

LA MÉDECINE TRADITIONNELLE DANS L'AIRE CULTURELLE FANG-BETI-BULU : UN PALLIATIF À LA FAIBLESSE DU SYSTÈME SANITAIRE AU CAMEROUN

Leandra Tryphene NYATTE

Université de Yaoundé I, Cameroun

nyatteleandra@gmail.com

Résumé : Le recours à la médecine traditionnelle connaît un regain d'intérêt au Cameroun. Les facteurs qui concourent à son expansion sont : l'explosion des coûts des soins, l'inégalité dans l'accès aux soins, ainsi que l'attachement culturel des populations envers celle-ci. L'objectif de cette étude est d'analyser et de montrer comment la médecine traditionnelle a été une solution parallèle aux problèmes de santé publique auxquels sont confrontés les populations. C'est dans cette logique, et dans le but d'apporter des éléments qui sous-tendent notre argumentaire que nous avons choisi d'exploiter premièrement les sources documentaires des auteurs qui nous ont précédé sur cette question ; deuxièmement, de faire des descentes sur le terrain pour enquête auprès de la population locale et des personnes ressources. Après analyse, il ressort que la Médecine Traditionnelle (MTR) est une véritable opportunité à exploiter pour l'Etat du Cameroun dans l'optique de garantir une meilleure couverture sanitaire à la population. Cette opportunité revient à organiser juridiquement la profession, à développer la recherche, la formation, la protection des savoirs et à vulgariser la pratique.

Mot clés : Médecine traditionnelle, médecine moderne, faiblesse, système sanitaire

TRADITIONNAL MEDICINE IN THE FANG-BETI-BULU AREA: A PALLIATIVE TO THE WEAKNESS HEALTH SYSTEM IN CAMEROON

Abstract : The use of traditional medicine is experiencing renewed interest in Cameroon. The factors that contribute to its expansion are: the explosion in the cost of care, inequality in access to care, as well as the cultural attachment of populations towards it. The objective of this study is to analyze and show how traditional medicine has been a parallel solution to the public health problems faced by populations. It is in this logic, and with the aim of providing elements that underlie our argument that we have chosen to first exploit the documentary sources of the authors who preceded us on this question; secondly, to conduct field visits to survey the local population and resource persons. After analysis, it appears that Traditional Medicine (TMR) is a real opportunity to be exploited for the State of Cameroon with a view to guaranteeing better health coverage for the population. This opportunity comes down to organize the profession legally, developing research, training, protecting knowledge and popularizing the practice.

Keywords: Traditional medicine, modern medicine, health system

Introduction

Au Cameroun ancien, les populations autochtones pour se soigner et guérir des affections permanentes ou périodiques au sein de la communauté avaient recours à certaines pratiques que le "colon" qualifia de médecine "indigène". Le recours à celle-ci était attribuable à son accessibilité, à sa disponibilité et à son intégration culturelle. Cependant, l'arrivée des missionnaires marque un tournant décisif pour ces peuples, non seulement parce que les valeurs coloniales y sont imposées, mais aussi parce que toute pratique thérapeutique se rapportant à cette médecine est assimilée à de la sorcellerie et est condamnée (M. Sankalé, 1969, p. 17-18). Après les indépendances, l'attachement culturel à la Médecine Traditionnelle (MTR) reste indéniable pour les populations, si bien qu'en 1978, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) réhabilita et encouragea l'intégration de la MTR dans le système de santé national de chaque Etat (OMS, 2013, p.7). Dans l'aire culturelle Fang-Beti-Boulou, l'usage et les pratiques traditionnelles se font timidement. Les populations urbaines, au premier plan des politiques coloniales restent encore très "traumatisées" (G. Martin, 1921, p. 494). Dans ce travail nous proposons une réflexion sur l'apport de la MTR dans l'accès aux soins de santé primaire des populations de l'aire culturelle Fang-Beti-Boulou. En d'autres termes, pourquoi la médecine traditionnelle continue-t-elle à séduire de larges couches sociales en ville comme en campagne, pourtant elle a longtemps porté cette connotation péjorative ? Pour répondre à cette question, nous avons opté pour un plan triparti. La première partie sera ainsi consacrée aux fondements de la MTR, ensuite nous examinerons les raisons ayant impulsé son usage au sein de la population et, enfin nous analyserons l'impact du processus de valorisation de la MTR engendré par les pouvoirs au Cameroun.

1. Les fondements du recours à la médecine traditionnelle dans l'aire culturelle Fang-Beti-Boulou

Au Cameroun, et spécifiquement dans le groupe Fang-Beti-Boulou, pour réduire ses souffrances, calmer ses maux, ou panser ses plaies on a recours aux produits du monde végétal et de la flore médicinale en particulier. Cet héritage thérapeutique, transmis à travers les âges par le biais de l'oralité est connu sous les appellations diverses : médecine traditionnelle, pharmacopée naturelle ou médecine non-conventionnelle.

1.1. *La médecine traditionnelle : un recours influencé par les milieux culturel et naturel*

On ne saurait dater l'utilisation de la MTR dans cette aire culturelle, néanmoins, d'après Mve Belinga (2011, p.85) le climat et la végétation abondante ont favorisés sa pratique par les populations. Les Fang-Beti-Boulou sont localisés dans la grande forêt équatoriale, où l'on retrouve des matières premières médicinales nécessaires à la composition des médicaments. Par ailleurs, le climat, malgré les variances observées d'une zone à une autre, encadre la végétation et favorise la croissance des plantes médicinales, en plus de faciliter la conservation des éléments naturels devant servir à la préparation des remèdes. Ainsi, lorsqu'on fait face à un cas de maladie, c'est tout naturellement qu'un patient souffrant de paludisme aura recours à l'écorce d'*ekuk*

(*Alstonia boonei*) ou à l'*ebam*, pour le traitement des maladies oculaires, le patient soulagera sa peine avec les tiges et feuilles d'*okul bifes* (*Euphorbiahirta*) ou feuilles d'iroko ou d'*atui* (*Miliciaexcelsa*) ou encore face à un cas d'amibiase, le traitement se fera avec l'écorce d'*ebom bulu* (*Annodiummanii*), l'écorce *ndo'omefan* (*Irvingiagabonensis*). L'ingéniosité et une certaine connaissance en plante médicinale se manifestent également lorsqu'on est face à une fracture. Les masseurs ou *be bÔ be mbap* peuvent faire usage d'herbes comme l'*ossim* (*Ocimumcamum*) ; cependant, le profane ne peut prétendre à cet art médical.

En réalité, la MTR est l'expression de croyances, de pratiques et connaissances culturelles propres à chaque peuple. Dès lors, les soins, les produits et les traitements de la MTR sont pour de nombreuses personnes plus facilement acceptables parce qu'elles se reconnaissent en ces produits ou traitements. Il y a une dimension psychologique très importante dans la guérison d'après laquelle le traitement ne peut être efficace que si le patient y croit affirme C. Foe Ndi (2019, p. 284). C'est ce qui justifie d'ailleurs l'utilisation de placebo dans le traitement de nombreux cas de maladies. Aussi La MTR "est parfois perçue comme un élément fondamental de l'identité de ces communautés et souvent étroitement liée à un style de vie, un cadre culturel et des normes sociales [...]" (Comité International de Bioéthique (CIB), 2013, p. 11). Ce constat confère à la médecine traditionnelle, pour reprendre Mbonji Edjenguele (2010, p. 247-263), le statut d'une médecine ancrée dans les mœurs. La conception de la maladie s'inscrit dans ce même ordre.

1.2. La conception de la maladie

Pour comprendre l'origine de la maladie dans la culture Fang-Beti-Boulou, aucune logique scientifique n'est à prendre en compte. On retrouve une dichotomie entre maladies "naturelles" et maladies "provoquées" par la sorcellerie, les génies, etc. (P. Cantrelle et T. Locoh, 1990, p. 17). Ce classement des maladies dans l'une ou l'autre catégorie varie selon les sociétés et selon des caractéristiques individuelles, telles l'éducation.

Les maladies naturelles sont celles dont les causes ne sont pas abstraites ou imputables à la colère des dieux, des ancêtres ou aux maléfices d'une tierce personne. Elles sont le plus souvent bénignes, et le traitement se fait par le biais des décoctions ou recettes médicamenteuses de la petite pharmacopée familiale, et de l'hôpital. Parmi Ces maladies inhérentes à l'environnement sociogéographique, on compte la diarrhée, les inflammations, les hémorragies nasales, les maux de tête, le paludisme, la fièvre typhoïde etc.

Quant aux maladies surnaturelles, on situe leur origine dans la violation des interdits, des conventions morales et sociales établies par les ancêtres ou les divinités (N. Monteillet, 2005, p. 77). Elles font également références aux affections mystiques, c'est-à-dire celles qui échappent à toute explication rationnelle, donc imputées à la sorcellerie. La sorcellerie, elle, est une terminologie générique d'essence occidentale qui, dans le contexte africain, ne correspond à aucune manifestation dialectale précise. Elle s'apparente le plus souvent, à la capacité qu'ont les uns et autres à se dédoubler, d'agir à l'insu du commun des mortels ou d'insuffler une maladie à distance (G. Ngandjou Komolo, 2016, p. 157).

Dans son acceptation générale, elle apparaît comme le principal agent pathogène des maladies dites surnaturelles. Du coup, à une certaine époque, des personnes souffrant de la trypanosomiose et la lèpre étaient considérées comme des personnes maudites, frappées par la malédiction, pour avoir commis des actes de sorcellerie, d'adultère, de vol ou de trahison (Wang Sonné, 1983, p. 90). Aujourd'hui, il semble que les mentalités aient évolué. Cependant, les sentiments comme la jalousie, la méchanceté gratuite, certaines rancœurs, peuvent constituer pour certains, des motifs "d'insuffler" la maladie. C'est le cas de l'*eya*, au pluriel *biya*¹, qui, généralement arrive lorsqu'on "traverse" ou alors on "passe" par-dessus des substances empoisonneuses versées par son ennemi.

D'après certaines sources, pour soigner la maladie, le médecin traditionnel s'intéresse tour à tour aux symptômes et aux signes de la maladie puis, posera un diagnostic en fonction de plusieurs aspects. De fait, lorsqu'on est face à une maladie naturelle, le *ngengan* agit comme un simple *mbo'o mebiang*² qui traite avec des remèdes et des recettes diverses, les maux et causes visibles après le diagnostic, sans faire intervenir les pouvoirs invisibles.

A contrario, lorsque l'origine est mystérieuse, le *ngengan* procède au diagnostic par l'intermédiaire d'un arbre connu sous le nom d'*oveng*. Puis on fait coucher le malade sur le dos dans une pièce isolée (D. Fassin, 1992, p. 41-46). Ensuite le guérisseur se munit de l'*essongo*³ contenant quelques raclures des écorces de cet arbre délayées avec de l'eau tiède. Enfin, au rythme des tam-tams, et des tambours, le *ngengan* tourne autour du malade couché (J. Mve Belinga, 2011, p. 78). Finalement avec l'aide de ce même *essongo*, il verse dans les narines du malade quelques gouttes de cette mixture. Immédiatement, tous les tam-tams s'arrêtent. Le *ngengan* observe attentivement le malade. Si ce dernier éternue, cela prouve que cette maladie est curable, dans le cas contraire, la famille du malade est appelée discrètement, afin de rentrer avec lui. Il est dit que, le mal dont il souffre est incurable (D. Traoré, 1965, p. 167). Une pléthore de stratagèmes ou de rituels ayant été ainsi élaborés, afin de diagnostiquer la maladie.

Dans l'ensemble, l'homme dans le grand groupe Fang-Beti-Boulou, reste attaché à sa culture. L'éducation, la médecine moderne et le christianisme notamment avec l'ascension fulgurante des religions révélées font qu'il s'en détourne. Cependant, que ce soit à cause de l'attachement culturel envers la MTR, ou pour des raisons inhérentes à sa condition socio-économique, le recours à la MTR reste naturel.

2. Les raisons qui expliquent le recours à la MTR dans l'aire culturelle Fang-Beti-Bulu

Nombreuses sont des raisons qui expliquent le recours à la médecine traditionnelle au Cameroun en général et spécifiquement dans cette aire culturelle. Contextualisé à notre étude, nous en avons retenu que deux: le facteur économique et le social.

¹ C'est une maladie qui se manifeste par de la fièvre, la perte de mobilité, des œdèmes et hématomes, surtout par une douleur atroce de la partie inférieure du corps.

² Faiseur de remède

³ Cornet fait de feuille de bananier

2.1. *L'accessibilité économique de la médecine traditionnelle*

Avec pour activités principales le commerce et l'agriculture (vivrière et de rente), les populations de cette aire culturelle sont la preuve que les crises économiques qui ont secoué l'Afrique et singulièrement le Cameroun ont réduit le pouvoir d'achat des populations les renvoyant vers cette médecine alternative. En effet, l'aggravation de la conjoncture économique s'est traduite par une très forte réduction du niveau de vie des ménages. L'augmentation du prix des denrées sur le marché a provoqué une diminution de la consommation des ménages de près de 50% selon le rapport de la banque mondiale en 2005. Il faut également noter la double réduction des salaires dans la fonction publique en 1993, et la non indexation des salaires après la dévaluation du Franc CFA en 1994. Les jeunes, la couche la plus dynamique de la population est touchée ; environ 60% sont des chômeurs, d'après le rapport de la Banque Mondiale sur le chômage des jeunes publié en 2008. La précarité est telle que les populations manquent du minimum.

Dans le domaine sanitaire, la crise économique se traduit par l'augmentation du coût des traitements et des médicaments dans les pharmacies (R. Filakota, 2010, p. 87). L'hôpital devient un espace réservé et conditionné par la possession des moyens financiers. Il contribue à cet effet à la construction des identités et des formes de reproduction entre les différentes couches sociales (J.M. Ela, 1994, p. 137). Les couches défavorisées, manquant cruellement de moyen pour se faire soigner, au point de désertier les hôpitaux à cause des frais exorbitants demandés. Des inégalités évidentes parmi la population se créent, car ce n'est qu'à un certain niveau économique que les soins de santé peuvent être accessibles sans dépenses inabordables.

Devant ces misères sociales, ces insécurités multiples (socioprofessionnelles et économiques), et confrontés à un avenir incertain, beaucoup s'en remettent à la MTR. Elle se présente ainsi comme l'unique source d'accès aux soins, notamment les soins de santé primaires. A ce sujet, l'UNESCO relève que : " dans beaucoup de pays en développement, la médecine traditionnelle est la seule forme de soins abordable pour les populations les plus pauvres, en raison de la difficulté d'accès à la médecine moderne, qui est surtout d'ordre économique et géographique" (CIB, 2013, p. 11). Ce caractère abordable est hautement salubre dans un contexte économique national et international tendu. Contexte où les ressources financières s'amenuisent et où l'Etat peine à trouver des financements nécessaires à la mise sur pied des projets au bénéfice de sa population.

Le caractère financièrement abordable de la plupart des médicaments traditionnels les rend d'autant plus attrayants à l'heure où les frais de santé explosent et où l'austérité est quasiment universelle affirme Margaret Chan (OMS, 2013, p. 16). La preuve, les traitements de paludisme, fièvre typhoïde, les maladies sexuellement transmissibles sont moins onéreuses dans la MTR comparé à la médecine moderne. Cet exemple prouve que la MTR propose une large offre de soins de santé et de médicaments qui tiennent largement compte de la situation économique des populations. Néanmoins, il importe de souligner que, la vulnérabilité des populations ou leur exclusion du système de santé moderne ne dépend pas entièrement de leurs moyens financiers limités. Elle est aussi due aux inégalités géographiques qui sont réelles tant la couverture du territoire national n'est pas optimale en ce qui concerne les centres de santé et le personnel (R. Filakota, 2010, p. 87) etc.

2.2. La faible couverture sanitaire universelle, un problème au Cameroun

La Couverture Sanitaire Universelle (CSU) est aujourd'hui un objectif de santé reconnu et poursuivi par la communauté internationale et les pays membres de l'OMS dont fait partie le Cameroun. Par couverture sanitaire, on entend une situation dans laquelle toutes les personnes et toutes communautés bénéficient des services de santé dont elles ont besoin sans se heurter à des difficultés financières. Elle nécessite à cet effet un personnel compétent et qualifié, des infrastructures sanitaires satisfaisantes et adéquates, des services de proximité etc. Pour reprendre l'OMS : "de faire en sorte que tous les individus aient accès aux services de santé sans que cela n'entraîne pour les usagers de difficultés financières". Cependant, il faut reconnaître que la CSU est "le concept le plus puissant que la santé publique ait à offrir d'après l'ancienne directrice générale de l'OMS, a du mal à se concrétiser pour la population subsaharienne [...] Il est même loin d'être un " bien publique" (R. Valery, 2021).

Au Cameroun, les populations souffrent d'un manque d'infrastructures sanitaires ou de la vétusté de celles-ci. (F. C. Nkoa et P. Ongolo-Zogo, p. 4). En plus, ils ne sont pas trop fréquentés par les populations qui lui reprochent le manque de plateaux techniques nécessaires à la prise en charge de certaines pathologies. Le tableau suivant nous donne un bref aperçu de la situation qui prévaut dans quelques villes des régions du Cameroun.

Tableau 1 : Besoin en Hémodialyse et Imagerie médicale

N ^o	Région	Villes	Hémodialyse	Imagerie médicale
1	Adamaoua	N'gaoundéré	2011	2009
2	Est	Bertoua	2010 IADM	2008 Budget spécial
3	Extrême-Nord	Maroua	2009 Budget spécial	2011
4	Nord	Garoua	2008 Budget spécial	2010 IADM
5	Nord-Ouest	Bamenda	2008 Budget spécial	2010 IADM
6	Ouest	Bafoussam	2011	2009 Budget spécial
7	Sud	Ebolowa	2010	2009 Budget spécial
8	Sud-Ouest	Buea	2009 Budget spécial	2011

Source : Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2011-2015

Ce tableau prouve qu'au Cameroun l'on n'a pas pensé une politique de prise en charge de l'insuffisance rénale et de l'imagerie médicale. C'est la raison pour laquelle, l'on constate dans les données du tableau que c'est à partir de 2009 que les allocations des budgets pour des cas d'hémodialyse sont entamés. Cependant, cette politique reste inconstante puisqu'en réalité ce n'est que de 2009 à 2015 que les pouvoirs publics ont alloués des fonds spéciaux pour ces cas.

Ces fonds sont de 2 catégories : nous avons les budgets spéciaux du chef d'Etat d'une part, et les budgets liés aux initiatives d'allègements de la dette multilatérale en faveur des pays pauvres très endettés (PPTE) accordé par le FMI d'autre part. Cela laisse donc croire que, non seulement l'on n'a pas pensé à l'encadrement sanitaire des personnes souffrantes d'insuffisance rénale, ce qui expliquerait la protestation de ceux-

ci en 2020⁴. Mais aussi, que cet encadrement dépend fortement des conjonctures nationales et internationales.

En effet, des récentes enquêtes de l'Institut national de la statistique et du Ministère de l'économie révèlent que, les populations se plaignent de l'inaccessibilité des médicaments et des plateaux techniques (F. C. Nkoa et P. Ongolo-Zogo, p. 4). Cette plainte est liée au fait qu'en 2012, la dépense totale de santé au Cameroun s'élevait à 728,1 milliards de FCFA dont plus de 70 % à la charge des ménages (MINSANTE, 2016, p. 8). Il faut dire qu'au Cameroun, certaines personnes n'ont pas les moyens de payer directement les services dont elles ont besoin ou se mettent ns une situation difficile si elles doivent le faire. Lorsque des personnes à bas revenus privées d'une protection contre le risque financier tombent malades, elles se retrouvent face à un dilemme : recourir au service de santé local, et s'appauvrir encore, ou décider de ne pas l'utiliser, de rester malades et de risquer d'être dans l'incapacité de travailler (OMS ,2013, p. xi).

Généralement, qu'on soit en ville ou en campagne, l'accès aux soins de santé primaire est rude. Les malades se doivent de parcourir des kilomètres pour se faire soigner parce que les hôpitaux en milieu rural ne peuvent pas prendre en charge des cas suffisamment graves (les cas traités sont pour la plupart le paludisme, l'accouchement, les plaies etc.) A cet effet, en cas de maladie relativement grave, on se heurte à l'insuffisance et l'obsolescence des équipements, à l'insuffisance de leur maintenance. On manque également de spécialistes, et, les patients pour la plupart sont obligés de se rendre dans les centres urbains lorsqu'ils sont face à des cas de cancers par exemple.

Les coupures intempestives d'électricités empêchent la bonne marche des hôpitaux au niveau technique mais aussi administratif. Des cas d'opérations chirurgicales et des examens biomédicaux renvoyés sont la preuve, des manquements du système sanitaire camerounais dans certaines localités. Dans les villes, les responsables utilisent des groupes électrogènes mais dans les zones rurales, où ce phénomène est plus courant, le médecin se retrouve des jours sans possibilité de pratiquer une opération, aussi bénigne soit-elle. L'accès à l'eau potable, l'absence de latrines dans certains centres de santé sont également problématiques dans certaines localités.

La charge du personnel de santé est assez disparate spatialement avec des zones de sous-concentration et d'autres de surconcentration d'effectifs que ce soit en nombres de médecins, d'infirmiers ou de pharmaciens. On observe un réel déséquilibre entre l'offre qui est le personnel de santé et la demande constituée de la population. C'est d'ailleurs ce qu'atteste l'annuaire statistique du Cameroun en 2004.

Tableau 2 : Ratio population /personnel sanitaire par province en 2003

Personnel Province	01 médecin généraliste pour	01 médecin spécialiste pour	01 chirurgien- dentiste pour	01 infirmier pour
Adamaoua	24844	723626	723626	2575
Centre	14977	41008	500246	1416
Est	16780	188772	755088	1833

⁴ Les personnes souffrantes d'insuffisances ont protesté en 2020 devant le C.H.U de Yaoundé à cause manque d'appareil.

Extrême - nord	73553	//////////	//////////	6403
Littoral	30169	28978	244704	1773
Nord	53349	204503	613509	2709
Nord-ouest	484035	368105	1840527	3287
Ouest	28726	165176	1982106	1619
Sud-Ouest	21427	177536	621375	2381
Sud	20571	178265	534854	1783
Cameroun	26483	82795	60538	222

Source : Annuaire statistiques du Cameroun en 2004

A la vue du tableau, nous notons tout d'abord que le ratio personnel soignant/patient a un écart considérable. Cette insuffisance du personnel est certainement dû au fait que ceux en exercice semblent plus préoccupés par leur mobilité et sécurité sociale que par le souci de satisfaire les patients (B. D. Bekolo Engoudou, 2007). Dans chaque région, il est constaté un fossé énorme entre le nombre de prestataires de soins et le nombre de malades. Cela suppose que si 5 patients sont admis pour urgence sanitaire, d'aucuns trouveront la mort, faute de personnels sanitaires. En outre, la spécialité du médecin n'est pas précisée, du coup si celui-ci reçoit un patient en dehors de ses compétences, l'évacuation ou la mort du patient s'en surviendront.

La population étant bien supérieure par rapport à l'offre, il y a donc une corrélation positive concernant l'accès insuffisant aux soins et la surcharge dans les structures de santé publique (Stratégies spatiales, 2019, p. 18). Dans les zones rurales et enclavées, cette différence ainsi que les contraintes physiques d'accession à une formation sanitaire proche de son domicile sont des éléments qui poussent et encouragent la population à avoir recours aux médicaments de la rue ainsi qu'à la médecine traditionnelle qui pour beaucoup se présentent comme mesures palliatives.

Le monnayage et la négligence des malades sont autant de facteurs concourant à ce recours croissant des populations à la MTR. Une étude portant sur les perceptions de la corruption en milieu hospitalier révèle que 55,27 % de personnes avouent avoir payé un surplus pour être rapidement et bien servi. Pour une catégorie de personnes, c'est le prix à payer pour contourner les tracasseries (18, 42%). Concernant le personnel soignant, la même étude exploratoire démontre qu'il est corrompu à 81, 58%. Les infirmiers représentent 20%, les médecins 6% et sages-femmes 5%. Puis viennent les laborantins (2%) et le personnel administratif (7,89%) (R.C. Nka Nkouma Tsanga, 2020, p.257). Les malades abandonnés et négligés au sein des institutions hospitalières se rabattent vers ce qui leur semble familier, facile d'accès et abordable à savoir la MTR. La médecine traditionnelle a connu une perte de vitesse depuis quelques années, entre dévalorisation et assimilation à des pratiques mystico-religieuses, celle-ci n'avait de parenté que les pauvres. L'Etat du Cameroun poussé par la reconnaissance internationale de la MTR, notamment auprès des institutions internationales telles que l'OMS et l'UNESCO va initier un processus de revalorisation de ce qui restait de cette médecine bafouée.

3. Impacts du processus de valorisation et de légitimation de la MTR par les pouvoirs publics au Cameroun

S'étant ainsi rendu compte de l'importance de la MTR comme système d'accès aux soins de santé, ou de l'impératif d'associer la médecine conventionnelle à la MTR, surtout que le contexte international y était favorable. Les pouvoirs publics avec à l'aide des tradipraticiens ont entamé un processus de démystification de la MTR ainsi que l'encadrement juridique de la profession ; et dont l'aboutissement fut la "réhabilitation" de celle-ci.

3.1. Une démystification progressive de la MTR

Un certain mysticisme a toujours plané sur l'ensemble des procédés, les outils et les traitements dont font usage les *be bô mebiang* et les *mingengan* ; ceci s'explique en partie à cause du facteur historique. En effet, les puissances mandataires notamment la France ont renfermé le riche héritage des médecines locales sous la simple appellation de " sorcellerie" sans pour autant chercher à connaître et comprendre les principes et les vertus que pouvaient avoir celles-ci. A ce sujet Henri Labouret rapportait une remarque de Maurice Delafosse sur le danger de l'ethnocentrisme : *Il n'est pas facile de faire suffisamment abstraction de sa propre mentalité lorsqu'on étudie celle des autres, et, à vouloir dépeindre les Noirs tels qu'ils sont, on risque de les représenter seulement comme on les voit ce qui n'est pas la même chose* (H. Labouret, 1941, p. 307).

L'administration coloniale française commença ainsi à promulguer les décrets qui interdisaient la pratique dans tous ces territoires. Au Cameroun, c'est le décret du 08 août 1924 qui l'interdisait. Le paragraphe 24 de l'arrêté du 4 octobre de la même année rendaient exécutoires ces peines. Les soigneurs indigènes contrevenants devaient comparaître devant les tribunaux indigènes du 1^{er} ou de 2^e degré. Les motifs de comparution étant les suivantes : homicide par imprudence, mutilations sur la personne humaine. La sévérité de certaines mesures étaient telles que, les plus entêtés furent contraints à la clandestinité. Ceux-ci installèrent alors leurs bureaux dans des lieux relativement éloignés, insalubres et difficile d'accès par le colon (J.P. Bado, 1996, p. 90).

La MTR prend donc cette connotation péjorative de charlatanisme et de pratiques occultes. Cette manie qu'ont certains tradipraticiens à exercer dans l'ombre , ne milite véritablement pas pour une amélioration de la situation.

De fait, au lendemain des indépendances, l'Etat pensa à l'assainissement de la pratique toute entière. La vulgarisation des procédés par les praticiens et la sensibilisation des populations quant aux bienfaits de la MTR furent préconisés comme approches. C'est ainsi qu'au niveau national, les autorités et les praticiens de la médecine locale ont à plusieurs occasions contribué à la vulgarisation de la MTR, en célébrant la journée Africaine de la tradipratique par exemple. Concrètement, sont organisés des journées portes ouvertes, des tables rondes, des campagnes médiatisées de sensibilisation, d'éducation et des visites cliniques traditionnelles, des expositions du savoir-faire médical dans les chefs-lieux de chaque région du Cameroun. L'objectif étant d'atteindre une couche plus large de la population, notamment les plus jeunes,

pour qui la MTR demeure une pratique archaïque Comme le montre la photo suivante :

Photo n° 1 : Exposition des produits de la MTR par les tradipraticiens à la faculté de médecine de Yaoundé



Source : Joseph Mbeng Boum, 27 aout 2019.

Cette photo a été prise à l'occasion d'un séminaire organisé par le département de pharmacologie et de Médecine Traditionnelle de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de Yaoundé I. En effet, les professionnels de la MTR ont appris aux étudiants à fabriquer les médicaments améliorés susceptibles d'obtenir l'autorisation de mise sur le marché (AMM).

Le recours à la publicité apparaissait également comme un adjuvant pour les praticiens ; car c'était un moyen pour eux d'exposer à leur auditoire l'importance de leurs offres de santé. Quand on sait que l'Africain est le premier à douter de l'efficacité des médicaments et pratiques thérapeutiques qui sont à leurs portées. Cette publicité souvent portée par les patients-témoins, constituait la première source de renseignement pour qualifier les vrais et faux tradipraticiens, car il se rapporte de bouche à oreille les exploits médicaux ou les mésaventures de ceux-ci. De même, nombreux sont des tradipraticiens qui ont désertés les officines et les cliniques pour investir les marchés, les carrefours, les agences et autres lieux publics (via les panneaux publicitaires, des comptoirs mobiles, par un micro, à bord des voitures sonorisées). Certains praticiens commencèrent à porter sur leurs médicaments des composants utilisés.

Malheureusement, la vulgarisation à ce niveau n'a pas aidé puisque les mêmes problèmes subsistent. Jusqu'aujourd'hui il n'existe aucun système de contrôle de l'innocuité des plantes médicinales. Alors que l'utilisation inadéquate de certaines plantes médicinales soit par automédication, soit par prescription peut s'avérer être un danger. Le qualificatif "naturel" ne signifie pas automatiquement sans danger potentiel. Certains médicaments sont toxiques et peuvent par conséquent avoir des effets secondaires. En plus de ces aspects médicamenteux, se pose l'épineuse question du diagnostic et de la posologie qui, dans certains cas peuvent s'avérer indécis. Au regard de ces risques, il y a lieu de relever que la MTR par le biais des charlatans se servent des promesses de guérisons pour escroquer et bafouer les droits des malades. Ces pratiques sont plus accrues dans le cadre des médecines traditionnelles fondées sur le recours aux puissances surnaturelles. Face à cet état de chose l'on pensa à un encadrement juridique de la profession.

3.2. *Un encadrement juridique de la pratique et de la profession*

Au lendemain des indépendances africaines, les responsables des nouveaux Etats initient un processus de "reconnaissance " et de "revalorisation" de ce qui restait de ces médecines locales bafouées par plus de quatre décennies de sauvage répression (S. Ayangma-Bonoho, 2018, p. 441). Ainsi, dans la mouvance d'une réhabilitation de la MTR, l'OUA en 1964, suggère l'introduction des médecines locales dans les systèmes de soins. Les autorités camerounaises vont aussitôt mettre en place un cadre d'exercice de la MTR susceptible de protéger la propriété intellectuelle, d'améliorer l'accès aux soins des populations vulnérables. Les actions les plus importantes ont été notifiées ci-dessous :

- En 1974, l'Institut de Recherche Médicales et d'Etudes des Plantes Médicinales (IMPM) est créé. Cet organisme placé sous la tutelle de la délégation générale de la recherche scientifique et technique (DGRST) offre dans le cadre de sa législation des séminaires pour sensibiliser les tradipraticiens et autres prestataires de soins traditionnels sur l'étude scientifique des plantes médicinales et de la connaissance scientifiques des noms des plantes, des astuces de définition d'une bonne posologie et actes médicaux.
- Le 1^{er} décembre 1975 et le 06 février 1976, le centre de recherche médicales organisa des missions de contact avec des guérisseurs. Entre 1976 et 1981 avaient été élaborées des stratégies gouvernementales pour l'intégration de la MTR dans le système de soins de santé national.
- En 1979, le MINSANTE convoqua la conférence des gouverneurs de provinces pour la mise au point d'une stratégie de revalorisation de la MTR. Cette rencontre permis la création d'un comité permanent de la MTR chargé de coordonner les activités de recherche médicales et de la pratique dans ce domaine et un Institut de Recherche Médicale et d'Etudes des plantes Médicinales chargé de la recherche opérationnelle.
- En 1979, une décision ministérielle n° 031/D/MSP/BT du 31 août créait et organisait un service de MTR au MINSANTE. Ce service rebaptisé en 1989 service de santé communautaire et de MTR placé sous la supervision de la Direction de la Médecine Préventive et Rurale (DMPR) ; qui par le décret n° 2002/209 le service de prestations des Soins de Santé Primaires. Ce service a pour mission le suivi et l'organisation des tradipraticiens.
- En 2002, un programme national de Développement participatif (PNDP) est mis sur pied par le gouvernement, avec pour objectif l'amélioration des conditions de vie des populations en milieu rural ; et gérer de façon durable leurs ressources forestières non ligneuses et particulièrement des plantes médicinales.
- En 2007, le ministre de la santé publique présentait au public une série de textes-projets de loi organisant le secteur de la MTR. Ces textes venaient régler le secteur de la tradithérapie.

Après la politique répressive menée à son égard par l'administration coloniale, la réhabilitation de la MTR par l'Etat du Cameroun après les indépendances n'était qu'une question de volonté politique et d'affirmation de l'indépendance culturelle et surtout du système nationale (G. Ngandjou Komolo, 2016, p. 362). A cet effet, de 1960, jusqu'aux années 2000, l'Etat du Cameroun a considérablement accru son appui au développement de la MTR et à son insertion dans les Soins de Santé Primaires pour juguler les insuffisances de la médecine conventionnelle. Malheureusement,

l'ensemble des textes et réglementations élaborés sont restés au stade de projet pour la plupart. Aucun engagement politique véritable n'a été pris pour favoriser la promotion de cette médecine constate S. Ayangma-Bonoho, (2018, p. 447). On note plutôt qu'au niveau institutionnel, la question de l'intégration des médecines locales dans les systèmes nationaux de soins, ou leur re-valorisation, est à l'image d'une montagne qui accouche d'une souris. De plus, les cadres censés contraindre et influencer la conduite des différents acteurs ont échoués à plusieurs égards, notamment dans la réorganisation de la pratique. Cet état de chose entretient le charlatanisme et l'idée d'un système monopoliste qui reconnaît l'exclusivité des soins de santé à la biomédecine. Car la médecine traditionnelle et les tradipraticiens demeurent dans l'informel.

Conclusion

En tant que pratique multidimensionnelle, la médecine traditionnelle occupe une place de choix dans les traitements, la prévention de certaines maladies et dans l'amélioration de la qualité de vie d'un grand nombre de communautés au Cameroun. A cet effet, un véritable accompagnement juridique de l'Etat doit être mis sur pied afin de protéger, d'officialiser, de contraindre les praticiens et de valoriser cette pratique qui a l'avantage d'être une acceptabilité culturelle. Cependant, elle ne devrait pas évoluer en autarcie car les critiques virulentes formulées à son égard, militent plutôt en faveur d'une attention plus soutenue des thérapies. De plus, bien qu'elle soit précieuse dans l'amélioration de l'état de santé des populations sa promotion et son développement ne suffiraient à garantir l'accès aux soins pour tous, aux médicaments et à la prévention.

Références bibliographiques

- AYANGMA-BONHOHO Simplicie, 2018. " L'organisation Mondiale de la santé (santé (OMS), les politiques de développement sanitaire et leur mise en œuvre en Afrique centrale entre 1956 et 2000", Thèse de Doctorat en Histoire, Université de Yaoundé I.
- BADO Jean-Paul, 1996. *Médecine coloniale et grandes endémiques en Afrique 1900- 1960, lèpre, trypanosomiase humaine et onchocercose*, Paris, Karthala.
- BEKOLO ENGOUNDOU Bruno Duovany, 2007." La relation thérapeutique dans les interférences entre biomédecine et la tradipratique. Une lecture anthropologique à l'hôpital la Quintinie et à l'African Clinic de Douala (Cameroun)"[en ligne], D.E.A en anthropologie, Université de Douala. [Consulté le 16 novembre 2022]. Disponible sur www.memoireonline.com.
- CANTRELLE Pierre et LOCOH Thérèse, 1990. *Les facteurs culturels et sociaux de la santé en Afrique de l'Ouest* [en ligne], Paris, CEPED. [Consulté le 8 octobre 2022]. Disponible sur : <https://www.documentation.fr>
- Comité International de Bioéthique (CIB), 2013. Rapport du CIB sur les systèmes de la médecine traditionnelle et leurs implications éthiques, UNESCO, Paris.

- ELA Jean Marc, 1994. *Afrique : l'irruption des pauvres. Société contre ingérence, pouvoir et argent*, Paris, L'Harmattan.
- FASSIN Didier, 1992. *Pouvoir et Maladie en Afrique*, Paris, PUF.
- FILAKOTA Richard, 2010. "Le marabout thérapeute dans le contexte du pluralisme médical" in *Ludovic Lado* (dir.), *Le pluralisme médical en Afrique*, PUCAC-Khartala, Yaoundé et Paris, p.85-99.
- FOE NDI Christophe, 2019. "La mise en œuvre du droit à la santé au Cameroun [en ligne]", Thèse de Doctorat en Droit, Université d'Avignon. [Consulté le 29 septembre 2022]. Disponible sur l'adresse : <https://tel.archives-ouvertes.fr>
- LABOURET Henri, 1941. *Paysans d'Afrique occidentale*, Paris, Gallimard.
- MARTIN Gustave, 1921. *L'existence au Cameroun. Etudes sociales, Etudes médicales, Etudes d'hygiène et de prophylaxie*, Paris, Emile Larose.
- MBONDJI EDJENGUELE, 2010. "Le modèle en ethno-anthropologie africaine ou du sens en sens inverse" in Nga Ndongo, valentin et Kamdem, Emmanuel, (sous la dir), *La sociologie aujourd'hui : une perspective africaine*, Paris, L'harmattan, p. 247-263.
- MONTEILLET Nicolas, 2005. *Médecines et sociétés secrètes au Cameroun*, Paris, L'Harmattan.
- MVE BELINGA Jeannot, 2011. "La médecine traditionnelle et l'évolution de la santé au Cameroun : le cas de l'aire culturelle Fang-beti-boulou, 1924-2003", Thèse de Doctorat en Histoire, Université de Yaoundé I.
- NGA NKOUMA TSANGA Rosalie, 2020 "Effets de la corruption en milieu hospitalier camerounais sur la performance hospitalière" , in *Revue « Repères et perspectives économiques »* [en ligne], Vol.4, n° 2, 2^e semestre , 2020 , p. 244-264. [Consulté le 29 septembre 2022]. Disponible à l'adresseURL :<http://www.https://revues.imist.ma/index.php?journal=rpe&age=article&op=view&path%5B%5D=21542>
- NGANDJOU KOMOLO GerardGérard, 2008. "La médecine traditionnelle dans les chefferies bamilékes de l'ouest Cameroun du XV^e au XX^e OMS, Thèse de Doctorat en Histoire, Université de Yaoundé I. stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023".
- NKOA FrancoisFrançois Colin et ONGOLO-ZOGO Pierre, 2012. "Promouvoir l'adhésion universelle aux mécanismes d'assurance maladie au Cameroun [en ligne]", Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé – SURE/EVIPNet, septembre 2012. [Consulté 27 septembre 2022]. Disponible sur www.who.int.
- OMS, "Rapport sur santé dans le monde 2013 : la recherche pour la couverture sanitaire universelle" [en ligne], OMS, Luxembourg, 2013, p. xi., disponible sur www.who.int [consulté le 02 novembre 2022].
- Rapport sur santé dans le monde 2013 : la recherche pour la couverture sanitaire universelle [en ligne], OMS, Luxembourg, 2013, p .159. [Consulté le 05 octobre 2022]. Disponible à l'adresse : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85764>
- SANKALE Marc, 1969. *Médecins et action sanitaire en Afrique noire*, Paris, Ed. Sociale.
- Stratégies spatiales, Analyse géographique de la couverture sanitaire au Cameroun : répartition des formations sanitaires et de la charge du personnel de santé

- [en ligne], n° 2 mars-avril 2019, p.1-20. [Consulté le 10 octobre 2022].
Disponible sur l'adresse : [http://www. geostratégies.net](http://www.geostrategies.net).
- TRAORE Dominique, 1965. *Comment le noir se soigne-t-il ? ou médecine et magie africaine*, Paris, Présence Africaine.
- VALERY Ridde, 2021. "Les défis de la couverture sanitaire universelle en Afrique subsaharienne : permanence et échecs des instruments du New Public Management" [en ligne], in Ridde Valery (ed.), Mbow Sane Ndèye Bineta
- WANG SONNE, 1983. "Le malade face à la lutte contre la lèpre au Cameroun sous administration française 1916-1945", in *Maladies, Médecines et sociétés. Approche historique pour le présent*, tome 2, Actes du 6^e colloque d'histoire au présent, paris L'Harmattan, 1983, p.90.