



**HAL**  
open science

# POSTFACE GUÉRIR EN AFRIQUE OU LE SILENCE QUI PARLE

Anne Marie Moulin

► **To cite this version:**

Anne Marie Moulin. POSTFACE GUÉRIR EN AFRIQUE OU LE SILENCE QUI PARLE. Guérir en Afrique, 2021. hal-03512126

**HAL Id: hal-03512126**

**<https://hal.science/hal-03512126v1>**

Submitted on 5 Jan 2022

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## POSTFACE

# GUÉRIR EN AFRIQUE OU LE SILENCE QUI PARLE

Anne Marie Moulin \*

On dit souvent que les gens heureux n'ont pas d'histoire : peut-être que les gens guéris non plus et qu'ils se hâtent d'oublier. Alice Desclaux, Aïssa Diarra et Sandrine Musso ont choisi de donner la parole à la guérison et de rompre avec l'immémoriale discrétion des guéris, dans une perspective d'anthropologie médicale, terme par lequel elles entendent « une anthropologie de la santé, de la maladie et des soins », en un sens très large, recrutant de multiples registres et questions que leur introduction articule.

La guérison peut être présentée comme une pacification du corps, une extinction de ses plaintes, une détente subjective avec retour à ce que le chirurgien et physiologiste René Leriche appelait le silence des organes (Leriche, 1936). La guérison serait donc au fond, par définition, un silence du corps envahi par le sentiment d'une paix retrouvée après le bruit et la fureur d'un combat. Cette définition a le mérite d'associer peut-être la guérison au sens de l'expérience subjective de ceux qui la vivent et la guérison au regard de l'Autre, ici le médecin, une définition qui suggère deux approches, deux définitions qui la plupart du temps divergent et ont divergé.

Les éditrices de l'ouvrage ne se contentent pas d'une approche anthropologique de la guérison et d'une exploration de ses deux versants, subjectifs et objectifs : elles entendent esquisser ce qu'elles appellent une « épistémologie de la guérison ». Avant même d'examiner de façon approfondie la façon dont la guérison est construite par les individus et les sociétés, elles retiennent d'abord à propos de son concept le principe d'une rupture ou comme elles le disent d'une « césure », renvoyant dos à dos la question de savoir si la guérison est un état ou

---

\* Philosophe, médecin, directrice de recherche émérite CNRS à l'UMS SPHERE, CNRS-université de Paris.

un processus et celle de savoir si c'est la religion ou la science qui en détient le dernier mot.

Par l'épistémologie de la guérison, qui nous la fait entrevoir fondamentalement comme une rupture, nous sommes ainsi invités à relire une histoire de la guérison où l'aspect miraculeux témoigne en effet d'une césure, d'un changement de registre, caractérisé par une immédiateté et une soudaineté qui défient l'analyse. Dans un second temps, la guérison pourra être réexaminée comme processus, concomitant avec la recherche et l'application de normes par les gardiens vigilants de l'ordre des corps (Memmi, 2004), à travers la multiplicité des vocables qui désignent la guérison.

## POUR UNE HISTOIRE DE LA GUÉRISON

### *Le repère du miracle*

Avant d'aborder le riche matériau anthropologique de la guérison en Afrique, il faut accorder de l'attention à la césure vitale et au repère intemporel et paradoxal de la guérison au cours de l'Histoire, qu'est le miracle ou la guérison sans raison. Les éditrices notent d'ailleurs que l'étude de la guérison a pu être gênée par l'écran que la tradition religieuse impose en la matière à une appréciation du contexte évolutif « social et sanitaire », et nous ajouterions volontiers scientifique. On peut parler à ce propos d'un « obstacle épistémologique » à l'étude de la guérison.

Y a-t-il eu d'abord Guérison sans la Raison ou sans raison ? Qui dit *guérison* dit d'abord *miracle* et recours à une magie qui fut religieuse avant d'être médicale, liée aux interventions d'un art de soigner qui pour la Grèce ancienne naquit aux flancs du temple d'Asclépios, dieu de la médecine à Épidaure, mais dont l'origine se perd dans la mémoire de l'humanité avec le souvenir du plus vieux métier du monde.

Le miracle survient de façon instantanée grâce à une intercession. Des divinités, des génies habitent le ciel, la terre et la mer, les forêts et les campagnes. Les dieux se manifestent sur les montagnes et dans les grottes où subsistent des inscriptions et des dessins préhistoriques. La plupart des religions formulent des réponses à la demande de miracles. Dans le christianisme, Jésus figure le thaumaturge par excellence : il fait entendre les sourds et voir les aveugles, il guérit les flux de sang et les paralysies et ressuscite les morts. Si le prophète de l'islam ne semble pas avoir effectué de guérisons miraculeuses, l'une des quatre écoles juridiques de l'islam sunnite tire son nom de l'imam Al Shâfi'î ou *le Guérisseur*, et les fidèles au Caire viennent demander la guérison de leurs maux au moyen de pétitions déposées sur son tombeau (Adly, 2007).

Les témoignages de reconnaissance envers les intercesseurs ont existé de tous temps dans les lieux de culte où ex-voto, tablettes, objets variés se sont accumulés au cours des siècles. En 1968 (pendant la pandémie grippale !), à l'occasion de la construction d'un immeuble dans la banlieue de Clermont-Ferrand, des travaux mirent au jour, près de la source des Roches, des milliers d'objets votifs en bois remontant pour les plus anciens au 1<sup>er</sup> siècle avant Jésus-Christ (Romeuf & Dumontet, 2000).

Lorsque la médecine commence à se mêler de guérir, la guérison se doit d'être rapide voire instantanée et de ressembler aux miracles. Dans la fresque de Fra Angelico à Florence, les saints patrons syriens de la profession, les chirurgiens Côme et Damien, effectuent une greffe de jambe après ablation du membre gangrené : un greffon noir, provenant du cadavre d'un esclave maure, est placé sur le corps blanc du receveur. La solennité de la césure fait oublier l'acte chirurgical, apparenté à un rituel. Les saints, dits *anargyroi*, opèrent sans argent, gratuitement. Les honoraires, apparaissant comme scandaleux dans un métier apparenté au sacré, font l'objet d'un débat qui traverse les siècles.

Dans l'histoire de la médecine, ce sont les chirurgiens qui ont le plus correspondu à cette attente de miracles, par le tempo bref de leurs interventions, comparé au temps long des pansements et des tisanes. En ophtalmologie, science très ancienne dans la civilisation grecque et arabe, l'opération de la cataracte a marqué les imaginations en raison de la soudaineté de la récupération de la vue, lorsque le cristallin opacifié (définition de la cataracte) est abaissé par l'opérateur et libère la perception de l'espace et des couleurs. Même si les suites peuvent ne pas être simples, cette restauration immédiate de la vision a exercé un énorme empire sur les esprits : c'est ainsi que le docteur Clot, « Clot bey », arrivant depuis Marseille en 1825 pour fonder l'École de médecine moderne au Caire à la demande du vice-roi Mohammed Ali, lorsqu'il débarque à Alexandrie, inaugure la médecine moderne sur la terre des Pharaons en opérant un aveugle de la cataracte avec un couteau sorti de sa trousse. Le *fellah* tombe à genoux en remerciant Dieu. Clot ne faisait que renouveler un geste appartenant à une longue tradition qui s'est maintenue dans plusieurs pays comme la Chine où, il y a quelques années, opéraient encore des spécialistes traditionnels. Mao a d'ailleurs tenu à être opéré par l'un d'entre eux <sup>1</sup>.

La médecine s'efforce aujourd'hui d'agir avec promptitude. Les cures des infections bactériennes ont d'ailleurs tenu du miracle lors de leur apparition dans la pharmacopée en 1930 avec les sulfamides puis avec les antibiotiques. On a parlé de « magic bullets » et de « wonder drugs ». Il faut imaginer qu'après la deuxième guerre, une dose d'un million d'unités de pénicilline a pu remettre

---

<sup>1</sup> Témoignage du docteur Jean-François Schemann, ophtalmologue (2010).

rapidement un malade sur pied, quand par la suite il a fallu passer à plusieurs millions, sans parler du phénomène actuel de la montée des résistances microbiennes aux antibiotiques.

Le miracle transcendant habite encore le mental du médecin moderne qui est parfois mis au défi par une guérison impensable. En 1905, Alexis Carrel, sceptique à l'égard des miracles en dépit de ses convictions catholiques personnelles, a décrit minutieusement son observation à Lourdes de la guérison d'un cas de péritonite tuberculeuse, à 100 % habituellement mortelle. Son récit impressionne encore les chirurgiens d'aujourd'hui qui connaissent bien la contracture de la péritonite, le « ventre de bois », un signe décrit précisément par Henri Mondor<sup>2</sup> et qui ne trompe pas de vrais cliniciens. Carrel a « vu » le ventre s'affaisser soudainement et reprendre sa souplesse.

Les guérisons inexplicables sinon par une intervention divine forment un domaine encore présent, à l'heure de l'attention exclusive à l'« Evidence-Based Medicine », ou médecine des preuves, née au Canada en 1972 à l'université Mac Master, imposant désormais un ordre rigoureux de la démonstration par les essais cliniques (Marks, 1999). Jacalyn Duffin, hématologue et historienne de la médecine au Canada, a relaté le cas dont elle a témoigné devant la curie romaine en 1995 (Duffin, 1997 et 2009) : la disparition des cellules leucémiques d'une patiente qu'elle suivait depuis des mois. Cette patiente avait invoqué une canadienne du XIX<sup>e</sup> siècle, fondatrice de l'ordre des Soeurs grises, dévoué aux prostituées. La patiente avait choisi une sainte « locale » : jusque-là les saints officiels étaient originaires d'Europe (Bruneau, 1998). Le procès en canonisation (qui nécessite au moins deux miracles authentifiés pour aboutir) a passionné le public canadien.

En littérature, on retrouve des récits où s'opposent la certitude de la guérison miraculeuse et les doutes du médecin de formation universitaire, comme dans le roman égyptien *La lampe à huile*, qui raconte les affres d'un praticien moderne devant la guérison d'une femme aveugle grâce à l'huile de la lampe de la mosquée de Sayyida Zaynab qui est l'objet d'une vénération particulière par les femmes dans le centre du Caire<sup>3</sup>.

### *La guérison, un processus qui s'inscrit dans le temps*

La guérison médicale s'inscrit donc dans une problématique marquée par l'idéal de la rapidité fulgurante du miracle, entraînant soulagement et adhésion

---

<sup>2</sup> Henri Mondor, 1930, *Diagnostics urgents. Abdomen*, Paris, Masson.

<sup>3</sup> Yahia Haqqi, 1944, *La lampe à huile (Qandil Oumm Hashim)*, Le Caire ; traduction française : 1991, *La lampe de Oumm Hachem*, Paris, Denoël.

immédiate à l'art qui l'a permis, et la réalité d'une lenteur imposée par les procédures laborieuses de la biomédecine. Car la médecine moderne a revendiqué non seulement d'être l'art de soigner mais celui de guérir : telle est la perspective proposée par Jean-Paul Lévy dans son ouvrage sur *Le pouvoir de guérir* (1991), qui fait commencer ce pouvoir avec ce qu'il appelle l'Âge de la raison, à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle. Lévy situe, sans surprises, sa victoire au temps de Claude Bernard et Pasteur, des repères bien français. On pourrait écrire cette histoire sous d'autres couleurs nationales, comme a tenté de le faire Jacalyn Duffin (1999) dans son *Histoire de la médecine* adressée aux étudiants canadiens.

Mais on peut aussi faire remonter cet Âge de la raison à l'apparition d'une médecine timidement laïque, quand les disciples d'Hippocrate, au V<sup>e</sup> siècle avant J.-C., ont cessé de considérer l'épilepsie, « le mal caduque », comme un phénomène surnaturel (Temkin, 1991). Ils ont dégagé l'idée d'une nature fonctionnant selon des mécanismes propres à observer en espérant que les choses tournent du bon côté. C'est toute l'histoire de la notion de « crise » (Pigeaud, 2006). À l'heure du COVID-19 et de ses infections respiratoires gravissimes, on épie encore le moment où, grâce à la réanimation, la vie en suspens reprendra son cours.

Depuis l'Antiquité au moins, les médecins parlent de guérison au public pendant leurs tournées dans les îles grecques. Ils hésitent d'ailleurs à s'adresser à certains malades qui semblent ne pas être de leur ressort, les incurables, dans le but de ne pas se trouver en mauvaise posture pour s'être engagés dans une démarche qui va nuire à leur réputation (Jouanna, 1992). Attitude qui n'est pas unanime : certains admettent par compassion de soigner sans grand espoir de guérir. Aujourd'hui, dans cet esprit, on peut mettre en œuvre des protocoles « compassionnels » dérogeant aux règles scientifiques ordinaires des essais thérapeutiques.

Paradoxalement, lorsque les médecins ont étendu leur activité dans de nombreux domaines, et alors qu'ils visaient de plus en plus la guérison, ils se sont en même temps dégagés d'une obligation qui pouvait sembler inscrite dans le soin à leurs patients (Goubert, 1982). C'est en effet au XIX<sup>e</sup> siècle, au moment de l'essor de la biologie, qu'ils ont élaboré l'obligation de déployer les moyens offerts par les progrès de la science, mais sans obligation de résultats (Meyer, 1993), protégeant ainsi l'essor de la « science expérimentale » (Sinding, 1991). Cette obligation a pu être réintroduite ensuite dans certains cas comme la chirurgie esthétique, mais sa généralisation fait encore l'objet d'après discussions. Pourtant cette prudence est bien loin d'avoir toujours caractérisé l'art médical. Au Moyen Âge, des documents prouvent que la guérison pouvait faire l'objet d'un contrat entre le praticien et son client, et le remboursement des honoraires était même prévu en cas d'échec, sur le mode des tractations

commerciales ; il en allait de même pour les « empiriques », nom donné autrefois à des thérapeutes exerçant sans être passés par les Écoles.

Au cours du temps, les récits de la guérison prêtent attention à ses instruments. L'eau guérisseuse en fait partie. Le thermalisme moderne renoue avec la fréquentation des sources réputées du pouvoir de guérir (Weisz, 2002). Un temps considéré comme prêt à disparaître, il conserve un pouvoir d'attraction et a seulement modifié ses indications.

Objets de la muséographie contemporaine, les lancettes et scalpels sont parfois difficiles à distinguer des outils de la vie quotidienne. Au musée islamique du Caire, une vitrine exhibe d'énigmatiques objets en forme de grenades, présentés comme des flacons de drogues<sup>4</sup>. Mais au temple de Kom Ombo, près d'Assouan en Égypte, sur les bas-reliefs, il semble que des instruments proprement chirurgicaux fassent remonter bien au-delà d'Hippocrate et de sa postérité. Témoins de la parenté persistante de la médecine et de la religion, des instruments médicaux peuvent figurer au XX<sup>e</sup> siècle non pas au musée mais dans des lieux de culte. Dans l'église du Gesù Nuovo à Naples, la statue du docteur Giuseppe Moscati, mort en 1927 et canonisé par Jean-Paul II en 1970, le représente avec le stéthoscope autour du cou, l'emblème de la médecine moderne. Et dans la sacristie, de nombreux ex-voto représentant avec un réalisme anatomique des organes tels que seins, utérus et thyroïde attestent le résultat (miraculeux ?) des traitements du praticien napolitain...

### *Les critères de la guérison*

L'art de guérir a pris finalement de la vitesse. La convalescence, volontiers représentée dans la peinture romantique, s'est démodée aux yeux d'une société avide de résultats rapides à la fin du XX<sup>e</sup> siècle. Pour l'historien Marc Ferro, la société contemporaine impose des traitements rapides et efficaces comme une antibiothérapie qui remet le prolétaire sur pied et le renvoie au travail (Ferro, 1998). Pour des raisons également économiques, la tendance actuelle est d'écourter l'hospitalisation pour renvoyer vite le malade chez lui, au terme d'une guérison plus anticipée que maîtrisée, sans tenir compte de la solitude ou du dénuement qui l'attendent souvent *at home*.

Mais est-on jamais sûr d'être guéri ? Dans de nombreux cancers, on s'est contenté longtemps de parler de *rémission*, puis, ces dernières années, les cancérologues ont pris leur revanche sur les infectiologues en revendiquant le pouvoir de *guérir*. Cependant, nombre de malades, même considérés comme

---

<sup>4</sup> *Quand les Sciences parlent arabe*, 2003, Catalogue de l'exposition, Musée d'art islamique, Le Caire.

guéris, invités à poursuivre une surveillance sur la base de certains paramètres, la ressentent comme une épée de Damoclès au-dessus de leur tête. Certains choisissent de ne plus se faire tester, pour éviter l'attente anxieuse du prochain dosage et rester résolument sur l'orbite de la guérison.

Dans la longue discrétion médicale sur la guérison entrent quelques bonnes raisons, en premier lieu une crainte que cette guérison ne soit pas durable ou soit incomplète. Aujourd'hui, à propos des cas d'infections à COVID-19, on relève déjà chez les guéris la possibilité de fatigue et de troubles divers, et les médecins ont proposé l'anglicisme de *long-termers*. Et que dire des « porteurs sains », guéris mais pouvant être contagieux, comme la célèbre Irlandaise Mary Mallon, semant la typhoïde dans les maisons où elle exerçait comme cuisinière et finalement confinée à vie dans un hôpital-prison où elle mourut en 1936 ?

Maladie et guérison s'avèrent équivoques, puisque Mary a été guérie sans se sentir malade et a pu transmettre la maladie sans elle-même présenter de symptômes. On pourrait aussi s'aventurer à parler de porteurs sains à propos des séropositifs pour le VIH, ou encore « personnes vivant avec le VIH ». On remarquera d'ailleurs que les épidémiologistes évitent de parler de « séropositifs » à propos des personnes ayant des anticorps contre le COVID-19 tant l'expression a été associée au sida. Ou, comme le proposait le docteur Knock de Jules Romain, avec l'extension des explorations biologiques et radiologiques qui font découvrir de plus en plus d'anomalies, tout homme en bonne santé est un malade qui s'ignore (Corvol & Postel-Vinay, 2000).

En dépit de l'accent triomphal des bilans de la médecine, la notion de guérison s'avère équivoque lors de l'examen rétrospectif des grands succès remportés sur les maladies infectieuses. À propos de la poliomyélite, par exemple. Vers 1950, la gravité de la poliomyélite tenait au risque de paralysie ascendante des muscles respiratoires, imposant le recours au sinistre poumon d'acier, le respirateur de l'époque. Parmi ceux qui avaient guéri apparemment sans séquelles, parfois avait cependant subsisté un mal sournois : le virus avait discrètement détruit certains nerfs moteurs dont l'atteinte ne se révélerait que plus tard, l'âge venant. Les survivants se rappelaient avec amertume comment, dans l'enfance, il leur avait fallu donner le change sur leurs faiblesses et démontrer leurs capacités sportives, parce que l'entourage attendait d'eux la confirmation de la guérison et de la victoire sur la maladie (Shell, 2005).

Comment évaluer le destin (Houdard *et al.*, 2015) ? Dans l'appréciation des rémissions, les chiffres représentent une façon glaçante de se projeter dans un avenir qui de toute façon se dérobe (« vous ne savez ni le jour ni l'heure », dit l'Évangile). Le choix de tel ou tel protocole est argumenté sur la base d'un taux probable de survie à un délai variable, rarement affiné selon l'âge, le sexe, les conditions de vie... et le désir de guérir. Ironie de l'Histoire : au moment même où à leur tour les cancérologues parlaient haut et fort de « guérisons », les infectiologues ont dû reprendre le chemin pavé d'embûches des traitements dits



de seconde et de troisième ligne. La tuberculose, ce fléau qu'on croyait avoir exorcisé et pensait même pouvoir éradiquer, connaît maintenant des formes ultra-résistantes pour lesquelles l'éventail des drogues disponibles se réduit comme une peau de chagrin, imposant le recours à des médicaments abandonnés dans le passé parce que trop toxiques.

Les seuils des biologistes, pour décider de la guérison ou la normalisation des constantes, sont loin de faire l'unanimité. Si l'on en croit les normes officielles, beaucoup de sujets en France auraient des taux de TSH (hormone hypophysaire stimulant la thyroïde) supérieurs à la normale. Cela signifie-t-il que la France compte autant d'hypothyroïdiens voués à un traitement substitutif à vie ? Dans le même esprit, faut-il aussi considérer que tous les Français auraient une hypovitaminose D, selon les résultats de certaines enquêtes ? Rappelons-nous la cure d'huile de foie de morue des générations précédentes. Ne faut-il pas reprendre de fond en comble cette question des normes ? Elle est aussi discutée en matière d'obésité, par exemple à Tahiti et dans les îles Marquises, où il semble que les normes « occidentales » amènent à caractériser comme pathologiques les formes pléthoriques mais musclées de citoyens ressemblant à des vedettes du foot (Sanabria, 2016).

Les normes sont discutables voire arbitraires, mobiles aussi au cours de la vie, indices d'une adaptation inhérente au vivant. Le déroulement de la maladie est l'occasion d'adopter de nouvelles normes, de prendre une « allure » nouvelle, comme aimait à le rappeler le philosophe et médecin Georges Canguilhem, par analogie avec les allures du noble compagnon de l'homme, le cheval.

### *À qui doit-on la guérison ?*

Finalement la question se pose : à qui revient le mérite de la guérison ? Rappelons que beaucoup de guérisseurs, par exemple dans les cultes chamaniques, ont éprouvé sur eux-mêmes une méthode de guérison, qu'ils ont ensuite transmise à leurs adeptes (Stépanoff & Zarcone, 2011). Le pouvoir de guérir s'entend donc du religieux, du médecin et finalement du patient lui-même.

Parler de guérison en médecine, c'est entrer dans l'intimité d'un processus interne attribuable à l'organisme, assisté par l'art médical. De nombreuses guérisons surviennent sans intervention de cet art, grâce à l'organe inventé à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle qu'est le système immunitaire. On peut supposer (et imaginer) la mise en jeu successive des différents acteurs de ce système : les phagocytes de l'immunité innée, cellules dévoreuses de débris cellulaires et de microbes, et ses molécules toutes prêtes, les cytokines, puis l'immunité spécifique, anticorps et lymphocytes, évoluant eux-mêmes au cours de l'infection. Ce système dont Canguilhem avait salué les ébauches ne fonctionne pas sans équivoques. Il a été

beaucoup question de « l'orage cytokinique » dans les formes graves d'atteinte par le COVID-19. Les cytokines sont les molécules sécrétées par le système immunitaire, qui agissent sur les cellules et peuvent jouer, comme les interférons, un rôle dans la défense contre les infections virales. Mais elles peuvent aussi par un mécanisme bien connu « d'auto-immunité » se retourner contre l'organisme.

Retour donc à l'inflammation, un concept à tout faire, qui a changé plusieurs fois de sens au cours de l'Histoire. Dans l'Antiquité tardive, avec le médecin romain Celsius (III<sup>e</sup> siècle après J.-C.), associé à la triade symptomatologique *calor rubor dolor*, chaleur rougeur douleur, et synonyme de « lésion », l'inflammation résumait la phénoménologie de la maladie. Le concept a évolué avec Élie Metchnikoff et la génération des microbiologistes de la période pastoriennne, et signifié une réaction de défense de l'organisme, présente au cours de toutes les maladies. Mais cette réaction, normale au cours de la marche vers la guérison, doit rester bornée et équilibrée, sinon elle peut être à l'origine d'affections chroniques comme les atteintes dégénératives du système nerveux (sclérose en plaques...) et relève alors d'une thérapeutique par les anti-inflammatoires comme les corticoïdes. Ainsi la vérité médicale est-elle chahutée en révélant des zones d'incertitude quand elle est suivie au jour le jour comme cela se passe actuellement sous nos yeux avec les formes graves de COVID-19 où l'on a d'abord proscrit les corticoïdes avant de les recommander.

De ces bouleversements, Georges Canguilhem, disparu en 1995, ne connaissait pas le dernier mot biologique, mais il les avait projetés d'avance sur l'organisme malade en proférant l'oracle que la guérison n'est pas un « retour à l'innocence physiologique » (Canguilhem, 1966 : 156) ; autant dire que la rencontre avec un virus, une bactérie ou un prion représente un « péché originel » empêchant tout retour en arrière : le pouvoir de guérir « s'use à maîtriser les périls successifs » (Canguilhem, 1978 : 26). L'aphorisme de Canguilhem est passé en proverbe. Après l'orage, le système immunitaire, le grand timonier de l'organisme, a retrouvé le calme, mais à quel prix, quels réseaux cellulaires se sont-ils émus, quelles cytokines se sont-elles déversées dans le courant circulatoire ? Plus généralement, la cicatrisation ne laisse-t-elle pas toujours des traces dans un organisme héraclitéen où le sang ne baigne jamais les mêmes cellules et où la mort cellulaire sous les multiples formes de l'apoptose (Ameisen, 1999) resculpte sans cesse le corps au quotidien.

*La guérison serait-elle une illusion ?*

La médecine n'est pas la seule à atermoyer devant l'annonce de la guérison. Les malades peuvent éluder son annonce, par peur de parler trop tôt de victoire ou d'attirer le mauvais sort. Dans de nombreuses cultures, après la naissance d'un bel enfant, pour éviter la jalousie des voisins et surtout des voisines, les mères recourent à un stratagème qui consiste à vêtir l'enfant de haillons ou

encore lui donner un surnom ridicule qu'il ne gardera pas, une fois devenu grand, par crainte d'*Oumm al-sibyan* (la mère des enfants), appellation donnée par dérision à cette *djinna* (féminin de djinn) frustrée qui fait périr les beaux garçons premiers-nés. Cette coutume existerait aussi dans certaines campagnes, comme en Russie.

La guérison du corps peut sembler dérisoire vis-à-vis du salut de l'âme, et toute une littérature rappelle que la maladie est épreuve envoyée par Dieu pour engranger des mérites. Une tradition, dans l'islam comme dans le christianisme, célèbre la mort de maladie, en particulier pendant une épidémie, comme un martyr, dans la Byzance chrétienne comme dans l'Orient des Croisades (Melhaoui, 2005). Pascal, qui fut un grand malade, rejette au fond l'idée de guérison et plaide pour « un bon usage des malades » (Moulin & Moulin, 1962). Le travail médical demande justification, d'où l'encadrement de la profession chez les catholiques par le culte des saints Côme et Damien. En son temps, le pape Pie XII avait innové, envoyant sa bénédiction à un congrès d'anesthésistes dans les années 1950 en les autorisant à calmer les douleurs par les moyens disponibles, sans encourager les fidèles à assurer leur salut par des souffrances inutiles.

Le terme *guérison* est par essence équivoque voire mensonger, car la guérison n'est jamais que temporaire, au regard de la guérison définitive, « car à la mort tout s'assouvit », comme dit le poète François Villon dans son testament. La vie ne guérit jamais, un thème pour poètes autant que pour théologiens. Jean-Paul Lévy considère sobrement dans son histoire de la médecine à travers l'idée de guérison que, finalement, guérir « n'était pas au programme de la vie » (Lévy, 1991 : 5).

La guérison peut aussi perdre de son sens, quand la souffrance crée paradoxalement un habitus permettant de survivre, comme on l'a décrit chez les poilus de la première guerre, dans la tranchée, face à toutes les misères : la faim, la soif, le bruit, la saleté, la promiscuité, la vermine. La maladie peut devenir une carapace, dont même l'idée — le mirage ? — d'une guérison ne suffit pas à abandonner l'abri.

Dans notre ère de revendication de la médecine comme principal opérateur de guérisons, que dire de l'hypochondrie qui ne guérit pas ? Et inversement que dire du placebo qui, lui, guérirait tant de maux ? Normalement son action symbolique (Lévi-Strauss, 1949) est déjouée par les protocoles d'essais thérapeutiques doublement aveugles : ignorance du sujet, ignorance du médecin. Ignorance intolérable. Les participants à des essais cliniques de vaccins contre le COVID-19 guettent, anxieux, dans les tréfonds de leur organisme le tressaillement qui fera la différence entre vaccin et placebo, et compromettent la neutralité de l'essai (Andreani, 2020). L'effet placebo traverse les temps et fournit une explication qui n'en est pas tout à fait une à la guérison inexplicable,

sauf à admettre « l'Influence qui guérit » (Nathan, 1994), qui vient brouiller les cartes de la science.

## L'AFRIQUE DE TOUTES LES GUÉRISONS

En situant la guérison en Afrique, le continent où l'ethnologie a pendant longtemps documenté les multiples rituels de la religion, mais qui était réputé avoir moins bénéficié des progrès de la science médicale et de ses thérapeutiques, les éditrices de l'ouvrage effectuent un renversement épistémologique. Les guérisseurs à qui s'étaient intéressés les ethnologues étaient avant tout des soignants qui se portaient au secours des malades. L'essor des biotechnologies a fait surgir le *cure*, la cure, qui relativise le *care*, la part du soin : un renversement épistémologique s'opère, inverse de celui qui aujourd'hui revendique le *care*, le soin, à côté de la pratique du *cure* qui renvoie à la guérison au sens biomédical, mais aussi à l'oubli du soin (Mol, 2008). En un mot, *Guérir en Afrique* intègre le continent, ou au moins une partie significative, à une histoire où il participe aux promesses de la biomédecine comme à ses déconvenues et aux nouvelles problématiques qui en découlent. Paradoxalement, la montée de la biomédecine peut faire oublier ou méconnaître en Afrique la nécessité de maintenir la facette du *care* et reconnaître le rôle des accompagnants qui participent au « rétablissement » du malade, une dimension qui tend à être occultée par la médecine en Europe.

L'Afrique a été depuis longtemps considérée comme l'Afrique de toutes les guérisons, en raison de la présence d'innombrables « guérisseurs ». On assiste sur son sol à une multiplication des cultes dits thérapeutiques où la maladie constitue un motif de conversion. À côté des églises indépendantes créées par des prophètes guérisseurs entre les deux guerres sont apparues des milliers d'autres églises. L'incurabilité initiale du sida a été une cause majeure de multiplication de ces églises. Le paradoxe de l'essor de cultes comme le pentecôtisme est que, souhaitant délivrer les fidèles des pièges de la sorcellerie ou de la malédiction ancestrale, leur entreprise renforce la toute-puissance de la sorcellerie, et contribue à son empire sur les esprits. L'épidémie de COVID-19 donne d'ailleurs l'occasion de soupçonner les grands sorciers de notre temps que sont les virologues, qui, tapis au fond de leurs laboratoires de haute sécurité de type P4, manipulent contre le reste de l'humanité des virus destinés à assurer le pouvoir des nouveaux Faust. Et la malédiction transmise par les ancêtres peut se retrouver dans l'anomalie d'origine génétique que les biologistes annoncent aux porteurs d'un trait pathologique comme celui de la drépanocytose.

Dans les pays à majorité musulmane, la recherche de la guérison est au cœur de nouvelles pratiques comme l'extension de la *ruqya* (lecture du Coran et aspersion d'eau coranisée), recrutant même des praticiens au sein des médecins de formation occidentale (Moulin, 2013a). À la *ruqya* sont associées des poses

de ventouses conseillées par le Prophète, modernisées par un dispositif qui permet d'en appliquer simultanément un grand nombre.

Les éditrices ont sélectionné huit pays pour sonder les modes de la guérison dans l'Afrique contemporaine : le Mali, le Burkina Faso, la Mauritanie, Madagascar, le Niger, le Sénégal, le Cameroun et la Côte d'Ivoire. Elles ont d'abord enregistré un « rattrapage » de l'espérance de vie, qui a grimpé dans plusieurs pays, même si elle semble plafonner dans certains d'entre eux comme au Cameroun et au Mali, et si ce chiffre global recouvre évidemment de grandes disparités entre les individus et les régions. Mais la médecine est-elle seule en cause dans cette réussite ? Ivan Illich a secoué l'opinion avec sa *Némésis médicale* en tempêtant contre l'outrecuidance des médecins qui s'adjugeaient le mérite de l'essor démographique, alors que le premier prix devait selon lui revenir à l'amélioration de l'alimentation, de l'hygiène, de la gestion de l'eau potable et de l'enlèvement des déchets (Illich, 1975). Le trachome offre un bon exemple à cet égard (Moulin, 2005) : il a disparu dans nombre de pays comme le sud tunisien, où il sévissait dans les oasis. Un des spécialistes de la lutte contre l'infection, organisée après la deuxième guerre, observait que c'était l'électricité et les progrès de l'emploi qui avaient fait disparaître le trachome autant que la pommade à l'auréomycine, l'instituteur appliquant la pommade et pourvoyant l'éducation jouant sur les deux tableaux (Daghfous *et al.*, 1979).

Cette perspective qu'on peut dire matérialiste était aussi celle de l'historien de la médecine Henry Sigerist. Ce médecin d'origine suisse a été une figure fondatrice de l'histoire de la médecine aux États-Unis. À l'institut qu'il a dirigé à l'université Johns Hopkins, il a proposé une histoire de « La civilisation et la maladie », où il a célébré le combat (qui était aussi celui de l'Union soviétique !) pour l'amélioration fondamentale des conditions de vie, un combat débuté à l'aube de l'humanité avec la lutte contre la famine et la vermine. Le « Sigerist Network » a rassemblé pendant des années une « gauche » internationale de spécialistes de la santé publique<sup>5</sup>.

Pendant longtemps il a été admis que l'Afrique relevait d'une autre logique sanitaire que les pays occidentaux et elle s'est vu appliquer surtout une logique que l'on a pu appeler verticale (Atlani-Duault *et al.*, 2020), dominée par la lutte contre les « grandes endémies » et l'organisation de leur prévention. Le grand partage a été admis à la conférence d'Alma-Ata, en 1978, chant du cygne de l'Union soviétique qui hébergeait les congressistes en Mongolie, avec le primat des soins de santé primaires, tournés vers la santé des femmes enceintes et des enfants, et des campagnes de vaccination, soutenues plus tard par l'UNICEF

---

<sup>5</sup> Voir l'introduction par Elizabeth Fee de la réédition de l'ouvrage de Sigerist (2018) : IX-XII.

avec la stratégie du Programme étendu de vaccination. Alma-Ata a aussi donné le signal d'une intégration des anciens « guérisseurs » rebaptisés « tradipraticiens ». Les États étaient encouragés à recenser, mobiliser et contrôler ceux qui constituaient jusqu'alors avant tout les seuls recours pour une population n'ayant pas accès aux hôpitaux et à la médecine moderne. Ils deviennent « les produits hybrides de la contemporanéité africaine » (Fancello, ce volume). L'appellation forgée par l'OMS était un coup de chapeau politique à la culture de chaque nation et de chaque pays. Elle reste cependant floue en Afrique comme elle s'appuie sur une tradition elle aussi floue, définie par sa seule transmission, sans accréditation du contenu (Fancello, ce volume). Dans la pratique, par exemple, les tradipraticiens continuent à abaisser le cristallin en Afrique, au Mali par exemple, mais une initiative de l'OMS a déconseillé le maintien de leur activité (Schemann *et al.*, 2000), après une comparaison de leurs performances avec celles des oculistes formés à l'occidentale de l'IOTA<sup>6</sup>. De la « tradition » il existe beaucoup de versions fort hétérogènes, depuis les écrits centrés sur la médecine médiévale (fonds arabo-persan commun avec la médecine hippocratique et galénique dite occidentale) jusqu'aux traditions transmises de maître à disciple ou au sein de réseaux familiaux et de confréries en Afrique subsaharienne. Il existe de nombreux termes dans les langues vernaculaires pour désigner le guérisseur traditionnel en Afrique tels que celui largement utilisé de *nganga*, provenant des langues bantoues.

Le recours aux tradipraticiens avait aux yeux de l'OMS l'avantage de combiner acceptabilité, caractère bon marché, satisfaction donnée aux nationalismes, etc. Malgré les exhortations de l'OMS, l'intégration des tradipraticiens dans le système de santé s'est avérée sur le terrain problématique, parfois du fait des intervenants eux-mêmes qui ne tiennent pas à divulguer leurs recettes de guérison, rappelant le comportement des détenteurs des « remèdes secrets » sous l'Ancien Régime (Ramsay, 1994). Il existe des associations de tradipraticiens dans la plupart des pays d'Afrique, mais les exemples de synergie avec la médecine occidentale sont rares. En Mauritanie, des médecins de MSF ont tenté une comparaison entre la médecine gréco-arabe pratiquée dans de nombreuses cliniques à Nouakchott et la médecine à l'hôpital (Barras *et al.*, 2017). Un exemple en est donné par la comparaison du traitement d'une déshydratation aiguë d'un nomade venu du désert entre clinique traditionnelle et hôpital moderne. La comparaison, méthodologiquement intéressante, n'a pourtant pas été poursuivie, et la collaboration entre les institutions concernées s'est étiolée, même si le principe en demeure prometteur.

---

<sup>6</sup> Institut d'ophtalmologie tropicale de Bamako, à vocation régionale.

Les pratiques des guérisseurs montrent de fait une hybridation de plus en plus grande avec ce qui fut la médecine des *toubabs*. L'hybridation est de règle : les tradipraticiens ponctuent souvent leur traitement de demandes de tests venant d'un laboratoire de biologie, pour appuyer leur constat de guérison. Les arcanes du système immunitaire ne sont plus réservés aux initiés. Des posters pour le grand public dessinent son arborisation et ses principaux organes. Les étiquettes des remèdes néotraditionnels dont parle Marc Egrot au Burkina Faso mentionnent que la spiruline soigne (guérit ?) les « immuno-dépressifs », et on ne sait si ce néologisme désigne les immuno-déprimés du VIH ou si par une invention heureuse le terme englobe aussi la moderne et omniprésente « dépression » quand le texte-réclame suggère une aide à ceux qui fournissent de gros efforts comme les athlètes et aussi les étudiants : le travail intellectuel est enfin reconnu comme un effort !

Le panorama contemporain de la santé en Afrique est aujourd'hui contrasté. Un désappointement s'exprime par rapport aux promesses de développement lors des indépendances, devant des paramètres épidémiologiques qui restent insatisfaisants, et des dysfonctionnements des systèmes de santé. Les épidémies comme celle d'Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014 ont confirmé la fragilité des structures et la méfiance des populations.

Mais, en même temps, on assiste à une ouverture rapide du continent aux derniers progrès technologiques (diagnostiques et thérapeutiques), sautant parfois les étapes intermédiaires connues ailleurs, voire anticipant la médecine de demain à l'échelle globale. En 2011, une conférence à Berlin<sup>7</sup> a proposé, autour de l'anthropologue Richard Rottenburg, de considérer l'Afrique comme « le continent du XXI<sup>e</sup> siècle », un continent pionnier en particulier dans le domaine de la biomédecine, hébergeant l'expérimentation (Nguyen, 2011) de formes nouvelles de recherches et de savoirs, annonciatrices de l'avenir pour le monde entier (Geissler *et al.*, 2012). Non seulement la guérison des individus par la médecine moderne devient l'horizon commun du monde, mais l'Afrique fait figure de rampe de lancement.

Une relecture de l'histoire médicale de l'Afrique, inspirée par la suggestion de sa paradoxale modernité (Konaré, 2008), saisit ainsi deux objets essentiels à l'histoire de la guérison : l'hôpital et le médicament, l'un comme l'autre permettant de relier fortement ensemble passé, présent et avenir, et d'analyser des exemples de promesses, de réussites et d'échecs.

La conférence d'Alma-Ata avait préconisé la dispensation de médicaments essentiels dans les centres de santé primaires. Les projets de décentralisation ont

---

<sup>7</sup> Dahlem Conference : « Knowledge Domination and the Public in Africa », 2011, Richard Rottenburg, Sandra E. Greene, Vinh-Kim Nguyen, Muna Ndulo (coordinateurs), Berlin.

tourné court, suite à une désaffectation des usagers vis-à-vis des dispensaires manquant de personnel et de médicaments, avec un retour en grâce de l'hôpital comme symbole de la technologie de pointe et lieu de formation des élites. En 1987, l'initiative de Bamako a obligé les usagers des centres de soins primaires à participer à un fonds de roulement, sans grand succès, en raison de la pauvreté des populations (Ridde, 2013). Ensuite, dans le contexte de la libéralisation promue par les institutions internationales comme la Banque mondiale, l'autonomie financière des hôpitaux a été recommandée pour les mettre en compétition pour la recherche des fonds nationaux et aussi internationaux (Mésenge, 2010). Les technologies avancées se retrouvent exclusivement dans les hôpitaux, où elles peuvent être accaparées par les malades qui disposent d'un capital social, au moment où on assiste à une véritable « épidémie » de cancers (Livingston, 2012). Les malades se tournent quand ils le peuvent vers les structures privées payantes, à l'image de l'Europe où les inégalités de santé s'aggravent<sup>8</sup>. L'histoire hospitalière, d'hier à demain, est une histoire accidentée, susceptible de rebroussements et de redémarrages dont une lecture en miroir entre l'Afrique et l'Europe permet de mieux saisir les péripéties.

L'histoire du médicament fournit une entrée similaire sur la médecine en Afrique : promesses, déboires, réinventions. On fait ordinairement une distinction entre le *remède* qui possède une longue histoire, en référence à la tradition, et le *médicament*, produit industrialisé standardisé et sujet à contrôle officiel, marqué par la poursuite de l'innovation à tout prix, sur un marché où il faut attirer de nouveaux consommateurs. Dans ce domaine, les multiples promesses de la médecine moderne, avec l'antibiothérapie, les corticoïdes, les anesthésiques, les tranquillisants, la chimiothérapie, etc., ont été endossées par une puissante industrie pharmaceutique qui a investi le marché international.

Le médicament, supplantant même le médecin, a connu de beaux jours en Afrique, à travers les officines vendant sans prescription médicale comme à travers les « pharmacies par terre ». En même temps, les médecines traditionnelles, faisant usage des plantes locales comme de plantes importées, restent présentes sur tous les marchés. Ce marché est sous surveillance : aussi la référence à la guérison est-elle elliptique dans la notice d'un *médicament néotraditionnel* qui stipule de prendre le traitement pendant trois mois, et de refaire un test VIH après ce délai, évitant aux producteurs des poursuites pour exercice illégal de la médecine. Ce qui est nouveau, c'est que ces traitements font l'objet de recherches, de la part de firmes privées mais aussi de laboratoires universitaires, et sont mis en avant par les politiques officielles (Langwick, 2008 et 2011). C'est le signe d'une recherche d'intégration des savoirs d'hier et

---

<sup>8</sup> Sur les inégalités en France voir Fassin *et al.* (2000) et Fassin (2020).



d'aujourd'hui, qui a anticipé sur la vogue actuelle en Occident des médecines alternatives, puisées dans d'autres traditions culturelles comme les médecines chinoises et ayurvédiques (Gaudillière & Pordié, 2014).

Le médicament pharmaceutique en Afrique est aussi porteur de développements qui peuvent être considérés comme anticipant ce qui va se passer dans le reste du monde (Baxerres, 2010). Par voie d'internet, s'instaure sur le continent africain un dialogue direct entre vendeurs de médicaments et malades. Des start-up se chargent à l'intention des Africains de la publicité pour des médicaments adaptés à leurs goûts, à des besoins simultanément formatés par des campagnes de publicité inspirées par le modèle des téléphones mobiles et autres gadgets dont la diffusion a été explosive. Les nouveaux courtiers à l'assaut du marché parient résolument que le sujet africain est prêt à dépenser pour sa santé suivant des formes nouvelles, court-circuitant les formes antérieures d'approvisionnement. La globalisation du médicament fait intervenir de nouvelles puissances comme la Chine et l'Inde. L'Afrique fait là encore office de continent expérimental novateur.

Les projets des entreprises reposent sur l'hypothèse (le souhait ?) de l'évolution des sociétés vers un monde global d'individus modernes autonomes, plus ou moins indépendants de leur milieu familial, villageois ou tribal, et désireux de guérir ou du moins de se soigner en prenant en main leur destinée. Il est vrai qu'il s'agit désormais plus de vivre avec sa maladie que de s'en débarrasser en guérissant. Si on choisit l'exemple du diabète, maladie très répandue et difficilement guérissable définitivement, pour le moment le traitement pourrait être directement négocié entre le sujet et la compagnie qui lui propose à la carte des indices de suivi de sa glycémie (hémoglobine glyquée...) et/ou des traitements innovants dérivés des racines ou plantes déjà connues. Cette exigence de traitement individualisé fait écho au désir croissant des sujets en Occident d'obtenir par exemple des vaccins — pourtant l'outil médical conçu pour l'immunité « de troupeau » (*herd immunity*) — adaptés à leur constitution génétique et leurs caractéristiques personnelles de réponse.

Il y a donc largement place en Afrique pour une revendication de la guérison moderne par l'accès à des molécules innovantes ou des médications traditionnelles revisitées, y compris provenant de cultures étrangères prestigieuses, comme l'acupuncture pratiquée désormais aussi par des Africains. Cela signifie une pratique éclectique, et les malades cheminent le long d'itinéraires thérapeutiques diversifiés, à l'exemple des dirigeants qui ne se privent pas de fréquenter des tradipraticiens pour décupler leurs pouvoirs (MacGovern, 2012).

À travers son histoire de la guérison, l'Afrique subsaharienne se prête donc à la mise à l'épreuve des promesses de la médecine (Moulin *et al.*, 2018) et à l'observation de courants précurseurs de ce qui se dessine dans d'autres parties du monde. Elle offre le spectacle d'une expérimentation évoquant une synthèse

inédite entre tradition et innovation, d'où des lanceurs d'alerte pourraient venir instruire l'Occident. L'essor incontestable en Afrique des innovations (Pépin, 2011) doit cependant s'assortir d'une mise en garde vis-à-vis de leurs effets à court et long terme<sup>9</sup>. Un siècle après l'invention de la transfusion de sang en Europe, cette thérapeutique salvatrice des hémorragies, diffusée en Afrique, a servi aussi à fortifier les accouchées et les faibles (Schneider, 2013) et, à la différence de l'Europe, le bilan des épidémies d'hépatites dites « de la seringue » en Afrique est loin d'être terminé (Moulin, 2013b).

L'ampleur de la médicalisation qui se déroule sur le continent soulève des questions auxquelles répond *Guérir en Afrique*. Guérir, oui, mais... Les éclairages apportés par les différentes contributions montrent un idéal de la guérison qui se dérobe. L'histoire en montre les difficultés, l'anthropologie l'illustre d'autres manières.

## L'ANTHROPOLOGIE SUR LE TERRAIN. GUÉRIR, OUI MAIS...

La guérison devra d'abord être celle de la faim. La famine a été par excellence la maladie qui frappe l'humanité dès son origine, contraignant les gens à manger des racines et peut-être, horreur suprême, à pratiquer le cannibalisme. Le XX<sup>e</sup> siècle a inventé une dénomination euphémistique, la *malnutrition* ou l'insuffisance des apports alimentaires, et les tests pour l'évaluer en population par la mesure du périmètre brachial. Dans les grands programmes alimentaires internationaux, les projets fixent des objectifs ressemblant à la guérison. En fait, cette guérison se traduit avant tout par la sortie des enfants des programmes qui leur attribuent des suppléments comme le fameux Plumpy Nut, à base de pâte d'arachide, inventé par André Briend à l'ORSTOM, avec des critères pour entrer dans les programmes et en sortir « guéris », qui varient selon les intervenants, les financements et les pays. La manipulation des critères de sortie des programmes est tentante pour les gestionnaires de programmes des ONG, sans parler des stratégies maternelles qui peuvent comporter des manoeuvres de dénutrition volontaire pour bénéficier de l'aide extérieure. Aussi les rechutes sont-elles volontiers mises sur le compte de l'ignorance des mères et du maintien de leurs « mauvaises attitudes » par un marketing social qui promeut des « mamans lumières » qui auraient trouvé les bons gestes ou du moins souscrit aux consignes des nutritionnistes. Par-dessus tout, les pédiatres pensent aujourd'hui que la malnutrition éprouvée temporairement ne guérit pas

---

<sup>9</sup> Les effets cancérigènes du distilbène, médicament donné pour interrompre la lactation, ont mis plusieurs années (1955 à 1983) pour être démasqués. La dénonciation de la thalidomide, médicament indiqué pour atténuer les malaises de la grossesse, qui a été responsable des bébés sans bras, a attendu également plusieurs années.

complètement et laisse des séquelles sur le développement cognitif et affectif des enfants, sous bénéfice d'inventaire.

De façon plus générale, la guérison, pour être pleinement perçue et reconnue, peut-elle faire coïncider la vision des soignants et des soignés ? Héléne Kane relate comment, en Mauritanie, les familles des enfants malades s'impatientent des lenteurs des traitements et de l'incertitude qu'ils leur inspirent.

Le diagnostic de guérison, quels qu'en soient les voies et les critères, est loin de représenter un absolu. La guérison se dérobe pour les maladies chroniques, respiratoires et cardiovasculaires ou encore dégénératives. De même pour les addictions, en augmentation en Afrique ; elles sont connues pour le caractère désespérant des « rechutes », mais les équipes spécialisées, comme les personnes *addicts* elles-mêmes, s'accommodent de paliers sur la base de définitions moins ambitieuses : réduction des doses, passage aux drogues substitutives, etc. « Guérison » s'entend non pas de l'arrêt de la consommation de drogue (ou de sa diminution) mais d'une certaine normalisation par rapport à la famille, au travail, à la collectivité, l'addiction physique et psychique étant gérée par le corps médical. C'est le cas au Centre de prise en charge intégrée des addictions de Dakar, qui occupe dans l'hôpital de Fann la case du professeur Collomb (à proximité du service de psychiatrie et de la morgue, soulignent certains).

La guérison, comme le fait observer Sandra Fancello, est une notion plus large que le voudrait son sens médical ; elle inclut la sécurité contre les maux qui assaillent l'individu et le groupe avec lui : la peur, l'angoisse et le chômage. Le champ de la guérison est multidimensionnel comme celui de la santé (Napier, 2014). « Mais délivrez-vous du mal ! » est le motif fondamental qui rappelle le concours du religieux rival du pouvoir médical ou associé à lui. Autant dire que les espoirs sont souvent déçus.

La guérison est aussi un phénomène qui peut être collectif et a peu à voir avec sa signification individuelle, par exemple lorsque la sortie indemne du Sénégal de la crise d'Ebola est vécue comme une guérison ou une victoire nationale. Au moment du développement de la théorie infectieuse des maladies à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, le vocabulaire de la guerre et de la conquête avait été très privilégié (Winslow, 1980) et l'idéologie de l'éradication des maladies infectieuses s'est inspirée de l'ethos de la conquête. L'association des personnes guéries d'Ebola en république démocratique du Congo en 2018, l'ANVE, a choisi le terme « Vainqueurs d'Ebola<sup>10</sup> ». Ce titre significatif rappelle que la

---

<sup>10</sup> L'ouvrage de Didier Pittet et Thierry Crouzet (2020) sur le COVID-19 s'intitule *Vaincre les épidémies, de la prise de conscience aux gestes qui sauvent*.

guérison a besoin de héros dont l'Histoire commémore le souvenir, en dépit des ambiguïtés autour de leur guérison. Celle du petit Joseph Meister, guéri de la rage par le vaccin de Pasteur, sans qu'on ne soit sûr au bout du compte ni de la maladie ni de la guérison, n'en a pas moins eu un intense retentissement sur l'histoire de la thérapeutique médicale (Moulin, 2017).

## GUÉRIR EN AFRIQUE AU TEMPS DE LA SANTÉ GLOBALE

Alice Desclaux, Aïssa Diarra et Sandrine Musso ont exploré la guérison en Afrique de l'Ouest suivant le triaxe classique *personnel, médical et social* fourni par les trois termes d'*illness, disease et sickness*, en insistant sur le point de vue subjectif (émique) exploré par les différents contributeurs. Ce plan tout tracé articule les contributions.

Pour tenter de guérir, comme on l'a vu, les malades disposent de trois filières au moins, la médecine dite traditionnelle par les herbes locales, la médecine occidentale et les renouveaux religieux, jouant sur le registre commun de la guérison spirituelle et physique. Cette triple orientation décrite par exemple à Madagascar connaît de multiples variantes locales. La pluralité des systèmes — une appellation d'abord réservée aux pluralismes officiels comme le système indien admettant côte à côte la médecine cosmopolite, la médecine ayurvédique, la médecine *yunnani* (gréco-arabe) et dans l'Inde du sud la médecine siddha, fonctionnant de façon fluide et non exclusive — fait reculer l'incurabilité aux limites de l'ensemble des recours.

L'idéal d'une guérison moderne présent en Afrique atteste l'horizontalisation du paysage contemporain. On peut parler d'une globalisation de la santé, avec une homogénéisation des programmes, des attentes et des réussites dont témoigne une amélioration évidente, bien qu'inégale, des paramètres sanitaires.

Les chapitres successifs illustrent cependant sur le terrain les lenteurs et les obstacles de la guérison, déjouant et contrecarrant les ambitions d'une santé globale qui aplanirait les différences, d'un « guérir universel », suivant la jolie formule de Jean-François Carémel. Non sans profondes analogies avec ce qui se passe en Europe, leurs auteurs s'interrogent sur les possibilités réelles de guérison, le vécu des hommes et le regard de la société qui intervient dans l'allocation des ressources et la reconnaissance des guérisons.

Il s'avère souvent difficile d'authentifier la guérison dont le dossier médical pourrait fournir la preuve, et au moins conserver la trace. Le malade disparaît le plus souvent du champ des consultations sans conclusion nette, on peut l'imaginer presque soulagé, trop démuné pour se déplacer, happé par d'autres préoccupations et parfois heureux d'échapper à la tutelle médicale. Celle-ci s'exerce pourtant toujours davantage sur les individus sous forme d'injonctions

concernant le mode de vie, à travers la presse. La revue *Pulsations* des hôpitaux universitaires de Genève, revue suisse de vulgarisation, formule couramment, à propos du système immunitaire, des recommandations générales sur le sommeil, la pratique de l'exercice et d'une alimentation « saine » qui amélioreraient son bon fonctionnement<sup>11</sup>. En Afrique, la radio, la télévision, le net commencent à envoyer des messages de ce type, souvent contradictoires, rarement susceptibles de guider vers une guérison ou du moins une stabilisation de l'état de santé.

Il se fait jour finalement un certain désenchantement dans les derniers chapitres. L'ouvrage se ferme sur l'évocation du thème de l'échec thérapeutique, appelé à théorisation, pour mieux comprendre ce qui apparaît comme une limitation opposée au règne de la Raison. À commencer par le brouillage de l'objectif de l'éradication qui formait l'horizon optimiste de la santé globale. Si on met de côté l'éternel succès de l'éradication de la variole (Fenner *et al.*, 1988) (inlassablement racontée), la poursuite des éradications des maladies a effectivement rencontré des obstacles imprévus. Loin d'offrir une cible immobile et passive aux assauts des remèdes, force est de reconnaître que les microbes ont évolué, se sont adaptés, et c'est ainsi que nous nous retrouvons avec des microbes résistants aux antibiotiques (Andremont, 2014), qui auparavant n'étaient ni invasifs ni dangereux et le sont devenus, et avec des microbes émergents, facilités par des pratiques nouvelles d'élevage et d'agriculture. Les populations vivent en particulier les retours du paludisme comme une preuve que les moustiques sont irrités par la guerre qui leur est faite et sont devenus « plus méchants qu'avant ». L'éradication des maladies était le point d'orgue de cette globalisation de la guérison collective. Or son horizon recule sans cesse, et la dernière partie de l'ouvrage parle de la déception.

Freud retenait comme critères de la guérison mentale et physique le pouvoir (re)trouvé d'agir et de jouir, ou encore d'aimer et de travailler (Balmès, 2000). Mais qui en Afrique détient les clés des idiomes de la guérison ? Est-ce le corps médical qui en monopolise les critères, quand ceux-ci ne correspondent pas à l'expérience du patient ? Par exemple, pour l'hépatite B, les symptômes peuvent disparaître, au grand soulagement de la personne, alors que le virus continue à évoluer pendant des années avant de provoquer cirrhose et cancer. Toute annonce de la part du médecin entraînera une amère désillusion et finalement une défiance en cas d'absence de correspondance avec le vécu du patient. Car en définitive la *guérison* suppose d'abord l'adhésion du sujet. Ensuite celle de la société qui l'authentifie et lève la stigmatisation. Les survivantes d'Ebola déclarées guéries à leur sortie de l'hôpital, malgré la délivrance d'un certificat,

---

<sup>11</sup> Voir Laetitia Grimaldi, 2020. « L'infographie : Le système immunitaire », *Pulsations*, 52, p. 32-33, [https://issuu.com/hug-ge/docs/pulsations14\\_octobre\\_2020\\_bd\\_pages](https://issuu.com/hug-ge/docs/pulsations14_octobre_2020_bd_pages) (consulté le 20 novembre 2020).

comme dans d'autres cas en particulier de malades mentaux, ont fait l'expérience amère du rejet par leurs semblables. En 2014, les premiers guéris créent l'APEGUAEG ou Association des personnes guéries et affectées d'Ebola en Guinée. Quelques mois plus tard, le terme de *survivants* d'Ebola est préféré, en raison des plaintes au sujet de séquelles (Sylla & Taverne, 2019).

Avec un recul de quarante ans après les premiers pas du VIH, nous disposons maintenant d'une thérapeutique avec les antirétroviraux, qui permet d'envisager dans un délai assignable une cessation de la transmission sinon une disparition du virus, et on voit bien parmi les personnes vivant avec le VIH en Côte d'Ivoire poindre une manière différente, pour les plus jeunes, de vivre la maladie comme quelque chose qui ressemble à une guérison. Une vidéo utilisée en France montre une petite saynète à allure de bonne nouvelle, où une jeune africaine dans un quartier annonce que, en raison de sa charge virale indétectable, elle va pouvoir révéler son statut de séropositif à son compagnon et envisager sereinement une grossesse sans risque de transmission. La guérison, si on peut employer le mot, passe donc par le regard de l'Autre. L'évolution des traitements par les ARV du sida a fait entrer les malades dans une nouvelle ère où on parle désormais de guérison, surtout pour la génération des patients qui n'a pas connu la désespérance des années 1980-1990. Celle-ci peut assimiler l'indétectabilité du virus par le laboratoire à sa disparition dans l'organisme (Desclaux & Diarra, ce volume ; Sow & Desclaux, ce volume).

Malgré ces succès, la situation en plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest révèle des résultats mitigés, entravant la voie de l'élimination de la transmission (et non du virus) annoncée pour 2030 (Berdougo & Girard, 2018). Pour éviter la stigmatisation dans un pays comme le Sénégal où pourtant la prévalence du VIH est basse, des femmes ne sont pas dépistées, des enfants continuent de naître avec le VIH. Des cas nouveaux de sida apparaissent et l'examen lucide des conditions de la trithérapie pour tous montre des ruptures de stock, la pauvreté décourageant les transports pour maintenir la discrétion, etc. *In fine*, l'impossibilité de partager son statut avec la famille et les conjoints obscurcit l'horizon.

L'échec thérapeutique est avant tout douloureux pour le malade. Mais il l'est aussi pour le médecin. Rappelons-nous le plaidoyer pour l'introduction et l'extension des ARV dans les années 2000, la bataille pour affirmer que des femmes africaines illettrées pouvaient être observantes, la lutte pour imaginer des dispositifs d'aide à la compliance avec des téléphones portables et des alarmes programmés et cette revendication du traitement pour tous. Dans les premiers temps, l'enthousiasme s'est trouvé confirmé par une augmentation du nombre des mises sous traitements. Les auteurs commentent la tentation de rejeter l'échec historique sur les malades oublieux et négligents, et reviennent sur l'incompréhension du malade qui se sent bien et ne peut imaginer la

résistance du virus, et qui est d'autant plus tenté de sauter une prise de médicaments.

L'Afrique qui a pu susciter une archéologie sur les traces de ses utopies passées (Geissler *et al.*, 2016) permet ainsi une lecture critique des promesses de la guérison, faite pour rappeler la complexité des problèmes scientifiques, le caractère souvent éphémère de solutions qu'on croyait définitives, et aussi l'urgence de refaire régulièrement l'évaluation des nouveautés proposées en associant des considérations sur leur impact réel dans la vie des hommes. La gestion mouvementée des anciennes et nouvelles épidémies est là pour rappeler les tensions engendrées par l'oubli des impératifs éthiques du soin des corps malades, des corps « qui se souviennent » (Fassin & Memmi, 2006). L'irruption d'un virus couronnant d'épines l'humanité relativise encore les progrès accomplis et donne un tour de vis au pessimisme ambiant, mais la gestion de l'épidémie par l'Afrique réserve peut-être des surprises, voire une leçon pour l'Occident. Les auteurs en toute rigueur méthodologique s'abstiennent de se prononcer après avoir fourni tous les éléments du dossier *Guérir en Afrique* aux lecteurs de cet ouvrage passionnant aux multiples facettes.

#### RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ADLY E., 2007. « À la polyclinique de l'imam al-Shâfi'i », *Égypte Monde Arabe*, 147-177
- AMEISEN J.-P., 1999. *La sculpture du vivant ou la mort créatrice*, Paris, Seuil.
- ANDREANI E., 2020. « La course aux vaccins », *Society Magazine*, septembre.
- ANDREMONT A., 2014. *Antibiotiques, le naufrage*, Paris, Bayard.
- ATLANI-DUAULT L., CHAUVIN F., YAZDANPANAH Y., LINA B., BENAMOUZIG D., BOUADMA L., DRUAIS P.L., HOANG A., GRARD M.-A., MALVY D., DELFRAISSY J.-F., 2020. « France's COVID-19 response: Balancing conflicting public health traditions », *The Lancet*, 396, 10246, 219-221
- BALMÈS F., 2000. « Guérison et Vérité », communication au Colloque de l'Établissement public de sécurité ferroviaire, *Versions de la Guérison*, 25 et 26 mars 2000.
- BARRAS V., GRAZ B., MOULIN A.M., FORTIER C. (éds.), 2017. *Le recueil des vertus de la médecine ancienne de Maqari. La médecine gréco-arabe en Mauritanie contemporaine*, Lausanne, BHMS.
- BAXERRES C., 2010. *Du médicament formel au médicament libéralisé : les offres et les usages du médicament pharmaceutique à Cotonou (Bénin)*, thèse d'anthropologie, EHESS, Paris.
- BRUNEAU M.-F., 1998. *Women Mystics Confront the Modern World – Marie de l'Incarnation (1599-1672) and Madame Guyon (1648-1717)*, Albany, State University of New York Press.
- CANGUILHEM G., 1978. « Une pédagogie de la guérison est-elle possible ? », *Nouvelle Revue de psychanalyse*, juin, 13-26
- CANGUILHEM G., 1966 [1943]. *Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique*, Paris, PUF.
- CORVOL P., POSTEL-VINAY N., 2000. *Le retour du D' Knock*, Paris, Odile Jacob.

- DAGHFOUS M.T., ROMDHANE K., KALOUN M., TRIKI F., DAWSON C.R., HOSHWARA I., 1979. « Le trachome après 20 ans de contrôle », *Revue internationale du trachome*, 1, 39-51
- DUFFIN J., 1997. « Medical Miracle », *Saturday Night*, December, 28-42
- DUFFIN J., 1999. *History of Medicine, A Scandalously Short History*, Toronto, University of Toronto Press.
- DUFFIN J., 2009. *Medical Miracles. Doctors, Saints and Healing in the Modern World*, Oxford, Oxford University Press.
- FASSIN D., 2020. « L'inégalité des vies », conférence au Collège de France, 16 janvier.
- FASSIN D., MEMMI D. (eds.), 2006. *Quand les corps se souviennent. Expériences et politiques du sida en Afrique du Sud*, Paris, La Découverte.
- FASSIN D., GRANJEAN H., KAMINSKI M., LANG T., LECLERC A. (éds.), 2000. *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte.
- FENNER F., HENDERSON D.A., ARITA I., JEZEK Z., LADNYI I.D., 1988. *Smallpox and its eradication*, Geneva, OMS.
- FERRO M., 1998. *Les Sociétés malades du progrès*, Paris, Plon.
- GAUDILLIÈRE J.-P., PORDIÉ L. (éds.), 2014. *The herbal pharmaceutical industry in India. Drug reformulation and the market*, Leiden, Brill.
- GEISSLER P.W., ROTTENBURG R., ZENKER J., 2012. *Rethinking Biomedicine and Governance in Africa*, Transcript Verlag, Bielefeld.
- GEISSLER P.W., LACHENAL G., MANSON J., TOUSIGNANT N. (eds.), 2016. *Traces of the Future, An Archeology of Medical Science in Twenty-First-Century Africa*, Bristol, Intellect Books.
- GOUBERT J.-P. (éd.), 1982. *La médicalisation de la société française, 1770-1830*, Waterloo, Ontario Historical Press.
- HOUDARD S., MANCERON V., REVET S., 2015. « Connaître et se prémunir. La logique métrique au service des sciences sociales », *Ethnologie française*, 1, 45, 11-17
- ILlich I., 1975. *Némésis Médicale, L'expropriation de la santé*, Paris, Seuil.
- JOUANNA J., 1992. *Hippocrate*, Paris, Fayard.
- KONARÉ A.B., 2008. *Petit précis de remise à niveau d'histoire africaine à l'usage du président Sarkozy*, Paris, La Découverte.
- LANGWICK S., 2011. « Healers and Scientists, The Epistemological Politics of Research about Medicinal Plants in Tanzania ». In : P.W. GEISSLER, C. MOLYNEUX (eds.), *Medical Research in Africa, Evidence, Ethos and Ethnography of Trial Communities*, Bergbahn Books, New York.
- LANGWICK S., 2008. « Articulate(d) Bodies: traditional medicine in a Tanzanian hospital », *American Ethnologist*, 35, 3, 428-439
- LERICHE R., 1936. « La santé, c'est la vie dans le silence des organes », discours au Collège de France.
- LÉVI-STRAUSS C., 1949. « L'efficacité symbolique », *Revue de l'histoire des religions*, 135, 1, 5-27
- LÉVY J.-P., 1991. *Le pouvoir de guérir. Une histoire de l'idée de maladie*, Paris, Odile Jacob.
- LIVINGSTON J., 2012. *Improvising Medicine, An African Oncology Ward in an Emerging Cancer Epidemic*, Duke University Press, Durham.
- MACGOVERN M., 2012. *Unmasking the State: Making Guinea Modern*, Chicago, University of Chicago Press.
- MARKS H., 1999. *La médecine des preuves, Histoire et anthropologie des essais cliniques (1900-1990)*, Paris, Les Empêcheurs de tourner en rond.
- MELHAOUI M., 2005. *Peste, contagion et martyre. Histoire du fléau en Occident médiéval*, Paris, Publisud.



- MEMMI D., 2004. *Faire vivre et laisser mourir. Le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*, Paris, La Découverte.
- MÉSENGE C., 2010. *Le patrimoine hospitalier d'Afrique, Égypte, Maroc, Sénégal, Bénin*, Riveneuve.
- MEYER P., 1993. *L'irresponsabilité médicale*, Paris, Grasset et Fasquelle.
- MOL A., 2008. *The Logic of Care, Health and the Problem of Patient Choice*, London, Routledge.
- MOULIN A.M., 2005. « La lutte contre le trachome : de l'arrière-garde à l'avant-garde », *Médecine/Sciences*, 21, 12, 1101-1105
- MOULIN A.M. (éd.), 2013a. *Islam et révolutions médicales, Le labyrinthe du corps*, « Introduction », Paris, Karthala, 5-44
- MOULIN A.M., 2013b. « Defenseless Bodies and violent afflictions in a Global World. Blood, Iatrogenesis and Hepatitis C Transmission in Egypt ». In : T. GILES-VERNICK, J.L.A. WEBB JR (eds.), *Global Health in Africa, Historical Perspectives on Disease Control*, Athens, Ohio University Press, pp. 138-158
- MOULIN A.M., 2017. « Pasteur et les vaccins ». In : M. SCHWARTZ (éd.), *Louis Pasteur le visionnaire*, Paris, La Martinière, p. 66-85
- MOULIN A.M., MOULIN C., 1962. « Pascal et la souffrance humaine », *La Presse médicale*, 47, 2243-2244
- MOULIN A.M., CHABROL F., OUVRIER A., 2018. « Histoire d'un vaccin pas comme les autres. Les premiers pas du vaccin contre l'hépatite B au Sénégal ». In : V. DELAUNAY, A. DESCLAUX, C. SOKHNA (éds.), *Niakhar, mémoires et perspectives : recherches pluridisciplinaires sur le changement en Afrique*, Dakar, L'Harmattan, p. 489-510
- NAPIER D., 2014. « Culture and Health », *The Lancet*, 384, 1, 1607-1639
- NATHAN T., 1994. *L'influence qui guérit*, Paris, Odile Jacob.
- NGUYEN V.-K., 2011. « The experimental society. Reflections on efforts to stem Africa's HIV epidemic », présentation à la conférence *Knowledge, Domination and the Public in Africa*, Berlin.
- PÉPIN J., 2011. *The origins of AIDS*, Cambridge, Cambridge University Press.
- PIGEAUD J., 2006. *La crise, éléments d'histoire de la médecine*, Nantes, Cécile Defaut.
- PITTET D., CROUZET T., 2020. *Vaincre les épidémies, de la prise de conscience aux gestes qui sauvent*, Paris, Hugo Doc.
- RAMSAY M., 1994. « Medicine and Medical Enlightenment: the Regulation of Secret Remedies in the Ancien Régime ». In : A. LA BERGE, M. FEINGOLD (eds.), *French medical culture in the nineteenth century*, Amsterdam, Rodopi, p. 25-78
- RIDDE V., 2013. *L'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest. Au-delà des idéologies et des idées reçues*, Montréal, Presses de l'université de Montréal.
- ROMEUF A.M., DUMONTET M., 2000. *Ex-voto en bois de Chamalières, Bois sculptés de la source des Roches*, Paris, DAF et MSH.
- SANABRIA E., 2016. « Circulating Ignorance, Complexity and Agnogenesis in the Obesity 'Epidemic' », *Cultural Anthropology*, 31, 1, 131-158
- SCHNEIDER W.H., 2013. *The History of Blood Transfusion in Sub-Saharan Africa*, Athens, Ohio University Press.
- SCHEMANN J.F., BAKAYOKO S., COULIBALY S., 2000. « Traditional couching is not an effective alternative procedure for cataract surgery in Mali », *Ophthalmic Epidemiology*, 7, 4, 271-283
- SHELL M., 2005. *Polio and its aftermath, The Paralysis of Culture*, Cambridge, Harvard University Press.
- SIGERIST H.E., 2018 [1943]. *Civilization and Disease*, Cornell University Press.

- SINDING C., 1991. *Le clinicien et le chercheur. Des grandes maladies de carence à la médecine moléculaire, 1890-1980*, Paris, PUF.
- STÉPANOFF C., ZARCONE T., 2011. *Le chamanisme de Sibérie et d'Asie centrale*, Paris, Gallimard.
- SYLLA T.Y., TAVERNE B., 2019. *Les Survivantes, paroles de femmes guéries*, Paris, L'Harmattan.
- TEMKIN O., 1991. *Hippocrates in a world of Pagans and Christians*, Baltimore, University Johns Hopkins Press.
- WEISZ G., 2002. *Le thermalisme en France au XX<sup>e</sup> siècle*, Montréal, Université McGill Press.
- WINSLOW C.E.A., 1980. *The Conquest of Epidemic Diseases: A chapter in the History of Ideas*, Madison, University of Wisconsin Press.