

Aspects socio-culturels de la pratique rhumatologique en Afrique Noire *

par Moustafa MIJIYAWA **

La médecine et la culture ont toujours entretenu des liens très étroits à travers l'histoire. Ainsi, pendant des siècles, la conception métaphysique de l'origine des maladies a dominé la pensée médicale (1). Grâce aux découvertes scientifiques du XIXe siècle, la pensée médicale occidentale est aujourd'hui dominée par une approche rationnelle des maladies et de leurs traitements. En Afrique Noire par contre, la maladie est encore perçue comme résultant d'une origine surnaturelle. Le recours au charlatan, au sorcier et au devin est, de ce fait, quasi-systématique. La théorie des humeurs (saignée, purgatifs, vomitifs) est encore solidement présente dans les esprits. La décision du malade d'adhérer à un traitement est rarement individuelle en raison du poids de la famille et de la tribu. Ces attitudes, absolument indissociables de la culture africaine, semblent très marquées au cours des affections rhumatismales dont la symptomatologie est dominée par la douleur et la physiopathologie souvent obscure. La prise en compte de ces considérations revêt un grand intérêt dans la mesure où elle permet une prise en charge globale du patient. Le présent article vise à exposer certains aspects socio-culturels propres à la pratique rhumatologique en Afrique Noire.

Cadre d'étude

L'étude a eu pour cadre le Centre hospitalo-universitaire de Lomé-Tokoin. Ce Centre, la plus grande formation sanitaire du Togo, accueille en moyenne 170.000 consultants par an. Il est doté d'un service de rhumatologie depuis octobre 1989. Ce service accueille en moyenne 900 consultants par an. Lomé, capitale du Togo, est située sur la côte ouest-africaine et compte 650.000 habitants. Le Togo est un pays de 56.600 km², situé entre les 6e et 11e degrés de latitude Nord et comptant 3.600.000 habitants avec une croissance annuelle de 3.1%. L'agriculture occupe 41% de la population. 26 % de la population vit en zone urbaine et 43% des adultes sont alphabétisés. L'espérance de vie est de 54 ans et le nombre d'habitants pour un médecin de 8.700. Le nombre d'habitants pour une infirmière est de 1.240 et le nombre d'habitants pour un lit d'hôpital de 600 (2). Le premier contact des populations togolaises avec les Européens remonte au XVe siècle. Le Togo a été une colonie allemande de 1884 à 1919 avant d'être placé sous mandat français jusqu'en 1960.

* Comité de lecture du 26 février 1994 de la Société française d'Histoire de la Médecine.

** Boîte postale : 80627, Lomé, Togo.

La maladie rhumatismale, comme la plupart des maladies, est rattachée à une origine surnaturelle

La maladie rhumatismale est assimilée à un mal d'origine métaphysique : mécontentement de l'ancêtre défunt, sort jeté par des esprits maléfiques, ensorcellement, envoûtement. Cette conception ne semble pas souvent influencée par le niveau d'instruction du malade. Elle s'observe ainsi même chez le malade ayant un niveau d'instruction élevé. Elle ne semble pas non plus inhibée par l'appartenance du malade à une religion monothéiste. L'exemple de cet économiste de trente-huit ans, reçu à ma consultation en septembre 1991, est à ce sujet très démonstratif. L'oligoarthrite inaugurale de sa spondylarthropathie est apparue en mai 1989, date du démarrage des travaux de la maison qu'il construisait dans son village natal. La consultation d'un charlatan a permis de rattacher la maladie à un envoûtement suscité par la jalousie des voisins. Le malade, quoique fervent protestant, a de ce fait eu recours à des sacrifices et à de nombreuses cérémonies prescrites par le charlatan. Tous les sièges de douleur ont été l'objet de scarifications dont les dates correspondaient exactement à celles des poussées évolutives de la spondylarthropathie. Ce malade, malgré son niveau d'instruction (doctorat en économie) et son éducation (fils de pasteur), n'a pas été convaincu du caractère naturel de sa maladie au terme de la consultation rhumatologique. Tout en reconnaissant l'effet bénéfique des anti-inflammatoires non stéroïdiens et de la sulfasalazine, il continuait à consulter les charlatans, seuls capables à ses yeux d'opposer un traitement étiologique (c'est-à-dire métaphysique) à sa maladie (qui est d'origine surnaturelle) ! La conception métaphysique de l'origine de la maladie, aujourd'hui dominante en Afrique, rappelle l'attitude des Européens face aux grandes épidémies de l'Antiquité et du Moyen-Age (1). La faible crédibilité accordée par le malade à la médecine moderne (qui ignore les causes profondes des maladies) en est la principale conséquence. Le malade refuse de ce fait d'investir dans la médecine moderne en laquelle il n'accorde qu'une confiance limitée. Une autre conséquence est l'observation fréquente de graves complications, en raison du retard à la consultation (le malade consulte d'abord le devin ou le sorcier et ne se rend à l'hôpital qu'en cas de persistance des symptômes).

Influence de la famille et de la tribu

Chaque fois que j'ai été amené à proposer la chirurgie comme traitement d'une affection, le malade n'a donné sa réponse qu'après consultation des membres de la famille dont il est issu (père, mère, oncles, tantes, frères, sœurs). Des cérémonies traditionnelles sont pratiquées afin d'obtenir l'avis du grand ancêtre défunt. La décision de se faire hospitaliser, d'adhérer à un traitement ou de le refuser, est rarement individuelle. Elle est souvent le fruit d'un consensus familial. Cette attitude reflète la conception africaine de l'individu. Alors qu'en Occident l'individu est une entité unique et indépendante, en Afrique Noire, l'individu est un maillon d'une chaîne sans fin, une des multiples ramifications d'une branche d'un arbre immortel, un pont entre différentes générations. Son autonomie est un concept secondaire, souvent sacrifié au profit de la solidité et de l'homogénéité de la famille ou de la tribu. La solidarité du groupe familial ou tribal s'organise autour de l'ancêtre qui en constitue le pilier central et le garant du patrimoine collectif (3). Cette conception, fondement de la vie communautaire africaine, est bien prise en compte par le thérapeute traditionnel qui dans sa démarche n'isole

jamais l'individu mais l'aborde dans sa globalité (4). La maladie est considérée comme la conséquence d'un déséquilibre dans les relations familiales ou tribales. La famille et la tribu s'en sentent concernées au même titre que le malade. De même qu'on n'est pas seul à avoir un enfant et à l'élever, de même on n'est pas seul à être malade. On a avec soi toute la collectivité. Cette différence conceptuelle de la définition de l'individu entre l'Occident et l'Afrique Noire explique certains problèmes éthiques particuliers suscités par la recherche médicale. La transposition des règles éthiques occidentales à l'Afrique Noire s'est heurtée à d'énormes difficultés (5, 6).

Quelques pratiques fondées sur la théorie humorale

Le recours à la médecine traditionnelle peut intervenir avant ou après la consultation du médecin moderne. Dans certains cas, les deux modes de traitement sont entrepris de façon parallèle. Ainsi, des traitements traditionnels sont discrètement administrés à des



Fig. 1 : Scarifications des avant-bras chez une jeune femme souffrant de douleurs ostéo-articulaires dans le cadre d'une hémoglobinopathie SC.

malades hospitalisés. La théorie des humeurs, encore enracinée dans les esprits, se traduit par le recours aux vomitifs, aux purgatifs et à la saignée. Elle est en tout point analogue à celle qui a prévalu en Occident et au Moyen-Orient au cours de l'Antiquité et du Moyen-Age (7, 8). Des scarifications de quelques centimètres de longueur sont ainsi pratiquées au niveau des zones douloureuses (figures 1 et 2). Ces scarifications, observées chez 20% des consultants de rhumatologie, sont suivies de l'application de produits et/ou d'une aspiration de sang à l'aide de ventouses. Dans tous les cas, la couleur noire du sang après coagulation est considérée comme le symbole de la maladie. Ces scarifications qui exposent aux infections et aux anémies revêtent un intérêt sémiologique : elles précisent à la fois le siège et les irradiations de la douleur, ainsi que la distribution de l'atteinte rhumatologique. Le trajet des lombosciatiques est ainsi remarquablement retracé par les scarifications. En outre, il est parfois possible de retrouver le nombre de poussées évolutives d'une maladie rhumatismale en tenant compte des cicatrices des scarifications.



*Fig. 2 : Scarifications du tronc
chez un homme de 27 ans souffrant d'une spondylodiscite avec abcès paravertébral.*

Ces quelques aspects socioculturels observés en pratique rhumatologique ne sont que le reflet sectoriel d'un phénomène général. L'Afrique Noire est une société où l'irrationalité a un poids considérable sur la pensée. La tendance à trouver une cause surnaturelle aux phénomènes déborde largement le cadre de la médecine. Par ailleurs, l'individu étant sacrifié au profit du groupe, sa responsabilité personnelle est rarement engagée. Ces éléments expliquent en partie les problèmes liés au développement socio-économique de l'Afrique Noire. Un développement à l'occidentale implique forcément un changement de comportement au profit de la rationalité et de la responsabilité individuelle.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) COE R.M. - Sociology of Medicine. Mc Graw-Hall Book Company, 2nd Ed., 1978, 437 pages.
- (2) Human Development Report 1993. Published for UNDP by Oxford University Press, New York, 1993.
- (3) FOTSO DJEMO J.B. - Le regard de l'autre. Médecine traditionnelle africaine. Edition Silex, 1972, Paris, 448 pages.
- (4) DE ROSNY E. - N'dimsi. Ceux qui soignent dans la nuit. Edition Clé Yaoundé, 1974.
- (5) BARRY M. - Ethical consideration of human investigation in developing countries. The AIDS dilemma. *N. Engl. J. Med.*, 1988, 319, 1083-1086.
- (6) IJSELMUIDEN C.B., FADEN R.R. - Research and informed consent in Africa. Another look. *N. Engl. J. Med.*, 1992, 326, 830-834.
- (7) LEBIGRE A. - Et saigner et purger ! *L'Histoire*, 1984, 74, 110-113.
- (8) MICHEAU F. - L'âge d'or de la médecine arabe. *L'Histoire*, 1984, 74, 30-37.

SUMMARY

Conceived by the patient as the result of a supernatural origin, rheumatism, as most diseases in Black Africa, justifies the consultation of a witch or a quack.

This consultation occurring upstream or downstream that of the modern physician aims to determinate the exact cause of the disease in order to prescribe a suitable treatment. The recourse to traditional medicine is far from being influenced by the level of instruction of the patient. It occurs frequently during rheumatic diseases of which the symptomatology is dominated by pain and the physiopathology often obscure.

The patient while looking for a solution to his problem does not act alone. He must take notice of the advice and requirements of his family of which he constitutes an indissociable element.

The theory of humours is still present in the minds and is expressed by the recourse to purgative and vomitive drugs and to bloodletting.

Thus by some of its conceptual and practical features, traditional African medicine reminds that which had prevailed in the West before the scientific and technical discoveries of the 19th century.