

L'État, l'hôpital et le sorcier

Concurrences contemporaines sur le marché de la guérison au Cameroun

Sandra FANCELLO

Par son travail et son implication, Éric de Rosny apporta une contribution majeure à la connaissance des méthodes de diagnostics et des pratiques de guérison dans le champ religieux pluriel du Cameroun des années 1970. Très tôt, il pose un certain nombre de questions qui constituent encore aujourd'hui un défi, et notamment celle-ci : « D'où vient le relatif échec des institutions à relayer le désorceleur ? » Désorceleur qui n'est plus ici le seul ngangas mais une multitude de nouveaux guérisseurs apparus depuis et qui viennent bousculer le champ médical et religieux de la guérison. Dans la continuité du travail engagé par Éric de Rosny, ce texte analyse l'évolution des profils de guérisseurs dans le Cameroun contemporain. Le pluralisme médical et les itinéraires de consultations multiples sont en partie le résultat de la libéralisation de l'offre plurielle de guérison et de la permanence d'une « médecine inhospitalière », en plus de l'interprétation sorcellaire qui incite à de nouveaux recours.

Par son travail et son implication, Éric de Rosny apporta une contribution majeure à la connaissance des méthodes de diagnostics et des pratiques de guérison dans le champ religieux pluriel du Cameroun des années 1970. Au croisement d'une ethnographie impliquée et du témoignage personnel, son statut de « prêtre-ngangas » lui donna accès à un corpus de connaissances et à une expérience *a priori* inaccessibles à l'anthropologue, et contribue à ce titre, à une opération de connaissance inédite sur les pratiques des guérisseurs camerounais. Ses écrits sont marqués par une franchise et une liberté d'opinion que la déontologie refuse habituellement aux anthropologues. Éric de Rosny, qui n'est pas soumis à ces limites, livre ses récits et péripéties, particulièrement dans *Ndimisi* (1974), avec une fraîcheur et parfois même un certain humour qui donnent vie à ses récits et plongent le lecteur au cœur des pratiques complexes et ambiguës des guérisseurs par un réalisme cru qui révèle

aussi un talent d'écriture et un goût certain pour la narration. Au fil de ses observations, face à la complexité d'un monde thérapeutique pluriel et concurrentiel, il livre nombre d'intuitions qui sont encore aujourd'hui d'une grande utilité. Entre le Cameroun et la Côte-d'Ivoire, il pressent l'évolution des profils de guérisseurs, la place de leur identité religieuse, les multiples contradictions auxquelles ils sont confrontés et même leurs échecs, qu'il parvient à analyser au-delà du discours convenu sur leurs pouvoirs initiatiques et leur légitimité traditionnelle, mais aussi l'ambivalence politique d'États africains et de leurs institutions (notamment judiciaires) qui prétendent lutter contre la sorcellerie tout en l'érigeant au plus haut niveau des peurs collectives, sociales et familiales. Très tôt, il pose un certain nombre de questions qui constituent encore aujourd'hui un défi, et notamment celle-ci : « D'où vient le relatif échec des institutions à relayer le désorceleur ? » (1992 : 118). Désorceleur qui n'est plus ici le seul *nganga* mais une multitude de nouveaux guérisseurs apparus depuis et qui bousculent le champ médical et religieux sans véritable régulation de la part des États – et parfois avec leur complicité. Le pluralisme médical est en partie le résultat de cette libéralité de l'offre plurielle de guérison, en plus de l'interprétation sorcellaire qui incite à de nouveaux recours. C'est ce que nous nous emploierons à tenter d'analyser ici, à la lumière de données ethnographiques récentes qui s'inscrivent, au Cameroun, dans la continuité du travail engagé par Éric de Rosny.

Sorcellerie et guerre des esprits

Avec le succès des Églises pentecôtistes et des centres de délivrance, la lutte contre les « forces du mal » est devenue un thème de mobilisation dans l'Afrique contemporaine. Le discours sur l'omniprésence de la sorcellerie dans toutes les sphères de la vie quotidienne, alimenté par le « marché de la guérison », contribue à renforcer l'imaginaire de la persécution par les autres, proches ou lointains (Fancello, 2008, 2012). La délivrance pentecôtiste se présente comme une ressource non seulement individuelle mais collective face à la menace sorcellaire. La libération de la souffrance et du Mal est devenue un thème politique récurrent dans les discours des chefs d'État africains (de Gbagbo à Bozizé ou Museveni) qui appellent à « guérir la nation » par une chasse aux sorciers (les migrants, les musulmans, les homosexuels, etc.) et une « guerre spirituelle » qui n'est pas toujours métaphorique. En Afrique, plusieurs chefs d'État se sont déclarés convertis, de manière plus ou moins affichée (Kérékou II au Bénin, Laurent Gbagbo en Côte-d'Ivoire, Obasanjo au Nigeria ou Bozizé en Centrafrique), allant parfois jusqu'à mentionner leur Église et leur statut ecclésial. À l'inverse, « la guerre des esprits » qui se développe au sein des Églises peut parfois atteindre, sous la forme d'accusations dégui-

sées de fétichisme, les hommes politiques ou un chef d'État (Bozizé, Biya), suggérant qu'un pouvoir sorcier est à l'origine de leur ascension. Ces luttes pour le pouvoir « spirituel » révèlent aussi l'ambivalence des États face à la sorcellerie et aux acteurs de la lutte contre la sorcellerie, qui servent – et parfois desservent – leur rhétorique de libération.

Si au Cameroun les Églises pentecôtistes se voient régulièrement attaquées par la presse et même par le gouvernement qui fait mine de lutter contre les « dérives des Églises pentecôtistes » qui « prolifèrent » et « menacent la sécurité de l'État », ces attaques récurrentes visent davantage les atteintes aux valeurs familiales traditionnelles que la rhétorique pentecôtiste de la lutte contre la sorcellerie dont le succès populaire n'est pas entamé par les affaires qui défrayent régulièrement la chronique. En août 2013, le gouvernement de Paul Biya a décrété la fermeture d'une centaine d'églises pentecôtistes présentes au Cameroun. Le gouvernement dénonça « la déstabilisation de la structure familiale par des manœuvres de diabolisation des instances parentales », le rejet de la médecine et « la mise en péril de vies humaines pouvant aller jusqu'à la mort »¹. Ce dernier propos fait allusion à la mort d'un enfant de 9 ans au cours d'une séance de délivrance dans l'église nigériane *Winner's Chapel* à Bamenda, dans le nord-ouest du pays, survenu quelques jours auparavant². Plus globalement, le gouvernement vise les « pasteurs [qui] persuadent les fidèles qu'ils n'ont pas besoin de traitement médical pour leurs soucis de santé »³.

« Une femme a dit que sa mère refusait les traitements du cancer à cause de son pasteur : "L'état de ma mère se dégrade après que les médecins ont confirmé qu'elle avait un cancer. Elle est en train de mourir en silence, et pourtant nous ne pouvons pas la convaincre de voir un médecin pour un traitement approprié, contre la volonté de son pasteur", a déclaré [sa fille] Deborah »⁴.

En aucun cas cependant la rhétorique de la lutte contre la sorcellerie, dont les pasteurs sont les promoteurs les plus visibles – les *nganga* étant un peu plus discrets – ne se voit remise en cause. Au contraire, le discours politique de la lutte contre la sorcellerie fait aussi le jeu des gouvernements africains. En effet, l'interprétation sorcellaire de la pauvreté, de la

1. « Fermeture des églises clandestines : la mise au point du gouvernement » [www.journalducameroun.com] du 28 août 2013.

2. « Exorcism Gone Awry at Winners Chapel, Cameroun Clamps Down on Pentecostal Churches », Sharpedgenews.com, le 16 août 2013 ; « Paul Biya ordonne la fermeture des églises pentecôtistes », CNN, 17 août 2013.

3. « Les Églises pentecôtistes fermées sur ordre de Paul Biya », *Afro Concept News* du 16 août 2013 [http://www.afroconceptnews.com/2013/08/16/politique-les-eglises-pentecotistes-fermees-sur-ordre-du-president-paul-biya].

4. « Paul Biya ordonne la fermeture des Églises pentecôtistes », *Œil d'Afrique* du 16 août 2013 [http://oeildafrique.com/cameroun-paul-biya-ordonne-la-fermeture-des-eglises-pentecotistes].

maladie et de la souffrance sociale vise en partie à masquer de désengagement des États par une rhétorique de la victimisation individuelle et collective en réponse aux carences économiques, sociales et sanitaires. Par le contenu de discours politiques qui mobilisent la rhétorique pentecôtiste des « esprits ennemis », ou la prise de décision (comme la revalorisation de la médecine traditionnelle soutenue par l'OMS), ou encore la sollicitation des leaders religieux dans la sphère politique, les États africains instrumentalisent à leur profit l'interprétation sorcellaire et usent du recours à l'accusation « d'ennemis de la nation », censée dédouaner l'action politique des maux qui pèsent sur le pays. Ce faisant, l'État et ses institutions contribuent à renforcer la conviction populaire de la menace sorcellaire dans toutes les sphères de la vie politique, sociale et familiale.

De leur côté certains pasteurs apportent leur soutien au gouvernement : dans un pays comme le Cameroun où les Églises pentecôtistes ne semblent pas avoir investi la sphère politique, le pasteur Tsala Essomba, fondateur du mouvement *Va et Raconte*, se démarque en prenant fait et cause pour le gouvernement de Paul Biya, président désigné par Dieu : « Mon devoir est de soutenir le président de la République, que Dieu a mandaté ». Il décrit un président qui « œuvre pour la paix » et à ce titre il doit « absolument le soutenir et demander à tous les Camerounais de bonne volonté de le faire » (Pigeaut, 2011 : 226). Une stratégie payante puisque lors de l'interdiction des Églises en août 2013, celle de Tsala Essomba fut écartée de la mesure gouvernementale : « Nous avons toujours prôné la soumission aux autorités, affirme le pasteur. Nous n'avons jamais appelé les jeunes à la révolte »⁵. Dans le registre des « ennemis » de la nation, Tsala Essomba a choisi de désigner les Chinois et les Indiens comme les « démons dominateurs venus des ténèbres [et] qui auraient pris le contrôle de l'économie du pays »⁶. Ce type de discours est censé expliquer les maux d'une société en proie au chômage des jeunes, à l'absence de politique sociale ou à la défaillance des structures publiques de santé.

À une autre échelle, celle du quotidien et des familles, l'interprétation sorcellaire demeure opérationnelle, dans la continuité des représentations classiques de la sorcellerie. Comme le constate André Mary au sein des Églises prophétiques africaines, pour les prophètes visionnaires, « la sorcellerie familiale reste en effet la grille de lecture fondamentale et invariable de tous les maux » (2009 : 78). Par leur rhétorique de la lutte anti-sorcellerie, les Églises pentecôtistes contribuent à l'expansion du schème d'interprétation sorcellaire dans la vie sociale et économique, mais également dans l'intimité des conflits intrafamiliaux ou les représentations de la maladie. Le diagnostic de sorcellerie est fondé sur une conception persécutive qui exclut toute approche rationnelle au profit d'une interprétation qui donne sens à l'événement perçu comme une malchance, une

5. « Le culte cathodique de Tsala Essomba », *Jeune Afrique* du 4 février 2014.

6. *Jeune Afrique* du 4 février 2014.

injustice, voire une agression (« elle a été attaquée par un palu »). À cette agression répond une offre de délivrance et de guérison divine qui bouscule le champ de la santé dans la mesure où, pour ces pasteurs-guérisseurs, « les maladies sont des démons ». Les Églises ne sont plus uniquement des lieux de guérison (délivrance), elles sont aussi progressivement devenues des lieux de consultation et de diagnostic dans les itinéraires thérapeutiques des familles. Comme Éric de Rosny en son temps, nous avons assisté à des consultations auprès de pasteurs et prêtres-exorcistes, ainsi que de *nganga*, et constaté la prégnance des catégories de la sorcellerie dans l'interprétation de la maladie, des maux et des malheurs, ainsi que la docile conviction avec laquelle les « patients » accueillent et s'approprient ces schèmes interprétatifs. Éric de Rosny y voit un « penchant culturel des malades à se croire victimes » (1992 : 34). Vingt ans plus tard, sur le même terrain, Roberto Beneduce évoque des « malades qui ne racontent que leur innocence, qui ne se perçoivent que comme victimes » (2011 : 119). Le schème d'interprétation sorcellaire n'a pas relâché son emprise, laquelle est maintenue par l'abondance de diagnostics de sorcellerie et d'accusations plus ou moins indirectes des membres de la famille ou du voisinage.

Notre attention s'est portée essentiellement sur les guérisseurs non conventionnels que sont les pasteurs et prêtres-exorcistes, ainsi que les *nganga*, à Bangui depuis 2009 et à Yaoundé depuis 2013⁷. Au fil des consultations, entretiens et prédications, on voit que leur champ d'action dépasse le cadre de la santé : ici la « guérison » est une notion transversale qui vise à vaincre aussi bien la maladie que le chômage ou la guerre. De fait, nous avons pu constater que près de la moitié des cas qui se présentent en consultation ne relèvent pas de maladies mais plutôt de malaise dans la société ou dans la famille qui forment le terreau des accusations intrafamiliales (Fancello, 2015). Face à ces maux, il ne suffit pas aux États africains de laisser le champ libre aux acteurs de la lutte anti-sorcellerie, religieux ou traditionnels, ils sont aussi mis en demeure de mener des politiques de lutte contre la sorcellerie par le biais de leurs institutions judiciaire, pénale et carcérale, comme l'ont montré entre autres, les derniers travaux de Bruno Martinelli (2012, 2015) et d'André Mary (2009, 2015) dans deux pays d'Afrique centrale voisins du Cameroun : la Centrafrique et le Gabon.

7. Avec quelques extensions, à titre comparatif, sous la forme d'entretiens auprès de tradipraticiens et de quelques médecins afin de mesurer les écarts de discours et les schèmes interprétatifs de ces acteurs impliqués dans le champ concurrentiel de la santé.

Justice et sorcellerie

Dans le documentaire *World of Witchcraft*⁸, le procureur Gervais Ngovon⁹ relate une affaire qu'il a eu à juger et qui illustre l'emprise d'un imaginaire sorcellaire s'imposant face au recours médical, jusqu'à déboucher, par la voie du *nganga*, sur une accusation de sorcellerie, c'est-à-dire sur une origine humaine du mal plutôt que sur un diagnostic médical et un protocole de soins :

« Vous avez un jeune homme d'une vingtaine d'années, qui a un pied enflé. Son père, qui est pourtant un personnel de santé, ne se soucie pas de lui faire passer les examens médicaux requis en pareille circonstance. Il préfère recourir aux services d'un *nganga* et le *nganga* en conclut que c'est un serpent, qu'on appelle en République centrafricaine, *Moyeke*. Ce serpent, personne ne l'a jamais vu, qui se serait enroulé autour de la jambe malade et qui donc aurait provoqué cette maladie [...] et le père de demander: "Le *Moyeke* a été envoyé par qui?" Le *nganga* de rétorquer: "Il est envoyé par Lucienne" ».

Lucienne se voit alors accusée par le père du jeune homme au cours du procès que le procureur a en charge de juger. Gervais Ngovon fait état de son malaise face au diagnostic des *nganga* dont les procédés d'accusation directe ne sont que trop rarement remis en cause. Leur « expertise » auprès des tribunaux est prise très au sérieux par les magistrats qui parfois prennent pour preuve les éléments avancés par ces experts en sorcellerie. En cas de violence (sous la forme de représailles ou d'agression entre parents, voisins, accusés et accusateurs), les *nganga* eux-mêmes ne sont pas l'objet de poursuites et leur responsabilité pénale n'est pas engagée. Dans une autre contribution, il dénonce le paradoxe de l'évidence de la sorcellerie qui se passe de preuve, engendrant violence, injustice et donc de l'insécurité, avec la complicité d'un État populiste :

« Au lieu de réguler la cité en y entretenant équilibre et sérénité, la justice au contraire la tétanise et en brouille la vue en s'alignant sur les bruits du public, préoccupée à se faire "urgencier" des émotions collectives. Par cette solidarité à la fois réactionnelle et conjoncturelle, elle s'emploie à offrir à toutes les craintes imaginaires un crédit inespéré, alimentant de la sorte une épidémie d'accusations [...]. Populisme pénal qui mobilise contre des peurs en même temps qu'il les nourrit » (Ngovon, 2012: 168)

8. Réalisé par Daniel Bogado, IMDb, 2009.

9. Magistrat à la cour de Mbaïki en Centrafrique, il est actuellement détaché au Département des droits de l'Homme et de la Bonne Gouvernance pour la CEMAC et consultant au sein du programme ANR EInSA. En Centrafrique, il milite pour la suppression des articles 149 et 150 du Code pénal condamnant les « PCS » (Pratiques de Charlatanisme et de Sorcellerie).

Les études fournies par Cyprian Fisiy et Peter Geschiere sur les procès de sorcellerie au Cameroun ont contribué à mettre en lumière le rôle des « witch doctors »¹⁰ auprès des cours de justice qui s'en remettent à leur témoignage, systématiquement à charge, fondé sur leur prétendu don de vision qui leur permet de « détecter » les sorciers. Dès la fin des années 1980, ces auteurs pointent l'évolution déjà perceptible dans les profils des nouveaux « witch doctors ». Contrairement aux guérisseurs « traditionnels » qui ne parlent pas français et n'ont pas de livres, vivent dans de modestes maisons à l'écart du village, les « witch doctors » affichent tous les symboles de la modernité : ils s'attribuent le titre de « médecin » ou de rosicrucien¹¹, adhèrent à des associations de tradipraticiens, roulent en Mercedes et reçoivent d'illustres clients issus de l'élite politique nationale (Fisiy, Geschiere, 1990 : 146 sq.). Ces nouveaux *nganga* disposent d'une telle influence auprès des cours de justice que Cyprian Fisiy considère qu'ils « sont devenus l'élément-clé dans la lutte contre la sorcellerie et que leur témoignage équivaut à une condamnation » (1989 : 128). Au terme de leur analyse, Cyprian Fisiy et Peter Geschiere s'interrogent sur l'ambivalence d'une justice qui prétend lutter contre la sorcellerie – et les sorciers – en recourant à ceux-là même qui fondent leur compétence de visionnaires sur leur maîtrise des pouvoirs sorciers. En Centrafrique, Bruno Martinelli signale également la présence de pasteurs « présents au tribunal pour exiger des magistrats des condamnations exemplaires » (2015 : 52). Pasteurs, *nganga* et magistrats, prétendument investis d'une mission de lutte contre la sorcellerie, se trouvent être également, et paradoxalement, les principaux vecteurs du schème d'interprétation sorcellaire en amont des affaires juridiques ou familiales dont ils se font juges.

***Nganga* et guérisseurs de l'Afrique contemporaine**

Dès la fin des années 1980, Didier Fassin et Éric Fassin voyaient dans la reconnaissance de la médecine traditionnelle une approche « fonctionnaliste » selon laquelle « toutes ces pratiques, modernes ou traditionnelles, relèvent d'une même fonction thérapeutique, il s'agit cette fois du point de vue des développeurs, au niveau de l'État ou des organisations internationales, qui, pour renforcer la couverture thérapeutique, se montrent prêts à faire feu de tout bois » (1988 : 223). Plus loin ils ajoutent : « c'est un effet de leur commune incapacité à faire face à la demande sociale : la couverture thérapeutique n'est possible qu'avec le renfort de pratiques qui

10. Traduction anglaise de *nkong* qui, en pays maka, est l'équivalent du *nganga*.

11. Les auteurs relèvent ici un symbole révélant les liens symboliques d'un « witch doctor » avec l'élite politique, dont le président Paul Biya, qui serait membre de la Rose-Croix censée lui procurer ses pouvoirs de grand sorcier politique (Pigeaud, 2011 : 113).

existent indépendamment des instances officielles » (p.225). Deux décennies plus tard, la tolérance des institutions face à la prolifération de « nouveaux guérisseurs » qui prétendent pallier les carences de l'hôpital dont ils sont les principaux concurrents, contribue à l'extension d'une grille d'interprétation sorcellaire dont ces guérisseurs (pasteurs, prêtres-exorcistes et *nganga*) sont les principaux promoteurs. Le terme « tradipraticien » englobe aujourd'hui les *nganga* « traditionnels » et les nouveaux profils de guérisseurs citadins lettrés que la loi relative à la promotion de la médecine traditionnelle, conçue par l'OMS au milieu des années 1980, a contribué à engendrer. Ces derniers parlent moins de sorcellerie que de leurs « remèdes » qu'ils présentent comme autant d'innovations médicales, fruits de leurs recherches personnelles, s'inscrivant ainsi davantage dans la concurrence directe avec la biomédecine plutôt qu'avec les *nganga* qui ne manient pas, ou si peu, le langage médical. Ils ne participent donc pas directement de l'interprétation sorcellaire de la maladie mais contribuent autant que les autres guérisseurs à disqualifier la science médicale au profit de savoirs endogènes s'appuyant sur « l'évidence ethno-médicale » (Simon, 2015) c'est-à-dire reconnus pour leur valeur empirique (« ça guérit ») sans autre forme d'expérimentation.

Éric de Rosny qui avait perçu les écarts de profils de ces guérisseurs, qu'il appelle les « nouveaux *nganga* » (1992), est aussi l'un des rares observateurs à mentionner dans ses travaux l'appartenance religieuse des guérisseurs auprès desquels il travaille, une donnée que peu d'anthropologues ont mobilisée, soucieux sans doute de ménager la légitimité acquise de ces tenants de la tradition. Pourtant, à l'arrivée d'Éric de Rosny au Cameroun dans les années 1950, nombre de guérisseurs sont convertis au christianisme ou à l'islam, comme c'est également le cas dans d'autres pays, des devins-guérisseurs ouest-africains ou des prophètes-guérisseurs. Les voies de la guérison puisaient déjà dans les logiques syncrétiques longuement analysées par André Mary en Afrique centrale.

Ainsi, Din, l'un des plus proches informateurs d'Éric de Rosny au Cameroun, est catholique pratiquant, il n'est pas converti car il a été « élevé dans la religion catholique » (1974: 19-20); Loe est protestant; Ngea est membre de l'Union des Églises baptistes du Cameroun et à la question d'Éric de Rosny: « Est-ce que cela ne vous fait pas de difficulté de soigner les malades de cette manière alors que vous êtes chrétien ? », Ngea répondait: « Il n'y a pas de difficulté parce qu'une partie de mon traitement à moi, ça part de la Bible » (1992: 57). « NM » est Témoin de Jéhovah et « connaît sa bible avec précision » (1974: 94) tandis que Musinga fut protestant avant de devenir musulman (p.95). De même, Mama Enge, guérisseuse réputée, « est une bonne catholique pratiquante. Elle a réglé le délicat problème de sa profession au regard de la mission¹²

12. Nous sommes durant la période coloniale, les activités de cette guérisseuse sont régies par la mission locale.

en obtenant les autorisations nécessaires de son curé » (1974: 263), comme Sondo (p.312) qui, selon Éric de Rosny « fait preuve d'une étonnante capacité de composition » (p.314). Ces guérisseurs lisent la Bible et mobilisent les catégories chrétiennes dans leurs discours et leurs pratiques, de même qu'ils intègrent les prêtres catholiques dans le *ndimsi*¹³ « des prêtres qui tuent » explique Loe (p.72).

Il perçoit cependant une nuance dans l'attitude des guérisseurs vis-à-vis de leur appartenance religieuse: tandis que les plus âgés « non seulement se cachaient par crainte de l'administration coloniale, mais évitaient toute référence au christianisme pour ne pas repousser leurs patients venus se faire soigner à l'insu des prêtres et des pasteurs », ceux de la nouvelle génération d'alors « n'hésitent pas à se dire sincèrement chrétiens et s'inspirent même de leur foi pour soigner » (1992: 53-54). La tradition joue l'inculturation assumée, décomplexée.

Au côté de ces guérisseurs convertis mais néanmoins familiers des procédures traditionnelles de conjuration familiale et mobilisant les catégories de la sorcellerie, apparaît un autre profil de guérisseurs citadins lettrés moins familiers de l'interprétation sorcellaire que de la rhétorique scientifique médicale, proposant des traitements de leur invention, certes à base de plantes « indigènes », et qui sont de véritables produits marchands, parfois présentés comme tels, emballés dans des boîtes similaires à celles des médicaments proposés par la médecine « occidentale », avec leur notice, prescription et posologie. Le statut de ces acteurs constitue un défi pour les praticiens de la santé confrontés à cette concurrence. La politique de « promotion de la médecine traditionnelle » que voit naître Éric de Rosny sans pouvoir encore en prendre la mesure, avait pour but affiché d'officialiser les pratiques des *nganga* qui se voyaient reconnus tant pour leur fonction sociale que strictement thérapeutique, passant ainsi d'un statut obscur et suspect à celui de « tradipraticien de santé » défini comme « une personne reconnue par la communauté comme apte à fournir des soins de santé », selon la définition de l'OMS qui ne s'attarde pas cependant sur les voies de légitimation, d'initiation ou de formation de ces guérisseurs. La politique de reconnaissance des guérisseurs s'accompagne d'une libéralisation du champ de la santé qui s'en trouve considérablement complexifié. De même, « la professionnalisation des acteurs de santé, par l'entremise des associations de praticiens, contribue à l'apparition de nouvelles figures thérapeutiques » (Pordié et Simon, 2013: 18).

Face à ces profils multiples, Éric de Rosny propose de les distinguer par plusieurs critères pertinents « surtout en ville où la confusion est la plus grande » (1992: 52): la stabilité d'un *nganga* dans son quartier installe sa réputation auprès des habitants qui, comme à l'échelle d'un

13. Éric de Rosny définit le *ndimsi* comme « le monde des intentions secrètes et des desseins cachés » (1974: 18), monde de l'invisible où se donnent à voir, aux yeux des initiés, la cause des maux de leurs consultants, ainsi que tous les êtres dotés de pouvoirs sorciers.

village, peuvent témoigner de sa vocation, ainsi que de ses « résultats » qu'Éric de Rosny évalue à la « durée de ses guérisons », c'est-à-dire à l'intervalle des recours et plaintes éventuelles de ses patients. Comme l'avaient relevé Peter Geschiere et Cyprian Fisiy dans une autre région du Cameroun, le « nouveau *nganga* » parle le français et est le plus souvent membre d'une association de tradipraticiens. Sur ce dernier point, confrontés à la concurrence de ces nouveaux guérisseurs, certains *nganga*, qui disposent pourtant d'une légitimité traditionnelle, ont cru nécessaire d'y ajouter la légitimité professionnelle et administrative d'une association de tradipraticiens et d'en afficher leur carte de membres, qui au Cameroun est le plus souvent rédigée en français et en anglais, deux langues que pourtant ces *nganga*, plus âgés que leurs concurrents, ne manient pas, ou si peu. C'est le signe du succès de l'invention du « tradipraticien » dont Éric de Rosny pensait que le terme « fera long feu »¹⁴ et qui prend le parti de regrouper tous ces guérisseurs sous l'appellation « *nganga* » qui est, de fait, la plus répandue, encore aujourd'hui, dans le discours des malades, au côté de quelques autres comme « partir à l'indigénat » ou se soigner « indigènement » ou « à l'indigène » ou encore « aller couper »¹⁵. Par ce vocable, les malades désignent aussi bien les guérisseurs qu'ils associent aux *nganga* traditionnels décrits comme « les gens qui traitent chez nous », avec leurs « remèdes indigènes », que les tradipraticiens, naturopathes « qui connaissent les plantes » et qu'ils opposent aux « docteurs » et aux « remèdes conventionnels ». La seule distinction opérationnelle aux yeux des patients, c'est-à-dire qui oriente leur choix, porte sur les « vrais » et les « faux » guérisseurs qui se distinguent à leurs yeux par divers critères : ceux qui sont « au village », dont la guérison n'est pas l'activité principale (« ils travaillent à côté ») et qui demandent peu d'argent (« tu donnes ce que tu peux »). Par exemple Joseph explique que, pour lui, le « vrai » guérisseur, « il fait ses activités en même temps, il cultive son champ » par opposition à ceux qui « ne vivent que de ça », qui « cherchent seulement l'argent », puis conclut, non

14. À compter qu'Éric de Rosny emploie correctement une expression souvent employée à contre-sens dans le français courant, l'expression « faire long feu », qui désigne l'échec (le tir manqué d'une cartouche qui n'explose pas) et non la durabilité, laisse penser que son intuition accordait peu d'avenir au terme « tradipraticien ». Force est de constater aujourd'hui que le terme s'est maintenu, quoique dans la confusion des genres, dans les textes légaux et dans les autres pays d'Afrique où le terme *nganga* n'existe pas. En Afrique de l'Ouest il sert parfois à désigner le devin-guérisseur, mais il ne fait nulle part l'unanimité, ni dans la langue française, ni, *a fortiori*, dans les langues vernaculaires.

15. Ces expressions du parler camerounais ont été recueillies au cours d'entretiens dans un cabinet médical du quartier Elig-Essono de Yaoundé en 2014. Ce cabinet spécialisé dans les affections respiratoires nous a permis de rencontrer des malades de longue durée, souffrants de maladies chroniques ou récurrentes et faisant état de parcours de soins particulièrement longs et aux multiples recours. Une bonne opportunité de saisir la complexité des itinéraires de consultations et les différents modes d'aiguillage d'un lieu, ou d'un guérisseur, à un autre.

sans ironie, par cette formule : « Ce sont les faux guérisseurs qui demandent les vrais prix !¹⁶ [...] parce que les gens qui traitent, ils ne demandent pas grand-chose ». Le *nganga* n'est pas associé ici à un statut professionnel, d'autant plus que, au côté du *nganga* et de ses « remèdes indigènes », les familles disposent elles aussi d'une connaissance des plantes et remèdes que certains malades reproduisent, en automédication. Par exemple, Marie, qui n'était jamais allée à l'hôpital avant l'âge de 17 ans, s'est toujours soignée grâce aux remèdes traditionnels : « Dans le temps, les grands-parents étaient puissants avec les plantes traditionnelles. Mes deux parents savaient préparer et ils soignaient tout ». Pour beaucoup de patients, c'est le passage à la ville qui a bousculé les repères, les savoirs « indigènes » demeurant associés à leur région de naissance et à un réseau d'interconnaissances dans lequel les *nganga* disposaient d'une légitimité propre. À Yaoundé, beaucoup de patients témoignent s'être rendus à l'hôpital faute de résultat auprès des « guérisseurs » de la ville ou de leur quartier. C'est à Yaoundé que Marie, qui vit dans cette ville depuis 32 ans, va à l'hôpital pour la première fois suite au traitement d'un guérisseur : « Ça n'a pas tenu, donc c'est pour ça que j'ai dit que les remèdes indigènes, je vais laisser, et je vais suivre à l'hôpital ». Ces faits rejoignent le constat de Nicolas Monteillet qui note « une forte implantation des *ngengan* dans le domaine de la thérapie populaire, à l'exception de la périphérie urbaine où se concentrent désespérance économique et perte de repères » (2005 : 179).

Concurrences thérapeutiques

Face à ces offres de guérison, le champ de la biomédecine est mis en concurrence sans vraiment prendre l'avantage. L'héritage et la permanence de la « médecine inhospitalière »¹⁷ n'ont pas permis de gagner la confiance des malades qui entament un parcours de soins. La multiplication des recours, notamment auprès des *nganga* et tradipraticiens qui sont les principaux concurrents de l'hôpital, et la diversité des formes de traitements, tendent bientôt à faire de la médecine un recours parmi d'autres sur un marché de la guérison déjà largement occupé par des acteurs militants dont les tradipraticiens et les pasteurs sont les plus militants (Fancello, 2012, 2015). Les patients qui se présentent dans ce cabinet médical du quartier Elig-Essono à Yaoundé où nous avons pu les rencontrer, ont tous un parcours de soin qui atteste un pluralisme thérapeutique assumé. Tous

16. Comprendre des prix alignés sur ceux des médecins.

17. Yves Jaffré et Jean-Pierre Olivier de Sardan (2003). Voir également les enquêtes menées au Cameroun par Bernard Hours (1985) et Nicolas Monteillet (2005) qui aboutissent au même constat.

avaient multiplié les recours en matière de soins, tous avaient combiné les consultations hospitalières avec les consultations de *nganga* ou avaient complété les traitements médicaux avec quelques « remèdes » préparés par un *nganga* ou en famille. Plusieurs y avaient associé une demande de prière auprès d'un prêtre ou d'un pasteur et des tentatives de désorcellement. « Le nombre de *ngengan* consultés successivement est révélateur de l'errance thérapeutique générée par le caractère irrémédiable des maux » analyse Nicolas Monteillet (2005 : 148) qui relève également un recours au prêtre « de plus en plus fréquent » (p.174).

Ainsi, quel que soit le lieu où l'on se place (centre de délivrance, cabinet médical, *nganga*, etc.), on constate que la grande majorité des patients a déjà reçu un diagnostic médical ou divinatoire, ce qui atteste une circulation entre les différents spécialistes, éventuellement « non médicaux », de la guérison, même si le sens de ces itinéraires de consultations est variable. Dans le discours des malades, c'est bien souvent l'inefficacité des soins, ou leur bénéfice temporaire, qui pousse à de nouveaux recours. C'est là un point important dans l'orientation des itinéraires de consultations multiples : l'attente des patients est focalisée sur les résultats immédiats d'un traitement, quel qu'il soit. Si la guérison, perçue comme la fin des symptômes ou des signes de la maladie (ce peuvent être des résultats d'analyses biologiques), n'est pas au rendez-vous, le patient en conclut que « ça ne marche pas » et oriente sa demande de soins vers un autre spécialiste. À ce tournant, les patients interrogés livrent deux clés d'analyses des itinéraires de consultations. Si « ça ne marche pas » : 1) Ils ne retournent pas consulter le prescripteur du traitement pour l'en tenir informé, adapter le traitement, ou à défaut, revoir le diagnostic. Qu'il s'agisse des médecins ou des *nganga*, les patients constatant l'inefficacité d'un traitement ne sollicitent pas un suivi médical car c'est à leurs yeux la preuve que le guérisseur n'est pas « fort » ou « ne sait pas ». 2) Cette absence de suivi médical vient rencontrer une méconnaissance de la maladie. Dans le cas de maladies chroniques (diabète, Sida) et récurrentes (affections respiratoires), les patients qui ne constatent pas d'améliorations immédiates, ou si la « maladie » réapparaît fréquemment, ils en concluent de même que le traitement « ne marche pas » et tentent de nouveaux recours. Ceci tient en partie au fait que les patients, peu familiers des maladies chroniques, attendent une « guérison » là où il ne peut y avoir que suivi médical à long terme.

Ce constat est très net auprès des patients du cabinet médical d'Elig-Essono, spécialisé dans les affections respiratoires : les patients, qui sont malades de manière chronique ou récurrente (sinusites, rhinites), attribuent leur rechute à l'inefficacité des traitements antérieurs plutôt qu'à d'autres facteurs tels que la pollution de l'air, leur exposition à la climatisation ou à d'autres facteurs relevant par exemple d'une hygiène de vie¹⁸

18. Par exemple, une patiente du cabinet médical d'Elig-Essono s'est vue prescrire un régime alimentaire excluant les arachides qu'elle mangeait quotidiennement : le médecin

plutôt que de traitements médicaux. On peut faire le même constat auprès d'autres guérisseurs : chez Maman Téré, qui donne consultation au marché où elle vend les plantes qui servent de base à ces traitements (sous la forme d'infusions de racines le plus souvent, ou de poudre), nous avons rencontré Émile, récemment diagnostiqué comme diabétique. Son diabète fut confirmé par des examens médicaux suite auxquels il a reçu un traitement. Lorsque nous l'avons rencontré chez Maman Téré, il avait abandonné son traitement à la suite de nouveaux examens où il a vu que « la maladie est toujours là ». À la question de savoir s'il en avait parlé avec son médecin, il avait répondu : « il n'y a pas de raison. Si le traitement ne marche pas, je vais ailleurs ». Comme beaucoup de patients, Émile ne semble pas avoir intégré le concept de maladie chronique et s'attend à une guérison immédiate et définitive que les guérisseurs non médicaux n'hésitent pas à promettre. C'est ce qu'observe également le médecin d'une clinique à Bastos, un quartier de Yaoundé, qui relie cet état de fait aux croyances en la sorcellerie :

« Il y a toujours quelqu'un qui est à l'origine d'une maladie, donc si vous êtes malades, c'est quelqu'un... Ils n'acceptent pas les maladies naturelles. Il y a une autre notion qui n'est pas acceptée, c'est la notion de maladie chronique : diabète, hypertension, pour lesquelles vous devez prendre des médicaments à vie [...]. Ça c'est une notion que les gens n'ont pas encore intégrée. »

Certains médecins s'inquiètent de cette concurrence qui contribue à détourner les patients de leur traitement ou à leur éviter l'hôpital. Le médecin de Bastos dénonce certaines pratiques de guérisseurs qu'il juge dangereuses :

« Parfois ce sont des poisons qu'ils donnent aux gens. J'en ai connu un qui prétendait soigner les fous. Il prenait des potions dans lesquelles il mettait du Gardéнал et du Valium [...] d'autres achètent des antibiotiques en pharmacie, ils mettent ça dans leur décoction et donne ça à leur malade [...]. Ce qui nous inquiète c'est que nous voyons les malades très souvent au dernier stade, c'est-à-dire qui ont fait le tour de tous les tradipraticiens et c'est en dernier ressort qu'ils viennent nous voir. Ils sont déjà au stade des complications de leur maladie, parfois à un stade où on ne peut plus rien faire ».

L'une des patientes du cabinet médical d'Elig-Essono, atteinte de rhinites chroniques « depuis 14 ans » s'est ainsi trouvée confrontée à l'impuissance du médecin. Lors de notre entretien, à la sortie de sa consultation, elle raconta, dépitée : « Il dit que je n'ai plus de nez... ». Le médecin

lui expliqua que les arachides fragilisent les muqueuses et favorisent ses rhinites récurrentes. Dans ce cas, un traitement médical seul serait inefficace aussi bien à titre curatif qu'à titre préventif.

venait de lui annoncer que ses muqueuses étaient tellement abîmées qu'il ne pouvait plus envisager de la traiter. Il attribua ce résultat aux traitements antérieurs de la patiente auprès de guérisseurs non conventionnels : l'un d'eux lui avait prescrit une décoction à base d'une poudre et de whisky qu'elle s'est mise directement dans le nez durant plusieurs semaines. Ce mélange aurait eu pour effet de lui « brûler » les muqueuses respiratoires de manière irrémédiable, selon le médecin. Le médecin de la clinique de Bastos dénonce lui aussi ces pratiques : « Certains tradipraticiens, quand ils voient quelqu'un de diabétique, disent : "Ne prenez pas les médicaments des Occidentaux". Quelques jours après le malade fait un coma hypoglycémique et il meurt. Ça c'est criminel, c'est criminel » répète-t-il.

Dans sa clinique à Bastos, ce médecin tolère cependant l'activité d'un autre type de guérisseurs avec lequel il est de surcroît en désaccord. Il s'agit d'un magnétiseur qui ambitionne de vaincre le scepticisme du médecin afin de trouver une audience auprès du monde médical. Lors de notre entretien, ils s'affrontent sur le cas d'une malade souffrant d'un anévrisme de l'aorte. Le médecin préconise une intervention chirurgicale que la patiente, ni sa famille, ne peuvent financer ; tandis que le magnétiseur pense pouvoir la guérir sans médicament, en « élevant son taux vibratoire » afin que l'organisme se soigne lui-même : « les ondes cosmiques font la réparation, essayent d'arranger les cellules endommagées et renforcent celles qui sont encore saines » explique-t-il. Le médecin, conscient que la malade n'a pas les moyens de financer une intervention chirurgicale sans laquelle elle risque de mourir, a permis l'intervention du magnétiseur, faute de mieux pour un cas désespéré. Mais nous savons que les clients des guérisseurs ne sont pas tous des cas désespérés. L'intervention de ces types d'acteurs dans le champ de la santé demeure un enjeu majeur dans les politiques publiques de santé et la régulation des pratiques.

Conclusion

La méconnaissance des maladies autant que des soins appropriés à chacune d'elles, ainsi que l'attente d'efficacité immédiate, inquiètent les médecins des hôpitaux qui se voient mis en concurrence avec les nombreux « guérisseurs » dont ils disqualifient les savoirs autant que les méthodes. Les patients, pour leur part, trouvent chez les guérisseurs ce que l'hôpital leur refuse : écoute, suivi des familles, parfois sur plusieurs générations. Contrairement à l'hôpital, les *nganga* ont la confiance de leurs patients en plus de la légitimité de la tradition et un corpus de connaissances endogènes dans lesquelles les patients se reconnaissent. Ils ne parlent que très rarement un langage médical mais proposent des schèmes explicatifs qui puisent dans des représentations communes (d'où

l'efficacité symbolique et thérapeutique d'un diagnostic de sorcellerie). Le constat d'« échec des institutions à relayer le désorceleur » fait par Éric de Rosny, est en partie dû au poids et aux malentendus de la rencontre coloniale entre la biomédecine et la médecine traditionnelle africaine qui ne se limite pas au champ de la santé mais revêt, comme l'a bien montré Éric de Rosny, une fonction sociale :

« Trouver les causes du malaise familial et social dont un grave accroc de santé est un symptôme tangible, et obtenir la réconciliation qui s'impose, telle est l'obsession du *nganga*, ce dont il parle le plus souvent au cours des soins. Guérir, c'est réaliser l'ensemble de l'opération » (1995 : 31).

L'impérialisme et l'autoritarisme par lesquels s'est distinguée la médecine hospitalière en Afrique ne peuvent rivaliser avec la démarche familiale des *nganga* que Nicolas Monteillet qualifie « d'encadrement populaire de la maladie » conséquence de « l'échec thérapeutique » de la biomédecine (2005 : 139). La prolifération des guérisseurs, en partie engendrée par la politique de promotion de la médecine traditionnelle africaine, et l'extrême variabilité des profils d'acteurs dans le champ de la santé, ont contribué à brouiller un champ jusque-là bipolarisé entre, d'une part, la légitimité d'une médecine traditionnelle, renforcée par l'adhésion des patients et, d'autre part, une biomédecine, symbolisée par l'hôpital et qui peine à faire ses preuves, plongeant les patients dans la confusion. Les États africains, ainsi que l'OMS, qui ont promu et soutenu cette libéralisation du champ de la santé, révèlent leur ambivalence face aux enjeux de santé publique. Face à une médecine occidentale qui porte les stigmates de la domination coloniale, la promotion de la médecine traditionnelle africaine est, elle, soutenue par la revendication identitaire de reconnaissance d'un héritage culturel ancestral et indigène. Il ne s'agit donc pas uniquement ici de santé mais d'une politique post-coloniale de réhabilitation culturelle dont le patient n'est, semble-t-il, pas l'objet central.

Références

- BENEDUCE Roberto, 2011, « Soigner l'incertitude au Cameroun. Le théâtre épique du *nganga* face aux économies du miracles », in LADO L. (éd.), *Le pluralisme médical en Afrique*, Paris, Karthala, p. 101-131.
- FANCELLO Sandra, 2008, « Sorcellerie et délivrance dans les pentecôtismes africains », *Cahiers d'études africaines*, n° 198-199, p. 161-183.
- 2012, « Sorcellerie, délivrance et exorcisme à Bangui », in MARTINELLI B. et BOUJU J. (dir.), *Sorcellerie et violence en Afrique*, Paris, Karthala, p. 55-84.
 - 2015, « Les acteurs de la lutte anti-sorcellerie : exorcistes et *nganga* à Bangui et Yaoundé », in FANCELLO S. (dir.), *Penser la sorcellerie en Afrique*, Paris, Hermann, p. 203-238.

- FASSIN Éric, FASSIN Didier, 1988, « De la quête de légitimation à la question de la légitimité : les thérapeutiques “traditionnelles” au Sénégal », *Cahiers d'études africaines*, n° 110, p.207-231.
- FISYI Cyprian F., 1989, « La sorcellerie au banc des accusés », *Politique africaine*, n° 34, p.127-131.
- FISYI Cyprian F. et GESCHIERE Peter, 1990, « Judges and Witches, or How is the State to Deal with Witchcraft? », *Cahiers d'études africaines*, n° 118, p.135-156.
- HOURS Bernard, 1985, *L'État sorcier. Santé publique et Société au Cameroun*, Paris, L'Harmattan.
- JAFFRÉ Yannick, OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre (dir.), 2003, *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala.
- MARTINELLI Bruno, 2012, « Justice, religion et sorcellerie en Centrafrique », in MARTINELLI B., BOUJU J. (éds.), *Sorcellerie et violence en Afrique*, Paris, Karthala, p.31-54.
- 2015, « Juger la sorcellerie. Un ethnographe dans l'institution judiciaire centrafricaine », in FANCELLO S. (dir.), *Penser la sorcellerie en Afrique*, Paris, Hermann, p.45-82.
- MARY André, 2009, *Visionnaires et prophètes de l'Afrique contemporaine. Tradition initiatique, culture de la transe et charisme de délivrance*, Paris, Karthala.
- MARY André, MEBIAME-ZOMO Maixant, 2015, « Épidémie de crimes rituels au Gabon. Des affaires de sorcellerie au scandale de l'impunité », in FANCELLO S. (éd.), *Penser la sorcellerie en Afrique*, Paris, Hermann, p.117-157.
- MONTEILLET Nicolas, 2005, *Le pluralisme médical au Cameroun. Crise hospitalière et nouvelles pratiques populaires*, Paris, Karthala.
- NGOVON Gervais, 2012, « La sorcellerie au sein du prétoire en Centrafrique. Illustration d'une session criminelle », in MARTINELLI B., BOUJU J. (dir.), *Sorcellerie et violence en Afrique*, Paris, Karthala, p.153-172.
- PIGEAUD Fanny, 2011, *Au Cameroun de Paul Biya*, Paris, Karthala.
- PORDIE Laurent, SIMON Emmanuelle (éds.), 2013, « Que sont les guérisseurs devenus? Le monde des soins à l'heure de la globalisation », in PORDIE L., SIMON E. (éds.), *Les nouveaux guérisseurs. Biographies de thérapeutes au temps de la globalisation*, Paris, éditions de l'EHESS, p.7-33.
- ROSNY Éric de, 1974, *Ndimsi. Ceux qui soignent dans la nuit*, Clé Yaoundé.
- 1992, *L'Afrique des guérisons*, Paris, Karthala.
- SIMON Emmanuelle, 2015, « L'expérimentation humaine en médecine traditionnelle, une pratique à la croisée de deux questionnements éthiques. Analyses à partir du Bénin », in BADJI M., DESCLAUX A. (dir.), *Nouveaux enjeux éthiques autour du médicament en Afrique*, Paris, L'Harmattan.