

ENTRE RELIGION, TRADITION ET MODERNITÉ : LA CONSTRUCTION D'UN RÉSEAU DE COMPÉTENCES THÉRAPEUTIQUES AU CAMEROUN

André Wamba

La Pensée sauvage | « L'Autre »

2005/2 Volume 6 | pages 227 à 237

ISSN 1626-5378

ISBN 9782859192075

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/revue-l-autre-2005-2-page-227.htm>

Pour citer cet article :

André Wamba, « Entre religion, tradition et modernité : la construction d'un réseau de compétences thérapeutiques au Cameroun », *L'Autre* 2005/2 (Volume 6), p. 227-237.

DOI 10.3917/lautr.017.0227

Distribution électronique Cairn.info pour La Pensée sauvage.

© La Pensée sauvage. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Entre religion, tradition et modernité :

la construction d'un réseau de compétences thérapeutiques au Cameroun

André Wamba*

Les problèmes de santé préoccupent depuis l'avènement de la pluralité médicale la plupart des pays africains en général et le Cameroun en particulier. Cette préoccupation vient de ce que les pouvoirs politiques ne se sont pas rendus compte que pour être efficace, l'introduction de la biomédecine dans le système sanitaire en milieu africain doit tenir compte de la signification socioculturelle de la maladie et des formes de thérapies préexistantes. Face à la demande de guérison des populations partagées entre les conceptions traditionnelles et modernes de la maladie et des thérapies, on a assisté à des politiques de réformes sanitaires dont le but était d'adapter les solutions médicales à la nouvelle demande des patients. En effet, la rencontre en terre africaine de la biomédecine et de la médecine traditionnelle a eu entre autres comme conséquences l'émergence des médecines intermédiaires et des conceptions spécifiques de la maladie dont tout projet de formation devrait tenir compte.

Les travaux de Lantum (1985) et de Tsala Tsala (1996) ainsi que l'expérience clinique psychiatrique de Fann-Dakar (Collignon 1978) ont fait remarquer que dans les villages comme dans les villes, l'accès à la biomédecine reste largement limité. De plus les patients en sont très souvent détournés par l'attitude du biomédecin qui manque parfois d'empathie. En revanche, on en est aujourd'hui à chercher le profil du thérapeute qui serait adapté aux populations africaines en général et camerounaises en particulier. Le problème de fond est de savoir si une formation multiaxiale pourrait donner aux thérapeutes les compétences réelles leur permettant de reconnaître les modèles de représentation de la maladie et des thérapies relevant à la fois de deux ou plusieurs cultures médicales.

Par formation nous comprenons une éducation à la santé qui articulerait, dans une approche interculturelle des soins, les différents savoirs

* Doctorant, Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation, 44 rue Gustave Moynier 1202, Genève, Suisse. Email : wandre71@yahoo.fr

médicaux qu'on retrouve dans le domaine de la santé au Cameroun. L'objet de cet article est d'essayer de saisir et de comprendre les logiques et les motivations qui accompagnent la recherche des connaissances médicales complémentaires des thérapeutes d'une part, et d'en dégager les perspectives d'une mise sur pied d'un système d'intervention thérapeutique en réseau entre les différentes médecines d'autre part. A ce propos, nous nous sommes posés la question de savoir comment envisager la formation des thérapeutes camerounais pour développer une collaboration harmonieuse entre les différentes médecines. Cette étude se fonde essentiellement sur l'analyse des besoins de formation complémentaire et les entretiens réalisés avec onze thérapeutes. Elle est suivie d'une seconde dans laquelle nous analysons les motivations qui poussent les thérapeutes à recourir à la formation complémentaire et d'envisager un système de formation qui tiendrait compte à la fois des savoirs locaux sur la médecine et ceux de la biomédecine dans la formation des praticiens.

Problématique d'un enseignement médical intégré

Savoir médical entre religion, tradition et modernité

La pratique médicale en Afrique est aujourd'hui à cheval entre plusieurs systèmes de représentations de la maladie et des thérapies qui ne se recoupent pas forcément, compte tenu des éléments fondamentaux qui les constituent. La question de la formation des thérapeutes dans un contexte de pluralisme médical pose le problème des canaux de transmission des savoirs qui diffèrent très souvent d'un modèle de thérapie à l'autre. La manière dont chaque société promeut les thérapeutes et construit ses dispositifs thérapeutiques est solidaire d'une certaine philosophie de l'existence et de la notion de personne qui la sous-tend.

S'agissant de la formation des biomédecins et tradithérapeutes, De Rosny (1992 : 45) souligne que ces derniers mettent autant de temps que les biomédecins, sinon plus, dans l'apprentissage de la thérapie. Cette forme d'éducation dépasse le simple cadre de l'école formelle. Durant le processus d'obtention de son pouvoir de guérison, le jeune tradithérapeute s'imprègne des techniques de guérison qui lui sont transmises par ses parents ou ancêtres au cours de séances d'initiation dont les lieux, les périodes et les heures dépendent des circonstances. Le modèle d'obtention de leur pouvoir de guérison et leur nature ont fait dire qu'il s'agit d'un mode de transmission de savoir qui relève du don et de l'héritage. Parlant de leur vocation, Delude (1969 : 66) souligne qu'« on ne choisit pas d'être prêtre, magicien, devin... on y est appelé par des signes de l'Au-delà : maladies, psychoses diverses, insuccès... ou encore on le devient héréditairement, par la volonté d'un parent mort qui manifeste son choix ». Le caractère atemporel de ce type d'apprentissage, le manque de définition des espaces et du contenu de ses programmes l'ont fait qualifier de façon péjorative de formation informelle, mettant le doute sur la question de sa validité et de sa fiabilité. Par ailleurs, le rapport entre médecine traditionnelle et biomédecine a toujours été un rapport de violence, la première cherchant à supplanter la seconde. La médecine tradi-

tionnelle s'est vue marginalisée parce que ses méthodes de transmission des savoirs ne reposent pas sur des éléments scientifiquement explicables, et donc difficilement systématisables sur le plan de l'enseignement.

Pourtant les méthodes modernes de transmission des savoirs médicaux, résultats de recherches dans les universités, laboratoires et hôpitaux, pour formelles qu'elles soient, ne fournissent pas toujours aux biomédecins tout le savoir et toute l'habileté dont ils ont besoin pour répondre adéquatement à la nouvelle demande du patient. Aujourd'hui, les innovations pédagogiques dans certaines facultés de médecine visent à adapter la formation aux cas concrets que posent les patients. Une telle adaptation a été introduite à Genève en 1995 et est axée sur l'apprentissage par problèmes (APP). Ce format d'apprentissage est basé sur des problèmes à expliquer ou à résoudre afin d'acquérir les connaissances médicales essentielles (DesMarchais, J.E., Dumais, J.P. and Vu, N.V. 1994). Les recherches interculturelles, ont montré qu'au nom de la rationalité scientifique un large pan de savoir faire profitable à l'humanité se perdait et que l'école n'était pas le seul lieu où excellent les actes éducatifs (Erny 1981, Dasen 2000). Qu'ils soient informels ou formels, les modèles de transmission des savoirs médicaux sont des construits socioculturels (Chamoux 1981), conformes aux représentations de la maladie auxquelles adhèrent les populations qui s'y réfèrent. Autant dire qu'il y a dans tout construit social, une part de subjectivité. Il ne saurait en être autrement, car « l'esprit scientifique lui-même ne saurait être indemne de représentations. S'il parvient à une objectivité rapprochée ce ne peut être en niant ses propres présupposés, mais en les reconnaissant et en en rendant compte. » (Laplantine 1986 : 107). Ainsi, la logique de transmission des savoirs faire quotidiens pour reprendre Dasen (1999) et plus précisément celle des savoirs médicaux traditionnels, rendent compte tout simplement de l'éventail des voies d'apprentissage multiples et de la diversité des conceptions de la maladie.

Opposer le formel à l'informel, c'est ignorer que chaque modèle de savoirs tient de systèmes de valeurs différents dont les signifiants ne renvoient pas toujours à la même totalité métaphorique. Si la biomédecine est considérée comme une science des organes, la médecine traditionnelle reflète le fonctionnement de la vie. De plus, le sens de la signification de « Dieu » n'est-il pas toujours le même lorsqu'on passe de la religion à la tradition. Rien ne saurait alors remplacer le devin ou le prêtre, le guérisseur, spécialistes du sens de la maladie, même si l'itinéraire thérapeutique du patient africain semble ne plus privilégier le diagnostic divinatoire; mais il s'impose si la maladie persiste. Malgré les différences perceptibles qui existent entre *savoir* du biomédecin et *pouvoir* du guérisseur et du prêtre, le patient camerounais semble avoir une attitude de type transférentiel en ce sens qu'il les perçoit de manière indifférenciée. Pouvoir et savoir se confondant dans son esprit, il s'attendrait à ce que le thérapeute à qui il s'adresse soit à la fois un *sujet supposé savoir* selon l'expression de Lacan (1966 : 690) et un *sujet supposé pouvoir*. C'est que

son appartenance à des structures sociales superposées (religion/tradition/modernité) le contraint à se considérer tantôt comme individu et tantôt comme membre d'une collectivité. Cette attitude du patient doublement divisé dans sa souffrance et dans sa représentation de la maladie, rend compte de ce que le thérapeute est à la fois pris pour l'un et l'autre. D'où l'intérêt de conjointre la diversité des voies de transmission de connaissances dans le but d'une co-construction d'un savoir médical adapté à l'air du temps propice aux phénomènes de métissage conceptuel.

Quelques exemples de construction de réseaux

Au Sénégal, deux projets sur « l'alphabet de la médecine traditionnelle » et sur « où en est la médecine traditionnelle ? » dont Gbodossou (1984, 1985) a dressé un rapport, sont une initiative et une tentative réussies de mise en réseau des compétences thérapeutiques. D'après l'organisateur des deux projets, une cohabitation est nécessaire. Mais de quelle nature ? Les questions soulevées renvoient au statut de la médecine traditionnelle, à sa place dans l'ensemble du système de santé et à la formation des futurs thérapeutes. Pour les participants, il s'agit non pas d'une place de rivale mais de complément. Au Mali, il existe plusieurs associations de guérisseurs dont 525 membres détiennent une carte professionnelle délivrée par l'Institut national de recherches en santé publique. Fleury (1998) relève qu'il y a dans ce pays une collaboration entre les hôpitaux de la ville et les guérisseurs de la circonscription médicale rurale. Les patients font généralement la navette entre les deux structures ou suivent les deux traitements à la fois. Les hôpitaux de la ville envoient par exemple aux guérisseurs des fractures non ouvertes et ils réalisent des résultats spectaculaires dans ce domaine.

Dans ces deux pays, les pouvoirs publics ont mis sur pied une structure où biomédecins et tradithérapeutes reçoivent des connaissances complémentaires et échangent des compétences, sont informés et éduqués. La formation comporte la programmation périodique de modules d'enseignement des notions élémentaires aux deux secteurs médicaux. Au Sénégal par exemple, deux unités de soins traditionnels et modernes créées dans cette structure sont tenues par des tradithérapeutes et des biomédecins ayant des connaissances complémentaires. Les malades y ont accès à une consultation du tradithérapeute et du biomédecin. Chacun des deux établit un diagnostic par ses propres moyens et l'admission en hospitalisation, dans le cas des troubles psychiatriques, revient aux seuls tradithérapeutes (Gdobossou 1985). Les biomédecins continueront cependant le suivi du malade pendant et après le traitement du tradithérapeute au moyen d'un diagnostic différentiel. Cette situation donne aux thérapeutes les potentialités de conseiller et d'éducateur en matière de soins de santé primaire. Ainsi, les thérapeutes peuvent jouer l'arbitrage en orientant selon les cas certains de leurs patients vers un type de thérapeute défini en fonction de ce qu'il représente dans le secteur des soins.

En Europe, les travaux de Raineau (2001) consacrés aux pratiques thérapeutiques dans un petit village du Puy-de-Dôme (France) ont montré

que si le diagnostic reste l'apanage quasi exclusif des biomédecins, les villageois font appel, pour les soins, aux thérapeutes ancestraux. On constate par exemple, que les biomédecins orientent leurs patients victimes de brûlures vers les *charmeurs de feu*. Dans l'étude comparative sur la formation des guérisseurs urbains et médecins en Colombie, Suarez (1999) souligne le cas de trois biomédecins dont deux sont devenus guérisseur et homéopathe alors que le troisième est propriétaire d'une clinique de thérapies alternatives. La référence à plusieurs représentations de la maladie dont relève l'itinéraire de formation de Barreto au Brésil (Barreto et Boyer 1996) est un exemple de dialogue entre différentes visions de la médecine. Par ailleurs, le groupe de psychiatrie communautaire que conduisent Barreto et Boyer, est tout comme le Centre d'études de la famille de Barreto (Barreto, Barreto, Viana et Vitoriano 1994) un exemple de création d'un espace de rencontre, de discussion et d'échange de compétences et de savoir faire. Par la formation/collaboration qu'ils permettent, ces espaces sont le lieu de reconstruction identitaire où le différent est envisagé, où sont articulées différentes représentations du monde. C'est un lieu d'intégration des exclus de la médecine et d'instauration de dialogue médical.

L'intégration des thérapeutes non officiels dans les soins de santé au Cameroun

La collaboration entre médecine traditionnelle et biomédecine n'a pas été jusqu'alors effective au Cameroun. Ce pays est bien en retard sur les autres d'Afrique (Bénin, Mali, Togo, etc.) où les associations des tradithérapeutes ont été autorisées et les guérisseurs ont la place d'interlocuteurs des services de la santé publique. Il y existe aussi un institut de médecine traditionnelle : Mali (Inrept)¹, Togo (Centometra)² et au Zaïre (Irs)³ (De Rosny 1992 : 17). Au Cameroun les guérisseurs ont été autorisés à s'organiser en associations (Fenametcam)⁴, non officiellement reconnues jusqu'à nos jours par les responsables des services de la santé publique. « Pour ou contre la médecine traditionnelle au Cameroun » (Lantum 1978) est un appel à la reconnaissance des savoirs des guérisseurs. Deux références, celle que rapportent les séries de rapports de l'OMS (1976) et celle du colloque sur la collaboration des deux médecines sous l'égide du Ministère de la santé (1994) participent de cette problématique. Les participants de ce colloque avaient reconnu qu'il est urgent d'intégrer les thérapeutes non officiels dans l'appareil médical et chercher à exploiter leur potentiel. Les besoins de formation complémentaire exprimés par les thérapeutes camerounais montrent qu'ils vivent une période particulièrement difficile, génératrice de perturbations, où ils doivent pourtant trouver leur équilibre dans l'appartenance à deux ou plusieurs types différents de sys-

1. Institut national de recherche sur la pharmacopée et médecine traditionnelle (INREPT)

2. Centre national de recherches sur la médecine traditionnelle (CENTOMETRA)

3. Institut de recherche scientifique (IRS)

4. Fédération nationale des médecins tradipraticiens du Cameroun (FENAMETCAM)

tèmes médicaux. Les patients se comportent comme si « l'adhésion à une seule médecine laisserait insensible la face éclairée par l'autre » (De Rosny 1992 : 45). Et ce pour autant que « la médecine du blanc a tôt fait de se rendre compte que pour être efficace en milieu africain, elle doit tenir compte de la signification culturelle de la maladie et de sa thérapie » (Tsala Tsala 1989a : 109). Les nouvelles médecines, dans lesquelles les thérapeutes combinent plusieurs représentations de la maladie participent de cette problématique. C'est le cas des groupes de prières charismatiques⁵ à visée thérapeutique où les officiants se recrutent parmi les médecins, guérisseurs et prêtres.

Au Sud-ouest Cameroun le projet indépendant d'éducation des guérisseurs initié par Lantum (1985) n'a pas été un succès pour des raisons de légitimité. A Douala, une autre action de collaboration des thérapeutes se dévoile dans les rencontres et débats organisées par De Rosny (1996 : 203) entre guérisseurs et biomédecins, sur des thèmes variés dont le tout dernier intitulé : « Médecine des hôpitaux et médecine traditionnelle, ces deux médecines sont-elles compatibles ? ». Les propos de cet auteur illustrent une parfaite dynamique de synergie entre lui et les différentes personnes qui ont pour mission de guérir. « Je dispose d'un assez large éventail de correspondants dans Douala... avec qui j'ai noué au fil des ans des relations de confiance et de complicité. C'est à eux que je peux adresser mes visiteurs en fonction de leur modèle de référence : nganga de ville ; nganga de village ; herboriste, médecins avertis comme ceux de mon groupe d'étude de sorcellerie, ou de religieuses infirmières capables de dépasser les règles de la nosologie académique ; prêtres ou pasteurs ; certains leaders de groupes de prière charismatique... Eux-mêmes m'adressent des patients correspondant au modèle que je représente à leurs yeux. Ainsi se construit dans la pratique un réseau d'assistance aux nombreuses antennes, étant entendu que je n'appartiens pas à la catégorie des soignants mais des consultants » (De Rosny 1996 : 221).

Si une formation intégrée relève dans certains pays de l'Afrique de l'initiative des autorités de la santé publique, elle est l'engagement des thérapeutes au Cameroun. Il s'agit en réalité du développement d'un réseau informel, et donc inorganisé, de formation collaborative. On peut par conséquent admettre que le drame de la médecine de ce pays tient de ce qu'il n'existe pas une réglementation régissant les diverses pratiques. Parce qu'elles occupent une place à cheval entre plusieurs systèmes de thérapies, les pratiques médicales au Cameroun peuvent être qualifiées de « médecine transitionnelle ». Elles sont dans une médiation inachevée (Tsala Tsala 1989b) en ce sens qu'elles ne sont faites que de tendances et d'aspirations.

5. Pratique à visée thérapeutique issue du mouvement pentecôtiste, né en 1957 à l'Université de Duquesne (USA), lui-même inspiré du courant de prière pentecôtiste apparu aux USA au début du XX^e siècle. On dénombre au Cameroun plus de deux cents groupes dont le premier reconnu sous le nom d'Ephata a été lancé par le Père Hebgen en 1982.

De l'opposition à la construction d'un réseau de compétences thérapeutiques

Cette conjugaison des thérapies par le biais des connaissances complémentaires participe du principe de complémentarité. C'est à partir des difficultés de pouvoir répondre aux problèmes de santé des patients Amérindiens par la seule approche de la psychiatrie que Devereux (1972) avait développé le principe du complémentarisme. C'est une approche théorique dont la toile de fond est la conjugaison des savoirs médicaux dans un but thérapeutique. Cette théorie insiste sur la reconnaissance de la légitimité des savoirs thérapeutiques qu'ils soient savants ou traditionnels. C'est pourquoi le thérapeute est encouragé à « utiliser systématiquement des techniques présentes aussi dans les méthodes d'assistance non occidentales et donc familières au client » (Gailly 1991 : 114). Par exemple, le futur thérapeute doit pouvoir, par sa formation, discriminer dans les troubles de comportement que présente un individu ceux qui relèvent de la manifestation culturelle de la vocation de thérapeute (folie élection), de ceux qui le ravalent au rang des malades mentaux. Percevoir cette distinction situe déjà le thérapeute au cœur de la dynamique des *approches interculturelles* des soins.

Dans cette perspective, la formation collaborative suppose un double enjeu : développer dans l'esprit des thérapeutes l'idée des consultations concertées par l'implication de plusieurs thérapeutes dans un même cas de maladie. Opération au bout de laquelle chacun des thérapeutes en formation se rend compte non seulement de l'importance du *travail en réseau* selon l'expression de Leanza et Klein (2000 : 292), mais prend aussi conscience des limites de son système et de son rôle dans la chaîne. Wiener (1991) a qualifié d'*arène professionnelle* cette situation de conjonction de savoirs médicaux où interviennent plusieurs thérapeutes. La formation à la collaboration n'est possible que si elle est précédée d'une sensibilisation et d'une éducation des acteurs concernés aux pratiques interculturelles de soins. En fait, les logiques plurielles de la demande en thérapie sont en soi une contrainte pour le thérapeute qui « doit s'efforcer de procéder d'une façon qui, dans chaque cas, soit significative non seulement dans le cadre de sa propre vision du monde, mais encore dans le cadre de la vision du monde de son client » (Gailly 1991 : 115). Dans cette perspective la formation collaborative rejoint les problématiques des travaux en formation interculturelle.

De la formation en approches interculturelles des soins

La formation interculturelle implique la connaissance de la nature des facteurs mis en jeu dans un contexte de transformation sociale et culturelle. Elle « s'attachera à développer la compréhension des mécanismes psychosociaux et anthropologiques qui accompagnent cette mutation sociale ainsi que les phénomènes d'interrelations entre les individus et les groupes appartenant à des sphères de cultures différentes » (Abdallah-Preteille, 1999 : 32). La stratégie de la formation en approches interculturelles envisagée s'inscrit dans la perspective constructiviste (Dasen

1994, Clanet 1990). Le mérite de cette approche tient de ce qu'elle analyse les faits toujours à partir de leur contexte de référence et de production. L'idée est de construire un réseau de connaissances qui regroupe les différents partenaires médicaux, une « thérapie interculturelle dialogique » qui ouvre un champ d'intercommunication entre porteurs de différentes représentations de la maladie et des thérapies. L'interculturalité constructiviste se veut ainsi respectueuse des différences par l'articulation des divergences. Elle nous intéresse en ce sens qu'elle permet au thérapeute une certaine décentration par rapport à ses propres catégories d'analyses habituelles, faisant de lui un anthropoanalyste selon l'expression de Hipolito et Mendès Coello (1989 : 352). L'hypothèse qui sous-tend notre démarche est que, malgré les différences méthodologiques et conceptuelles sur le plan de la transmission des savoirs entre les diverses médecines, une collaboration efficace entre elles est possible si la formation des thérapeutes en approches interculturelles des soins est axée sur l'idée de la recherche de la collaboration.

Conclusion

La recherche de la collaboration dans le cadre de la formation/collaboration s'accompagne de la création des conditions idéales de production d'un savoir médical adapté aux représentations plurielles de la maladie, d'une transformation des compétences individuelles en un champ de savoir collectif et d'une amélioration de la qualité des soins et de la relation thérapeutique. Inscire la formation complémentaire des thérapeutes dans le cadre de la recherche de la collaboration « réunit donc à la fois les activités de production des savoirs et celles de développement et de perfectionnement professionnel des praticiens » (Rouiller 2001 : 23). Cependant, la réalisation de ce perfectionnement ne va pas toujours de soi dans un contexte de rapports d'inégalité entre les diverses médecines et où elles n'ont pas les mêmes statuts. Situer alors la formation complémentaire des thérapeutes dans le cadre de la recherche de la collaboration dans un tel contexte, suppose au préalable une saisie des motivations qui fondent leur besoin d'accès aux connaissances complémentaires pour essayer d'identifier les poches de résistances et les pistes favorables à un travail de production collective de connaissances médicales.

BIBLIOGRAPHIE

- Abdallah-Pretceille M. La formation de l'enseignant face au défi de la pluralité culturelle et de l'altérité. In : J. Demorgon et M. Lipiansky (Ed.) *Le guide de l'interculturel en formation* (pp.301-315). Paris : Retz ; 1999.
- Barreto A, Barreto MR, Viana N, Vitoriano A. Des liens à créer. In : T. Verhelst et E. Sizoo (Ed.) *Cultures entre elles : dynamique ou dynamite? Série Dossiers pour un Débat* (tome1). Paris : FPH ; 1994.
- Barreto A, Boyer JP. *L'indien qui est en moi : Itinéraire d'un psychiatre brésilien*. Mayenne : Descartes & Cie. ; 1996.

- Chamoux MN. Les savoir-faire techniques et leur appropriation : Le cas des Nahuas du Mexique. *L'Homme* 1981 ; (21) : 71-94.
- Collignon R. Vingt ans de travaux à la clinique psychiatrique de Fann-Dakar. *Psychopathologie Africaine* 1978 ; XIV (2-3) : 133-324.
- Clanet C. *L'interculturel. Introduction aux approches interculturelles en éducation et en Sciences humaines*. Toulouse : Presses Universitaires du Mirail ; 1990.
- Cohen-Emerique M. L'approche interculturelle dans le processus d'aide. *Santé mentale au Québec* 1993 ; XVIII (1) : 71-92.
- Dasen PR. Fondements scientifiques d'une pédagogie interculturelle. In : C. Allemann-Ghionda (Eds) *Multikultur und Bildung in Europa*. Bern : Lang ; 1994. pp. 281-304.
- Dasen PR. Everyday cognition. In : M.H. Segall, P.R. Dasen, J. W. Berry et Y.H. Poortinga, *Human behavior in global perspective. An introduction to cross-cultural psychology* (Revised 2nd ed., pp. 171-197). Boston : Allyn and Bacon ; 1999.
- Dasen PR. Développement humain et éducation interculturelle. In : P. Dasen et C. Perrégaux, *Pourquoi les approches interculturelles en Sciences de l'Éducation*. Bruxelles : De Boeck ; 2000. pp. 281-98.
- Delude R. *Le sens du sacré dans les populations des bords du Lac Togo*. Mémoire de l'institut supérieur de pastorale catéchétique. Paris ; 1969.
- De Rosny E. *L'Afrique des guérisons*. Paris : Karthala ; 1992.
- De Rosny E. *La nuit les yeux ouverts*. Paris : Seuil ; 1996.
- DesMarchais JE, Dumais JP, Vu NV. An Attempt at Measuring Student Ability to analyze Problems in the Sherbrooke Problem-Based Curriculum : a Preliminary Study. In : P.A.J. Bouhuijs, H.G. Schmidt, and H.J.M. Van Beckel (Eds) *Problem-Based Learning as an Educational Strategy*. Maastricht, The Netherlands : Network Publications ; 1994.
- Devereux G. *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Paris : Flammarion ; 1972.
- Erny P. *Ethnologie de l'éducation*. Paris : PUF ; 1981.
- Fleury JM. Pénurie de médecins, surplus de médecines. In : *Le Journal Echos* n° 943 du 04 mai, Mali. (1998).
- Gbodossou EVA. *Approche de la médecine traditionnelle Africaine*. [Thèse pour le Doctorat d'Etat en Médecine]. Université de Dakar, Sénégal ; 1979.
- Gbodossou, EVA. Alphabet de la médecine traditionnelle. (Décembre) Projet ICP/ICP-RDP-002. Rapport no 1. Casamance, Sénégal ; 1984.
- Gbodossou EVA. Où en est la médecine traditionnelle. Rencontre Médecins-Guérisseurs-Chercheurs. (27-28 Avril) Projet ICP/RPD/002. Sénégal ; 1985.
- Gailly A. Problèmes liés au contexte multiculturel de la relation soignant- soigné. In : J. Leman et A. Gailly (Ed.) *Thérapies interculturelles*. Bruxelles : Éditions Universitaires ; 1991. pp. 97-115.
- Hipolito J, Mendès Coello L. Thérapie familiale. Perspective anthropoanalytique. *Thérapie Familiale* 1990 ; X (4) : 351-58.
- Lacan J. *Écrits*. Paris : Seuil ; 1966.
- Lantum DN. *Pour ou contre la médecine traditionnelle au Cameroun*. Yaoundé : Clé ; 1978.
- Lantum DN. *Traditional medicine-men of Cameroun the case Bui division. (A socio-demographic and epidemiological profile)*. Public Health Unit. University of Yaoundé-Cameroon. ; 1985.

- Laplantine F. *Anthropologie de la maladie*. Paris : Payot ; 1986.
- Leanza Y. et Klein P. Professionnels de la santé et de la relation d'aide en situation interculturelle : quelle formation ? In : P. Dasen et C. Perrégaux, *Pourquoi les approches interculturelles en Sciences de l'Éducation ?* Bruxelles : De Boeck ; 2000. (pp.281-298).
- Ministère de la santé. *Médecine traditionnelle, santé communautaire et médicament : évolution et solidarité. Actes du colloque scientifique*. Yaoundé, Cameroun ; 1994.
- O.M.S. Médecine traditionnelle africaine, *série des rapports techniques*. AFRO N°1, Brazzaville ; 1976).
- Raineau C. *Maladies et infortunes dans l'Auvergne d'aujourd'hui. Médecins, guérisseurs et malades : d'un village montagnard à l'hôpital*. Thèse de Doctoral en ethnologie. EHESS : Paris ; 2001.
- Rouiller J. Chercheurs en sciences de l'éducation et formateurs d'enseignants : un dialogue difficile mais prometteur ! *Éducateur* 2001 ; 8 : 22-5.
- Suarez MR. *A cross cultural study on healers'and physicians'education in Colombia*. [Thèse no 277]. Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation. Université de Genève ; 1999.
- Tsala Tsala JPh. De la demande thérapeutique au Cameroun. *Revue de médecine Psychosomatique* 1989a ; (19) : 109-24.
- Tsala Tsala JPh. Divorce et culpabilité chez la femme camerounaise. La médiation inachevée. *Dialogue* 1989b ; (105) : 111-23.
- Tsala Tsala JPh. Beliefs and disease in Cameroon. In : S. Ntomchkwu Madu, P. Kakubeire Baguma, A. Pritz (Eds) *Psychotherapy in Africa*. Wien : World Council for psychotherapy ; 1996. pp. 44-54.
- Wiener C. Arenas and careers : the complex interviewing of personal and organisational destiny. In : D. Maines (Eds) *Social organisation and social process. Essays in honour of Anselm Strauss* New York : de Gruyter ; 1991. pp. 175-88.

RÉSUMÉ

Entre tradition, religion et modernité : la construction d'un réseau de compétences thérapeutiques au Cameroun

Parmi les pays africains où prévaut le phénomène du pluralisme médical et dont les pré-occupations sanitaires sont aujourd'hui orientées vers l'intégration des divers secteurs médicaux dans l'élaboration des programmes de formation, le Cameroun reste l'un des Etats où l'éducation médicale repose encore sur une représentation globalement monothérapeutique. Pourtant la demande en thérapie montre que face à la maladie et au thérapeute, le patient camerounais se comporte comme s'il voulait que son thérapeute assume à la fois les rôles de biomédecin, guérisseur, prophète guérisseur et prêtre. Cet article pose alors le problème de la formation interculturelle dans le but de construire un système d'intervention en réseau. Compte tenu cependant des relations conflictuelles entre les différentes médecines, il serait nécessaire d'axer la formation sur l'idée de la collaboration.

Mots-clés :

Biomédecine, médecine traditionnelle, médecine religieuse, collaboration, formation interculturelle, Cameroun.

ABSTRACT

Between tradition, religion and modernity : the construction of a therapeutic competence's network in Cameroon

Among the African countries where the phenomenon of medical pluralism prevails and

where sanitary care is today orientated toward the investigation of varying medical sectors in the elaboration of programs, Cameroon remains one of the countries where medical education still relies wholly on monotherapeutic representations. However, the demands in therapy point out that confronted by illness and therapist, the cameroonian patient behaves in such a way that he would want his therapist to assume the roles of biomedical doctor, healer, prophetic healer and priest at the same time. This article therefore seeks to examine the question of cross-cultural training with the aim of constructing a network of intervention. Meanwhile, taking into consideration the conflicting relationship among the different medicines, it will be necessary to focus the training on the notion of collaboration.

Key words :

Biomedicine, traditional medicine, religious medicine, collaboration, cross-cultural training, Cameroon.

RESUMEN

Entre tradición, religión y modernidad : la construcción de un red de competencias terapéuticas en el Camerún

Entre los países africanos donde prevalece el fenómeno del pluralismo médico y cuyas preocupaciones sanitarias se dirigen hoy en día hacia la integración de los distintos sectores médicos en la elaboración de programas de formación, Camerún es uno de los estados donde la medicina se basa todavía en una representación globalmente monoterapéutica. No obstante, la demanda de servicios terapéuticos demuestra que, ante la enfermedad el paciente camerunés se comporta como si quisiera que su terapeuta desempeñara al mismo tiempo los papeles de biomédico, curandero profeta y sacerdote. El presente artículo trata de reflexionar sobre la formación intercultural a fin de construir un sistema de intervención en red. Teniendo en cuenta lo conflictivo de las relaciones entre los distintos tipos de medicina, sería necesario que la colaboración constituya el eje de la formación.

Palabras claves :

Biomedicina, medicina tradicional, medicina religiosa, colaboración, formación intercultural, Camerún.