

YAO YAO LEOPOLD  
**YAO Yao Léopold**

Enseignant-chercheur à l'ISAD  
Université Cocody-d'Abidjan

---

**SOCIOANTHROPOLOGIE DE L'ENJEU  
INSTITUTIONNEL DE L'INTÉGRATION DE  
LA MÉDECINE TRADITIONNELLE AFRICAINE  
AU SYSTÈME DE SANTÉ EN AFRIQUE.  
LE CAS DE LA CÔTE D'IVOIRE**

*Revue Africaine d'Anthropologie, Nyansa-Pô, n°1 - 2004*

---

**RESUME**

La médecine traditionnelle africaine est longtemps restée le parent pauvre de la politique sanitaire ivoirienne où la médecine moderne de type occidental est privilégiée et rendue officielle.

Depuis l'indépendance de la Côte d'Ivoire jusqu'à nos jours, tous les programmes de valorisation de la médecine traditionnelle n'ont considéré que la pharmacopée. Cette option restrictive traduit la dimension positiviste de la rationalité occidentale qui exclut tout ce qui est sacré, tout ce qui relève de l'ordre symbolique considéré subjectif et irrationnel.

En somme cette réflexion montre que, au-delà de la collaboration entre guérisseur et médecin, le principal problème réside dans l'utilisation des services de médecine africaine (droit et garantie du guérisseur et du patient). C'est pourquoi l'institutionnalisation de la médecine nationale comme défi doit être vue dans sa globalité en considérant l'acteur et le système médical africain dans leur complexité culturelle.

**Mots-clés :** Intégration, Système de santé, Médecine traditionnelle, Enjeu institutionnel.

## **INTRODUCTION**

Longtemps la médecine traditionnelle africaine est restée à la traîne de la médecine moderne occidentale dans la politique de santé en Côte d'Ivoire. Cette situation de marginalisation est soutenue par une lecture dichotomique qui suppose que la médecine sacrée de type africain et la médecine positive biochimique n'ont aucun lien. Stéréotype qui constitue un frein majeur à l'habilitation scientifique de la médecine traditionnelle.

Malgré la négligence de cette médecine africaine par le pouvoir public la population y recourt massivement. Face à cette réalité l'enjeu de la médecine africaine ne se pose plus en terme d'efficacité. Le défi à relever est d'ordre institutionnel ou organisationnel. L'intégration du système médical traditionnel, au sens de sa participation à l'ensemble du système de santé pour son amélioration qualitative et l'accroissement de son efficacité (Mémel Fôté, 1999), constitue un enjeu à la fois scientifique, juridique et sociopolitique. Ce défi à dimension plurielle soulève une question centrale : comment passer du pluralisme médical au système de santé intégrant la médecine traditionnelle africaine et la médecine moderne ?

L'objectif principal de cet article est de fournir une modeste contribution au débat actuel sur l'intégration de la médecine traditionnelle au système de Santé en Afrique, le cas de la Côte d'Ivoire.

Nous proposons un modèle alternatif de prise en compte globale de l'institution médicale africaine comme culture dans le processus d'intégration au système de santé, car l'histoire de la valorisation de cette médecine en Côte d'Ivoire révèle que tous les soutiens internationaux (OMS) et nationaux (Pouvoir Public) de valorisation de la médecine africaine depuis l'indépendance ont porté essentiellement sur la pharmacopée. Un tel choix réducteur traduit la vision positiviste de la rationalité occidentale qui, pendant longtemps, a dénié à la médecine africaine, tout statut de science au sens académique du terme.

Si nous restons dans la même vision historique de type positiviste, avec la seule mission d'identification des principes actifs dans les plantes médicinales, les programmes de médecine nationale seront toujours dans l'impasse. La considération de la

pharmacopée ne doit pas occulter la prise en compte de l'acteur (le thérapeute) et l'institution médicale de culture africaine dans son ensemble et dans sa complexité. Tel est le fondement théorique de cette réflexion.

Cet article est le fruit d'une analyse de contenu des textes administratifs sur la santé et des réflexions scientifiques sur la médecine traditionnelle et pharmacopée. A cette analyse de contenu s'ajoute l'usage des données de terrain issues d'une expérience de recherche sur «*Le recours à la médecine traditionnelle*» financé par l'OMS à laquelle nous avons pris part<sup>1</sup>.

## **I- DU DÉPASSEMENT DU MODÈLE POSITIVISTE DE VALORISATION DE LA MÉDECINE TRADITIONNELLE AFRICAINE**

Pour la rationalité scientifique de type positiviste qui transparait dans le modèle médical occidental «*tout processus diagnostique ou tout geste thérapeutique doit être fondé sur des hypothèses qui ont été vérifiées et testées dans des conditions empiriques et contrôlées*» (Helman cité par Massé R, 1995, p. 260). Par ses principes cartésiens et son approche basée sur l'observation, le positivisme ne peut saisir les systèmes de croyance et toutes les pratiques médicales populaires non-occidentales dans leur complexité. Ceci en appelle un autre modèle de lecture. Or, c'est à travers cette lunette positiviste que les professionnels de la santé ont souvent perçu la médecine traditionnelle africaine.

Cette tradition intellectuelle se retrouve dans les conclusions des travaux des experts de l'OMS (Angaté, 1980, p 432) qui estiment que la médecine africaine est «irrationnelle» du fait de ses caractéristiques suivantes :

- 1- Sous la Direction Scientifique du Professeur MEMEL FOTE , les enquêtes se sont déroulées d'Octobre 1994 à Février 1995 dans les quatre régions culturelles de la Côte d'Ivoire :
  - au Nord-Est et au Nord les Gur dans les départements de Bondoukou (Koulangoo), Bouna (Lobi), Korhogo (Sénoufo) ;
  - au Nord-Ouest les Mandé dans les départements d'Odienné (Malinké), Man (Dan ou Yacouba), Bouaflé (Gouro ou Kwéni) ;
  - au Sud-Ouest les Kru dans les départements de Duékoué (Wè ou Guéré et Wobé), Soubré (Bété), Divo (Dida) ;
  - au Centre et au Sud les Akan dans les départements de Bouaké (Baoulé), Agboville (Abè) et Abidjan (Ebrié)..

- l'imprécision du diagnostic,
- le manque de rigueur de sa posologie régie par un empirisme jamais remis en cause,
- l'exploitation abusive des aspects non matériels,
- la pratique de sorcellerie et de charlatanisme,
- la méconnaissance de la limite de sa compétence.

Ce stigmate a eu des échos favorables même dans le milieu d'intellectuels africains. C'est d'ailleurs ce qu'affirme Angaté (1980) comme suit : *«notre préoccupation à nous médecins-pharmaciens et sans aucun doute celle de l'OMS se situe au niveau des investigations immédiatement accessibles à la recherche scientifique, c'est-à-dire l'étude des plantes médicinales d'Afrique».*

Les experts africains spécialistes des sciences médicales ont tendance à voir cette médecine exactement comme Lévy-Bruhl, ethnologue français, voyait les sociétés dites «primitives» avec l'idée de sa propre raison occidental-centrique de l'époque comme des sociétés «irrationnelles». D'ailleurs, dans les années 1990, s'élevant contre les tapages publicitaires et médiatisés, le foisonnement des médicaments traditionnels et l'audience des guérisseurs auprès des populations, les pharmaciens et médecins ont entrepris des démarches auprès des autorités sanitaires ivoiriennes en vue de l'interdiction de cette médecine africaine pour des motifs de pratique illégale.

Pour Essane Séraphin, anthropologue africain, cette perception restrictive traduit l'histoire savante classique de la médecine. Loin de banaliser les pratiques thérapeutiques africaines, le socioanthropologue y voit plutôt deux médecines parallèles : la médecine biochimique et la médecine sacrée organisées respectivement par des rationalités différentes, l'une positive et l'autre phénoménologique. Ce sont de tels présupposés théoriques que doit prendre en compte toute politique de valorisation de la médecine africaine. Présupposés sans lesquels toute tentative d'intégration de ces deux types de médecine serait vouée à l'échec.

Or en Côte d'Ivoire, toutes les initiatives du pouvoir public en vue de la valorisation de la médecine africaine et de la définition d'un cadre institutionnel de médecine nationale intégrant médecine

moderne et médecine traditionnelle depuis l'indépendance de la Côte d'Ivoire n'ont considéré que la pharmacopée.

La valorisation scientifique ou le fondement scientifique du point de vue des normes ou règles établies ici repose sur l'identification des principes actifs contenus dans les plantes.

Le premier plan de développement quinquennal (1960 – 1965) prévoyait déjà la valorisation de la pharmacopée.

En 1968, sur décision du Ministère du plan, l'Université d'Abidjan se voit confier la mission d'étude et d'inventaire des plantes du territoire national.

En 1975, un programme national de valorisation de la pharmacopée ivoirienne est créé.

Sur 5000 plantes recensées 304 présentent des vertus pharmaceutiques certaines. Cette validation a permis la création du jardin botanique et la mise en place d'un Centre National de Floristique à l'Université de Cocody. Malgré l'initiative prise de valoriser la pharmacopée africaine, faute de suivi véritable ce programme n'a pu donner de résultat escompté.

L'année 1995 marque la date de réhabilitation des praticiens de la médecine traditionnelle africaine. Une mutation idéologique et politique se définit clairement en faveur de la médecine traditionnelle.

En effet, le chef de l'Etat d'alors, avait dans son discours programme à Yamoussoukro, exprimé la volonté de voir se réaliser une coopération entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne.

Cette option politique affirmée est traduite dans un texte administratif et une sous-direction de la médecine traditionnelle est créée.

Malgré la mise en place d'un texte administratif et d'une sous-direction de la médecine traditionnelle, les résultats sont loin d'être à la mesure des espérances. On continue encore de percevoir l'intégration des deux médecines dans sa perspective réductionniste, c'est-à-dire échanges réciproques entre les deux systèmes des éléments objectivés tels les médicaments et les formations. Le modèle

positiviste transparait dans le programme et cela s'aperçoit clairement dans son objectif *«d'établir une intégration réciproque de certains éléments de soins (médicaments, traitements...) reconnus fiables par tous, afin de permettre une avancée globale dans la prise en charge efficace des usagers»* (Ministère de la santé publique/PNDS1996-2005, Avril 1996, p. 28). Les activités prévues dans ce programme portent essentiellement sur le recensement des plantes en vue de déterminer les médicaments et les traitements et sur la formation des tradipraticiens à l'utilisation rationnelle des plantes médicinales.

De ce qui précède il va de soi que l'intégration ne se décrète pas. Elle ne se réduit pas à la seule prise de texte administratif. Elle demande une réflexion scientifique attentive à l'approche holistique et systémique, aux dimensions psycho-sociales, culturelles et biologiques de la thérapie africaine.

## **II- POUR UN PARADIGME D'INTÉGRATION DE LA MÉDECINE TRADITIONNELLE COMME CULTURE DE L'ACTEUR ET DU SYSTÈME**

Les programmes de santé publique étant fondés sur le postulat de rationalité de la médecine savante, nous sommes en droit de nous demander s'il y a lieu d'intégrer ces formes de logiques et pratiques médicales différentes dans le projet de système de santé. La différence, loin d'être une entrave au projet de médecine nationale, ne doit-elle pas être perçue comme une source de richesse au bénéfice de ce projet et des usagers ?

Essane Séraphin (1998) dénonce d'ailleurs cette théorie positiviste qui ignore sa base culturelle en ces termes : *«qu'est-ce que cela une pharmacopée nègre valorisée scientifiquement comme réduction à des médicaments de phytothérapie, modules du système théorique, clinique et institutionnel de la médecine moderne occidentale ? C'est une pharmacopée appauvrie de ses matrices culturelles spécifiques ou de son ethnoscience nègre (cycles chronobiologiques, art subtil de fabrication avec ses mélanges et ses dosages, structures thérapeutiques, etc.)»*.

En effet les sociétés non-occidentales ont une rationalité souvent diffuse dans leurs pratiques et dans leur connaissance du monde. Ce qui fonde leur spécificité culturelle. Le positivisme n'intègre pas la rationalité du jeu contraire, qui pourtant est une réalité tangible

en Afrique. Il refuse le référent symbolique comme par exemple l'homme a son énergie dans l'arbre et donc la santé de l'arbre lui procure la santé et le bonheur (l'exemple de kla chez les Baoulé).

Sous cet angle les savoirs et techniques thérapeutiques de tradition africaine relèvent d'un autre ordre de réalité saisissable par le modèle phénoménologique.

Cette institution médicale africaine, comme culture, est complexe et diversifiée. Cette complexité réside dans ses agents de santé et dans ses méthodes d'intervention. En effet, le personnel de santé traditionnel est composé de deux espèces principales, le guérisseur et le devin, puis une troisième espèce dérivée, le devin-guérisseur. A l'aide de médicaments (aré, kpé, yugle, goze...) le guérisseur (aréfwè en Baoulé, kpélého en Abè, yuglezan en kweni, gozenognon en Dida...) soigne. Le devin (nzuégifwè en Baoulé), lui, exerce la divination, découvre les causes ou les sens de la maladie ou de la mort et prédit l'avenir avec l'assistance soit des génies (komyenfwè en Baoulé, goman en Ebrié, assarewo en Abè, ...) soit des ancêtres (kpatassouafwè en Baoulé, nukruangoyo en Ebrié) mais ne soigne pas. Le devin-guérisseur incarne les deux fonctions : interprète la maladie et propose une médication appropriée pour la guérison.

En général, le guérisseur, même s'il ne consulte pas, opère dans l'ordre symbolique. Il détient une parcelle de pouvoir mystique ou de vision (tikéklefwè en Baoulé ou littéralement «tête dure»), moyen par lequel il protège sa personne, l'efficacité de sa thérapie et ses patients contre les puissances maléfiques ou sorcellaires. Pour certains devins-guérisseurs (komyenfwè) qui opèrent sous la tutelle des génies, c'est au moment de la transe et danse que les génies par leur canal prescrivent les médicaments au malade.

Le personnel de santé traditionnel a recours à des méthodes d'intervention diverses. Celles-ci renferment les opérations d'investigation ou de détection de la maladie par la cause ou les symptômes et les techniques de thérapie.

Deux méthodes aident à détecter les maladies, l'une positive (l'observation par la vue, le toucher, l'ouïe, l'odorat... et l'interrogation du malade ou accompagnant) ; l'autre interprétative ou herméneutique (la divination). Selon les guérisseurs Soro Nibé de Katanvogo et Agbassi Emmanuel de Songon-Dagbé, la divination

est à la médecine traditionnelle ce que la radiologie et l'examen biologique sont à la médecine moderne (Memel Fotê, *Op. cit.*).

Parfois par le biais de la divination seule, sans recours à aucun médicament, la restauration de la santé peut être obtenue, et ce à travers le sacrifice et la réconciliation entre le patient et son environnement humain et métaphysique.

Même dans le domaine de la phytothérapie, le symbolisme y est encore dominant. Par rapport à une vision du monde où s'entremêlent le naturel et le surnaturel les opérations préliminaires d'acquisition des plantes sont observées et concernent le respect des jours et moments déterminés, des rites d'extraction des plantes. Un savoir technique et spirituel accompagne souvent la récolte de la plante, ponctué d'incantations et rites particuliers (prière, pied nu, position de l'arbre au lever ou au coucher du soleil, le matin ou le soir) et renforce l'efficacité thérapeutique. Les médicaments peuvent provenir de végétaux (écorces, racines, feuilles, fruits), de minéraux et d'animaux avec parfois des compositions mixtes. Leur application se fait sous plusieurs formes : bain de vapeur, boisson, purgation, friction, fumigation, inhalation, gouttes dans les yeux, les oreilles ou le nez.

Le traitement peut être précédé de prière ou d'incantation. Certains jours ou moments du jour sont prescrits (tôt le matin avant le lever du soleil), les souillures sont proscrites (abstinence sexuelle, évitement de menstrue), les espaces et les points cardinaux sont indiqués (le bain à un carrefour, position faciale au lever du soleil). Certains devins-guérisseurs inaugurent la thérapie par la prière, la confession publique et administrent ensuite la flagellation comme mode d'exorcisme avant d'appliquer les plantes médicinales au malade (cas du devin-guérisseur, harriste Agbassi Emmanuel de Songon-Dagbé).

Certains médicaments présentent leur efficacité et limite suivant la variation ou l'évolution de la maladie, dont seul le guérisseur qui suit le patient connaît le secret et la maîtrise (cas de traitement gynécologique chez la guérisseuse Tantie Rosalie et chez le guérisseur Saint Angou Akébi à Abobo-Abidjan).

Vu sous ces multiples formes et variantes, la médecine traditionnelle africaine paraît complexe. Toutes ces mesures psychologiques, spirituelles, biologiques et symboliques sont attentives à l'efficacité thérapeutique, derrière laquelle se cache



une logique, une rationalité qui n'est pas celle du positivisme. Dans de tels cas, écarter l'acteur (le guérisseur, l'intelligence du bas) pour ne considérer que le médicament ou la plante (privilegié par le projet d'intégration au sommet) ne peut aboutir à la rémission de la maladie du patient.

Les maladies ont des origines diverses et complexes (maladie mystique, maladie biologique, maladie psychologique...) par conséquent la thérapie est multidimensionnelle : médecine biologique, médecine psychosociale, médecine sacrée, etc. En un mot, il s'agit d'une thérapie africaine holistique. Le même guérisseur intervient dans la chaîne médicamenteuse et thérapeutique : il fait parfois office de chimiste, botaniste, psychologue, pharmacien, médecin, devin. Une personnalité plurivoque qui engage la vie du patient et de son groupe de soutien dans un processus de traitement global et cohérent à la dimension de la culture africaine.

Au regard de toute cette complexité logique, on note bien les limites du paradigme positiviste à saisir objectivement la médecine dans le contexte africain.

Sous ce rapport, nous disons avec Edgar Morin que la conscience de la multidimensionnalité conduit à l'idée que toute vision unidimensionnelle, spécialisée et parcellaire est pauvre. Il faut qu'elle soit reliée aux autres dimensions (Edgar Morin, 2000, p. 93). La théorie de la complexité trouve ici son terrain de prédilection et révèle cette médecine africaine dans sa complétude.

Cette complexité est judicieusement exploitée par les acteurs eux-mêmes dans le processus de coopération qu'ils ont engagé sur le terrain.

En attendant l'institutionnalisation de la collaboration entre la médecine africaine et la médecine occidentale dans le système sanitaire quelques initiatives sont prises par les médecins et guérisseurs. Ces essais de coopération informelle vont au-delà de la considération de la pharmacopée.

Trois formes de collaboration existent allant de la navette institutionnelle, à la complémentarité thérapeutique sur un malade et à la formation.

La première forme est une navette institutionnelle qui se résume au déplacement de malades entre les centres de santé et les guérisseurs. Les médecins renvoient leur patient auprès des guérisseurs pour des cas de folie et des maladies mystiques (cas des guérisseurs de Dokaha et Katanvogo à Korhogo, et de Gnakaradou à Bouna). A leur tour, les agents de santé reçoivent des guérisseurs des cas d'affections respiratoires, des malades anémiés, déshydratés, des cas de tension, de petite chirurgie (cas évoqués à Korhogo, Bondoukou, Bouna, Bouaké et Abidjan). La deuxième forme de collaboration se présente en terme de complémentarité thérapeutique ponctuelle : les deux types d'agents de santé (traditionnel et moderne) interviennent sur le même patient. Chacun restant dans sa technicité et sa logique thérapeutiques. Cette forme de collaboration est observée chez le collègue de guérisseurs de fracture à Dinaoudi (Bondoukou) où l'infirmier traite les blessures ou plaies ouvertes tandis que les guérisseurs appliquent leur traitement de fracture à base de sable. A Bouna, le médecin-chef se rend chez le guérisseur Didjoré Kambou du village de Gnakaradou pour faire des examens de sang et de selles des patients que le guérisseur soigne par ailleurs pour la dimension mystique.

La troisième et dernière forme de coopération est une formation ou un apprentissage de connaissances au sens positif. Pour la connaissance et l'identification des plantes thérapeutiques le médecin suit le guérisseur pendant la cueillette de plantes en brousse. Cette expérience est vérifiée chez les guérisseurs Gougou Félix de Bouaké et Guéguéhon de Bondoukou. Pour renforcer leur compétence les matrones ont suivi des cours de formation sur les techniques d'accouchement modernes et se sont installées par la suite dans les villages (Akanzakro de Bouaké, Bania de Bouna et Délouby de Duékoué) et dans les maternités (Bonon, Bouaflé).

## **CONCLUSION ET PERSPECTIVE**

De la période de l'indépendance jusqu'à nos jours aucune stratégie réelle de dépassement du modèle positiviste ne s'est faite sentir dans les programmes de valorisation de la médecine traditionnelle. L'histoire de la valorisation de la médecine africaine

en Côte d'Ivoire montre que celle-ci est déconnectée de ses matrices culturelles, des réalités du milieu africain car ses priorités sont déterminées par le modèle positiviste biochimiste. Cette histoire montre également que malgré la volonté du pouvoir public de voir se réaliser une médecine nationale en s'appuyant sur le fondement culturel (1996, déclaration du président de la République), le plan national de santé n'intègre pas dans son organisation et sa gestion le système médical africain dans sa plénitude, comme institution et culture. Or, plusieurs constats remettent ce modèle exogène, modernisateur de la médecine africaine en cause. La réalité de terrain fait mentir ce schéma de dépendance du système de santé ivoirien en question. En dépit de son statut encore informel, la médecine africaine connaît une effervescence au plan de ses acteurs (guérisseurs individuels, collège de guérisseurs, guérison magique, guérison des confessions religieuses...) qui envahissent villages et villes, avec des techniques de marketing modernes (pancarte, affichages, expositions de médicaments traditionnels, annonce publicitaire dans les presses orales, audio-visuelles et écrites) et une audience auprès de la populations (itinéraires thérapeutiques pluriels des patients, suivi médical et prise en charge des malades internés dans les espaces de traitement traditionnel). Cette dynamique se ressent dans la coopération informelle entre guérisseurs et agents de santé modernes sous diverses formes.

En somme, cette réflexion montre que, au-delà de la collaboration entre guérisseur et médecin, le principal problème réside dans l'utilisation même des services de médecine africaine (droit et garantie du patient dans le système médical africain). C'est pourquoi l'institutionnalisation de la médecine nationale doit être vue dans sa globalité, dans une perspective systémique.

L'intégration de la médecine africaine présuppose la formalisation et l'organisation d'un système sanitaire pris dans son unité ou globalité. Sous ce rapport la médecine africaine doit être considérée comme culture ou cohérence symbolique. L'enjeu de l'organisation de la médecine africaine dans le projet de médecine nationale ivoirienne s'articule autour des conditions d'exercice : la découverte de son modèle de rationalité, son statut, sa déontologie, son organisation.

Fort de cette approche holiste et dynamique de la médecine et du processus de l'intégration, cet article fait des suggestions suivant quatre conditions essentielles d'intégration de la médecine africaine.

La première condition d'ordre juridique va de la réglementation de la fonction de guérisseur (statut professionnel), de la détermination de son champ d'actions et du mode de collaboration avec la médecine moderne, aux garanties juridico-administratives qui couvrent les modes de fréquentation des usagers de cette médecine africaine. La cohérence de l'intégration sous l'angle systémique suppose la couverture juridique de tous les acteurs en présence : agents de santé traditionnel et moderne et patients.

Une série d'actions techniques et scientifiques comme deuxième condition accompagnent la juridiction. Repérer et recenser les guérisseurs sur la base de leur réputation locale, leur procédure et domaine de compétence. Un axe scientifique se résume en trois points au moins : la création d'une unité de recherche co-animée par les guérisseurs, les pharmaciens, les botanistes, les médecins ; le test de certains produits de guérisseurs pour l'identification des principes actifs et leur possibilité d'industrialisation sous forme de conditionnement traditionnel ou moderne ; l'examen clinique du malade avant et après le traitement du guérisseur pour certaines maladies.

Une troisième condition est d'ordre matériel et infrastructurel. Elle concerne dans un premier temps la création et l'amélioration de l'espace d'exercice de la thérapie traditionnelle (sanctuaire, demeure et lieu de traitement). Il s'agit des cas de guérisseurs qui mobilisent un grand public ou ayant une audience régionale reconnue tels Agbassi Emmanuel de Songon-Dagbé (Abidjan), Oulaï Denis de Blolé (Man), Coulibaly Ngana de Dokaha (Korhogo), Kanga Dollou de Kouaméyaokro (Bouaké).

En deuxième temps la condition matérielle touche à la construction de logement de patients dans les villages identifiés et réputés comme villages de guérisseurs.

Il est en effet constaté dans les villages l'existence de chambres d'hospitalisation de fortune construites soit par les patients eux-

mêmes (cas du village Zicoboué chez le prophète-guérisseur Koudou Jeannot à Lakota, du village de Kongobo-Déhimakro chez le prophète-guérisseur Ahéni à Béoumi) soit par les guérisseurs sur fonds personnel (cas de Agbassi Emmanuel de Songon-Dagbé, de Kanga Dollou de Kouaméyaokro) ou par le guérisseur avec un financement extérieur (cas de Coulibaly Ngana de Dokaha). Selon le cas ces espaces de thérapie traditionnelle peuvent être dénommés Centres de Santé Sacré (CSS) ou Centres de Santé Profane (CSP).

La quatrième condition concerne la détermination du statut économique des personnels de santé traditionnels. L'activité médicale et la commercialisation des médicaments doivent assurer l'existence matérielle des guérisseurs et tout le personnel opérant dans la chaîne médicale. Ces revenus peuvent s'obtenir à travers la tarification des actes de santé (consultation, divination, formation, traitement...) ; la mesure, le conditionnement et la fixation des coûts de médicaments ; les indemnités des guérisseurs intervenant dans les centres de santé modernes et les coûts d'hospitalisation des patients dans les centres de santé chez les guérisseurs.

A ces rémunérations au sens de l'économie politique qui se décomposent traditionnellement en argent, bien en nature et travail et qui nécessitent une harmonisation financière dans bien des cas, il faut associer la récompense. Alors que la rémunération est une obligation ou une exigence de dette voire une négociation en terme marchand, la récompense est un don que le patient, en fonction de ses ressources, fait librement ou gracieusement au guérisseur qui le traite. Pratiques générales en vigueur notamment chez les guérisseurs et prophètes-guérisseurs Dida, Sénoufo, Abè et Ebrié. La récompense (argent, vêtements, boissons fortes, animaux, travaux champêtres, maisons, voitures...) est motivée par des raisons psychologiques (crainte de rechute) ou par des raisons morales (esprit de gratitude) (Memel-Fotê, op.cit.).

## **BIBLIOGRAPHIE**

- BRELET-RUEFF C, 1975, *Médecines traditionnelles sacrées*, Paris, culture, arts, loisirs.
- CROZIER M. et FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système*, Paris, éd. du Seuil.
- EDGAR MORIN, 2000, *Introduction à la pensée complexe*, Paris, ESF.
- ESSANE SERAPHIN, 1998, «*La médecine au pluriel en Afrique*» 10<sup>ème</sup> colloque sur la pharmacopée et la médecine traditionnelles africaines, CAMES, vol.10 : 80-86.
- MASSE RAYMOND, 1995, *Culture et santé publique*, Montréal, gaétan MORIN éditeur Itée.
- MEMEL FOTE H, 1999, «La modernisation de la médecine en Côte d'Ivoire» in *Revue internationale des sciences sociales*, UNESCO/ères, n° 161 : 379-392.
- MEMEL FOTE (dir.), 1998, *Les représentations de la santé et de la maladie chez les Ivoiriens*, Paris, l'Harmattan.
- Ministère de la santé publique, Avril 1996, *Plan National de Développement Sanitaire 1996-2005*, tome II, programme et financement pour la période 1996-1998.
- YANGNI ANGATE A, 1980, «la médecine traditionnelle, une médecine de nécessité dans les communautés rurales d'Afrique Noire» in *Bulletin Académie Nationale de Médecine*, 164, n°5 : 428-435.
- YAO YAO LEOPOLD, *L'intégration de la médecine traditionnelle et pharmacopée au système général de santé en Afrique : le cas de la Côte d'Ivoire*, Colloque international organisé par l'OMS et l'Assimenat, Abidjan 27 au 28 Juin 1995.