillion, E. (2012). Quelles stratégies de soins face à des risques concurrents ? Les professionnels de la grossesse et de la naissance aux prises avec des conflits de légitimité. *Sciences sociales et santé*, 30(2), 5–28.
- Fine, M. (1994). Working the hyphens: Reinventing self and other in qualitative research.
- Flint, K. (2001). Competition, race, and professionalization: African healers and white medical practitioners in Natal, South Africa in the early twentieth century. *Social History of Medicine*, 14(2), 199–221.
- Fodzo, L. (1997). *Psychiatrie en Afrique: l'expérience camerounaise*. Paris: L'Harmattan.
- Fogang, L. S. (2011). L'évolution des politiques sanitaires au Cameroun (1920-2000). In L. Lado (Ed.), *Le pluralisme médical en Afrique: Colloque international de Yaoundé (3-5 février 2010). Hommage à Eric de Rosny* (pp. 133–152). Yaoundé; Paris: PUCAC; Karthala.
- Fortin, S. (sous presse). Conflits et reconnaissance dans l'espace sociale de la clinique. Les pratiques cliniques en contexte pluraliste. *Anthropologie et Sociétés*, 37(3).
- Fortin, S., & Le Gall, J. (2007). Néonatalité et constitution des savoirs en contexte migratoire: familles et services de santé. Enjeux théoriques, perspectives anthropologiques. *Enfances, familles, générations*, (6), 16-37.
- Fortin, S., & Maynard, S. (2012). Progrès de la médecine, progrès technologiques et pratiques cliniques: les soignants se racontent. *Anthropologie et santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, (5). Consulté sur internet (<http://www.doaj.org/doi?func=fulltext&ald=1194061>), le 03 septembre 2013
- Fotso Djemo, J.-B. (2009). *Le regard de l'autre: médecine traditionnelle africaine*. Paris: L'Harmattan.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (1976). *La volonté de savoir*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (2001). Le sujet et le pouvoir. In *Dits et écrits II: 1976-1988* (pp. 1041–1062). Paris: Gallimard.
- Fox, N. J., Ward, K. J., & O'Rourke, A. J. (2005). The "Expert Patient": Empowerment or Medical Dominance? The Case of Weight Loss, Pharmaceutical Drugs and the Internet. *Social Science & Medicine*, 60(6), 1299–1309. doi:10.1016/j.socscimed.2004.07.005
- Franckel, A. (2004). *Les comportements de recours aux soins en milieu rural au Sénégal. Le cas des enfants fébriles à Niakhar* (Thèse de doctorat). Université de Nanterre-Paris X, Paris. Consulté sur internet (<http://halshs.archives-ouvertes.fr/tel-00195109/>), le 06 mai 2012.

- Fraser, N. (1998). Penser la justice sociale: entre redistribution et revendications identitaires. *Politique et sociétés*, 17(3), 9–36.
- Fraser, N. (2004). Justice sociale, redistribution et reconnaissance. *Revue du MAUSS*, (1), 152–164.
- Fraser, N. (2005). *Qu'est-ce que la justice sociale?: reconnaissance et redistribution*. Paris: La Découverte.
- Fraser, N., & Honneth, A. (2003). *Redistribution or recognition?: a political-philosophical exchange*. London: Verso.
- Freidson, E. (1988). *Professional powers: a study of the institutionalization of formal knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.
- Fritz, J.-C., & Fritz-Legendre, M. (2005). Les mutations de la question indigène. De l'indigène à l'autochtone: mise en perspective historique. In J.-C. Fritz (Ed.), *La nouvelle question indigène: peuples autochtones et ordre mondial* (pp. 23–46). Paris: L'Harmattan.
- Furtos, J. (2001). Précarité du monde et souffrance psychique. *Rhizome-Bulletin National Santé*, (5), 3–5.
- Fusulier, B. (2011). Le concept d'ethos. De ses usages classiques à un usage renouvelé. *Recherches sociologiques et anthropologiques*, (42-1), 97–109.
- Gaille, M. (2010). Sortir de la précarité par le soin? Dévoiler l'invisible ou voir le visible. *Critique*, (6), 435–449.
- Galeotti, A. E. (1993). Citizenship and Equality. The Place for Toleration. *Political Theory*, 21(4), 585–605.
- Galeotti, A. E. (2002). *Toleration as recognition*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Geertz, C. (1973). Thick description. Toward and interpretative theory of culture. In C. Geertz (Ed.), *The interpretation of cultures* (pp. 3–30). New York: Basic Books.
- Genard, J.-L. (2011). Expliquer, comprendre, critiquer. Une tentative d'éclaircissement du statut de la sociologie critique à partir des acquis de la pragmatique. *Sociologies, théories et recherches*, 6. Consulté sur internet (<http://www.doaj.org/doi?currentYear=2013&id=1049043&go=1&func=abstract&fromYear=&toYear=>), le 21 octobre 2013
- Genard, J.-L. (2013). De la capacité, de la compétence, de l'empowerment, repenser l'anthropologie de la participation. *Politique et Sociétés*, 32(1), 43–62.
- Genard, J.-L., & Cantelli, F. (2008). Êtres capables et compétents: lecture anthropologique et pistes pragmatiques. *Sociologies, théories et recherches*. Consulté sur internet (<http://www.doaj.org/doi?func=fulltext&aid=1049265>), le 31 octobre 2013
- Gendreau-Massaloux, M. (2007). Un combat pour l'honneur. In P. J. Hountondji (Ed.), *La rationalité, une ou plurielle?* (pp. 5–8). Dakar, Sénégal: Codesria; Unesco.
- Ghasarian, C. (2003). *De l'ethnographie à l'anthropologie réflexive. Nouveaux terrains, nouvelles pratiques, nouveaux enjeux*. Paris: Armand Colin.
- Ghasarian, C. (2006). Réflexions sur les rapports entre le corps, la conscience et l'esprit dans les représentations et pratiques néoshamaniques. In O. Schmitz (Ed.), *Les médecines en parallèle: multiplicité des recours au soin en Occident* (pp. 140–172). Paris: Karthala.
- Giddens, A. (1987). *La constitution de la société: éléments de la théorie de la structuration*. Paris: PUF.
- Giddens, A. (1994). *Les conséquences de la modernité*. Paris: L'Harmattan.
- Gilligan, C. (2010). Une voix différente: un regard prospectif à partir du passé. In V. Nurock (Ed.), *Carol Gilligan et l'éthique du care* (pp. 19–38). Paris: Presses Universitaires de France.
- Gilligan, C., & Laugier, S. (2008). *Une voix différente: pour une éthique du "care."* Flammarion.

- Giuliani, F., Jolivet, A., & Laforgue, D. (2008). La reconnaissance des personnes: ce dont les institutions sont capables. In J.-P. Payet & A. Battegay (Eds.), *La reconnaissance à l'épreuve: Explorations socio-anthropologiques* (pp. 113–122). Villeneuve d'Ascq: Presses Universitaires Septentrion.
- Giuliani, F., & Laforgue, D. (2010). Les scènes de la relation institutionnelle. Ethnographie de l'émergence. In J.-P. Payet, C. Rostaing, & F. Giuliani (Eds.), *La relation d'enquête. La sociologie au défi des acteurs faibles* (pp. 195–207). Rennes: Presses Universitaires de Rennes.
- Goffman, E. (1968). *Asiles: études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Paris: Minuit.
- Goffman, E. (1974). Perdre la face ou faire bonne figure. In E. Goffman (Ed.), *Les rites d'interaction* (pp. 7–42). Paris: Éditions de Minuit.
- Goulet, J.-G., & Miller, B. G. (2007). *Extraordinary anthropology: transformations in the field*. Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
- Green, E. C. (1997). The participation of African traditional healers in AIDS-STD prevention programmes. *Tropical Doctor*, 27(1), 52–55.
- Greisch, J. (2006). Vers quelle reconnaissance? *Revue de Métaphysique et de Morale*, (2), 149–171.
- Gruénais, M.-É. (1991). Vers une nouvelle médecine traditionnelle. L'exemple du Congo. *La revue du praticien*, 141, 1483–1490.
- Gruénais, M.-É. (2002a). La professionnalisation des néo-tradipraticiens d'Afrique centrale. In M.-É. Gruénais & M. Mebtoul (Eds.), *Les mondes des professionnels de la santé face aux patients. Santé Publique et Sciences Sociales* (pp. 217–239). Paris: Dar El Gharb-IRD Editions.
- Gruénais, M.-É. (2002b). *Un système de santé en mutation: le cas du Cameroun*. Münster ;Hamburg: LIT Verlag Münster.
- Gruénais, M.-É., & Mayala, E. (1988). Comment se débarrasser de l'“efficacité symbolique” de la médecine traditionnelle? *Politique africaine*, 31, 51–61.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (pp. 105–117). Londres: Sage Publications.
- Guichard, J. (2004). Se faire soi. *L'orientation scolaire et professionnelle*, (33/4), 499–533.
- Guichard, J. (2009). Self-constructing. *Journal of Vocational Behavior*, 75(3), 251–258.
- Guillaumin, C. (1972). *Ideologie raciste*. Paris: Bibliothèque Nationale.
- Hacking, I., & Pickering, A. (1992). The Self-Vindication of the Laboratory Sciences. In *Science as Practice and Culture* (pp. 26–62). Chicago: University of Chicago Press.
- Hall, S. (1991). Old and new identities, Old and new ethnicities. In A. D. King (Ed.), *Culture, Globalization and the World System: Contemporary Conditions for the Representation of Identity* (pp. 41–68). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Hardiman, D. (2006). *Healing bodies, saving souls: medical missions in Asia and Africa*. Amsterdam: Rodopi.
- Haroche, C. (1995). *Le for intérieur*. Paris: Presses universitaires de France.
- Haroche, C. (1998). Le droit à la considération. Remarques d'anthropologie politique. In C. Haroche & J. C. Vantin (Eds.), *La considération* (pp. 33–46). Paris: Desclée de Brouwer.
- Hebga, M. P. (1973). *Croyance et guérison*. Paris: CLE.
- Hebga, M. P. (1982). *Sorcellerie et prière de délivrance: réflexion sur une expérience*. Paris: Présence africaine.

- Hebga, M. P. (1998). *La rationalité d'un discours africain sur les phénomènes paranormaux*. Paris: L'Harmattan.
- Hebga, M. P. (2006). Approche et pratique pastorale. In É. de Rosny (Ed.), *Justice et sorcellerie: colloque international de Yaoundé* (pp. 325–328). Paris: Karthala.
- Hebga, M. P. (2007). Pour une rationalité ouverte. Universalisation de Particuliers culturels. In P. J. Hountondji (Ed.), *La rationalité, une ou plurielle?* (pp. 31–44). Dakar, Sénégal: Codesria; Unesco.
- Heinich, N. (1999). *L'épreuve de la grandeur: prix littéraires et reconnaissance*. Paris: Editions La Découverte.
- Heinich, N. (2009). Ce que l'art fait à la problématique de la reconnaissance: du respect à l'estime. In A. Caillé & C. Lazzeri (Eds.), *La reconnaissance aujourd'hui* (pp. 271–386). Paris: CNRS.
- Hénaff, M. (2002). *Le prix de la vérité: le don, l'argent, la philosophie*. Paris: Seuil.
- Hénaff, M. (2009). Anthropologie du don: genèse du politique et sphères de reconnaissance. In A. Caillé & C. Lazzeri (Eds.), *La reconnaissance aujourd'hui* (pp. 471–496). Paris: CNRS.
- Herfray, C. (2006). Bienveillance et maltraitance dans les institutions: de quoi s'agit-il? *Petite enfance et parentalité*, 111–142.
- Hillenbrand, E. (2006). Improving traditional-conventional medicine collaboration: perspectives from Cameroonian traditional practitioners. *Nordic Journal of African Studies*, 15(1), 1–15.
- Hmed, C., & Laurens, S. (2011). Les résistances à l'institutionnalisation. In J. Lagroye & M. Offerlé (Eds.), *Sociologie de l'institution* (pp. 131–146). Paris: Belin.
- Hoggart, R., & Passeron, J.-C. (1970). *La culture du pauvre: étude sur le style de vie des classes populaires en Angleterre*. Paris: Minuit.
- Honneth, A. (2000). *La lutte pour la reconnaissance*. Paris: Cerf.
- Honneth, A. (2004a). La théorie de la reconnaissance: une esquisse. *Revue du MAUSS*, (1), 133–136.
- Honneth, A. (2004b). Visibilité et invisibilité. Sur l'épistémologie de la «reconnaissance». *Revue du MAUSS*, (1), 137–151.
- Honneth, A. (2005). Invisibilité: sur l'épistémologie de la «reconnaissance». *Réseaux*, 23(1), 39–57.
- Honneth, A., Voirol, O., & Rusch, P. (2008). *La société du mépris: Vers une nouvelle Théorie critique*. Paris: La Découverte.
- Honoré, B. (1960). *L'hôpital et son projet d'entreprise*. Paris: Privat.
- Hountondji, P. J. (1990). Scientific dependence in Africa today. *Research in African Literatures*, 23(3), 5–15.
- Hountondji, P. J. (1993). Situation de l'anthropologue africain: note critique sur une forme d'extraversion scientifique. In G. Gosselin (Ed.), *Les Nouveaux enjeux de l'anthropologie: autour de Georges Balandier* (pp. 99–108). Paris: L'Harmattan.
- Hountondji, P. J. (1998). La cooptation: sur quelques aspects du savoir mondialisé. Paper presented at the Mondialisation et Sciences Sociales en Afrique Conference. CODESRIA/Graduate School of Humanities and Social Science, University of the Witwatersrand. Johannesburg 14–18 September.
- Hountondji, P. J. (2001). Au-delà de l'ethnoscience: pour une réappropriation critique des savoirs endogènes. *La question des savoirs*, 144(2), 52–59.
- Hountondji, P. J. (2005). Le savoir mondialisé: déséquilibres et enjeux actuels. In I. N. É. N. & I. & J. K. Musinde (Ed.), *Developement: Actes du Forum des*

- e] *crivains et intellectuels francophones, Ouagadougou, 17-20 novembre 2004* (pp. 39–56). Paris: Maisonneuve & Larose.
- Hountondji, P. J. (2007). Présentation. In P. J. Hountondji (Ed.), *La rationalité, une ou plurielle?* (pp. 1–4). Dakar: UNESCO, CODESRIA.
- Hours, B. (1986). L'État de santé. *Cahiers d'Études Africaines*, 103(26 (3)), 395–401.
- Hours, B. (1988). Les politiques de santé du village à la planète: dépendance ou intégration. In B. Crousse, J. Deville, & M. Mercier (Eds.), *Les politiques de santé* (pp. 2–3). Bruxelles: DeBoeck.
- Hours, B. (1992). La santé publique entre soins de santé primaires et management. *Cahiers des sciences humaines*, 35(1), 123–140.
- Hurbon, L. (1978). Le pouvoir culturel et politique des Églises en Afrique noire. In Société africaine de culture (Ed.), *Civilisation noire et Église catholique: colloque d'Abidjan, 12-17 septembre 1977* (pp. 57–66). Paris: Présence africaine.
- Janicaud, D. (1990). L'autocritique de la raison, dialectique et dénégations. In R. Brague & J.-F. Courtine (Eds.), *Herméneutique et ontologie: mélanges en hommage à Pierre Aubenque, phronimos anēr* (pp. 365–387). Paris: Presses Universitaires de France.
- Jewsiewicki, B. (2007). La quête contemporaine de reconnaissance: quelques remarques sur les pratiques africaines noires entre l'universel et le cosmopolite. *Canadian Journal of African Studies*, 455–473.
- Jones, A., & Jenkins, W. K. (2008). Rethinking collaboration: working the indigene-colonizer Hyphen. In N. K. Denzin, Y. S. Lincoln, & L. T. Smith (Eds.), *Handbook of critical and indigenous methodologies* (pp. 471–486). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Jullien, F. (2009). *Les transformations silencieuses*. Paris: Grasset.
- Kaboru, B. B., Falkenberg, T., Ndubani, P., Höjer, B., Vongo, R., Brugha, R., & Faxelid, E. (2006). Can biomedical and traditional health care providers work together? Zambian practitioners' experiences and attitudes towards collaboration in relation to STIs and HIV/AIDS care: a cross-sectional study. *Human Resources for Health*, 4(1), 16.
- Kale, R. (1995). Traditional healers in South Africa: a parallel health care system. *British Medical Journal*, 310(6988), 1182–1185.
- Kayombo, E., Uiso, F. C., Mbwambo, Z. H., Mahunnah, R. L., Moshi, M. J., & Mgonda, Y. H. (2007). Experience of initiating collaboration of traditional healers in managing HIV and AIDS in Tanzania. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, 3(6), 1–9.
- Kinkupu, L. S., & Bissainthe, G. (2006). *Des prêtres noirs s'interrogent: Cinquante ans après*. Paris: Karthala.
- Kirmayer, L. J. (2011). Multicultural Medicine and the Politics of Recognition. *Journal of Medicine and Philosophy*, 36(4), 410–423.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- Krotz, E. (2006). Responses to “Other Anthropologies and Anthropology Otherwise”: Steps to a World Anthropologies Framework” by Eduardo Restrepo and Arturo Escobar (June, 2005). *Critique of Anthropology*, 26(4), 478–483.
- Lachaux, B., & Lemoine, P. (1988). *Placebo: un médicament qui cherche la vérité*. Paris: Medsi-McGraw-Hill.
- Lachenal, G., & Thaithe, B. (2009). Une généalogie missionnaire et coloniale de l'humanitaire. *Mouvement social. L'Humanitaire XIX-XXI siècle*, 2(227), 45–63.
- Lado, L. (2011). *Le pluralisme médical en Afrique: Colloque international de Yaoundé (3-5 février 2010). Hommage à Eric de Rosny*. Yaoundé; Paris: PUCAC; Karthala.



- Laforgue, D. (2008). Des institutions compréhensives? Par delà l'intérêt général et domination. In J.-P. Payet, F. Giuliani, & D. Laforgue (Eds.), *La voix des acteurs faibles : De l'indignité à la reconnaissance* (pp. 165–177). Rennes: Presses Universitaires de Rennes.
- Laforgue, D. (2009). Pour une sociologie des institutions publiques contemporaines: Pluralité, hybridation et fragmentation du travail institutionnel. *Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie*, (4). Consulté sur internet (<http://socio-logos.revues.org/2317>), le 31 octobre 2013
- Lagrée, J. (2002). *Le médecin, le malade et le philosophe*. Paris: Bayard.
- Lahire, B. (2006). *L'homme pluriel: Les ressorts de l'action*. Paris: Hachette.
- Lainé, A. (2004). *La drépanocytose. Regards croisés sur une maladie orpheline*. Paris: Karthala.
- Lallement, M. (2007). Qualités du travail et critique de la reconnaissance. *TAP/Bibliothèque du MAUSS*, 71–88.
- Landy, D. (1974). role adaptation: traditional curers under the impact of Western medicine. *American Ethnologist*, 1(1), 103–127.
- Lantum, D. N. (1978). *Pour ou contre la médecine traditionnelle au Cameroun*. Yaoundé: Cerf.
- Lantum, D. N. (1989). *Traditional medicine men of centre province (Mfoundi, Mefou and Nyong et Soo): Traditionak medicine census report series No. 2* (No. 2). Yaoundé/Cameroon: UCHS/CUSS, University of Yaoundé.
- Lantum, D. N. (2002). Role of traditional medicine-men in the prevention and control of HIV/AIDS pandemic in Africa. *Biodiagnostics and therapy*, 19, 5–10.
- Lantum, D. N., & Monomo, M. E. (2005). Republic of Cameroon. In WHO (Ed.), *WHO global atlas of traditional, complementary and alternative medicine* (pp. 13–18). Geneva: World Health Organization.
- Laplante, J. (2005). Médecine humanitaire et revendications autochtones en amazonie: corollaires du développement? In L. Pordié (Ed.), *Panser le monde, penser les médecines : traditions médicales et développement sanitaire* (pp. 209–223). Bruxelles: De Boeck.
- Laplantine, F. (2001). *L'anthropologie*. Paris: Payot & Rivages.
- Last, M. (1988). Introduction. The professionalisation of African medicine: ambiguities and definitions. In M. Last & G. L. Chavunduka (Eds.), *The Professionalization of African Medicine* (pp. 1–19). Manchester: Manchester University Press.
- Last, M. (1996). The professionalisation of indigenous healers. In T. M. Johnson & C. F. Sargent (Eds.), *Medical anthropology: contemporary theory and methods, revised* (pp. 123–135). New York: raeger.
- Laugrand, F. (2002). *Mourir et renaître: la réception du christianisme par les Inuit de l'Arctique de l'Est canadien (1890-1940)*. Sainte-Foy: Presses Université Laval.
- Lavekar, G. S., & Sharma, S. K. (2005). Republic of India. In WHO (Ed.), *WHO global atlas of traditional, complementary and alternative medicine* (pp. 89–98). Geneva: World Health Organization.
- Lazzeri. (2009). Reconnaissance et redistribution? Repenser le modèle dualiste de Nancy Fraser. In A. Caillé & C. Lazzeri (Eds.), *La reconnaissance aujourd'hui* (pp. 171–225). Paris: CNRS.
- Le Blanc, G. (2006). La vie psychique de la maladie. *Esprit*, (1), 109–122.
- Le Blanc, G. (2007). *Vies ordinaires, vies précaires*. Paris: Seuil.
- Le Blanc, G. (2009). *L'invisibilité sociale*. Paris: Presses universitaires de France.
- Le Blanc, G. (2010). L'expérience de la vie malade. In L. Benaroyo, J.-C. Mino, C. Lefève, & F. Worms (Eds.), *La philosophie du soin: Ethique, médecine et société* (pp. 301–317). Paris: Presses Universitaires de France.

- Leca, J., & Schemeil, Y. (1983). Clientélisme et Patrimonialisme dans le Monde Arabe. *International Political Science Review*, 4(4), 455–494. doi:10.1177/019251218300400404
- Leclerc, G. (2001). Histoire de la vérité et généalogie de l'autorité. *Cahiers internationaux de sociologie*, n° 111(2), 205–231. doi:10.3917/cis.111.0205
- Lenclud, G. (1987). La tradition n'est plus ce qu'elle était... Sur les notions de tradition et de société traditionnelle en ethnologie. *Terrain*, (9), 110–123.
- Léonard, J. (1981). *La médecine entre les savoirs et les pouvoirs: histoire intellectuelle et politique de la médecine française au XIXe siècle*. Paris: Aubier-Montaigne.
- Leriche, R. (1936). Introduction. De la santé à la maladie, la douleur dans les maladie, où va la médecine. T. VI. In *Encyclopédie française*.
- Leslie, C. M., & Young, A. (1992). *Paths to Asian medical knowledge*. Berkeley: University of California Press.
- Lévi-Strauss, C. (1958). *Anthropologie structurale*. Paris: Plon.
- Lévi-Strauss, C. (1971). *Mythologiques: L'homme nu* (Vol. volume 4). Paris: Plon.
- Levin, J. (2008). Scientists and healers: toward collaborative research partnerships. *Explore: The Journal of Science and Healing*, 4(5), 302–310.
- Lévy, J.-P. (1991). *Le Pouvoir de guérir: une histoire de l'idée de maladie*. Paris: Éditions Odile Jacob.
- Libité, P. R., & Barrère, B. (2011). Mortalité adulte et mortalité maternelle. In EDSC-III. (Ed.), *Cameroun enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples (EDS-MICS) 2011: rapport préliminaire* (pp. 213–223). Institut National de la Statistique, Ministère de l'Économie de la Planification et de l'Aménagement du Territoire, Ministère de la Santé Publique.
- Lima, L. (2009). Les frontières de l'expertise. *Cahiers internationaux de sociologie*, (1), 149–155.
- Lincoln, Y. S., & Denzin, N. K. (2008). Epilogue. The lions speak. In N. K. Denzin, Y. S. Lincoln, & L. T. Smith (Eds.), *Handbook of critical and indigenous methodologies* (pp. 563–571). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lipiansky, É.-M. (2004). Comment se forme l'identité des groupes ? In C. Halpern & J.-C. Ruano-Borbalan (Eds.), *Identité(s): l'individu, le groupe, la société* (pp. 143–150.). Auxerre: Sciences humaines.
- Liverpool, J., Alexander, R., Johnson, M., Ebba, E. K., Francis, S., & Liverpool, C. (2004). Western medicine and traditional healers: partners in the fight against HIV/AIDS. *Journal of the National Medical Association*, 96(6), 822–825.
- Lmadani, A. B. F. (2008). Dynamiques du mépris et tactiques des «faibles». Migrantes âgées marocaines face aux institutions d'action sociale. *Sociétés contemporaines*, (2), 71–93.
- Lowe, J. (1887). *Medical missions: their place and power*. London: T. Fisher Unwin.
- Maffesoli, M. (1979). *La Conquête du présent: pour une sociologie de la vie quotidienne*. Paris: Presses Univ. de France.
- Maffesoli, M. (1980). Le rituel et la vie quotidienne comme fondements des histoires de vie. *Cahiers Internationaux de Sociologie*, 69, 341–349.
- Makita-Ikouaya, E., Milleliri, J.-M., & Rudant, J.-P. (2010). Place de la médecine traditionnelle dans le système de soins des villes d'Afrique subsaharienne: le cas de Libreville au Gabon. *Cahiers d'études et de recherches francophones/Santé*, 20(4), 179–188.
- Malinowski, B. (1962). *Les Argonautes du Pacifique occidental*. Paris: Gallimard.
- Margalit, A. (2006). *La société décente*. Paris: Climats.
- Martuccelli, D. (1999). *Sociologies de la modernité: l'itinéraire du XXe siècle*. Paris: Gallimard.
- Martuccelli, D. (2004). Figures de la domination. *Revue française de sociologie*, 45(3), 469–497.

- Martuccelli, D. (2006). *Forgé par l'épreuve: l'individu dans la France contemporaine*. Paris: Armand Colin.
- Martuccelli, D., & Lits, G. (2009). Sociologie, individus, épreuves. Entretien avec Danilo Martuccelli. *Émulations*, 5(3), 1–9.
- Mauger, G. (1991). Enquêter en milieu populaire. *Genèses*, 6(1), 125–143.
- Mauss, M. (1923). Essai sur le don: Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques. *Année Sociologique*.
- Mays, N., & Pope, C. (1995). Qualitative research: rigour and qualitative research. *British medical journal*, 311(6997), 109.
- Mazama, A. (2003). *L'impératif afrocentrique*. Paris: Menaibuc.
- Mbembe, A. (1988). *Afriques indociles*. Paris: Karthala.
- Mbonji, E. (2009). *Santé, maladies et médecine africaine: plaidoyer pour l'autre traditionnelle*. Yaoundé: Presses universitaires de Yaoundé.
- Mburu, F. (1986). The African social periphery. *Social Science & Medicine*, 22, 785–790.
- McMillen, H. (2004). The adapting healer: pioneering through shifting epidemiological and sociocultural landscapes. *Social Science & Medicine*, 59, 889–902.
- Médah, R. (2009). Étude approfondie du système de santé dans la commune de Boromo (province des deux Balé, Burkina Faso). *Étude Recit*, (28). Consulté sur internet ([http://labo-citoyennete.org/attachments/article/160/098\\_ETU28\\_sante\\_boromo.pdf](http://labo-citoyennete.org/attachments/article/160/098_ETU28_sante_boromo.pdf)), le 19 décembre 2011.
- Meintel, D. (2008). Identités ethniques plurielles et reconnaissance connective en Amérique du Nord. In J.-P. Payet & A. Battégay (Eds.), *La reconnaissance à l'épreuve: Explorations socio-anthropologiques* (pp. 311–319). Villeneuve d'Ascq: Presses Universitaire Septentrion.
- Meissner, O. (2008). The traditional healer as part of the primary health care team? *South African Medical Journal*, 94(11), 901.
- Memel-Foté, H. (2007). Jalons pour une théorie de la rencontre des rationalités. In P. J. Hountondji (Ed.), *La rationalité, une ou plurielle?* (pp. 25–30). Dakar, Sénégal: Codesria; Unesco.
- Métraux, J.-C. (2007). La connaissance, arrière-petite-fille de la reconnaissance mutuelle. *Les Politiques Sociales*, 3(4), 60–78.
- Métraux, J.-C. (2008). Du mépris à la reconnaissance. Réflexions sur la psychothérapie des familles migrantes. *Le Divan Familial*, (2), 135–154.
- Metz, S., & Mariën-Casey, C. (2003). La guerre asymétrique et l'avenir de l'Occident. *Politique étrangère*, 68(1), 25–40.
- Middleton, J., & Turner, V. W. (Eds.). (1965). *Modern African religious movements: an introduction for the Christian churches*. Evanston: University of Nigeria, Dept. of Religion.
- Ministère de la Santé Publique. 2011. Recensement général des personnels du secteur de la santé du Cameroun. Rapport général de la Direction des Ressources Humaines. Yaoundé: Cameroun.
- Molière. (1732). *Le médecin malgré lui*. London: John Watts.
- Monteillet, N. (1999). Aperçu sur un système de soins-Le cas de Mbandjock. *Bulletin de l'APAD*, (17). Consulté sur internet (<http://apad.revues.org/487>), le 30 mars 2012
- Morel, G. (1977). *Questions d'homme*. Aubier Montaigne.
- Mounyol à Mboussi, E. (2006). Une nécessaire relecture de la législation sur la sorcellerie au Cameroun. In É. De Rosny (Ed.), *Justice et sorcellerie: colloque international de Yaoundé* (pp. 227–243). Paris: Karthala.

- Mucchielli, R. (1979). *L'analyse de contenu: Des documents et des communications*. Paris: ESF Editeur.
- Mudimbe, V. Y. (1978). Pouvoir culturel de l'occident et christianisme. In Société africaine deculture (Ed.), *Civilisation noire et Église catholique: colloque d'Abidjan, 12-17 septembre 1977* (pp. 67–87). Paris: Présence africaine.
- Mutua, K., & Swadener, B. B. (2004). *Decolonizing research in cross-cultural contexts*. Albany: State University of New York Press.
- Mveng, E. (1963). *Histoire du Cameroun*. Paris: Présence africaine.
- Mveng, E. (1985). *L'Afrique dans l'Église. Parole d'un croyant*. Paris: Karthala.
- Ndjitoyap Ndam, E. C. (2005). Médecine traditionnelle et médecine moderne: ombres et lumières (Plaidoyer pour une anthropologie culturelle de la médecine en milieu africain aujourd'hui). *Acta endoscopica*, 35(2), 219–226.
- Ngoasong, M. Z. (2009). The emergence of global health partnerships as facilitators of access to medication in Africa: A narrative policy analysis. *Social Science & Medicine*, 68(5), 949–956.
- Nguete, K., Bibeau, G., & Corin, E. E. (1979). Steps toward a new system of public health in Zaïre. In Z. A. Ademuwagun (Ed.), *African therapeutic systems* (pp. 217–224). Edmore: Crossroads Press.
- Obadia, L. (2007). Iron-Man » contre les Doctors. *Socio-anthropologie*, (21), 107–121.
- Ogien, A. (1987). Les usages de l'identité. In G. Althabe (Ed.), *Vers des sociétés pluriculturelles, études comparatives et situation en France: actes* (pp. 133–142). Paris: Editions de l'ORSTOM.
- Okalla, R., & Le Vigouroux, A. (2002). Cameroun : de la réorientation des soins de la santé primaires au plan national du développement sanitaire. In M.-É. Gruénais (Ed.), *Système de santé en mutation: le cas du Cameroun* (pp. 11–22). Münster: Lit.
- Olivier de Sardan, J.-P. (2003). *Une médecine inhospitalière: les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'ouest*. Paris: Karthala.
- Omaswa, F. (2006). Informal health workers: to be encouraged or condemned? *Bulletin of the World Health Organization*, 84(2), 83–83.
- OMS. (1976). *Médecine traditionnelle africaine, série des rapports techniques*. Brazzaville: AFRO no 1.
- OMS. (1978a). *Promotion et développement de la médecine traditionnelle* (Rapport d'un comité d'experts de l'OMS No. 622). Genève: Organisation Mondiale de la Santé.
- OMS. (1978b). *The promotion and development of traditional medicine. Rapport technique d'une réunion de l'OMS* (No. 622). Geneva.
- OMS. (2002). Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005, WHO/EDM/TRM 2002.1.
- Ondoua, J. P. B. (2002). Le système de santé camerounais. *Santé Publique*, 39(2), 61–65.
- Owona, A. (1996). *La naissance du Cameroun, 1884-1914*. Paris: L'Harmattan.
- Pandolfi, M. (2008). Théâtre de guerres : passions politiques et violences. *Anthropologie et Sociétés*, 32(3), 99–119.
- Paperman, P. (2010). Une voix différente et la portée politique de l'éthique du care. In V. Nurock (Ed.), *Carol Gilligan et l'éthique du care* (pp. 79–90). Paris: Presses Universitaires de France.
- Paugam, S. (2005). *Les formes élémentaires de la pauvreté*. Paris: Presses universitaires de France.

- Paugam, S. (2009). *La disqualification sociale: essai sur la nouvelle pauvreté*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Paugam, S., Le Blanc, G., & Rui, S. (2011). Les nouvelles formes de précarité. Regards croisés entre la philosophie et la sociologie. *Sociologie*, 4(2), 417–431.
- Payet, J.-P. (2005). Moralisme et expertise: la double tentation de l'ethnographie. *Education et sociétés*, (2), 167–175.
- Payet, J.-P. (2011). L'enquête sociologique et les acteurs faibles. *SociologieS*. Consulté sur internet (<http://sociologies.revues.org/index3629.html>), le 22 décembre 2012
- Payet, J.-P., & Battegay, A. (Eds.). (2008a). *La reconnaissance à l'épreuve: Explorations socio-anthropologiques*. Villeneuve d'Ascq: Presses Universitaire Septentrion.
- Payet, J.-P., & Battegay, A. (2008b). La reconnaissance, un concept de philosophie politique à l'épreuve des sciences sociales. In J.-P. Payet & A. Battegay (Eds.), *La reconnaissance à l'épreuve: Explorations socio-anthropologiques* (pp. 23–42). Villeneuve d'Ascq: Presses Universitaires de Rennes.
- Payet, J.-P., & Giuliani, F. (2010). Rencontrer, interpréter, reconnaître. Catégorisation et pluralité de l'acteur faible. In J.-P. Payet, C. Rostaing, & F. Giuliani (Eds.), *La relation d'enquête. La sociologie au défi des acteurs faibles* (pp. 7–19). Rennes: Presses Universitaires de Rennes.
- Payet, J.-P., Giuliani, F., & Laforgue, D. (Eds.). (2008). *La voix des acteurs faibles : De l'indignité à la reconnaissance*. Rennes: Presses Universitaires de Rennes.
- Payet, J.-P., & Laforgue, D. (2008). Qu'est-ce qu'un acteur faible? Contribution à une sociologie morale et pragmatique de la reconnaissance. In J.-P. Payet, F. Giuliani, & D. Laforgue (Eds.), *La voix des acteurs faibles : De l'indignité à la reconnaissance*. Rennes: Presses Universitaires de Rennes.
- Payet, J.-P., Rostaing, C., & Giuliani, F. (Eds.). (2010). *La relation d'enquête. La sociologie au défi des acteurs faibles*. Rennes: Presses Universitaires de Rennes.
- Perrenoud, P. (2005). Le traitement massif des maladies infantiles sur la planète Kafka. In P. Perrenoud (Ed.), *La pédagogie à l'école des différences: Fragments d'une sociologie de l'échec* (pp. 13–17). Paris: ESF éditeur.
- Perrin, J. (2013). (Dé) classer la "médecine populaire" en Suisse: de la suspicion de charlatanisme à la reconnaissance patrimoniale. *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, (6). Consulté sur internet (<http://anthropologiesante.revues.org/1076>), le 15 septembre 2013
- Pharmaceutical and Poisons Act. (1978). *Pharmaceutical and Poisons Act the United Republic of Tanzania* (No. 9). Tanzania.
- Pharo, P. (1996). *L'injustice et le mal*. Paris: L'Harmattan.
- Pharo, P. (2009). Les ambiguïtés de la reconnaissance. In A. Caillé & C. Lazzeri (Eds.), *La reconnaissance aujourd'hui* (pp. 387–402). Paris: CNRS.
- Phillips, N., & Hardy, C. (2002). *Phillips, N. & Hardy, C. (2002). Discourse analysis : investigating processes of social construction*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Pirès, A. P. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. In J. Poupart (Ed.), *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal: Gaëtan Morin.
- Pordié, L. (2005a). Emergence et avatars du marché de l'évaluation thérapeutique des autres médecines. In L. Pordié (Ed.), *Panser le monde, penser les médecines. Traditions médicales et développement sanitaire* (pp. 225–265). Paris: Kathala.

- Pordié, L. (2005b). L'inéluctable rencontre. Traditions de soins et développement sanitaire. In L. Pordié (Ed.), *Panser le monde, penser les médecines: traditions médicales et développement sanitaire* (pp. 5–30). Paris: Karthala.
- Pordié, L. (2008). Tibetan medicine today. Neo-traditionalism as an analytical lens and a political tool. In L. Pordié (Ed.), *Tibetan Medicine in the Contemporary World. Global Politics of Medical Knowledge and Practice* (pp. 3–32). London & New York: Routledge.
- Pordié, L. (2011). Accentuations et pragmatisme: le savoir médical tibétain à destination des étrangers. *Revue d'anthropologie des connaissances*, 5(1), 99–130.
- Pordié, L. (2012). Sortir de l'impasse épistémologique. Nouveaux médicaments et savoirs traditionnels. *Sciences sociales et santé*, 30(2), 93–103.
- Pordié, L., & Simon, E. (2013). *Les nouveaux guérisseurs: biographies de thérapeutes au temps de la globalisation*. Paris: Editions de l'École des Hautes Etudes en Sciences Sociales.
- Povinelli, E. A. (2002). *The cunning of recognition: indigenous alterities and the making of Australian multiculturalism*. Durham: Duke University Press.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (2006). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris: Dunod.
- Rakotomalala, M., Blanchy, S., & Raison-Jourde, F. (2001). *Usages sociaux du religieux sur les Hautes-Terres malgaches: les ancêtres au quotidien*. Paris: L'Harmattan.
- Rawls, J. (1971). *La théorie de la justice*. Paris: PUF.
- Raymond, R. (2010). La problématique de «l'acteur faible»: un objet-piste. In J.-P. Payet, C. Rostaing, & F. Giuliani (Eds.), *La relation d'enquête. La sociologie au défi des acteurs faibles* (pp. 233–244). Rennes: Presses Universitaires de Rennes.
- Rémy, J., Voyé, L., & Servais, É. (1988). *Produire ou reproduire: une sociologie de la vie quotidienne*. Bruxelles: De Boeck Supérieur.
- Renault, E. (2004a). Mépris social: éthique et politique de la reconnaissance.
- Renault, E. (2004b). Reconnaissance, institutions, injustice. *Revue du Mauss: de la reconnaissance. Don, identité et estime de soi*, 23(1), 180–195.
- Restrepo, E., & Escobar, A. (2005). Other anthropologies and anthropology otherwise: steps to a world anthropologies framework. *Critique of Anthropology*, 25(2), 99–129.
- Reynaud, J.-D. (1988). Les régulations dans les organisations: Régulation de contrôle et régulation autonome. *Revue française de sociologie*, 29(1), 5–18.
- Reynaud, J.-D. (2003). L'identité individuelle et la réciprocité. In G. Terssac (Ed.), *Théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud* (pp. 313–324). Paris: La Découverte.
- Ribeiro, G. L. (2006). World Anthropologies: Cosmopolitics for a New Global Scenario in Anthropology. *Critique of Anthropology*, 26(4), 363–386.
- Ricœur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris: Seuil.
- Ricœur, P. (1996). Les trois niveaux du jugement médical. In P. Ricœur (Ed.), *Le juste 2* (pp. 227–243). Paris: Éditions Esprit.
- Ricœur, P. (2000). *La mémoire, l'histoire, l'oubli*. Paris: Seuil.
- Ricœur, P. (2004). *Parcours de la reconnaissance: trois études*. Paris: Gallimard.
- Ricœur, P. (2005). Devenir capable, être reconnu. *Esprit*, 7, 125–30.
- Romero-Daza, N. (2002). Traditional Medicine in Africa. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 583(1), 173–176.
- Rope, F., & Tanguy, L. (1994). Introduction. In F. Rope & L. Tanguy (Eds.), *Savoirs et compétences: De l'usage de ces notions dans l'école et l'entreprise* (pp. 13–22). Paris: L'Harmattan.

- Rorty, R. (2007). Hauteur universaliste, profondeur romantique, ruse pragmatiste. In P. J. Hountondji (Ed.), *La rationalité, une ou plurielle?* (pp. 11–24). Dakar, Sénégal: Codesria; Unesco.
- Rossi, I. (1996). Médecine, médecines : parallélisme ou complémentarité ? *Cahiers médicaux-social*, 40, 17–24.
- Rossi, I. (2002a). Du salut à la santé. D'une pertinence des religions. In P. Gisel & J.-M. Tétaz (Eds.), *Théories de la religion: diversité des pratiques de recherche, changements des contextes socio-culturels, requêtes réflexives* (pp. 192–200). Genève: Labor et Fides.
- Rossi, I. (2002b). Soigner par la parole sacrée. Réflexivité et chamanisme amérindien. In R. Massé & J. Benoist (Eds.), *Convocations thérapeutiques du sacré* (pp. 327–345). Paris: Karthala.
- Rothenbühler, I., Leanza, Y., Wamba, A., Layat, C., & Changkakoti, N. (2008). Chercheur-formateur: passages de frontières et co-construction de savoirs. In C. Perregaux, P. Dasen, Y. Leanza, & A. Gorga (Eds.), *L'interculturalisation des savoirs : entre pratiques et théories* (p. 119). Paris: L'Harmattan.
- Rouleau-Berger, L. (2004). Voir, «savoir-être avec», rendre public: pour une ethnographie de la reconnaissance. *Cahiers internationaux de sociologie*, (2), 261–283.
- Rouleau-Berger, L. (2007a). Grammaires de la reconnaissance, individuation et ordres sociétaux. *TAP/Bibliothèque du MAUSS*, 135–148.
- Rouleau-Berger, L. (2007b). Introduction. Nouvelles migrations chinoises et travail en Europe. In L. Rouleau-Berger (Ed.), *Nouvelles migrations chinoises et travail en Europe* (pp. 9–16). Toulouse: Presses Univ. du Mirail.
- Rousseau, J.-J. (1987). *Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes: précédé du Discours sur les sciences et les arts*. Paris: Le Livre de Poche.
- Roy, S. (2008). Itinérance et non-reconnaissance: le rapport social à l'action. In J.-P. Payet & A. Battegay (Eds.), *La reconnaissance à l'épreuve: Explorations socio-anthropologiques* (pp. 201–208). Villeneuve d'Ascq: Presses Universitaire Septentrion.
- Sahlins, M. D. (1994). Goodbye to Tristes Tropes: ethnography in the context of modern world history. *Assessing cultural anthropology*, 377, 377–395.
- Sahlins, M. D. (1996). *How "Natives" Think: About Captain Cook, For Example*. Chicago: University of Chicago Press.
- Saillant, F. (2000). Identité, invisibilité sociale, altérité : expérience et théorie anthropologique au coeur des pratiques soignantes. *Anthropologie et Sociétés*, 24(1), 155–171.
- Saillant, F., Audet, C., & Stasse, V. (2002). Modernité, religion, et responsabilité en matière de santé chez les femmes caboclas de l'Amazonie brésilienne. In R. Massé & J. Benoist (Eds.), *Convocations thérapeutiques du sacré* (pp. 423–446). Paris: Karthala.
- Savickas, M. L., Nota, L., Rossier, J., Dauwalder, J. P., Duarte, M. E., Guichard, J., ... van Vianen, A. E. M. (2009). Life designing: A paradigm for career construction in the 21st century. *Journal of Vocational Behavior*, 75(3), 239–250.
- Sayer, R. A. (2005). *The Moral Significance of Class*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sellenet, C. (2006). Parents-professionnels : une co-éducation en tension. *Petite enfance et parentalité*, 29–48.
- Sennett, R. (2003). *Respect: De la dignité de l'homme dans un monde d'inégalité*. Paris: Hachette Pluriel Editions.
- Sennett, R. (2009a). Nouveau capitalisme et expertise quotidienne. *Cahiers internationaux de sociologie*, 126, 13–20.
- Sennett, R. (2009b). *The Craftsman*. Londres: Penguin UK.
- Sennett, R., & Cobb, J. (1972). *The Hidden Injuries of Class*. Cambridge: Cambridge Univ Press.



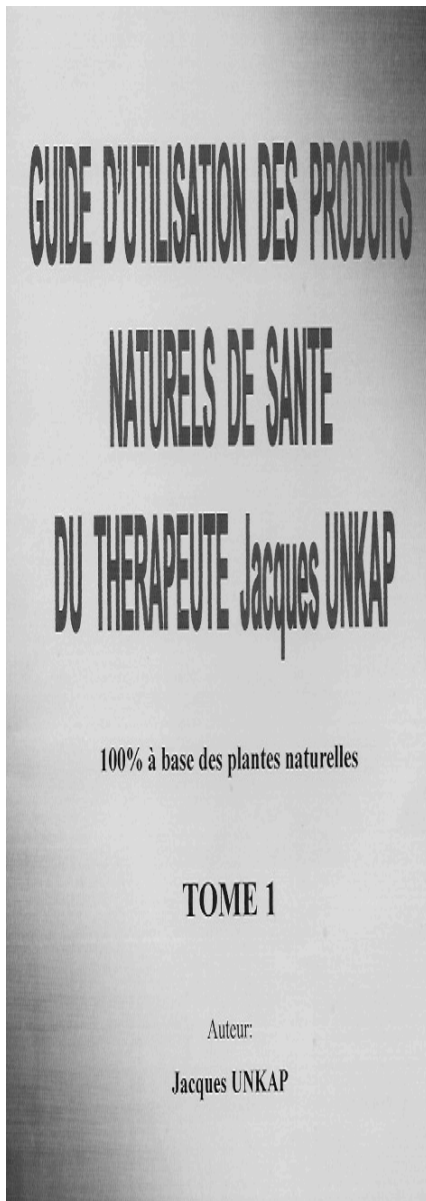
- Simmel, G. (1987). *Philosophie de l'argent*. Paris: PUF.
- Simon, E. (2004). Socio-anthropologie de la rencontre des médecines. *Recherches Sociologiques. Bulletin Amades. Anthropologie Médicale Appliquée au Développement Et à la Santé*, XXXV (1)(59).
- Simon, E. (2013). La production sociale d'un thérapeute béninois contemporaine. *Entrepreneuriat, pratiques de soins et essais thérapeutiques*. In L. Pordié & E. Simon (Eds.), *Les nouveaux guérisseurs: biographies de thérapeutes au temps de la globalisation* (pp. 241–262). Paris: Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.
- Simon, E., & Egrot, M. (2012). Médicaments néotraditionnels : une catégorie pertinente ? *Sciences sociales et santé*, 30(2), 67–91.
- Simon, S. (1998). Hybridités culturelles, hybridités textuelles. In F. Laplantine, J. Lévy, J.-B. Martin, & A. Nouss (Eds.), *Récit et connaissance* (pp. 232–243). Lyon: Presses Universitaires de Lyon.
- Smith, G. (2006). Responses to “Other Anthropologies and Anthropology Otherwise’: Steps to a World Anthropologies Framework” by Eduardo Restrepo and Arturo Escobar (June, 2005). *Critique of Anthropology*, 26(4), 471–474.
- Smith, L. T. (1999). *Decolonizing methodologies. Research and indigenous peoples*. London: Zed Books.
- Smith, P. G., & Morrow, R. H. (1991). *Methods for field trials of interventions against tropical diseases: a “toolbox.”* Oxford: Oxford University Press.
- Sounaye. (2007). La guérison dans la médecine traditionnelle. In P. J. Hountondji (Ed.), *La rationalité, une ou plurielle?* (pp. 424–435). Dakar, Sénégal: Codesria; Unesco.
- Spiers, J. A. (2004). Tech tips: Using video management: analysis technology in qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods*, 3(1), 112–119.
- Spivak, G. C. (1988). Can the subaltern speak? *Marxism and the interpretation of culture*, 271–313.
- Stangeland, T., Dhillon, S. S., & Reksten, H. (2008). Recognition and development of traditional medicine in Tanzania. *Journal of Ethnopharmacology*, 117, 290–299.
- Strauss, A. L. (1992). *La trame de la négociation: sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris: L'Harmattan.
- Taylor, C. (1992). *Grandeur et misère de la modernité*. Paris: Les Editions Fides.
- Taylor, C. (1994). La politique de la reconnaissance. In A. Gutmann (Ed.), *Multiculturalisme: différence et démocratie* (pp. 41–99). Paris: Aubier.
- Thévenot, L. (1990). L'action qui convient. In P. Pharo & L. Quéré (Eds.), *Les formes de l'action* (pp. 39–69). Paris: Ed. de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- Thévenot, L. (2006). *L'action au pluriel: sociologie des régimes d'engagement*. Paris: Éditions de La Découverte.
- Thévenot, L. (2007). Reconnaissances: avec Paul Ricœur et Axel Honneth. *La quête de la reconnaissance*, 269–283.
- Thévenot, L. (2011). Grand résumé de L'Action au pluriel. *Sociologie des régimes d'engagement*, Paris, Éditions La Découverte, 2006. Suivi d'une discussion par Jean-Louis Genard et Michel Grossetti. *SociologieS*. Consulté sur internet (<http://www.doaj.org/doi?func=fulltext&aid=1049006>), le 03 novembre 2013
- Thévenot, L. (2012). Des Institutions en Personne: Une sociologie pragmatique en dialogue avec Paul Ricœur. *Études Ricoeuriennes/Ricoeur Studies*, 3(1), 11–33.
- Thiery, S. (2011). La lutte des places. *Multitudes*, (2), 149–153.



- Tinta, S. (1993). Les services de santé du cercle de Bandiagara. In J. Brunet-Jailly (Ed.), *Se soigner au Mali. une contribution des sciences sociales : douze expériences de terrain* (pp. 211–227). Paris: Karthala.
- Titran, M. (2006). Accompagner. *Petite enfance et parentalité*, 161–164.
- Tonda, J. (2001a). Des affaires du corps aux affaires politiques: le champ de la guérison divine au Congo. *Social Compass*, 48(3), 403–420.
- Tonda, J. (2001b). Le syndrome du prophète. Médecines africaines et précarités identitaires. *Cahiers d'études africaines*, 41(161), 139–162.
- Tonda, J. (2001c). Les spécialistes non médicaux congolais et le problème de la connaissance scientifique du sida. *Cahiers d'études africaines*, 41(161), 139–162.
- Tonda, J. (2002). *La guérison divine en Afrique centrale: (Congo, Gabon)*. Paris: Karthala.
- Tonda, J., & Gruénais, M.-É. (2000). Les “médecines africaines” et le syndrome du prophète : l'exemple du Congo. *Afrique Contemporaine*, 195(No. spécial), 273–282.
- Traimond, B. (2005). La comparaison anthropologique aujourd'hui. *Ethnologie française*, 37(2), 157–160.
- Tsala Tsala, J.-P. (1989). De la demande thérapeutique au Cameroun. *Revue de médecine psychosomatique*, 19, 109–124.
- Tsala Tsala, J.-P. (1996a). Beliefs and disease in Cameroon. *Psychotherapy in Africa: first investigations*, 44–56.
- Tsala Tsala, J.-P. (1996b). La mère camerounaise et son enfant drépanocytaire. In C. Herbaut (Ed.), *Des sociétés, des enfants: le regard sur l'enfant dans diverses cultures* (pp. 167–191). Paris: Editions L'Harmattan.
- Tsala Tsala, J.-P. (2009). *Familles africaines en thérapie: clinique de la famille camerounaise*. Paris: L'Harmattan.
- Unkap, J. (2013). *Guide d'utilisation des produits naturels de santé. 100% à base des plantes médicinales. Tome I*. Yaoundé: Laboratoire Kamsukom-Recherche et développement.
- Valensi, L. (2002). L'exercice de la comparaison au plus proche, à distance: le cas des sociétés plurielles. *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 57, 27–30.
- Van Der Geest, S. (1997). Is there a role of traditional medicine in basic health services in Africa: a plea for a community perspective. *Tropical Medicine and International Health*, 2(9), 903–911.
- Vaughan, K. (2008). A Tale of Two Hyphens: Working the Policy-Research and Researcher-Researched Hyphens in a Longitudinal Youth Transition Project. *International Journal of Social Research Methodology*, 11(3), 215 – 227.
- Vaughan, M. (1991). *Curing their ills: colonial power and African illness*. Stanford: Stanford University Press.
- Vergnioux, A. (2009). Expert. *Le Télémaque*, (2), 19–24.
- Veyne, P. (1976). *L'inventaire des différences*. Paris: Seuil.
- Vidal, L. (2010). *Faire de l'anthropologie: santé, science et développement*. Paris: La Découverte.
- Voirol, O. (2005). Présentation. Visibilité et invisibilité: une introduction. *Réseaux*, 23(129/130), 9–36.
- Voirol, O., Garrau, M., & Le Goff, A. (2009). Les formes de l'invisibilité. In *La reconnaissance: Perspectives critiques* (pp. 117–140). Paris: Vrin.
- Wallerstein, I. (1996). *Ouvrir les sciences sociales : rapport de la Commission Gulbenkian pour la restructuration des sciences sociales*. Paris: Descartes & cie.
- Walzer, M. (1983). *Spheres of justice: a defense of pluralism and equality*. New York: Basic Books.
- Walzer, M. (1997). *On toleration*. Cambridge: Cambridge Univ Press.

- Wamba, A. (2005a). Education, thérapeutes et différentes culture médicales: du sens de l'interaction praticiens/praticiens dans la construction des savoirs médicaux en approches interculturelles des soins au Cameroun. *Bulletin de l'ARIC*, 41, 43–54.
- Wamba, A. (2005b). Entre religion, tradition et modernité: la construction d'un réseau de compétences thérapeutiques au Cameroun. *L'Autre*, 6(2), 227–237.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1972). *Une logique de la communication*. Paris: Seuil.
- Weinstock, D. M. (2008). Trois concepts de reconnaissance. In J.-P. Payet & A. Battegay (Eds.), *La reconnaissance à l'épreuve: Explorations socio-anthropologiques* (pp. 51–71). Villeneuve d'Ascq: Presses universitaires du Septentrion.
- WHO. (1978). *Alma-Ata primary health care: report of the international conference on primary health care*. Geneva: W.H.O.
- WHO. (2005). *WHO global atlas of traditional, complementary and alternative medicine*. Geneva: World Health Organization.
- Wilson, A. C., & Bird, M. Y. (2005). *For indigenous eyes only*. Michigan: School of American Research.
- Winkin, Y. (2001). *Anthropologie de la communication: de la théorie au terrain*. Bruxelles: DeBoeck Université.
- Wolffers, I. (1988). Traditional practitioners and western pharmaceuticals in Sri Lanka. In S. van der Geest & S. R. Whyte (Eds.), *The Context of medicines in developing countries: studies in pharmaceutical anthropology*. Boston: Kluwer Academic Publishers.
- Worms, F. (2006). Les deux concepts du soin. *Esprit*, (1), 141–156.
- Worms, F. (2010). Vers un moment du soin? Entre diversité et unité. In L. Benaroyo, J.-C. Mino, & C. Lefève (Eds.), *La philosophie du soin: Ethique, médecine et société* (pp. 11–21). Paris: Presses Universitaires de France.
- Zoïa, G. (2010). Que se passe-t-il entre eux et nous? Une expérience émancipatrice avec des jeunes de banlieue. In J.-P. Payet, C. Rostaing, & F. Giuliani (Eds.), *La relation d'enquête. La sociologie au défi des acteurs faibles* (pp. 114–129). Rennes: Presses Universitaires de Rennes.

## ANNEXE 1 : Guide d'utilisation des produits naturels de santé et Biomicrolyse



### **BIOMICROLYSE**

#### **1-Présentation :**

**BIOMICROLYSE** est un produit naturel à base des plantes. Il est un anti-bactérien, anti-septique et anti-toxique à large spectre. Il est indiqué à titre curatif dans les IST/MST/stérilités, les infections de la peau, les plaies chroniques, les impuissances sexuelles et la ménopause précoce.



#### **2- Composition :**

- enantia chlorantha 15g, annona senegalensis 11g, natron 2g, ALC 2°, eau de forage traitée 30ml.

#### **3- Indications:**

- Chlamydias, syphilis, gonococcie - Staphylocoques, Hydrorrhées, -Les Leucorrhées, gardenerela vaginalis, - Les Trichomonas vaginalis, les métrites, - Les Salpingites, la ménopause précoce, les vulvites, les urétrites, -La prostatite, les Acnés, les Eczémas, -Les boutons, les prurits, les candidas Albicans, les Escarres, les plaies chroniques etc.

**NB : BIOMICROLYSE se consomme uniquement par voie orale et il est déconseillé aux enfants de moins de 5 ans. Les insuffisances cardiaques et hépatites.**

#### 4- POSOLOGIES

**N.B:** enfant de 5 ans et plus, boire 1 verre de 100ml 2 fois par jour pendant 30, 60 ou 90 jours au moins avant ou après les repas.

##### 4-1- Cas du *chlamydiae*

a) *Taux d'infection à chlamydia faiblement positif, c'est-à-dire titre supérieur à 1/16 ou égal à 1/32.*

- diluer 1 flacon de 60ml dans 1,5 litre d'eau potable, agiter. Adultes : boire 1 verre de 200ml 2 à 3 fois par jour, avant, pendant ou après les repas et pendant 30 jours au moins.

b) *Taux d'infection à chlamydiae moyennement positif, c'est-à-dire à titre égal à 1/32 ou égale à 1/64.*

- 1 flacon de 60ml dans 1,5 litre d'eau potable, agiter.  
Adultes : boire 1 verre de 200ml 2 ou 3 fois par jours et pendant 60 jours au moins.

c) *Taux d'infection à chlamydiae fortement positif, c'est-à-dire à titre égal à 1/64 ou supérieur.*

- 1 flacon de 60ml dans 1,5 litre d'eau potable, agiter.  
Adultes : boire 2 ou 3 fois par jours et pendant 90 jours au moins.

##### 4-2- Cas de la *syphtilis*, les *Staphylocoques*

a) *Syphtilis* au stade primaire, les *Staphylocoques*

- 1 flacon de 60ml dans 1,5 litre d'eau potable, agiter.  
Adultes : boire 1 verre de 200ml 2 ou 3 fois par jours et pendant

28 jours au moins.

b) *Syphtilis* au stade secondaire et les *Staphylocoques*

- 1 flacon de 60ml pour 1,5 litre d'eau potable, agiter.  
Adultes : boire 2 ou 3 fois par jours et pendant 50 jours au moins.

c) *Syphtilis* au stade tertiaire et les *Staphylocoques*

- 1 flacon de 60ml dans 1,5 litre d'eau potable, agiter.  
Adultes : boire 1 verre de 200ml 2 ou 3 fois par jours et pendant 75 jours au moins.

##### 4-3- Cas de la *Gonococcie*

- 1 flacon de 60ml dans 1,5 litre d'eau potable, agiter. Adultes : boire 1 verre de 200ml 2 ou 3 fois par jours et pendant 20 jours au moins.

##### 4-4- Cas des Infections vaginales

- Les *Hydrorrhées* (pertes d'eaux vaginales)

- Les *Leucorrhées* (les pertes blanches ou jaunâtres)

- *Gardenerela vaginalis*

- Les *Trichomonas vaginalis*

1 flacon de 60ml dans 1,5 litre d'eau potable, agiter.  
Adultes : boire 1 verre de 200ml 2 ou 3 fois par jours et pendant 30 jours au moins.

**ANNEXE 2 : Autorisation de recherche au Centre Mère et Enfant, Fondation Chantal Biya  
[Yaoundé, Cameroun]**



**FONDATION CHANTAL BIYA**  
Centre Mère et Enfant  
YAOUNDE

Réf : N° 091 FCB/DCME/se

Yaoundé 03 Avril 2012

Monsieur le Directeur  
du CME-FCB

A

**WAMBA André.**

**Objet :** *Autorisation de recherche.*

Docteur,

J'accuse réception de votre requête dont l'objet est repris en marge et y faisant suite,

J'ai l'honneur d'y marquer mon accord, et vous autoriser à conduire un travail de recherche sur la « **rencontre des médecines en milieu pédiatrique** », sous la supervision du **Docteur TAGUEBUE Jean**.

Salutations distinguées.



## ANNEXE 3 : Clairance Éthique [Autorisation de recherche en milieux hospitaliers camerounais]



COMITE NATIONAL D'ETHIQUE  
NATIONAL ETHICS COMMITTEE



Yaoundé, le 02 mai 2012

AUTORISATION N°154/CNE/SE/2012

### CLAIRANCE ETHIQUE

Le Comité National d'Éthique a examiné ce 02 mai 2012, la demande de clairance éthique au projet de recherche intitulé: «**Rencontre des médecines au Cameroun**» soumis par **André Wamba**, Investigateur Principal.

Le sujet est d'un grand intérêt scientifique et médical. Les objectifs de l'étude sont bien définis. La procédure proposée par l'étudiant ne comporte pas de risques majeurs préjudiciables aux participants. Elle consiste en une observation directe des situations de consultation et en des entretiens individuels avec les soignants et les patients consultants au Centre Mère et Enfant. Par ailleurs, les considérations éthiques sont satisfaisantes. Pour ces raisons, le Comité National d'Éthique approuve pour une période d'un an, la mise en œuvre de la présente version du protocole.

**André Wamba** est responsable du respect scrupuleux du protocole approuvé et ne devra y apporter aucun amendement aussi mineur soit-il sans avis favorable du Comité National d'Éthique. Il est appelé à collaborer pour toute descente du Comité National d'Éthique pour suivi de la mise en œuvre du protocole approuvé. Le rapport final du projet devra être soumis au Comité National d'Éthique et aux autorités sanitaires du Cameroun.

La présente clairance peut être retirée en cas de non respect de la réglementation en vigueur et des recommandations sus-mentionnées.

En foi de quoi la présente Clairance Éthique est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.



## ANNEXE 4 : Document Banque Malheur [Couverture solidarité sociale informelle]

### ASSOCIATION DES RESSORTISSAN REGLEMEN

#### I. LIEU-PERIODICITE ET HORAIRE DES REUNIONS

- 1 -Le lieu des réunions est le Foyer Fontsa-Touala sis à Biyem-Assi.
- 2-La réunion a lieu chaque premier Dimanche du mois dans la matinée.
- 3-La réunion débute à 09 heures 00 et s'achève à 14 heures 00. Le président peut, en fonction de l'importance de l'ordre du jour prolonger la durée de la réunion.  
Elle se déroule selon l'horaire suivant :

09h00-09h45 : Cotisation mensuelle	11h30-12h00 : Récréation
09h45-10h00 : Banque volontaire	12h00-12h25 : Placement d'argent
10h00-10h15 : Banque scolaire	12h25-12h30 : Commande de la boisson
10h15-10h35 : Fonds de roulement	12h30-13h00 : Correspondances et débats
10h35-10h50 : Réclamation des dettes	13h00-13h30 : Appel et distribution de la boisson
10H50-11h10 : Compte-rendu du Comité	13h30-14h00 : Divers
11h10-11h30 : Banque Secours	

**N.B :** Il est à noter que cet ordre du jour n'est pas figé.

Il peut être enrichi lors d'une quelconque séance plénière par les interventions des adhérents qui devront au préalable les faire porter à l'ordre du jour. La recevabilité d'une proposition d'intervention est soumise à la formulation explicite de son objet. Toutefois, eu égard aux problèmes déjà inscrits à l'ordre du jour, le président de l'Association peut renvoyer les propositions d'intervention à une séance ultérieure.

#### II. INSCRIPTION – TAUX ET CONDITIONS

##### A- Taux

Les membres sont classés financièrement en 04 catégories ayant chacune son taux de contribution :

- 9.000 Frs pour un célibataire sans enfant à charge.
- 12.000 Frs pour un célibataire avec enfant à charge.
- 15.000 Frs pour un marié.
- 20 000 Frs au moins pour les polygames,

**N.B :** Les adhérents polygames peuvent se faire connaître au sein de l'Association. Dans ce cas, ils doivent payer en plus du taux normal de 15.000 Frs, une somme de 5.000 Frs (Cinq mille Frs) par femme supplémentaire.

Chaque nouvel adhérent est tenu de s'acquitter d'au moins du tiers de sa quote-part au moment de son inscription.

##### B- Conditions :

Tout adhérent doit dûment remplir et déposer son certificat d'adhésion au moment de son inscription et ne peut modifier les noms des parents mentionnés sur ce document. La présentation ou la possession d'un certificat d'adhésion est obligatoire pour toute aide (A.G du 01/09/1996) ;

La publication de la situation de la banque Secours en Assemblée Générale vaut la mise en demeure des membres défaillants (Cf. Assemblée plénière du 06/08/2000).

15-La liste des indisciplinés et en particulier des absents, doit être rendue publique par le Censeur et visée par le Président à la fin de chaque séance de réunion (AG du 11/02/01). Toute liste non soumise au visa du président à la fin d'une séance est compté pour moitié dans le calcul de la motivation du censeur en fin d'année.

16-Les amendes non payées séance tenante sont automatiquement déduites de la banque secours du membre sanctionné dans un délai d'un mois après signature de l'état par le président et communication en AG. Il en sera de même des promesses non tenues à la date indiquée par son auteur. Dans ce cas l'amende est la valeur financière de la promesse. A défaut de trouver la provision nécessaire dans la banque secours du concerné, ses amendes ou ses promesses non tenues seront prélevées dans toutes autres sources de ses avoirs (AG 02/09/12).

## V. AIDE MUTUELLE

L'Aide Mutuelle au sein de l'Association est à la fois financière et morale.

### Section I : Aide Financière et Fréquence

Les montants des aides Mutuelles varient selon la nature de l'aide (décès ou maladie) et le compte banque secours du requérant. Ils se présentent ainsi qu'il suit :

Nature d'aide	Aide du membre complet			Aide du membre incomplet			Fréquence
	Principal	Subsidaire	Principal + Subsidaire	Principal	Subsidaire	Principal + Subsidaire	
Hospitalisation de l'adhérent	25 000	00	00	Au Prorata	00	???	1/an
Hospitalisation du Fils de l'adhérent	5 000	00	00	Au Prorata	00	???	indéterminée
Décès de l'adhérent	200 000	50 000	250 000	Au Prorata	15 000	???	1
Décès de la conjointe	200 000	30 000	230 000	Au Prorata	15 000	???	indéterminée
Décès du parent	80 000	15 000	95 000	Au Prorata	00	???	2
Décès du descendant de l'adhérent							
Mort-né	10 000	15 000	25 000	Au Prorata	00	???	indéterminée
Mort âgé de 01 jour à 3 ans	20 000	15 000	35 000	Au Prorata	00	???	indéterminée
Mort âgé de 3ans 01 jour à 10 ans	30 000	15 000	45 000	Au Prorata	00	???	indéterminée
Mort âgé de 10ans 01 jour à 21ans	50 000	15 000	65 000	Au Prorata	00	???	indéterminée
Décès du Chef Supérieur Fontsa-T	60 000	40 000	100 000				indéterminée

**NB : 1-** L'aide principale est servie au requérant ou à ses ayants droits tandis que l'aide subsidiaire (frais de la couronne ou d'accompagnateur); valeur financière de l'assistance morale en cas de décès est gérée par la réunion.

**2-** Dans le cas où l'ARFTY n'a pas pu utiliser l'aide subsidiaire au profit de son membre requérant, elle se doit de la remettre en valeur financière au membre en question ou à ses ayants droits.

#### I-1) - Condition d'obtention d'une aide

Pour bénéficier de l'aide financière, les conditions suivantes doivent être cumulativement remplies :

- Avoir au moins 03 mois d'ancienneté dans la réunion ou 06 mois pour les membres réinscrits après démission ;
- Avoir un solde banque secours positif avant le versement du mois en cour ;
- N'avoir jamais trainé successivement 03 mois durant, son solde banque secours négatif ;
- Pour les aides liées aux enfants (décès ou maladie) du membre, en plus des conditions suscitées, les suivantes doivent être cumulativement vérifiées sur ledit enfant :
  - a) N'avoir pas excédé l'âge de 21 ans ;
  - b) Ne pas avoir d'emploi rémunéré ;
  - c) Ne pas être marié

Seuls les nouveaux membres (*Membres ayant moins de 03 mois d'ancienneté*) victimes d'un accident sont exempts des conditions d'ancienneté.

**NB** - En cas de demande d'aide décès, lors que ce(s) décès est(ont) éligible(s) à l'aide concernant un ou



