

Comité National
D'éthique Médicale

**LES PRATIQUES PARALLELES
DE SOINS :**
Aspects sociologiques et éthiques

Treizième Conférence Annuelle

Sousse, le 4 décembre 2009

Comité National d’Ethique Médicale

B.P. 74 – Institut Pasteur de Tunis

1002 - TUNISIE

Téléfax : (216) 71 783 828

e-mail : cnem@rns.tn

Site web : comiteethique.rns.tn

SOMMAIRE

- **Allocution du Pr. Néjib MRIZAK**
Doyen de la Faculté de Médecine de Sousse 7
- **Allocution du Pr. Jalloul DAGHFOUS**
Président du Comité National d’Ethique Médicale 11

L’UNIVERS DES PRATIQUES

PARALLELES DE SOINS

- M. BOULAKBECHÉ et M.S. BEN AMMAR
Les pratiques parallèles de soins : état des lieux 17
- O. GHARBI, A. LADHARI, S. GAHBICHE, A. LANDOLSI,
L.BEN FATMA, M.HOCHLEF, S. BEN AHMED.
Les pratiques alternatives en carcinologie :
Résultats d’une enquête 27
- K. BOUKEF
L’usage traditionnel des plantes en Tunisie 39
- R. ABDMOULEH
Les guérisseurs et la quête d’une légitimité.
Sociologie d’une profession illégitime 43
- R. BEN REJEB
Approche psychologique des thérapies traditionnelles ... 73
- S. INNOUBLI
Zaouias et thérapie:
Pratiques rituelles et dimensions culturelles 79

**ASPECTS PHILOSOPHIQUES, ETHIQUES
ET DEONTOLOGIQUES**

N. ENNAIFAR

Exigences éthiques et pratiques de soins parallèles :	
Aspects déontologiques	93

M.F. DEROUICHE

Médecin et pratiques de soins parallèles :	
Aspects déontologiques	113

M. ZEMNI ET T. MASMOUDI

Soins parallèles et exercice illégal de la médecine	121
------------------------------------------------------------------	------------

ALLOCUTION
Professeur Néjib MRIZAK
Doyen de la Faculté de Médecine de Sousse

Monsieur le Président du Comité National d’Ethique Médicale,
Monsieur le Directeur Régional de la Santé Publique à Sousse,
Messieurs les Doyens Honoraires,
Honorables invités,
Chers Collègues,
Chers Amis,

Permettez-moi de vous souhaiter la bienvenue et vous exprimer l’honneur qui échoit au Doyen de la Faculté de Médecine de Sousse, aux Hommes et aux Femmes de cette institution-phare de recevoir ses invités de marque. Certains sont venus de loin, ce qui témoigne de la confiance que placent nos invités en la Faculté de Médecine de Sousse et qui consolide l’image envoûtante et la fascination dont se prévaut la ville de Sousse.

Je voudrais remercier particulièrement le Comité National d’Ethique Médicale et à sa tête son Président le Professeur Jalloul DAGHFOUS, du choix de notre Institution pour tenir la 13^{ème} édition de sa conférence annuelle. Ce crédit de confiance dont bénéficie notre Faculté de Médecine confirme Sui generis la place Centrale et privilégiée qu’occupe l’éthique médicale dans nos actions.

Je voudrais à cette occasion remercier profondément le Professeur Jalloul DAGHFOUS, qui dirige le Comité National d’Ethique avec maestria. Cet enseignant de renom, toujours vénéré par ses élèves, avait tant de richesses, et est aujourd’hui viscéralement attaché à l’Ethique Médicale.

L'Homme qui demeure un bel exemple de fierté et de fortitude, est aujourd'hui d'une fidélité dévouée à la lignée tracée par le défunt Professeur Béchir HAMZA, premier Président du Comité National d'Ethique Médicale.

Honorables invités,

Je voudrais également féliciter le Comité d'Organisation de cette 13^{ème} Conférence annuelle, du choix de la thématique ayant trait aux pratiques parallèles de soins.

Cette thématique appelle une Kyrielle de réflexions. De nombreux conférenciers de haut vol qui incarnent l'esprit éveillé et la vision lumineuse interviennent sur ce sujet.

A ce propos, je voudrais vous rappeler la sagesse de la BRUYERE qui disait au 17^{ème} siècle, que « les médecins laissent mourir, les charlatans tuent » ou encore celle de J. Webster en 1623 qui avait rappelé que « les médecins sont comme les rois, ils ne tolèrent pas la contradiction ».

Nous avons le plaisir d'écouter nos invités de marque s'exprimer sur cette thématique brûlante.

Génies multiformes, médecins et philosophes nous feront part de leur expérience et leurs connaissances sur les pratiques parallèles de soins.

La médecine aujourd'hui est un métier noble et idéalisé. Les médecins que nous sommes tentent comme le voulait André SOUBIRAN en 1951 de « Guérir parfois, Soulager souvent, Consoler toujours ».

Faibles et narcissiques, hommes éveillés et ambitieux, les médecins n'en demeurent pas moins les enfants reconnaissants d'Hippocrate.

Les médecins tiennent à leurs exigences éthiques qui ont trait à de nombreuses obligations.

La compétence, le sens de la responsabilité, la pertinence dans sa démarche de diagnostic et de prise en charge des malades, la neutralité qui protège contre la persuasion coercitive sont quelques-uns des traits de

conduites indispensables au médecin soucieux de se conformer à une démarche éthique.

On exige aussi, du médecin cette pleine lucidité, cette totale abnégation, cette entière soumission du motif égoïste aux motifs sociaux.

Evidemment, le médecin dévoué n'est jamais d'accord avec la sagesse italienne qui précise que « si le malade meurt, c'est le médecin qui l'a tué ; s'il guérit, ce sont les saints qui l'ont sauvé ».

Passionné, illuminé, ou simplement dévoré par l'ambition, l'activité du médecin doit le distinguer ; il est à la fois le même et le différent.

Honorables invités,

Permettez-moi enfin de remercier tous ceux qui ont contribué aux préparatifs de cette Conférence Nationale Annuelle. Je voudrais citer notamment :

- Le Professeur Ahmed Sahloul ESSOUSSI ; Doyen honoraire, inusable, et un symbole lumineux de l'image de la pédagogie moderne à la Faculté de Médecine de Sousse ;
- Le Professeur Majed ZEMNI, président de la section technique du Comité National d'Ethique Médicale ; cet homme discret et fêru d'éthique, a construit rapidement sa renommée.

Tous deux fidèles à l'Ecole Ethique instituée et défendue par feu Professeur Béchir HAMZA, iconoclaste passionné d'Ethique, et le défunt Professeur Abdelaziz GHACHEM, personnage fascinant, maître du verbe parlé, et étonnant érudit, tous deux emportés par une affection fulgurante.

Professeur B. HAMZA et Professeur A. GHACHEM, deux véritables monuments, deux mythes s'en vont. Légendaires maîtres, ils demeurent à tout jamais dans nos cœurs et dans nos esprits.

Au terme de cette intervention, Je réitère mes souhaits de bienvenue à tous les participants à cette Conférence de grande dimension.

La Faculté de Médecine de Sousse est honorée par leur présence et s'active à les satisfaire ; la satisfaction des organisateurs est à ce prix.

Je vous remercie.

ALLOCUTION
Du Professeur Jalloul DAGHFOUS
Président du Comité National d’Ethique Médicale

*Monsieur le Ministre,
Mes chers collègues,
Mesdames, Messieurs,*

Après l’Institut Pasteur, l’Académie des Lettres, des Sciences et des Arts, les facultés de médecine et de droit de Tunis c’est, aujourd’hui, dans un autre lieu prestigieux de l’enseignement et du savoir que se tient notre conférence publique annuelle.

Je vous remercie Monsieur le Doyen de nous y accueillir.

C’est la première fois, par ailleurs, que nous sommes réunis dans une ville de l’intérieur du pays.

Nous nous devons de donner au débat voulu par le législateur la dimension géographique qui lui manquait et nous nous devons de choisir pour cela une région et une ville dont les compétences ont été et continuent à être si remarquablement liées à notre activité.

Monsieur le Ministre, mesdames, messieurs ; à l’instar de nos homologues des pays les plus avancés, notre mission première, à laquelle nous consacrons l’essentiel de nos travaux, est de débattre des problèmes moraux qui peuvent naître de la recherche et des progrès de la biologie et de la science médicale ; et de formuler les avis qui, en conscience, nous semblent s’imposer.

Notre Comité cultive cependant une sorte de particularité. Il se saisit de questions dont la dimension sociétale en même temps que de santé lui

semble mériter d'être abordée sur le plan éthique et il choisit de le faire dans sa rencontre avec le public.

C'est ainsi que nous avons traité dernièrement des nouvelles technologies de la communication dans le domaine de la santé, puis de la chirurgie esthétique, et que nous avons convenu d'aborder cette année le thème des « pratiques parallèles de soins ».

Un choix est rarement fortuit et ce qui a déterminé le nôtre c'est la constatation d'un triple paradoxe.

- **Premier paradoxe** : alors que le progrès médical recule chaque jour les limites du possible, les pratiques parallèles connaissent un engouement sans précédent.
- **Deuxième paradoxe** : les thérapies dites « *traditionnelles* » dont on peut penser qu'elles constituent un pis-aller pour les populations les moins favorisées, séduisent de plus en plus de gens dans les pays développés.
- **Dernier paradoxe** : cependant que partout les politiques éducationnelles et l'accès à l'information et à la culture concourent à former les esprits et les consciences, la recrudescence du recours à l'occulte et au mystique en matière de santé est évidente.

Voilà pour les données apparentes et voilà qui ne résistera peut être pas aux débats de notre conférence.

Lorsqu'on évoque les extraordinaires progrès de la science médicale et les ressources infinies qu'elle déploie pour reculer les limites de la vie et contribuer au bien-être, on omet d'ajouter que les revendications des personnes dans ces domaines en deviennent d'autant plus considérables.

La distorsion ainsi créée devient facteur d'insatisfaction et transfère les déçus de la médecine conventionnelle vers les pratiques alternatives.

De la même façon, l'évolution des modes et des rythmes de vie, dont le contrecoup s'exprime en stress ou même en pathologies chroniques, a mis

en exergue des insuffisances spécifiques de la médecine conventionnelle comme l'utilité tout aussi spécifique d'autres thérapies.

En réalité, malgré ses pouvoirs extraordinaires actuels et ses perspectives, la médecine scientifique n'est pas la panacée que nous voudrions qu'elle soit.

Inversement, les pratiques parallèles ne sont pas toutes, très loin s'en faut, les thérapies qu'elles voudraient ou prétendent être.

Il n'y a qu'en géométrie que les parallèles ne se rejoignent pas.

On peut envisager que notre médecine puisse intégrer dans tel ou tel cas des méthodes ou des techniques aujourd'hui étrangères à son cursus.

Elle n'y consentira en toute hypothèse qu'à la condition que ces méthodes et ces techniques ressortissent d'un certain nombre de règles et de contraintes.

En exprimant cette idée, Monsieur le Ministre, je sais bien que j'invite votre administration à ouvrir un nouveau chantier réglementaire.

Il n'a pas été, ou si peu, ouvert ailleurs. Mais ce ne serait pas la première fois que la Tunisie montre la voie.

Je vous remercie.

**L'UNIVERS DES PRATIQUES PARALLELES
DE SOINS**

LES PRATIQUES PARALLÈLES DE SOINS : ÉTAT DES LIEUX

Mohamed Moncef BOULAKBECHÉ et Mohamed Salah BEN AMMAR

Membres du Comité National d’Ethique Médicale

S’il nous fallait définir succinctement la médecine scientifique ou conventionnelle, nous dirions qu’elle se fonde sur deux exigences : un protocole et une compétence :

- L’exigence de protocole : consiste à établir à partir de symptômes et d’examens un diagnostic ; et la nature de l’affection établie, à prescrire le traitement approprié parmi ceux que la science propose.
- L’exigence de compétences : un médecin, c’est-à-dire une personne qui, au terme d’une formation scientifique rigoureuse aura été jugée apte à maîtriser les différents temps et expressions du protocole en question.

Les pratiques parallèles ou alternatives sont celles qui ne répondent pas à cette double exigence.

Face au malade et à la maladie, elles font appel à des méthodes particulières et sont le fait d’intervenants particuliers. A l’exception de certains médecins qui ont choisi de fonder tout ou partie de leur exercice sur ces méthodes particulières. Leur cas sera certainement évoqué cet après midi dans l’intervention de notre ami et membre du conseil de l’ordre des médecins le Docteur Fathi DEROUICHE.

Convenons cependant que les pratiques parallèles restent l’apanage de compétences d’un deuxième type.

Elles revendiquent d'ailleurs elles mêmes leur originalité en déclarant professer des médecines douces, probablement par opposition aux contraintes de la médecine scientifique.

Quelques thérapies parallèles apportent au terme d'un cheminement diagnostique classique, une solution mécanique ou médicinale à des symptômes déterminés. Elles relèvent à tout prendre de la médecine conventionnelle.

La plupart cependant, s'inscrivent dans une approche de la maladie et de la réponse à y apporter qu'ils qualifient d'holistique (du grec « Holos » signifiant entier) : le patient est un tout, fait de corps et d'esprit rigoureusement interdépendants. La maladie est aussi, ou surtout, une rupture de l'harmonie qui doit présider au rapport corps-esprit et, au-delà, à leur relation avec l'environnement, au sens social du terme.

Des confins de la médecine scientifique au domaine de la spiritualité absolue, il y a une multitude de pratiques recensées dans nombre d'ouvrages.

Nous n'avons pas essayé d'être exhaustifs mais d'en retenir les plus courantes, les plus significatives ou celles que les états d'âme, les traditions ou l'effet de mode font se développer chez nous.

Nous les classons en quatre types de thérapies :

- les thérapies manuelles de contact ou de mouvements ;
- les thérapies médicinales ;
- les thérapies de l'esprit et de l'émotionnel ;
- les thérapies relevant du surnaturel et du mystique.

Je parlerai brièvement des 3 premiers types de pratique qui obéissent à une cohérence objective et le Dr Ben AMMAR prendra le relais pour entrer dans le domaine passionnant du spirituel et de l'occulte.

Les thérapies manuelles, de contact ou du mouvement

- **L'ostéopathie** : vise à restituer, par l'action sur les articulations et les tissus mous, un bon fonctionnement de la structure musculo-squelettique, et recherche parfois au-delà, des effets sur les appareils circulatoires ou digestifs.
- **La chiropractie** : agit par manipulation sur la colonne vertébrale dont les dysfonctionnements provoquent non seulement les maux de dos que nous connaissons tous mais seraient à l'origine de certaines affections générales.
- **Le massage thérapeutique** pratiqué depuis toujours pour ses effets relaxants sur la peau et la musculature, il contribue à stimuler les systèmes circulatoire et digestif.
- **L'aromathérapie** : Conjugue le massage thérapeutique avec l'utilisation des huiles essentielles. La réalité d'un effet cumulé et controversé.
- **L'acupuncture** : élément fondamental de la médecine traditionnelle chinoise, elle est basée sur l'hypothèse de la coexistence dans le corps de deux forces opposées mais complémentaires le Yin et le Yang constituant un fluide immatériel parcourant des méridiens jalonnés de point de référence. L'équilibre de ces forces est un facteur de bonne santé alors que sa perturbation provoquerait douleur ou maladie. Par son intervention sur un tel ou tel point l'acupuncteur stimule ou freine le réseau énergétique. L'acupuncture vise à traiter les douleurs, les affections spasmodiques ou les affections.
- **L'auriculothérapie et l'acupression** : Ce sont deux variantes de l'acupuncture, l'une en stimulant des points sur une surface projetée réduite : l'oreille ; l'autre avec un contact émoussé.
- **Le Yoga** : destiné dans son essence à atteindre au spirituel par une discipline du corps, il répond lui aussi à une théorie basée sur les canaux d'énergie. Long apprentissage de maîtrise corporelle et

respiratoire, il vise par la spécificité de certaines techniques à une dimension thérapeutique.

Les thérapies médicinales :

- **La Phytothérapie :** c'est, au sens général de «soins par les plantes » la plus anciennement et la plus universellement utilisée des pratiques et notre éminent ami le Pr Boukef nous entretiendra tout à l'heure de son usage traditionnel en Tunisie. La phytothérapie telle qu'elle se définit aujourd'hui ne se veut plus dans l'empirisme. Elle développe une théorie fondée sur l'utilisation des plantes non seulement en fonction d'une pathologie mais aussi de ce qui peut l'avoir provoquée. Elle revendique la synergie qui peut exister entre les principes actifs d'une même plante par rapport à l'effet du principe unique contenu dans le médicament de synthèse. Elle met en exergue la vertu des plantes tout en prévenant contre les effets indésirables et même dangereux d'une utilisation non contrôlée. Pour connaître de l'avenir de la phytothérapie peut être est-il utile de rapporter ici une recommandation de la 56eme assemblée mondiale de la santé invitant les états à protéger, préserver et améliorer les ressources phytothérapeutiques dans l'optique d'un développement durable de cette médecine traditionnelle.
- **L'homéopathie :** prescription d'appoint pour certains médecins. Elle est basée sur un premier principe : le principe de similitude : une molécule qui provoque des symptômes sur une personne saine, les traitera sur une personne malade par stimulation des mécanismes d'autoguérison. L'autre principe est celui de l'extrême dilution qui annule la toxicité tout en potentialisant l'efficacité.
- **Les thérapies nutritionnelles :** des maladies résultent incontestablement d'une mauvaise alimentation et une bonne hygiène de ce point de vue ne peut que contribuer à une bonne santé. Au delà de cette évidence, l'apport du thérapeute nutritionnel est réel face aux affections par excès ou carence en principes nutritifs. Il est tout aussi réel en accompagnement du traitement de maladies métaboliques ou en prévention d'atteintes cardio-vasculaires.

Les thérapies de l'esprit, de l'émotionnel

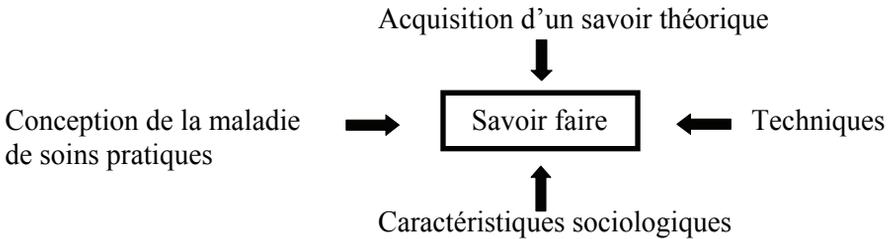
- **L'hypnothérapie** : agit par modification de l'état de conscience du patient qui devient réceptif à une thérapie par la persuasion... les effets sont considérées comme réels en matière d'anxiété, de dépendances et surtout de douleurs.
- **Les méthodes de relaxation et de méditation** préconisées essentiellement dans la lutte contre le stress, ces méthodes sont en fait des apprentissages dont les effets croisés concourent au même but d'harmonie corps-esprit. Le contrôle de la respiration et du relâchement musculaire retentit sur l'esprit, et la recherche de sérénité retentit sur le corps.
- **La psychothérapie** : Par le haut niveau de formation et la compétence exigée de ceux qui en ont la charge comme pour la pertinence de ses interventions nous qualifierons cette science de spécifique. Deux raisons nous la font citer ici :
 - Dans ses différentes méthodes elle situe le patient dans une dimension globale biologique, psychologique et sociale.
 - Par le caractère particulier de son dialogue qu'on qualifierait aujourd'hui d'interactif, elle est au carrefour des questionnements éthiques quant à la relation praticien – patient.

Les thérapies relevant du surnaturel et du mystique

Elles offrent une prise en charge globale de la personne, ne faisant pas de différence entre le corps, les sentiments et les relations, en se proposant de résoudre tous les problèmes du quotidien, sans porter de jugement moral. En Europe elles ont été diabolisées au 17ème siècle, qualifiées de charlatanisme au 18ème ou même de pathologiques au 19ème. Les thérapies du surnaturel et du mystique connaissent un regain d'intérêt depuis la seconde moitié du 20ème siècle, il s'agit pour beaucoup de nouvelles thérapies spirituelles, « branchées ». Certains de ces aspects ont été traités en détails par le Pr Ridha ABDMOULEH dans un excellent article publié dans

la revue IBLA en 1993 (Ridha Abdmouleh, Ibla vol. 56, 1993). Il a ainsi classé en fonction des pratiques cinq catégories de procédures tout en précisant que ces pratiques n'étaient pas réservées à une catégorie particulière ; ou hermétiquement séparées selon les fonctions. Beaucoup pratiquent indifféremment deux ou trois techniques en même temps.

Schématiquement, un savoir faire va naître de circonstances particulières :



- **La voyance et la divination** : chez les « Dagguaza » qui sont des bédouines itinérantes, cette pratique est très ancienne dans tout le Maghreb. Les « Azzâma » et « Arrâfa », qui invoquent les Jnouns, utilisent la sorcellerie et n'hésitent pas à s'affirmer comme les alliées des forces maléfiques avec qui ils peuvent négocier, ou se battre... pour prédire l'avenir, mais aussi pour extraire ou donner un mal. Les religieux, Cheikh ou Meddeb, c'est de leur maîtrise du Coran et de leur piété qu'ils tirent leur légitimité, ils éloignent les mauvais esprits et grâce aux « Hirz » qu'ils donnent, offrent une protection contre le mal. Les saints guérisseurs tirent leur pouvoir de leur mode de vie ascétique ou de leur appartenance à un marabout protecteur de la région en général (fils de Sidi Flen).
- **Sehr, magie** : pratiquée par les Azzâma et certains religieux. Les Empiristes sont une catégorie à part qui s'intéressent aux maladies organiques et notamment les tares visibles (Vitiligo, Eczéma, Ictère), ils peuvent aussi recourir aux ventouses, plus rarement maintenant aux cautères et tatouages. Enfin les Saints Guérisseurs (Marabouts, Dwârat al-luchaq, Derouiches) qui exorcisent, bénissent font des soins corporels mais soignent surtout à l'aide des esprits (retrouver une âme perdue, déloger un agent pathogène). Il entre en transe

(voyage dans le monde des esprits, dialogue avec les Jnouns, se bat, négocie). Le sacrifice d'un animal (Coq, mouton, chèvre) est fréquent dans ces circonstances. La prise de produits excitants ou sédatifs, les chants, tambourins tout une mise en condition du corps et de l'esprit permet d'atteindre rapidement les objectifs fixés. Cela se traduit, par exemple, par un changement de la voix, l'entrée théâtrale dans un état second à haute voix et l'expulsion du mal. Pour participer à toutes ces cérémonies, il n'est pas nécessaire d'y croire. Le danger de ce genre de pratiques est la manipulation des émotions, des peurs, des souvenirs refoulés...avec un chambardement non maîtrisé de l'équilibre. Le risque de dérapage n'est pas négligeable.

- **La bénédiction** : effectuée essentiellement par les religieux (Coran, prière, magie) mais aussi par les saints guérisseurs.
- **Les soins corporels** : (cautère, ventouse, attouchement, lavement, utilisation de produits dits naturels) exercés par les empiristes et parfois les autres guérisseurs. Outre le fait que l'innocuité des produits utilisés est incertaine et le risque non négligeable d'effets indésirables (JAMA 27 aout 2008) (Dharb El Khfif), l'éventualité d'une tromperie et de la privation d'un traitement réellement efficace posent de sérieux problèmes éthiques.
- « **L'extraction** » : Les Waggâa ou extracteurs sont à part et ont des techniques particulières pour extraire le mal grâce à un fil ou à un grain de raisin.

Il est évident que l'effet placebo joue un rôle essentiel dans certains cas. Pour mémoire rappelons que **Le placebo** est une substance n'ayant aucune action thérapeutique intrinsèque, utilisée en recherche clinique comme moyen de contrôle de l'efficacité d'un médicament ou de tout autre outil thérapeutique. **L'effet placebo** (du latin : « je plairai ») traduit l'influence de l'esprit sur le corps. Nous savons que l'efficacité de tout acte de soins est plurifactorielle. Ainsi, il existe un écart positif entre le résultat thérapeutique observé suite à l'administration d'un médicament et l'effet thérapeutique prévisible en fonction des données strictes de la pharmacologie. Ce serait donc tout ce qu'on ne sait pas de la capacité du

cerveau à guérir le corps. Inversement toutes les thérapeutiques prescrites pour satisfaire le patient n'ont pas forcément un effet placebo.

L'évolution naturelle de la maladie, les variations individuelles ou aléatoires de la résistance des malades et d'autres facteurs inconnus sont à prendre en considération, l'exemple le plus parlant est celui de Sidi Halfaoui à Tunis et du traitement de l'ictère. Il avait compris le cycle de l'hépatite A banale et a adapté sa pratique à cette évolution naturelle. Le tableau ci-dessous résume les principales différences entre la médecine conventionnelle, traditionnelle et le charlatanisme (tableau 1)

Comme l'explique Paul Ricœur, la maladie affecte profondément le sujet dans son rapport au temps et à la parole. Pour nous médecins modernes seule la logique de la cause qu'elle soit physique, psycho-sociale, démographique prime sur le reste. Pourtant, depuis la nuit des temps l'homme a toujours voulu donner un sens à la maladie pas uniquement par ignorance comme nous l'avons longtemps cru, mais aussi pour des raisons plus sérieuses: trouver un nouvel équilibre et dépasser les désordres provoqués par le mal, réorganiser les représentations du temps et de l'avenir. Convenons que la médecine moderne rationnelle accorde peu de place à ces aspects. Il existerait pour chaque problème une solution scientifique qui s'imposerait universellement, c'est encore le règne du scientisme du XVIIIème prôné notamment par Ernest Renan. On pensait libérer l'homme des illusions métaphysique et théologique, grâce à des solutions « *scientifiques* » élaborées par des experts compétents. A l'évidence l'homme s'avère plus complexe. Les pratiques parallèles énumérées plus haut se penchent sur la plainte subjective du malade, lui offre des solutions faciles, parfois miraculeuses sans les inconvénients de la médecine conventionnelle. Dans nos sociétés modernes, à l'évidence ces pratiques parallèles retrouvent un regain d'intérêt qu'il importe de prendre en considération.

Médecine conventionnelle	Médecine traditionnelle	Charlatanisme
Médecin directement ou sur prescription	Médecine douce, thérapies traditionnelles, second métier	Paysans, citadins, ouvriers...second métier
Etablissement d'enseignement	Initiation, formation pratique	Néant, auto désignation
Statut reconnu	Héritage, initiation par un ancien, découverte d'un don, ouvrages anciens	Se constitue son propre « savoirs »
Blouse blanche	Tenue traditionnelle	Accoutrement particulier
Cérémonial codifié	Cérémonial rituel	Cérémonial
Cabinet, hôpital, clinique	Zaouïa, domicile	Domicile, espace aménagé
Protocoles codifiées	Massages, plantes, yoga, acupuncture, chants, prières, Coran, Istikhara, transe...	Magie, transe, voyage dans le monde des esprits, Jnouns, « extractions »...
Recherche une étiologie le plus souvent	Privilégie les causes non physiques...	Manipulations des personnes, divination...
Thérapeutiques à effets indésirables	Peu d'effets indésirables	Tromperie, dommage direct par l'administration ou l'application de produits, ou d'interventions invasives, ou dommage indirect par omission d'un traitement potentiellement bénéfique

Prescripteurs de médecine chimique ou d'actes invasifs chirurgicaux ou autres	Sans médicament ou avec les produits naturels, les esprits qui guérissent, manuellement, Hirz, aiguilles...	Mélanges de produits naturels et chimiques, les esprits, radiesthésiste
Mise à jour des connaissances régulières	Pratiques théoriquement figées	Adaptation empirique des pratiques régulièrement
Motivations variables, altruisme, notoriété, argent	Motivations religieuses, notoriétés, devoirs...	L'appât du gain
Couteuse	Peu couteuse	Coûteuse
Rationalisation excessive	Se base sur l'écoute	Risque de dérapage

Tableau 1 : la médecine conventionnelle, traditionnelle et le charlatanisme.

LES PRATIQUES ALTERNATIVES EN CARCINOLOGIE : RESULTATS D'UNE ENQUETE

**Olfa GHARBI, Amel LADHARI, Salma GAHBICHE, Amel LANDOLSI,
Leila BEN FATMA, Makram HOCHLEF, Slim BEN AHMED.**

Service de Médecine Carcinologique CHU Hached Sousse – Tunisie.

RESUME :

Introduction : L'utilisation, par les patients cancéreux, de traitements dont l'efficacité est non prouvée est un phénomène existant dans tous les pays du monde, il existe une certaine spécificité de ces traitements complémentaires et alternatifs (CAM) selon les pays.

Patientes et méthodes : Le but de l'étude était de rapporter la fréquence et la raison de l'utilisation de médecines complémentaires chez des patientes suivies pour des tumeurs solides dans un service de cancérologie tunisien. Un questionnaire a été rempli par une personne non engagée dans le traitement en interrogeant des patientes en surveillance ou en cours de traitement. L'étude porte sur 150 questionnaires exploitables.

Résultats : 49% des patientes disaient avoir recours à la médecine complémentaire, les herbes traditionnelles, le mélange miel et « graine noire », la viande de serpent étaient les substances les plus utilisées. Le profil type des utilisatrices : des patientes jeunes (âge < 50 ans), non analphabètes, mariées. La principale raison de cette utilisation était de traiter la maladie. 90% des utilisatrices ne révélaient pas cette utilisation à leur cancérologue, les moments d'utilisation des CAM étaient surtout avant de commencer le traitement classique ou après la fin de tout traitement antinéoplasique.

Conclusion : Une meilleure connaissance des CAM par les oncologues semble indispensable afin d'avertir les patients des bénéfices et risques potentiels encourus par l'utilisation de ces traitements.

Mots clés : cancer, médecine complémentaire, médecine alternative.

Summary:

Introduction: The aim of this study was to rapport the frequency and reasons of use of complementary medicine in patients with a cancer treated in a Tunisian oncology department. Patients and methods: A questionnaire was ramming by a person non engaged in treatment who interrogate patients during follow-up or treatment in an oncology department. 150 questionnaires were analysables.

Results: 49% of patients were using complementary medicine. Traditional herbals honey and black grin, meats were the main substances used. Profile of users was observed, it was a young women, the main reason of using complementary medicine was to curing cancer, 90% of the users of complementary medicine were not revealing their habits to their oncologist; patients are using complementary medicine during the treatment of their disease.

Key words: alternative medicine, cancer, complementary medicine.

INTRODUCTION :

L'utilisation, par les patients cancéreux, de traitements dont l'efficacité est non prouvée est un phénomène existant dans tous les pays du monde, et il connaît un essor important cette dernière décennie [1]. Ces traitements sont, selon la nouvelle dénomination, appelés médecines complémentaires ou alternatives (CAM).

Le National Center of Complementary and Alternative Medecine a défini ces traitements comme « étant un groupe de systèmes médicaux et de

santé, de pratiques et de produits divers qui ne sont actuellement pas considérés comme faisant partie de la médecine conventionnelle » [2].

La cancérologie est le domaine qui est concerné au premier chef par le recours à «des médecines parallèles », en effet le cancer étant une maladie de longue durée, la notion de guérison d'une maladie cancéreuse est différente que dans d'autres maladies, il y a donc la possibilité de recours par les malades à diverses méthodes non conventionnelles à différents moments de cette évolution.

Une prise de conscience s'est faite dans ce domaine, et les publications sur ce sujet se sont accrues ces dernières années. Toutefois ce sujet reste souvent mal exploré par les soignants, la majorité des études sont anglo-saxonnes et peu de données concernent la population arabe avec sa tradition particulière.

Nous avons mené une étude dont le but est de connaître la fréquence d'utilisation de ces CAM en Tunisie, le profil des malades ayant eu recours à ce type de traitement, le but de leur utilisation, les raisons qui ont poussé les patients à les utiliser et leur impact sur les malades.

PATIENTS ET METHODES :

Il s'agit d'une enquête transversale réalisée sur un échantillon de 150 patientes suivies dans le service d'oncologie de Sousse (Tunisie).

L'enquête a été menée par le même enquêteur non engagé dans le traitement dans trois lieux de prise en charge des malades : un hôpital du jour, un secteur d'hospitalisation et un lieu de consultation externe, durant une période déterminée (Novembre 2007-Mars 2008). Les critères d'éligibilité étaient larges : des patients de sexe féminin, âgées de plus de 18 ans, atteintes d'un cancer quel que soit le siège, ayant commencé ou terminé un traitement anticancéreux.

La grille d'entretien comprenait plusieurs items concernant des données épidémiologiques et cliniques, l'utilisation ou non d'un CAM, les causes de non utilisation, le type de CAM, le délai et le but de l'utilisation

des CAM, le recours préalable à ces traitements, le degré de satisfaction de ces CAM, le coût global de ces CAM.

RESULTATS :

Soixante treize patients (49%) disaient avoir utilisé au moins une forme de CAM. Les 77 patientes qui n'avaient pas eu recours à ces traitements disaient que les raisons étaient : une confiance dans le traitement conventionnel dans 51% des cas, une ignorance de ces CAM dans 20% des cas, un manque d'argent dans 11% des cas, une peur de l'interaction avec la chimiothérapie dans 7% des cas.

Les patientes utilisatrices avaient recours à plusieurs substances ou méthodes en même temps, les types de CAM utilisés étaient : des herbes traditionnelles dans 48% des cas, une consommation de produits alimentaires dans 90% des cas, le recours à une émission d'une chaîne télévisée sur des méthodes de traitement religieux dans 8% des cas, des traitements locaux à type de pansement ou autres dans 7% des cas et l'acupuncture dans 1,5% des cas.

Les produits alimentaires les plus utilisés étaient un mélange de miel et de nigelle dans 30% des cas, du miel pur dans 16,5% des cas, la viande de serpent dans 13% des cas, autres viandes particulières dans 8,5% des cas, des légumes spéciaux dans 13% des cas, de l'huile d'olive dans 6% des cas, des fruits secs mélangés dans 6% des cas, le lait de la chamelle dans 5% des cas, des régimes alimentaires spéciaux et exclusifs de type légumes seuls, de viandes blanches seules, de poissons seuls dans 7,5% des cas.

En analyse uni variée après regroupement des catégories, les variables apparaissant comme significatives associées au recours aux CAM étaient l'âge inférieur à 50 ans ($p=0,02$), la profession du conjoint ouvrier journalier ou cadres ($p=0,02$), la situation familiale mariée ($p=0,03$), la scolarité du malade ($p=0,02$).

Le recours à ces CAM était surtout proposé par l'entourage (88%), les autres sources d'information étaient les médias dans 8% des cas, un autre malade dans 3% des cas ; Ces CAM étaient le plus souvent consommées en

parallèle au traitement par chimiothérapie (44%), 94% des patientes n'avaient pas abandonnées le traitement conventionnel en cours.

Les raisons de l'utilisation de ces CAM étaient, comme citées par les malades, pour traiter la maladie dans 90% des cas, pour mieux supporter les traitements anti-cancéreux dans 16% des cas, pour renforcer les défenses de l'organisme dans 13% des cas. Quarante sept pour cent des patientes disaient être satisfaites de l'efficacité de ces CAM.

Sur la question « avez-vous utilisé ce type de traitement pour d'autres maladies auparavant ? », la réponse était non dans 82% des cas.

Soixante six malades utilisatrices des CAM (90%) n'avaient pas informé leur oncologue. Les raisons étaient, comme citées par les malades : « le médecin ne m'a pas posé la question » dans 85% des cas, « par peur de sa réaction » dans 5% des cas.

Le coût moyen de ces CAM était de 109 dinars (extrêmes de 1 à 1500 dinars).

DISCUSSION

Les raisons de l'attrance des malades cancéreux par CAM sont expliquées dans la littérature par une anxiété et une dépression fréquentes chez ces malades, par l'existence de certains symptômes physiques mal contrôlés, du fait que les effets secondaires des différents traitements sont le plus souvent insuffisamment pris en compte par les médecins, il y a parfois une rupture de communication avec l'équipe médicale, la prise en charge globale manque parfois, de même les patients face à une maladie grave désirent mettre toute les chances de leur côté quitte à associer les deux traitements [3].

En utilisant ces CAM, le malade peut revendiquer une autonomie perdue, il peut retrouver dans les CAM un moyen de défense face aux doutes introduits par le discours du cancérologue, le malade sait que ces traitements ne traitent pas la maladie mais répondent aux souffrances engendrées (principe de l'effet placebo) [4].

Le recours aux CAM existe dans tous les pays du monde à des fréquences variables, un méta analyse de 26 études dans 13 pays différents met en évidence une proportion de 7 à 64% d'utilisation avec une moyenne de 31,4% [1,3].

La prévalence de l'utilisation des CAM en cancérologie est souvent sous-estimée. En sachant que la définition de CAM peut varier d'une étude à l'autre et que l'échantillon des malades peut également être différent selon les publications.

Notre étude, retrouve une fréquence d'utilisation de l'ordre de 50%, comparable à celle retrouvée dans la littérature européenne [4-8], cette fréquence est probablement sous-estimée du fait que l'enquête a concerné des patients déjà traités par des thérapeutiques classiques anticancéreuses, notamment par chimiothérapie ; elle n'a pas étudié les malades qui auraient recours exclusivement aux CAM à la place des traitements conventionnels. Il existe des particularités des types de CAM selon les pays [7].

L'étude présentée ici montre une prédominance des herbes traditionnelles (équivalent de l'homéopathie), et de produits alimentaires comportant surtout miel et nigelle, les études publiées montrent une prédominance de l'homéopathie suivie de l'acupuncture [1-10]. L'étude palestinienne retrouve aussi une prédominance des herbes et du miel [9].

Les caractéristiques des utilisateurs rapportés dans la littérature, sont un sexe féminin, un âge jeune, un niveau scolaire élevé, un bon degré d'urbanisme [4, 5, 11]. Dans une étude canadienne sur des patientes avec un cancer du sein, il a été rapporté une fréquence d'utilisation significativement plus élevée en cas de niveau de scolarité universitaire, il n'a pas été rapporté de corrélation avec l'image corporelle ou la qualité de vie [12].

La plupart des patientes que nous avons interrogées avaient un cancer du sein. Dans la littérature, il a été signalé des fréquences plus élevées chez des patientes avec cancer du sein (de l'ordre de 48% à 84% selon les séries) [13], une fréquence de 32% dans une série de patientes avec un cancer

colorectal [14], et une fréquence de 40% chez des patientes avec des cancers gynécologiques [15].

Presque la totalité de nos patientes n'informaient pas leur médecin de l'utilisation de ces CAM, cette donnée est retrouvée dans la littérature internationale où environ deux tiers des patientes ne font pas état de l'utilisation de CAM à leur thérapeute [6, 11,16].

Les raisons pour lesquelles les patients utilisent ces thérapies sont comparables, l'atténuation des effets secondaires des traitements anticancéreux et la stimulation du système immunitaire et des défenses de l'organisme [5, 7].

L'usage de traitements complémentaires, associés aux traitements standards éprouvés, est tout à fait compréhensible dans la mesure où ces traitements peuvent soulager et rassurer les patients, en effet, si leur efficacité ne peut pas toujours être prouvée avec les méthodes scientifiques habituelles, on ne peut pas nier l'effet du placebo [17-19].

Ces traitements supplémentaires ne sont pas dénués d'effets secondaires et peuvent entraîner des complications d'autant plus dangereuses qu'elles ne sont pas contrôlées chez des patients non avertis [20].

Holland et al. puis Doan et al. [16] ont établi des règles simples à respecter pour tenter d'améliorer la relation médecin malade, en tant que médecin prescrivant des traitements éprouvés, la meilleure attitude à adopter serait d'être bien informé des CAM actuels, d'analyser les raisons pour lesquelles un patient s'intéresse à ce type de traitement, d'avoir donné des informations précises aux patients et à leurs familles, d'être capable de susciter des questions sur ce sujet, de pouvoir discuter des aspects positifs et négatifs des CAM, d'être capable de ne pas porter de jugement de valeur sur le choix des patients et de leurs familles, de savoir discuter des risques liés aux effets secondaires possibles et des bénéfices escomptés et enfin d'être capable d'assurer un suivi régulier de cette problématique au décours de l'évolution.

CONCLUSION

Il est intéressant de poursuivre cette enquête par une étude longitudinale pour savoir si l'utilisation des CAM se poursuivait chez des malades en rémission.

Les approches complémentaires devront aussi faire l'objet de recherches additionnelles qui aideront à comprendre leurs effets et à évaluer leur efficacité sur l'état général et la fatigue.

Une meilleure connaissance des CAM par les oncologues semble indispensable afin d'avertir les patients des bénéfices et risques potentiels encourus de ces traitements, dans cette optique, le dialogue patient – oncologue doit être plus ouvert.

Bibliographie :

- 1. Ernst E, Cassileth BR.** The prevalence of complementary/alternative medicine in cancer: a systemic review. *Cancer* 1998; 83:777-82.
- 2. <http://rccam.nih.gov/>**
- 3. Dilhuydy JM.** Patients' attraction to complementary and alternative medicine (CAM): a reality which physicians can neither ignore nor deny. *Bull Cancer* 2003; 90: 623-8.
- 4. Scott JA, Kearney N, Hummerston S, Molassiotis A.** Use of complementary and alternative medicine in patients with cancer: a UK survey. *Eur J Oncol Nurs* 2005; 9: 131-7.
- 5. Minsky PJ, Wallerstedt DB.** Complementary medicine in palliative care and cancer symptom management. *Cancer J* 2006; 12: 425-31.
- 6. Molassiotis A, Fernandez-Ortega P, Pud D, Ozden G, Scott JA, Panteli V, et al.** Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a european survey. *Ann Oncol* 2005; 16: 2439-48.
- 7. Simon L, Prebay D, Beretz A, Bagot J-L, et al.** Médecines complémentaires et alternatives suivies par les patients cancéreux en France. *Bull Cancer* 2007 ; 94 :483-8.
- 8. Träger-Maury S, Tournigand C, Maindrault-Goebel F, Afchain P, De Gramont A, Garcia-Larnicol ML, et al.** Utilisation de médecine complémentaire chez les patients atteints de cancer dans un service de cancérologie français. *Bull Cancer* 2007 ; 94 : 1017-25.
- 9. Sawalha AF.** Complementary and alternative medicine in Palestine: use and safety implications. *J Altern Complement Med* 2007; 13:262-9.

- 10. Ceylan S, Hamzaoglu O, Kömurcu S, Beyan C, Yalcin A.** Survey of the use of complementary and alternative medicine among Turkish cancer patients. *Complementary therapies in Medicine* 2002; 10:94-9.
- 11. Hann D, Allen S, Ciambrone D, Shah A.** Use of complementary therapies during chemotherapy: influence of patients' satisfaction with treatment decision making and the treating oncologist. *Integr Cancer Ther* 2006; 5: 224-31.
- 12. Balneaves LG, Kristjanson LJ, Tataryn D.** Beyond convention: describing complementary therapy use by women living with breast cancer. *Patient Education and counselling* 1999; 38: 143-53.
- 13. Morris KT, Johnson N, Hommer L, Walts D.** A comparison of complementary therapy use between breast cancer patients and patients with other primary tumor sites. *Am J Surg* 2000; 179: 407-11.
- 14. Molassiotis A, Fernandez-Ortega P, Pud D, Ozden G, Platin N, Hummerston S, et al.** Complementary and alternative medicine use in colorectal cancer patients in seven European countries. *Complementary therapies in Medicine* 2005; 13:251-7.
- 15. Swisher EM, Cohn DE, Goff BA, Parham J, Herzog T, Rader J, et al.** Use of complementary and alternative medicine among women with gynaecologic cancers. *Gynecologic oncology* 2002; 84: 363-7.
- 16. Efficace F, Horneber M, Lejeune S, Vam Dam F, Leering S, Rottmann M, et al.** Methodological quality of patient-reported outcome research was low in complementary and alternative medicine in oncology. *Journal of Clinical Epidemiology* 2006; 59: 1257-65.
- 17. Tovey P, Broom A.** Oncologist's and specialist cancer nurses' approaches to complementary and alternative medicine and their impact on patient action. *Social Science and Medicine* 2007; 64:2550-64.

- 18. Rees RW, Feigel I, Vickers A, Zollman C, McGurk R, Smith C.** Prevalence of complementary therapy use by women with breast cancer: a population-based survey. *European Journal of Cancer* 2000; 36: 1359-64.
- 19. Muo JJ, Farrar JT, Xie SX, Bowman MA, Armstrong K.** Use of complementary and alternative medicine and prayer among a national sample of cancer survivors compared to other population without cancer. *Complementary therapies in Medicine* 2007; 15:21-9.
- 20. Baum M, Cassileth BR, Daniel R, Ernest E, Filshie J, Nagel GA, et al.** The role of complementary and alternative medicine in the management of early breast cancer: recommendations on the European Society of Mastology (EUSOMA). *Eur J Cancer* 2006; 42:1711-4.

L'USAGE TRADITIONNEL DES PLANTES EN TUNISIE

Professeur Kamel BOUKEF

INTRODUCTION

Qu'est ce que la médecine traditionnelle ?

L'OMS, en donne la définition suivante ; la médecine traditionnelle englobe diverses pratiques, approches, connaissances et croyances sanitaires intégrant des médicaments à base de plantes, d'animaux et /ou minéraux, des traitements spirituels, des techniques manuelles et exercices appliqués seuls ou en association afin de maintenir le bien être et traiter, diagnostiquer ou prévenir la maladie

L'usage de la médecine traditionnelle est très répandu aussi bien dans les Pays en développement que dans les pays développés on parle alors de MCP (médecine complémentaire et parallèle)

La MTR peut être, Codifiée, Enseignée ouvertement, Pratiquée systématiquement, ou bien, elle peut être, hautement secrète, mystique, extrêmement localisée, et les connaissances sont transmises de manière orale.

La MTR est également appelée, Médecine complémentaire, alternative ; non conventionnelle.

MEDECINE TRADITIONNELLE TUNISIENNE

Un certain nombre de travaux ont été réalisés dont celui de Le Floch'h (1983) sur les Vertus thérapeutiques modernes et traditionnelles de la flore tunisienne ou il recense 467 plantes.

K. Boukef a effectué une enquête en 1984 et les résultats ont été publiés par l'agence de coopération culturelle et technique en 1986, dans un ouvrage intitulé les plantes dans la médecine traditionnelle tunisienne, ou 191 plantes ont été recensées.

RESULTATS

Sur les 191 plantes nous allons passer en revue 15 Plantes dont l'indication en médecine Traditionnelle est identique, dans les quatre pays du Maghreb

Allium cepa L., (Basla), l'oignon dont on utilise le bulbe comme anti-infectieux.

Allium sativum L., (Thoum), l'ail, dont le bulbe est préconisé comme, vermifuge et antihypertenseur

Artemisia herba alba Asso. (Chih), l'armoise blanche, dont les sommités sont réputées pour leur propriétés vermifuge et cholagogue

Ricinus communis L. (Kharouaa), le ricin, la partie utilisée étant la feuille, recommandée comme purgatif.

Globularia alypum L., (Zrigua (TL), Tasselgha (AMT), la globulaire, dont la feuille est réputée, come laxatif – Purgatif et pour soigner les affections gastriques.

Marrubium vulgare L. (Marriout (AM), Arroubia (L) Om erroubia (T), le marrube blanc, la MTR recommande les feuilles et les sommités fleuries, comme, antidiabétique.

Origanum majorana L., (Mardqouche) ; la marjolaine, dont les sommités fleuries sont utilisées en cas de refroidissements

Rosmarinus officinalis L., (Eklil (ATL), Eklil El Jebal (M), le romarin est cholagogue par ses sommités fleuries.

Ecballium elaterium Rich., (Faccous Hmir (AMT), Bazit (L), il s'agit du concombre d'âne, dont les fruits, les feuilles et les racines passent pour soigner l'ictère.

Trigonella foenum graecum L., (Helba), le fenugrec, dont les graines sont un stimulant de l'appétit et un reconstituant.

Linum usitatissimum L. (Kettane, (AMT), Kettania (L). les graines sont préconisées comme antitussif

Lawsonia inermis L., (Henna), le henné, réputé pour ses feuilles qui possèderaient des propriétés antiseptique et adoucissante.

Punica granatum L., (Roumme), le grenadier, dont on utilise les écorces de fruits comme anti-diarrhéique et pour soigner l'ulcère gastrique.

Ruta sp., (Fijel) la rue est réputée soigner les rhumatismes

Peganum harmala L. (Harmel), le Harmel, la plante entière, est réputée soigner les rhumatismes.

INTOXICATION PAR LES PLANTES

Toutes les plantes utilisées traditionnellement ne sont pas inoffensives, certaines sont mortelles. La fréquence des intoxications par les plantes est estimée à 1% alors qu'en Europe elle se situe entre 4 et 7% et aux Etats-Unis à 6%.

Entre 1983 et 1998, le CAMU a enregistré 56 cas d'intoxications. 11 espèces ont été identifiées. Ces intoxications ont concerné 29 adultes et 27 enfants.

Dans 56% des cas 2 espèces sont impliquées il s'agit d'*Atractylis gummifera* L. et de *Datura stramonium* L.

Dans 27% des cas on trouve 3 espèces, *Ricinus communis* L., *Peganum harmala* L., *Nerium oleander* L.

Enfin dans 13% des cas 5 espèces sont impliquées, il s'agit de *Citrullus colocynthis* L., *Urginea maritima* L.; *Artemisia absinthium* L., *Artemisia herba alba* L. et *Ruta montana* L.

QUESTIONS DEBATTUES

La médecine traditionnelle suscite des réactions contradictoires ; ou bien il s'agit d'enthousiasme sans réserve, ou au contraire un scepticisme non informé.

L'OMS s'intéresse particulièrement à la médecine traditionnelle particulièrement aux plantes et un certain nombre de questions font l'objet de débat au sein de l'OMS ; quelle politique faut il adopter, comment résoudre les problèmes de l'innocuité, de l'efficacité, de la qualité, de la disponibilité et la préservation des plantes et comment gérer le développement futur.

CONCLUSION

L'OMS a adopté une stratégie et des objectifs, ainsi en matière de politique il y aurait lieu d'intégrer la MTR aux systèmes nationaux de santé.

Par ailleurs l'OMS recommande de promouvoir l'innocuité, l'efficacité et la qualité.

D'augmenter la disponibilité tout en rendant les produits abordables et enfin de promouvoir un usage thérapeutique rationnel.

Abréviations : T (Tunisie), A (Algérie), M (Maroc), L (Libye)

LES GUÉRISSEURS ET LA QUÊTE D'UNE LEGITIMITÉ. SOCIOLOGIE D'UNE PROFESSION ILLEGITIME

Ridha ABDMOULEH

Docteur de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS) Paris, Maître Assistant à la Faculté des Lettres et Sciences Humaines de Sfax (FLSHS) Tunisie, Département de Sociologie et Membre du Groupe d'Etudes pour le Développement et l'Environnement Social.

RESUME

Afin de s'adapter à la conjoncture actuelle et pouvoir s'affirmer au sein du marché thérapeutique, les guérisseurs adoptent toute une panoplie de ruses, de manœuvres et de stratégies appropriées. Mais s'ils ont pu s'affirmer dans le paysage d'aujourd'hui, c'est grâce à l'importance de la demande sociale qui leur est adressée. Ce faisant, ils remplissent une fonction sociale. Tout en comblant les lacunes et les limites de la médecine moderne, ces agents jouent un rôle dans le processus d'intégration et de cohésion sociale. Cette réalité a contraint le pouvoir politique et les tolérer comme une instance palliative mais tout en les maintenant dans la marginalité.

INTRODUCTION

A quoi est-ce que les guérisseurs doivent leur maintien au sein du marché des soins d'aujourd'hui et ce malgré leur statut juridique illégal, malgré leur discrédit par l'idéologie dominante, malgré les moyens précaires dont-ils disposent (comparés à ceux de la profession médicale) ?

Comment sont-ils parvenus à être tolérés par les pouvoirs : politique et médical et occuper une place dans le marché thérapeutique local ?

Deux raisons essentielles pourraient expliquer ce phénomène : Il y a d'abord la volonté et la capacité de ces agents à s'adapter à la conjoncture de

leur époque. Une telle adaptation implique l'adoption des stratégies de ruses et de manœuvres appropriées afin d'échapper aux mesures juridiques répressives.

Cette adaptation implique également une certaine compétence et une habilité à satisfaire la demande de leur clientèle, laquelle constitue la reconnaissance sociale de leur capital thérapeutique. Et c'est justement cette demande sociale qui « légitime » leur statut, et qui constitue la raison essentielle de leur maintien au sein du marché des soins, et a conduit les représentants du pouvoir politique et médical à les tolérer, sans pour autant leur doter d'une légitimité sociale et juridique.

Dans le cadre de cette communication nous aborderons les stratégies d'adaptation et de maintien adoptées par les guérisseurs au sein du marché thérapeutique. Puis, nous mettrons l'accent sur la fonction sociale des guérisseurs et ce à partir de la demande sociale qui leur est adressée. Une telle demande peut constituer un sujet de réflexion pour le corps médical surtout ; que la médecine est avant tout une profession consultante où le client (avec ses problèmes et ses attentes) devrait occuper une place importante (Freidson, 1984).

METHODOLOGIE DU TRAVAIL

Ce travail s'appuie soit sur différentes enquêtes s'étalant sur plusieurs années, soit dans le cadre de notre thèse de doctorat de 1990¹ et au cours de laquelle nous avons interrogé une vingtaine de guérisseurs (voir Annexe), des médecins, des juristes et bien entendu le grand public. D'autres recherches y ont été entamées à la Faculté des lettres et Sciences Humaines de Sfax (notamment dans le cadre des encadrements des mémoires de maîtrise portant sur les pratiques des soins profanes).

Diverses méthodes d'investigation y ont été utilisées (questionnaire, entretien, observation). Mais ce sont les secondes qui ont été le plus souvent

¹ Abdmouleh R., *Conduites face aux maladies et aux médecines en Tunisie*, Doctorat de l'Ecole des hautes Etudes en Sciences Sociales, sous la direction de Mr : Matalon benjamin, Paris. 1990.

utilisées vu la spécificité du thème caractérisé par son aspect clandestin et parfois intime.

Les méthodes d'analyse sont à la fois quantitatives et qualitatives.

I- LES STRATEGIES DES GUERISSEURS EN VUE DE SE MAINTENIR AU SEIN DU MARCHE THERAPEUTIQUE

Les conséquences du dispositif juridique condamnant les pratiques des guérisseurs ont amené ces derniers à adopter des stratégies appropriées afin d'échapper à la censure et à la répression et à s'adapter aux nouvelles données de la modernité et être en mesure de se réaffirmer au sein du marché thérapeutique.

Schématiquement, nous avons distingué deux types de stratégies.

1- La stratégie de reconversion et de réhabilitation

Cette stratégie a pour objectif essentiel de se réhabiliter au sein du marché thérapeutique moderne. Elle est accompagnée par :

a- Des concessions et compromis faits au pouvoir juridique et médical

La plus importante de ces concessions est l'abandon des traitements des maladies corporelles à l'aide des soins empiriques.

Une telle donnée a eu un effet pervers (par rapport aux attentes des pouvoirs politique et médical). En ce sens au lieu de les discréditer et les marginaliser, elle les a en quelque sorte renforcés. Plus exactement l'abandon (forcé) des soins empiriques, a amené ces guérisseurs à mettre davantage l'accent sur la dimension spirituelle et mystique de la maladie et à prendre davantage en compte la dimension psychosociologique de la maladie ; laquelle, est souvent négligée par la médecine moderne. La prise en charge des plaintes et des désarrois des malades a permis à ces agents de

légitimer leur « don » et de revendiquer par la même un espace thérapeutique autonome et parallèle à celui de la médecine moderne².

b- L'imitation de la médecine moderne

Cette démarche est un peu analogue à celle des guérisseurs en France. Elle consiste à adopter « *les signes de l'exercice légitime par la réinterprétation des techniques et savoirs de la médecine* »³. Comme si par cette démarche, ces guérisseurs voulait séduire l'opinion publique en se présentant à elle comme des personnages éclairés, sorte de médecin savant qui réunit savoir et sagesse. Dans la pratique, cette démarche se concrétise par la modernisation de leur pratique à savoir par exemple :

- le réaménagement de leur lieu d'exercice : habitat modernisé, villa, salle d'attente meublée, décoration...
- la tenue d'un fichier clients.
- l'usage ou la référence au vocabulaire médical A ce propos certains guérisseurs (en ma présence), demandent à leurs malades (ex. : dans le cas de calculs rénaux) une radio afin de pouvoir mieux apprécier et constater le résultat de leur intervention.
- l'établissement d'un diagnostic qui s'approche un peu de celui des médecins : mesure de la tension artérielle, des palpitations cardiaques (par divination) etc. C'est une sorte de bilan de santé complet (ce qui justifie entre autres la hausse du tarif de leur consultation).

² Cette répartition du marché thérapeutique en deux secteurs : le corporel (pour la médecine moderne) et le spirituel (pour la médecine traditionnelle) est semblable à celle constatée par plusieurs auteurs, notamment : - Benoïts (J): « médecins et guérisseurs dans une société polyethnique ». In environnement Africain, 1975 N°4.

-Loyola, « cure des corps et cure des âmes : les rapports entre les médecins et les religieux dans les banlieues de Rio » ; In Actes de la recherche en science sociales, N°43. (Thème qui a été l'objet d'une thèse à l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris.)

³ Friedmann, D : Le champ actuel des guérisseurs : propriétés sociales, production du don, capital thérapeutique illégitime Thèse 3^{ème} cycle, EHESS, Paris, 1977, p. 47.

Cette faculté de deviner certaines caractéristiques biochimiques et physiques du malade est attribuée à leur capacité de percevoir la dimension cachée (de l'organisme). « *Je suis en train de voir l'intérieur de votre organisme comme si j'étais en face d'un écran de cinéma* » disait avec assurance la guérisseuse (N- voir Annexe) à son client chez qui elle venait de deviner le taux de glycémie.

Un autre guérisseur (A.) justifie son don d'identifier le mal par la compétence de son Djinn, -grand professeur en médecine qui n'a pas d'égal parmi les humains (selon ses dires).

L'imitation de la démarche médicale se manifeste enfin par la prescription de produits pharmaceutiques. C'est ce que fait le guérisseur (A) pour montrer une fois de plus la véracité et l'ampleur de son don et de ses capacités « miraculeuses ». Car sinon, comment peut-on concevoir (selon lui) qu'un individu comme lui, totalement analphabète, a réussi à retenir les noms des médicaments, leur vertu et leur provenance, et ce malgré leur absence des pharmacies tunisiennes (selon lui). Dans son « cabinet médical », on trouve une table couverte de boîtes de médicaments (que le Djinn lui a procurées selon ses dires) et qu'il exhibe avec fierté et désintéressement. Il ne prescrit jamais ou presque de remèdes traditionnels (empiriques). Car, cela est révolu : « *Maintenant, il n'y a que les charlatans qui prescrivent les remèdes traditionnels... pour moi, la vraie médecine est la médecine moderne* ». Sur une autre table, il y a des radios, des rapports de médecins attestant la guérison de ses clients.

Un troisième guérisseur (Q.) se prend pour un chirurgien (spécialiste dans l'extraction des objets maléfiques des corps de ses patients). En décrivant sa technique « l'intervention chirurgicale », il se livre à une comparaison minutieuse pour montrer l'avantage de sa thérapeutique par rapport à celle de la médecine. « *Elle est moins chère, moins risquée, moins contraignante et plus rapide* ».

Quant à leur propre image, ces guérisseurs se présentent comme des personnages mystiques, cultivés et influents. C'est ce que signifient entre autres les réceptions grandioses que notre « prestigieux » guérisseur (A)

prétendait organiser en l'honneur de ses invités distingués (hommes d'affaire, médecins, notables de la région...) à qui il offre des cadeaux de valeurs.

Pendant qu'il soigne, le téléphone sonne... et c'est toujours une personnalité (juge, homme d'affaire, ministre) avec qui il s'entretient d'affaires et de visites de courtoisie.

Avec ses clients, il parle et commente les événements scientifiques, politiques et sociaux, comme s'il voulait démontrer que les médecins ne sont pas les seuls détenteurs du savoir.

c- La voie vers la professionnalisation

Cette voie vise généralement à sauver une situation sociale et professionnelle devenue précaire. C'est le cas de certains paysans, victimes de l'urbanisation et de l'exode rural. Certains d'entre eux ayant perdu leur emploi se reconvertisent en se consacrant entièrement aux soins.⁴ Tel le cas de certains chômeurs, mais aussi de retraités, de veuves ayant des enfants à charge ou handicapés.

Il y a aussi ceux qui abandonnent leur métier jugé aliénant ou peu rentable pour se réorientent vers les soins. *« Plus j'avance dans cette carrière, plus je me sens malheureux et mal à l'aise... Mon Djinn veut que je me donne entièrement aux soins... Puis il faut dire que les conditions de travail étaient insupportables, les brimades des chefs, réveil le matin... En plus, ça ne m'intéresse pas... A la fin, je n'en pouvais plus. Le matin quand je me réveillais... le Djinn se fâchait contre moi... me frappait, me mettait par terre... me torturait... Cette situation m'était vraiment insupportable... Maintenant je me sens à l'aise et épanoui car j'aime ça »,* (Guérisseur B., ancien mécanicien qualifié).

Cette démarche vers la professionnalisation traduit deux types de tendances, parfois distinctes :

⁴ Cette stratégie est analogue à celle adoptée un peu partout dans le monde, notamment par les guérisseurs en France, en Algérie, au Brésil ...voir à ce propos par exemple : Friedmann, Loyola (voir bibliographie).

c.1. La Tendance vers l'enrichissement et l'ascension sociale

La concession faite aux pouvoirs ne suffit pas à elle seule à garantir l'existence de ces guérisseurs. Aux yeux de la loi, ces derniers sont toujours considérés comme illégaux.

Pour sortir de la marginalité, éviter les mesures répressives (amendes, emprisonnement...) et entretenir une bonne image sociale, il faut disposer de moyens financiers importants. Dans cet élan, ces guérisseurs se livrent à une véritable stratégie de marketing qui se concrétise par exemple à travers :

c-1-1- La propagande :

Pour attirer le maximum de clients et conquérir d'autres régions, ces guérisseurs ne se satisfont plus des procédures classiques (réseau d'amis et de clients). Ils usent de moyens plus modernes : tel que l'emploi des agents (publicitaires) répartis dans les régions avoisinantes (voire dans tout le pays) pour faire l'éloge des mérites et des dons des guérisseurs en question. Ces agents se présentent comme d'anciens malades (atteints de maladies incurables, cécité, paralysie, cancer...) guéris grâce au miracle de leur guérisseur (employeur).

Certains emploient des rabatteurs placés à l'entrée du village ou de la région pour prendre d'assaut les visiteurs. C'est ce que faisait le guérisseur D. pour survivre face à la concurrence que lui imposaient ses frères et cousins descendant du même marabout.

c-1-2- Fixation des tarifs assez élevés

Parmi cette catégorie il y a ceux qui fixent un tarif unique (payé à la fin de la séance) dépassant parfois celui des médecins : allant de 10 jusqu'à 20, 30, 50 et 100 dinars ou même davantage.

Certains guérisseurs expliquent leur tarification élevée (30, 40 dinars) par leur spécialisation dans un domaine donné (exemple la sorcellerie, la possession, l'extraction), et se prennent alors pour des médecins spécialistes. Dans cette logique il y a même ceux qui exigent environ 100 D. Aux yeux

de certains guérisseurs, cette tarification est tout à fait justifiée, car elle correspond à peu près aux frais de soin ordinaire (honoraires du médecin, frais d'analyses et ceux de la pharmacie...).

Un guérisseur (Instituteur à la retraite) avec qui je me suis entretenu en 1998, exige 200 dinars. Il justifie cela par son savoir et sa compétence distingués dans le domaine du désenvoûtement, ainsi que par la souffrance qu'implique ce genre de thérapie (malaise...).

Il y a ceux qui fixent deux tarifs, un pour la séance de consultation (exemple. identifier l'agresseur), le second pour les soins proprement dits (lors d'une deuxième visite). Cette seconde visite leur permet de s'accorder le temps nécessaire pour trouver le traitement adéquat (c'est le mode le plus courant). Ainsi, ils espèrent détourner l'attention du client du coût élevé de leurs honoraires.

Il y a enfin ceux qui fixent un tarif minimum, (10 à 20 dinars) augmenté en fonction du rang social du malade, de son état ou en fonction de la nature de la maladie. Il y a même des guérisseurs qui exigent des sommes beaucoup plus exorbitantes qui vont jusqu'à 600D et plus surtout lorsque la maladie s'est avérée incurable par la médecine officielle ou quand il s'agit d'un malade fortuné (surtout ceux qui viennent de loin ou de l'étranger).

Ainsi, frustrés par la marginalisation et la misère sociales, et dans l'espoir de retrouver une certaine légitimité ou un certain prestige, certains guérisseurs se voient entraînés vers une course effrénée vers le profil et l'enrichissement. Dans cette démarche d'embourgeoisement, c'est souvent le médecin qui est pris pour modèle, et qui justifie à leur yeux cet enrichissement « facile ».

c.2. La tendance vers la légitimation de la compétence et du don

Si certains guérisseurs ont opté pour l'enrichissement et le profit, d'autres ont au contraire préféré s'orienter vers la légitimation de leur pratique. Ils veulent avant tout se faire reconnaître, s'imposer sur le marché thérapeutique et bénéficier d'une certaine légitimité sociale.

Bien que la recherche du profit ne soit pas tout à fait exclue pour cette catégorie de guérisseurs, elle n'est cependant pas exagérée. Elle a pour objectif essentiel de se maintenir dans le monde des soins et de pouvoir surmonter les obstacles juridiques dressés sur leur chemin.

L'attitude du jeune guérisseur (B) reflète bien cette tendance. En effet, malgré les arrestations et les menaces dont il était victime (sans parler des mauvais coups tendus par les confrères), il a su résister et plaider pour sa juste cause. Il a pu être relâché grâce à l'intervention d'un membre de sa famille sous réserve de ne plus pratiquer de soins. Loin d'être intimidé, il s'est remis au travail en faisant certaines concessions : abandon des soins corporels et de la délivrance de remèdes empirique (ce qui ne l'empêche pas de les conseiller). D'un autre côté, il a franchi une étape importante vers la légitimation de son don en accrochant à l'entrée de sa maison une plaque de soignant.

Aujourd'hui, il continue à soigner, tout en poursuivant d'autres démarches pour la reconnaissance « officielle » de sa thérapie et de son don. Dans cet élan, il a lancé un défi aux médecins, pour leur prouver la véracité et l'efficacité de son don... Il a même proposé qu'on lui réserve un petit service au C.H.U. de Sfax, à côté du département de psychiatrie, afin qu'il puisse exercer son don (exorcisme, désenvoûtement) et contribuer avec les médecins et soulager les malades.⁵

Mais cette tendance à la réhabilitation et à la reconnaissance ne dépasse pas les initiatives individuelles et isolées. Toutes les démarches à caractère collectif - associations, regroupements (même informel), susceptibles de créer un certain rapport de force pour permettre à ces guérisseurs de se défendre et d'être reconnus - sont inexistantes. L'état d'ignorance des guérisseurs (souvent analphabètes), la précarité de leur existence, leur crainte du pouvoir, l'absence même d'un dispositif thérapeutique traditionnel homogène, la concurrence que ces agents

⁵ Ces propos sont réaffirmés par ce guérisseur récemment lors de notre visite chez lui il y a environ une année. A signaler que ce guérisseur est un ami d'enfance (et avec qui nous avons participé à des activités sportives au sein d'un même club), ce qui nous a été d'une grande utilité pour mieux cerner beaucoup d'aspects relatifs à sa vie et au monde des guérisseurs en général.

thérapeutiques se livrent entre eux... ne font que contribuer à leur effritement et leur marginalisation.

2- Le choix de l'authenticité et de la clandestinité

Bien que rares, il y a enfin les guérisseurs qui ont préféré l'authenticité à la reconversion. Les guérisseurs optant pour cette voie ont choisi la clandestinité afin d'échapper au dispositif juridique sévère. Ils continuent à exercer sous une forme archaïque et traditionnelle. Ils conçoivent leur métier comme une sorte de mission charitable qu'ils exercent parallèlement à leur profession (agriculteur, coiffeur, religieux, etc.). Ils fixent rarement un tarif, à moins que ce ne soit un tarif très bas, acceptent de petits cadeaux. Leurs honoraires sont donc à la portée des classes populaires. Il arrive souvent qu'ils refusent des honoraires, et demandent à leur client de faire des offrandes à la place⁶.

Ces guérisseurs manifestent ouvertement leur hostilité aux guérisseurs de la première catégorie lesquels sont attirés par le « modernisme » et le profit. Ils les considèrent comme de bâtards, des charlatans et des escrocs qui font honte à leur noble métier.

C'est pour ces raisons que ces guérisseurs jouissent d'une bonne réputation auprès du public qui leur accorde volontiers sa foi ainsi que sa sympathie.

Mais afin d'échapper à la persécution, ils choisissent la clandestinité tout en réduisant leur exercice. Cette situation a eu un effet néfaste sur l'avenir de leur métier dans la mesure où elle a contribué à réduire considérablement leur célébrité (et donc leur clientèle), et du coup elle a accéléré leur extinction du paysage social au profit des guérisseurs « modernisés ».

⁶ Cela n'exclut pas l'existence de guérisseurs au sein de cette catégorie qui exigent un honoraire assez élevé et abusent du désarroi de leur client.

II- LA DEMANDE SOCIALE ADRESSEE AUX GUERISSEURS : RAISONS, LOGIQUES ET CIRCONSTANCES DES RECOURS

Rares les tunisiens qui n'ont pas été voir des guérisseurs soit pour eux même ou pour leur entourage. De fait, ces agents constituent un élément familier dans le paysage social et culturel du pays. Les enquêtes que nous avons menées depuis la fin des années 80 et jusqu'à nos jours dans ce cadre montrent une constante fréquentation des guérisseurs. Ainsi, environ les deux tiers du public déclarent avoir consulté des guérisseurs au moins une fois. La dernière enquête menée en 2006 sur un échantillon de 250 personnes⁷ montre que 63% ont fait appel à leur service, environ 50% en sont satisfaits et presque la même proportion conseille le recours à leur thérapie.

Quelles sont les raisons qui justifient cette demande sociale ?

Autrement dit, quelle est la logique qui sous-tend le recours aux guérisseurs ?

1-Habitude et confiance dans les remèdes des guérisseurs

Pour certaines atteintes, la médecine traditionnelle (notamment les guérisseurs) constitue une instance privilégiée. On y recourt pour solliciter certaines thérapies telles les saignés contre la congestion (cérébrale). "HASRAN ADDAM".

On y recourt également pour la jaunisse attribuée à une frayeur responsable de l'affaiblissement du potentiel vital de la victime, lequel ne peut être récupéré qu'à l'aide d'un "contre-choc" provoqué par le cautère (et associée à d'autres remèdes empiriques comme le safran, la saignée, le poisson...)⁸.

⁷ Représentatif de la population tunisienne selon les critères du sexe, de l'âge et de l'appartenance géographique (Institut National de la Statistique, 2004).

⁸ Pour plus de détails sur ce sujet, voire : Abdmouleh, R, « Quelques recettes d'automédication à Sfax ». *IBLA*, N° 169, 1992, p 3-16.

2- La peur du contact avec la technologie médicale

Cette attitude est assez partagée par le public et s'explique par une certaine méfiance vis-à-vis de la science et la technologie moderne et le monopole croissant de ses institutions envers lesquelles on se sent à la fois frustré et dépourvu de moyen de contrôle (Beck, 2001).

Les méfaits de la technologie sur l'environnement et la santé, les risques éventuels des manipulations génétiques sur le vivant viennent pour justifier et alimenter cette crainte.

Le recours à la médecine traditionnelle et aux guérisseurs exprimerait une tendance vers l'autonomie et une volonté de se prendre en charge. (Abdmouleh, 1990).

Cette conduite s'applique notamment face aux interventions chirurgicales et entre dans une logique assez partagée par la population, et selon laquelle une fois opéré, l'individu est désormais condamné à la fragilité. Vu sous cet angle, l'organisme humain est représenté comme un objet solide et fragile- à base d'argile ou de verre-. Une fois opéré, il perd à jamais son authenticité et sa vigueur.

La fuite de ces interventions pourrait cacher également une situation économique et sociale précaire qui risque d'exposer les patients issus des classes défavorisées et leurs familles à la vulnérabilité sociale (arrêt prolonger de maladies, absence de couverture sociale, perte de l'emploi...). De plus, étant exposé constamment aux risques et aléas de la vie (accidents du travail, usure, aléas naturels...), l'intervention chirurgicale est redoutée par ces catégories sociales, car elle réduirait leur résistance, et accélérerait leur fragilité et leur rechute. Le guérisseur constitue ici une instance qui donne de l'espoir pour contourner l'intervention chirurgicale ou du moins la repousser.

3- L'incompréhension des médecins et les mauvaises conditions d'accueil et de soins

Certains patients tourmentés par la souffrance, révoltés contre l'attitude d'indifférence des médecins à leur égard vont consulter des guérisseurs.

Le recours au guérisseur est dicté dans ces cas par l'échec et l'incompréhension des médecins.

La complexité des pratiques médicales modernes et le déchirement du malade entre les médecins (généralistes, spécialistes), les laboratoires d'analyses, l'administration accroît le désarroi du malade. A ce stade que Balint (1975) nomme la collusion de l'anonymat, le malade est entraîné dans un processus infernal. Il ne sait plus à qui se confier. Personne ne peut véritablement comprendre ses problèmes et répondre à ses attentes. De cette situation vont naître toutes les angoisses et les problèmes qui rendent le traitement du malade plus difficile.

Le recours au guérisseur exprime la volonté du malade de briser ce processus infernal et à retrouver un mode de traitement et des rapports plus humains.

Les conditions parfois précaires dans les structures sanitaires étatiques (sureffectif, bruit, insalubrité, mauvaise nourriture, surcharge des patients, manque de personnel...) sont autant de critères qui pourraient peser sur la qualité des soins et inciteraient les malades à recourir aux guérisseurs afin d'échapper à cet état, et retrouver des conditions de soins moins contraignantes.

4- La pénurie des médicaments dans le secteur public

La pénurie de médicaments dans les pharmacies du service public (et quelque fois dans le secteur privé) pousse également les patients (surtout) démunis vers les soins traditionnels. Certains malades vont alors consulter des guérisseurs dans l'espoir de trouver un remède miraculeux et échapper aux « tracasseries » de la médecine moderne.

Dans certains cas, il arrive même que certains médicaments ne soient pas pris en charge par les assurances. De ce fait, les patients défavorisés se voient complètement exclus de la médecine moderne et repoussés vers les soins traditionnels⁹.

5- Limite de la médecine moderne et recherche d'un remède alternatif

Nous verrons cette fois-ci, que c'est à partir des critères purement internes à la profession médicale, c'est-à-dire des critères techniques que le recours aux guérisseurs s'effectue. Les maladies citées dans ce contexte sont des atteintes chroniques (sciatiques, asthme, bronchites, eczéma, rhumatismes...) ou des maladies graves (cancer, paralysie...).

Poussées par la souffrance et l'angoisse, les victimes de ces maladies recourent aux guérisseurs afin de compléter les soins modernes et favoriser leur chance de guérison. Dans cet élan, ils expriment leur volonté d'aller au-delà des thérapies modernes. Cette tendance à vouloir dépasser les limites thérapeutiques de la médecine moderne est tellement justifiée que ces thérapies sont quelquefois iatrogènes en produisant des effets secondaires (c'est le cas des traitements chimiothérapeutiques, des barbituriques...), et poussent les patients à les abandonner (du moins provisoirement) au profit de la thérapeutique traditionnelle. Cette conduite est également fréquente chez les malades atteints de troubles d'ordre psychologique : ceux-ci finissent par recourir au guérisseur pour échapper aux traitements « inefficaces et abrutissants » du médecin et avec tout le discrédit et tous les sacrifices que le recours à ces agents implique. Ainsi et comme le constate Herzlich (1983), ces patients « *se battent simultanément contre leur maladie, contre la médecine et contre une société qui légitime la médecine et s'exprime à travers elle* ».

Le recours à la thérapeutique traditionnelle se justifie aussi par la tendance à éviter l'effet de la tolérance aux traitements de la bio-médecine.

⁹ La fixation du plafond par la CNAM incite ou contraint les classes populaires à recourir aux soins traditionnels.

Ainsi, des témoins préfèrent se fier à la thérapeutique traditionnelle. C'est une manière de se soigner d'une façon saine tout en aidant l'organisme à mieux s'auto-défendre.

6- L'attribution de la maladie à une entité surnaturelle

Selon l'enquête de 2006 : 49,6% (environ 50%) croient que la sorcellerie peut bien être une source de maladie, tandis que (9,6%) nient cette causation et 40,8% n'en ont pas d'opinion ou préfèrent ne pas s'y prononcer. S'agissant de l'attribution de la maladie à un esprit-Djinn, 54,8% pensent qu'il peut être à l'origine de la maladie, contre 14,4% qui écartent cette éventualité et 30,8% préfèrent s'abstenir. (En dehors de leur relation avec la maladie, ces entités surnaturelles sont souvent intégrées dans la culture locale où une large partie de la population croit à leur existence du fait de son appartenance à l'Islam)¹⁰.

Ces données montrent et expliquent l'enracinement de l'étiologie médicale traditionnelle dans la culture locale et permettent de mieux comprendre les conduites profanes face aux maladies et aux modèles thérapeutiques (Abdmouleh, 1990).

Comment cela se traduit dans le quotidien de la population ?

Lorsque la maladie est associée ou attribuée à l'intrusion d'un mal mystique, certains malades s'empressent d'exécuter des rituels magiques afin de neutraliser l'agresseur. Cette procédure peut s'effectuer dans le cadre familial sans avoir besoin du service des guérisseurs. Certaines n'hésitent pas à consulter le magicien-exorciste. Ces recours spontanés sont adoptés surtout face à des maladies ayant une forte connotation mystique, c'est-à-dire attribuées ou associées à des entités magiques. Les atteintes d'ordre psychologique ou spirituel sont un bon exemple qui reflète bien cette conduite. Ce sont des états de malaises (maux de tête, vomissements, perte de l'appétit, fatigue) associés à des désordres psychologiques

¹⁰ Notons que l'Islam reconnaît l'aspect maléfique de la sorcellerie et du mauvais-œil mais il les subordonne à la volonté divine.

comportementaux (agressivité, mélancolie...) et attribués à l'intervention d'une entité mystique.

Enfin, l'apparition subite et inexplicable de ces troubles (crise d'hystérie par exemple), chez certaines personnes, renforce chez le patient le sentiment que la maladie est bel et bien commanditée par un esprit maléfique ou par un sorcier.

Dans tous ces cas, l'atteinte représente un grand danger qui menace le bien être physique, moral et social du patient. Par conséquent, elle nécessite une réaction rapide et une grande mobilisation autour du malade.

Le recours au guérisseur peut s'expliquer par une attitude préventive. C'est le cas de certaines maladies infantiles (Abdmouleh, 1992). C'est pourquoi les mères ne perdent pas un instant pour les soigner.

L'absence d'un symptôme organique justifiant le recours aux médecins encourage les victimes à se passer de ces derniers et à s'orienter vers le magicien. Certains malades souffrent de désordres psychologiques, et sentent le besoin de consulter un médecin afin d'obtenir des remèdes susceptibles de les soulager et d'effectuer des analyses, mais devant l'impossibilité de présenter au médecin un symptôme organique qui satisfait son étiologie et craignant d'être ridiculisés ou refoulés, préfèrent se confier plutôt au magicien et se tenir exclusivement à ses recommandations. Même dans le cas où ils se trouvent contraints de consulter le médecin (lorsque la douleur devient insupportable), ils s'abstiennent de lui déclarer leur sentiment à l'égard de leur maladie. Ils s'en tiennent uniquement au symptôme « très vague » : "J'ai mal ici ou là" et sollicitent des médicaments pour calmer la douleur. Ainsi, ils jouent le jeu du médecin. Parallèlement, ils vont chez le guérisseur dans l'espoir d'agir autrement et plus efficacement sur la maladie. Ces recours sont d'autant plus justifiés qu'ils n'entraînent pas l'officialisation de la maladie, ni l'internement de la victime et sa stigmatisation par la culture locale : soupçon de la part de l'entourage, licenciement, difficulté à trouver par exemple un conjoint (ou conjointe) ou un travail intéressant.

De tels problèmes ne se posent pas avec le guérisseur. D'une part, celui-ci est censé tenir au secret les problèmes du malade, sa consultation n'a

aucun caractère légal. Le tout se fait dans l'intimité et la clandestinité. D'autre part, ces désordres psychologiques ne sont pas perçus par les guérisseurs et l'étiologie médicale traditionnelle comme une tare ou un danger qui nécessite le contrôle du malade, voire son exclusion de la communauté. Au contraire, le malade est considéré ici comme une victime des forces surnaturelles (Djinn, sorciers), et par conséquent il doit être compris et soutenu par son entourage et sa communauté.

7- Maladie et quête de sens. La médecine traditionnelle comme instance intégratrice

Selon le dispositif thérapeutique traditionnel la maladie en tant que désordre biologique constitue aussi un désordre psychosocial. C'est le signe d'un malaise entre l'individu et la société, lequel se traduit en termes de sorcellerie et de possession.

Comme le souligne Marc Augé (1983), l'attaque du sorcier ou des Djinn signifie un rappel à l'ordre. Elle « *suscite une redéfinition de la personne individuelle* », « *renvoie à un code de déchiffrement des symptômes* » et « *met en cause une ou plusieurs dimensions sociales et pertinentes* ».

Cette mise en cause, cette interpellation du social s'observe à travers le processus de diagnostic divinatoire ayant pour but d'identifier l'agresseur et le motif de l'agression (Kaday-Talle, 1985). Il s'établit souvent selon des critères mettant en relief le rapport du malade avec son entourage et sa communauté. Evans-Pritchard (1972) met l'accent sur la dimension sociale de la magie et du processus divinatoire qui *renvoient à des conflits... et des tensions sociales et* traduisent des hostilités entre des personnes appartenant à une même classe ou au même rang social : (pêcheurs, commerçants, voisins, femmes, ...).

Le langage de la possession exprime encore une fois le vécu social souvent contesté et soulève la dimension psychosociologique de la maladie et de la cure. Dès lors, la possession qui désigne une relation d'amitié, d'amour ou d'animosité avec l'esprit possesseur renvoie à des conflits d'ordre

familial et social. Ce langage ne serait en réalité qu'un reflet et une remise en question de cette situation et de ce statut social insupportable.

Il serait une sorte de cri d'alarme adressé par ces "possédés" à la société afin qu'elle leur trouve une solution (Colomb, 1975). Il constituerait également une échappatoire qui leur permettrait de fuir ce statut précaire (célibat, chômage, handicap, ...).

Si la maladie fonctionne comme un signifiant social, une sorte de signal d'alarme ou une remise en question d'une situation sociale contestée voire explosive, la cure constitue alors une tentative qui vise à supprimer ce désordre social, à réconcilier le malade avec soi-même et avec son entourage et mettre fin à cette tension. Car ce désordre menace non seulement le malade mais aussi l'entourage du malade lequel se mobilise et participe avec lui à la procédure de la cure. Ainsi et comme le constatait Lapassade (1982), *« le possédé n'est plus seul dans sa souffrance. Il est soutenu par la compréhension et l'appui de son entourage familial et amical »*.

C'est ce que les séances d'exorcisme et de transe décrites par les ethnologues et observées par nous-mêmes révèlent (Abdmouleh, 1990). En effet, au cours de ces cérémonies, l'entourage du malade joue une part très active. Il aide le guérisseur à déchiffrer les événements et à interpréter les paroles et les gestes du patient, l'encourage dans la danse et dans la lutte contre "les forces du mal". Cette mobilisation ne se manifeste pas uniquement entre le malade et sa famille, mais aussi entre tous les officiants (autant les accompagnateurs du patient, que les visiteurs).

Comme le constate Lévi-Strauss (1958), la cure chamanistique est le résultat d'un consensus où participent trois éléments :

- Le Shaman *"qui éprouve des états spécifiques de nature psychosomatique"*.
- Le malade *"qui ressent ou non une amélioration "*.
- Le public qui participe lui aussi à la cure et dont *"l'entraînement qu'il subit et la satisfaction intellectuelle et affective qu'il ressent déterminent une adhésion collective"* (Lévi-Strauss, 1958, p : 197).

Ces cérémonies fonctionnent en quelque sorte comme les associations de malades. Elles permettent aux visiteurs (patient et sa famille) d'établir des réseaux d'amitié, d'échanger des informations relatives à leur maladie. En ce sens, ces lieux et ces cérémonies aident les patients à socialiser leur maladie et à échapper à la marginalisation ou à l'exclusion sociale (Abdmouleh, 1990).

En agissant sur la dimension psychosociologique de la maladie, la médecine traditionnelle arrive (tant bien que mal) à apaiser le conflit social qui oppose l'individu avec sa communauté tout en lui offrant l'occasion de se réintégrer. En ce sens, le guérisseur joue un rôle d'équilibreur social. A ce titre, Lévi-Strauss part du postulat selon lequel « *dans toutes sociétés, il serait inévitable qu'un pourcentage d'individus se trouve placé hors système ou entre deux ou plusieurs systèmes* ». Il va de soi que la position périphérique de ces individus par rapport au système total « *n'empêche pas qu'au même titre que lui, ils ne soient pas partie intégrante du système total* ». Selon cet auteur, si ces malades « *n'étaient pas ces témoins dociles, le système total risquerait de se désintégrer dans les systèmes locaux* ».

Par conséquent, pour chaque société le rapport entre les conduites normales et les conduites spéciales est complémentaire. Il s'ensuit que « *Les formes de troubles mentaux caractéristiques de chaque société et le pourcentage des individus qui en sont affectés sont un élément constructif du type particulier d'équilibre qui lui est propre* ». (Levi-Strauss C, 1983, p : XX-XXI). C'est à partir de cette analyse que nous pouvons saisir encore mieux la fonction du guérisseur, dans le soulagement du malade et son intégration sociale et donc dans l'équilibre social.

Enfin, c'est grâce à ces cérémonies et aux danses que les malades peuvent échapper à l'angoisse et à leurs conditions de vie difficiles, et s'évader dans un univers incommensurable où se rejoint le plaisir et le sacré. Par ce spectacle, c'est la société entière qui vit son ambivalence et trouve un moyen d'échapper à la condition humaine tout en restant intégré. (Nonfougas, 1972)

CONCLUSION

Pour échapper à la censure et aux mesures juridiques sévères, et pouvoir se réaffirmer au sein du marché thérapeutique local, les guérisseurs sont amenés à adopter des initiatives et des stratégies appropriées. Nous avons distingué deux types de stratégies : celle de l'authenticité et de la clandestinité, puis celle de la reconversion en vue d'une réhabilitation. Mais c'est cette dernière stratégie qui semble caractérisée le plus la pratique des guérisseurs d'aujourd'hui. Elle est incarnée par certains guérisseurs, plutôt jeunes (relativement par rapport à leurs aînés-clandestins), exerçant dans les milieux urbains et motivés par la recherche de profit. Ils usent de toute une panoplie de ruses, de manœuvres et de bricolage afin d'impressionner leur clientèle. L'imitation de la médecine (dans ses apparences), et des signes de la « modernité » (à travers le discours, les équipements...), l'accumulation des fonctions et des techniques thérapeutiques en constituent l'exemple. Par ailleurs ces manœuvres et ces stratégies de ruse ne sont pas des mesures collectives mais plutôt des tentatives individuelles et souvent isolées. Elles nous montrent d'une part la misère sociale et culturelle de ces agents et leur précarité mais aussi leur acharnement pour se réhabiliter et se maintenir au sein du marché thérapeutique.

Mais si les guérisseurs ont pu s'affirmer dans le paysage social d'aujourd'hui c'est essentiellement grâce à l'importance de la demande sociale qui leur est adressée. Celle-ci s'explique par le fond culturel commun qui unie ces agents avec l'ensemble de la population, laquelle leur accorde leur foi tout en les réservant une certaine sympathie (y compris d'ailleurs chez certains représentants des instances médicales, juridiques et politiques). Les croyances religieuses et magiques partagées inégalement par le public constituent à la fois un facteur de confiance ainsi qu'un élément facilitateur du recours aux guérisseurs.

Nous avons surtout mis l'accent sur la dimension sociale de la maladie et de la cure, aspect bien exploité par les guérisseurs. En ce sens, tout en apaisant l'état psychologique des patients, ils les aident à trouver un sens à leurs maladies et en quelque sorte à assumer leur statut tout en leur permettant de s'intégrer dans la société.

A ce facteur culturel, s'ajoute l'appartenance de classe. En ce sens, les guérisseurs et leur public appartiennent généralement aux classes populaires et partagent les mêmes soucis et les mêmes inquiétudes. Dès lors, le rapport unissant les guérisseurs avec cette catégorie de clientèle dépasse de loin l'aspect purement «médical», et traduit une certaine complicité et une solidarité sociale. Alors que les clients légitiment le «don» ou le pouvoir thérapeutique de leur guérisseur, en retour, ces derniers légitiment les plaintes et le discours populaires, souvent ignorés ou négligés par le corps médical.

Le rapport aux médecines est révélateur des rapports de classes mais aussi des attitudes face à la tradition et à la modernité. Le recours aux guérisseurs et l'adoption de son étiologie serait une manière de marquer son appartenance et d'affirmer son identité ainsi qu'un certain recul par rapport à la modernité incarnée par la biomédecine doublé par un scepticisme face à la tendance matérialiste et techniciste de la civilisation occidentale.

A leur tour, les limites de la médecine moderne (à guérir certaines maladies, à prendre en charge la souffrance et le désarroi des malades) favorisent cette demande sociale, et ce besoin des services des guérisseurs.

L'importance de la demande sociale adressée à ces agents thérapeutiques a contraint le pouvoir politique à adopter une stratégie subtile qui consiste à les admettre uniquement comme une instance palliative et secondaire qui comble l'échec et les handicaps de la médecine moderne, mais sans pour autant leur permettre de concurrencer et de menacer l'intérêt de la profession médicale. Ainsi, tout le dispositif qui s'en suit consiste alors à normaliser ce marché « encombrant » mais « nécessaire » tout en le cantonnant dans un statut illégitime et le maintenant dans le discrédit et la marginalisation sociale.

Cette stratégie se traduit entre autres à travers un consensus implicite adopté par la communauté médicale à propos du partage du marché des soins (et selon lequel la médecine se réserve le monopole du corps alors que les guérisseurs celui de l'esprit) et se concrétise par le biais du dispositif juridique répressif surtout à l'encontre de ceux qui se médicalisent. Ainsi tout en les privant de leur assise matérielle, cette stratégie vise à les vider de

toute leur efficacité (technique) et à les condamner au discrédit. En dépit de cette restriction, les guérisseurs semblent s'ajuster et s'adapter à cette situation contraignante, en mettant davantage l'accent sur le côté spirituel et mystique de la maladie. Cette situation les a plutôt avantagés dans la mesure où elle leur a permis de maîtriser la dimension spirituelle et en fin de compte de pouvoir « traiter » l'aspect psycho-social de la maladie.

A noter enfin que les études sociologiques relatives à la médecine traditionnelle (et aux guérisseurs) et malgré leur tendance quelque fois critique vis-à-vis de la médecine ne constituent pas la mise en question de cette dernière, ni une volonté de légitimer les guérisseurs. Elles traduisent une volonté d'opter pour une vision complexe et globale des faits étudiés permettant d'intégrer dans leur analyse l'ensemble des acteurs et des aspects impliqués dans le processus de la santé de la maladie et des soins. En agissant de la sorte, ces approches seraient en mesure d'insérer au sein de leur corpus aussi bien les représentations et les conduites profanes que le discours et les normes véhiculés par les différents types de médecines (Benoist, 1966, 1996). Et c'est bien grâce à ces approches sociologiques tout à la fois critiques et ouvertes à l'ensemble des apports et des courants scientifiques et culturels que la construction sociologique de la maladie sera en mesure de constituer son champ théorique propre et d'apporter par la même occasion aux médecins certains éléments susceptibles de les aider dans leurs pratiques professionnelles.

Bibliographie :

- Abdmouleh R.**, *Conduites face aux maladies et aux médecines en Tunisie*, Doctorat de l'École des hautes Etudes en Sciences Sociales, sous la direction de Mr : Matalon benjamin, Paris. 1990.
- Abdmouleh R.**, « Quelques recettes d'automédication familiales à Sfax », *IBLA*, (Institut des Belles Lettres Arabes », N°169, 1992, pp 3-16.
- Abdmouleh R** « Les catégories de guérisseurs opérant aujourd'hui en Tunisie », *IBLA N° 172*, 1993, 247-259.
- Abdmouleh R.**, «Les guérisseurs en Tunisie entre la répression et la tolérance. Etude d'une profession marginale », *Passerelles*. N° 33. 2006.
- Abdmouleh R.**, « Construction sociale de la maladie et rapport aux médecines : Vers une approche dynamique et intégratrice ». *Insaniyat* (Revue publié par le Centre de Recherche en Anthropologie Sociale et Culturelle- Algérie), N° 38, 2007. Le local en mutation, pp 91-109.
- Augé M.**, « Anthropologie de la maladie ». *Encyclopédie Universalis*. Vol. XI, 1986, 552-554.
- Augé M., Herzlich C.** *Le sens du mal : anthropologie. Histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Ed. des Archives Contemporaines. (Coll. Ordres Sociaux) 1983.
- Augé M.**, *Pour une anthropologie des mondes contemporains*, Paris, Flammarion. 1997.
- Balint M.**, *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris, Payot, 1975.
- Beck, U** ; *La société du risque*, Paris Aubier, 2001.
- Benoist J.**, «Du social au biologique : étude de quelques interactions ». *L'homme*, T VI, 1966, 5-26.
- Benoist (dir)**, *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*. Paris: Les Éditions Karthala, 1996.
- Bouvier P.**, « L'objet de la socio-anthropologie : Crise, déstructuration, recomposition, perdurance », *Socio-Anthropologie*, N°1 *L'objet de*

la Socio-anthropologie, mis en ligne le 15 janvier 2003, URL:
<http://socio-anthropologie.revues.org/document27.html>

- Carricaburu D & Menoret M.**, *Sociologie de la santé. Institutions et professions et maladies*. Paris A Colin. 2004.
- Collomb H.**, « Psychiatrie moderne et thérapeutique traditionnelle ». *Ethiopiennes. Revue Socialiste de Culture Magro-Africaine*, n° 2, Avril 1975.
- Corin E.**, Nouvelles conceptions, nouvelles images. In : Dufresne J, Dumont F. et Martin Y. (dir). *Traité d'anthropologie médicale, l'institution de la santé et de la maladie*. Québec, Presse de l'Université de Québec. Lyon, Presse Universitaire de Lyon 1985, 45-73.
- D'Houtaud A.**, « Les représentations de la santé », *Revue internationale d'éducation pour la santé*, Vol XIX, n° 2 pp:99-118 et n° 3 ; 1976, 173-190.
- D'Houtaud A.**, *Sociologie de la santé. Langage et savoir, environnement et éthique*. Pris l'Harmattan. 1997.
- D'Houtaud A.**, *L'image sociale de la santé. Recherches sociologiques*. Paris l'Harmattan. 2003.
- Evans-Pritchard E E.**, *Sorcellerie, Oracles et magie chez les Azandé*. Paris, Gallimard. 1977.
- Fainzang S.**, *L'intérieur des choses : maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa de Burkina*. Paris, l'Harmattan. 1986...
- Freidson E.**, *La profession médicale*. Paris, Payot, (Coll. Médecine et Société). 1984.
- Friedmann, D.**, *Les guérisseurs : splendeur et misère du don*, Paris, Métailié. 1981
- Goffman E.**, *Asile, Etude sur la condition sociale des malades mentaux*. Paris, éd. de Minuit, 1968
- Herzlich CL & Pierret E.**, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui* », Paris, Payot, (Coll. Médecine et Société). 1984.
- Herzlich CL.**, « La maladie et la santé comme objets sociologiques », In Berthelot J-M. *Sociologie française contemporaine*, Paris, PUF. 2003, 221-228.

- Hours B.**, « Vingt ans de développement de l'anthropologie médicale en France », *Socio-Anthropologie*, N°5 Médecine et santé : Symboliques des corps, mis en ligne : janvier 2003, (<http://socio-anthropologie.revues.org/document50.html>).
- Illich I.**, *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*. Paris, Seuil, 1975.
- Illich I.**, « l'obsession de la santé parfaite », *le Monde diplomatique*, Paris, Mars 1999.
- Jodelet D.**, Représentation, expériences, pratiques corporelles et modèles culturels », In Colloque : *conceptions, mesures et actions en santé*, vol 104, n°2. Paris, Ed : INSERM; 1982, 377-395.
- Jodelet D.**, « Représentations sociales : phénomènes, concepts et théories ». In Moscovici : *psychologie sociale*, Paris, PUF. 1996.
- Kaday-Talle.**, « Le contre sorcier Haalpulaar ». Sciences sociales et santé, vol. III, n° 3-4, 1985
- Lapassade G.** Gens de l'ombre. Paris, Anthropos, 1982.
- Laplantine F.**, *Anthropologie de la maladie*. Paris, Payot, 1986.
- Levy-Strauss CL.**, *Anthropologie structurale*, Paris, Plon. 1958.
- Levy-Strauss CL.**, « Introduction au livre de M. Mauss », In *Sociologie et anthropologie*. Paris, PUF (quadrige), 1983.
- Loux F.**, « Santé et maladie dans les représentations populaires françaises traditionnelles et modernes », *Colloque international de sociologie médicale* (Juillet 1976). Paris, Ed. CNRS, 1978, 311-315.
- Loux F.**, *Traditions et soins d'aujourd'hui*, Paris, Inter-Editions. 1983.
- Loyola M.A.**, Cure des corps et cure des âmes : les rapports entre les médecins et les religions dans la banlieue de Rio. *Acte de la recherche en science sociale*, 1982, n° 43.
- Loyola M.A.**, *L'esprit et le corps*. Paris, Ed. de la Maison des Sciences de l'Homme, 166 p. (Coll. Brasilia) 1983.
- O.M.S.**, « La santé ». *Encyclopédia Universalis*, Vol. 16, 1985, 437-446.
- Pierret J.**, « Relations au corps et conduites de maladie ». *Ethnologie Française*, VI, n° 3-4, 1976, 279-283.
- Nonfougas, N.**, *Ambivalence et culte de possession*, Paris, Anthropos, 1972

- Parsons T.**, « Structure sociale et processus dynamique. Le cas de la pratique médicale moderne », Paris, Ed. Plon, (Coll. Recherches en Sciences Sociales). 1955, 193-250.
- Renaud, M.** « De la sociologie médicale à la sociologie de la santé : trente ans de recherche sur le malade et la maladie » in Dufresne J, Dumont F. et Martin Y. (dir). *Traité d'anthropologie médicale, l'institution de la santé et de la maladie*. Québec, Presse de l'Université de Québec. Lyon, Presse Universitaire de Lyon 1985, .281-291.
- Retel-Laurentin A & Epelboin A.**, « De l'intérêt de conjuguer des données ethnologiques, démographiques et médicales dans les recherches en santé et sciences humaines ». *Une anthropologie médicale en France ?* 1983, 91-97. Paris, CNRS.
- Retel-Laurentin A.**, (dir.). *Etiologie et perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles*. Paris l'Harmattan. 1987.
- Saliba J.**, « Le corps et les constructions symboliques », *Socio-Anthropologie*, N°5. Médecine et santé : Symboliques des corps. Mise en ligne janvier 2003, (<http://socioanthropologie.revues.org/sommaire195.html>).
- Sendrail M.**, *Histoire culturelle de la maladie*. Toulouse, Privat. 1980.
- Sindzingre N.**, « Tradition et biomédecine », *Sciences Sociales et Santé*, Vol. III, n° 3-4, 1982, 9-26.
- Stuedler F.**, *Sociologie médicale*, Paris, Ed. Collin, (Coll. U série sociologie). 1972.
- Stuedler F.**, « Institutions de soins, profession médicale et environnement », in : *Colloque International de Sociologie Médicale*, Juillet 1976. Paris, CNRS, INSERM, 1980, 67-77.
- Stoetzel J.**, « Le malade, la maladie et le médecin : esquisse d'une analyse psychosociale », *Population*, Vol. 15, n° 4, 1960, 613-624.
- Zempleni A.**, « Pouvoir dans la cure et pouvoir social », *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, n° 8, 1973, 141-178.

APPROCHE PSYCHOLOGIQUE DES THERAPIES TRADITIONNELLES¹

Pr Riadh BEN REJEB

Professeur de psychopathologie clinique, Directeur de l'Unité de Recherche en Psychopathologie Clinique (URPC), Université de Tunis

INTRODUCTION

En tout temps, la société admet, à côté d'une « médecine officielle », un ensemble de « méthodes thérapeutiques » puisant leurs racines au plus profond de l'âme humaine en s'appuyant sur des systèmes très anciens de croyances d'ordre magique ou religieux. La coexistence de ces deux structures soignantes différentes est due au fait que le malade éprouve le besoin de faire appel à des méthodes qui, bien que « archaïques », savent utiliser un langage simple, plus accessible, faisant référence au corps et à la nature.

LA TRANSE PSYCHOTHERAPEUTIQUE DE SIDI DAAS

Dans le champ de la maladie mentale, le maraboutisme propose tout un système d'explication de la folie par des théories de possession, d'envoûtement, et d'ensorcellement basées sur la croyance aux djinns, bons ou mauvais esprits dont l'authenticité est confirmée par le texte coranique. L'une des méthodes thérapeutiques utilisées est celle de la "dépossession". Le rite de dépossession à fonction thérapeutique pratiqué par la confrérie de Sidi Daâs à Korba fait revivre et remet en scène toute la mythologie musulmane, alimentée par les influences pré-islamiques.

¹ Prolongement d'un texte paru dans R Ben Rejeb *Psychopathologie transculturelle de l'enfant et de l'adolescent. Clinique maghrébine*. Préface de Daniel Widlöcher. Paris, In Press Editions, 2003.

REPERES CONCEPTUELS

La folie est une « possession ». Le vocable *majnûn* (fou) désigne précisément la personne qui est habitée, *possédée* par un djinn. L'agression par le djinn peut provoquer des paralysies, un mutisme, des désordres psychosomatiques divers et surtout diffus. L'expression corporelle prend, dans ce cadre, une allure toute particulière reflétant le jeu de processus primaires, d'énergies et de représentations non intégrées.

Les causes de la possession sont accidentelles. Les croyances ancestrales expliquent que les "autres gens" (c'est ainsi que sont nommés les djinns) hantent des espaces aquatiques tels la mer, les fleuves, les marécages, les puits, les hammams, les toilettes, mais aussi les seuils, les terrasses, les dépôts d'ordures et les cimetières. Ainsi, en versant de l'eau chaude, une personne risque de toucher la gorge d'un djinn et la voilà aux prises avec des sensations d'étouffement pouvant aller jusqu'au mutisme. Le djinn se logerait dans le corps de sa victime à l'endroit où lui-même a été atteint. Pour calmer cet esprit en colère et guérir des maux qu'il inflige, il faut l'expulser. On doit recourir à la danse de "dépossession", la *hadhra* (littéralement : "présence").

1^{ère} étape : discuter un « diagnostic différentiel »

Le cheikh distingue trois catégories de maladies :

- Mal dû à l'action des djinns « dû à leurs actions » (*min taht idihom*). Traitable par la cérémonie de la *hadhra*.
- Le mal « rabbani », d'origine divine: épilepsie, maladies organiques diverses. C'est le domaine des médecins.
- Les maladies relevant de l'activité maléfique des hommes - sorciers, kettabs, meddebs ou autres. Ils sont confiés aux leveurs de sort.

2^{ème} étape : Mal dû à l'action des djinns

Une fois discutés et retenus le diagnostic et la nature de la maladie, il revient au cheikh de la *hadhra* de poser "à *elli bîha*, (celui qui l'habite), au djinn, des questions opportunes. Le djinn répond, fait savoir comment il a

« pénétré » la malade (généralement de sexe féminin) et pose ses conditions pour « quitter » sa demeure humaine.

3^{ème} étape : Prescription de la *hadhra*

La thérapie de Sidi Daàs est de type exorciste. Elle consiste à provoquer rituellement une crise de dépossession qui vise l'évacuation du djinn. La cérémonie de la *Hadhra* se fait la veille du vendredi. Le rituel commence par un repas collectif dans la maison du Cheikh. Ensuite, on passe à la zaouia pour la cérémonie proprement dite. Le thérapeute traditionnel implique sa propre famille dans la prise en charge du « patient principal ». Il implique également la famille du patient, le groupe. La zaouia est un espace couvert, arrondi, peu éclairé qui offre une sensorialité spéciale. C'est un univers hypnotique/ hypnotisant, un espace sacré La *hadhra* débute par le regroupement en cercle d'un groupe d'hommes composant la troupe musicale pour la récitation d'un *dhikr* (récitations religieuses) et des louanges. Une phase de danse extatique surgit du *dhikr*. La possédée est en phase de désorientation spatiale extrême et un épuisement musculaire total. Au cours de la danse extatique, tandis que les *bendirs* continuent à percer les tympans, le cheikh se dirige vers la malade en transe, pour la « libérer ». Il la calme et entame avec son "hôte" (*elli biha*) un dialogue. La guérison sera manifeste et définitive lorsque le djinn aura promis par trois fois de "ne plus venir occuper cette personne" et prononce, trois fois également, la formule *lâ ilâha illâ Allâh* (il n'y a de Dieu qu'Allah) authentifiant ainsi son adhésion à l'Islam.

Dès que le djinn quitte sa demeure, la malade s'évanouit, se jette au sol à plat ventre. Le cheikh la piétine, puis il la réveille en lui injectant dans la bouche un peu de salive à travers un clou de girofle. Une fois la guérison acquise, il est obligatoire de faire une *visite* à Sidi Daàs. Cette *ziâra* doit se répéter chaque année. Le djinn revient chaque jour anniversaire de la dépossession rôder autour de son ancienne victime en cherchant à s'y introduire de nouveau. La *ziâra* serait la commémoration d'une "date de naissance" pour le djinn et d'une "date de délivrance" pour le malade. Le cheikh organise alors une nouvelle *hadhra* pour confirmer la guérison, car au fond elle n'est que le résultat d'un pacte, d'une sorte de "cessez-le-feu" qui ne dure qu'une année.

LE STATUT DU DJINN EN ISLAM

Le mot *jinn* (démon) vient du verbe *janna* qui veut dire "cacher" (d'où le terme *janîn*, embryon). Les djinns sont des êtres cachés, invisibles, qui se dérobent au regard. La sourate 72 est entièrement réservée aux djinns. D'ailleurs, elle en porte le titre. Il s'agit de créatures plus ou moins intelligentes, capricieuses, bizarres, susceptibles, créées à partir d'un feu subtil². Leurs tendances peuvent être aussi bien malveillantes que bienveillantes, et elles sont de caractères et de religions diverses³. Il y a parmi eux des musulmans, des juifs, des chrétiens et même des idolâtres. Le mauvais djinn est toujours de religion différente. Le bon djinn est de même race et de même religion que la personne avec laquelle il entre en relation.

QUELLE GRILLE DE LECTURE ADOPTER ?

Le rite de Sidi Daâs remplit une fonction homéostatique et thérapeutique. Les besoins psychologiques de sécurité et de protection sont gratifiés par la conscience de se sentir encadré dans une communauté, dans un groupe, une famille. Le symptôme n'est pas appréhendé par la culture traditionnelle comme un élément isolé. Au contraire, il ne prend son sens qu'intégré à une histoire qui concerne la collectivité entière.

1. Eclairage psychanalytique

Mélanie Klein (1948) propose la notion de clivage en "mauvais" et "bons objets internes".

Selon cette logique, le traitement de la personne possédée consisterait à transformer le mauvais djinn ("mauvais objet interne", "objet persécuteur") en djinn musulman ("bon objet interne"), condition requise pour être en bonne santé physique et morale. L'agression du djinn (la possession) est conçue comme une incorporation. C'est un type de relation archaïque qui se réfère à la position schizo-paranoïde où le clivage bat à temps plein, mais qui se réfère aussi au corps, au contenant-peau. La phase de **réparation**

² Coran, LV, Le miséricordieux, 14.

³ Coran, LXXII, Les génies, 11.

nécessaire à la guérison vise la reconstruction d'un objet total perçu comme bon: le djinn musulman. Le rapport entre le normal et le pathologique ne fonctionne que dans la dualité destruction-réparation et ce, à travers un dispositif spatial dont la peau constitue la frontière. A ce niveau, Didier Anzieu (1974) propose un modèle théorique présentant la peau comme étant un lieu de transit, de passage (des esprits) entre le dedans et le dehors, entre le monde interne et le monde externe, mondes visible et invisible.

2. Eclairage ethnologique

La nature a horreur du vide. Les croyances le remplissent avec des êtres, des créatures invisibles. C'est le rôle de l'imaginaire (contes, légendes, mythes, etc.). Or, les créatures invisibles peuvent devenir visibles : un dialogue s'instaure entre les deux niveaux.

La *hadhra* serait une thérapie spectacle, spectaculaire. La *hadhra* serait une véritable cure sensorielle. C'est un lieu d'expression des *pulsions*.

La culture exige d'être attentive aux *représentations* sociales de la maladie. On ne peut appliquer une grille de lecture « occidentale » marquée par la logique cartésienne, binaire pour « *objectiver* » des phénomènes sociaux qui ne répondent pas forcément à cette logique.

Chaque culture dispose de son contenant imaginaire qui lui est spécifique. Cet imaginaire permet de mettre de l'ordre, de comprendre et d'expliquer des manifestations qui lui sont propres.

ZAOUIAS ET THERAPIES : PRATIQUES RITUELLES ET DIMENSIONS CULTURELLES

Sallouha INNOUBLI

Chercheur en patrimoine

Selon la définition de l'OMS la médecine traditionnelle est *« l'ensemble totale des connaissances, compétences et pratiques qui reposent sur les théories, croyances et expériences propres à une culture et qui sont utilisées pour maintenir les êtres humains en bonne santé ainsi que pour prévenir, diagnostiquer, traiter et guérir des maladies physiques et mentales »*.

Cette définition reflète une conscience de la part de l'OMS de l'importance de cette médecine qui a été marginalisée pendant très longtemps. Cependant l'OMS fait appel aux institutions académiques pour s'intéresser à l'étude de cette médecine dans un contexte qui relie cette médecine à des spécificités culturelles propres à chaque société.

De nos jours les thérapies traditionnelles ne cessent d'interpeller les chercheurs dans les domaines pluridisciplinaires (sociologie, anthropologie, ethnologie, psychologie, médecine, ...). La réalisation de ces recherches s'inscrit dans une perspective révolutionnaire qui tente à comprendre ces thérapies dans toutes leurs dimensions sociologiques, culturelles et psychologiques pour les encadrer et les orienter afin d'éviter leurs conséquences néfastes ; voire d'établir un rapport cohérent et harmonieux dans le but d'instaurer un système de santé équilibré tant pour les individus que pour les groupes.

Ces thérapies traditionnelles englobent plusieurs types de thérapies dont il faut noter les thérapies pratiquées dans les zaouias qui sont très fréquentes dans le Maghreb qui a connu ce phénomène avec l'apparition du

courant mystique à partir du 13^{ème} siècle. Au cours de cette période plusieurs zaouias ont été construites. « *Il faudrait signaler auparavant, et dans un bref rappel historique que les préoccupations mystiques étaient en plein dans l'Ifriqiya Hafside. En effet, dès le 13^{ème} siècle, le progrès du maraboutisme suscite, avec le développement de bienfaisance les zaouias qui étaient de véritables asiles de jour et de nuit* » (2).

Malgré son importance ce genre de thérapie n'a été étudié qu'à partir de la première moitié du 20^{ème} siècle par des chercheurs occidentaux qui se sont intéressés à ces thérapies dans un contexte politique bien déterminé. C'est pourquoi ces travaux sont appelés des travaux coloniaux qui restent des références uniques qui ont pu traiter ces sujets pendant la période coloniale et dont tous les chercheurs font recours.

En se référant à ces travaux et à des recherches récentes notre approche a pour objectif de montrer l'importance de ces thérapies dans les sociétés maghrébines notamment la société tunisienne en partant d'une problématique qui suscite deux questions fondamentales : comment ces thérapies ont pu résister aux changements qu'a connus la société tunisienne ? Et pourquoi elles ont continué d'être pratiquées jusqu'à nos jours malgré le progrès qu'a connu la médecine savante ?

Tout d'abord, il faut signaler que les pratiques de ces thérapies reposent sur une représentation de la maladie qui se différencie de la notion que propose le milieu scientifique. Ainsi, la maladie, le comportement du malade, la guérison, ne peuvent être intelligibles en dehors du contexte culturel propre à la société ou à la communauté étudiée. Cette représentation varie d'une société à une autre selon la culture.

Dans notre société, la maladie selon la croyance populaire est due à des êtres immatériels qui affectent les corps humains en les rendant dans un état de déséquilibre et de désordre total. Ces êtres invisibles sont les responsables de ces états de souffrance et de douleur que connaissent les êtres humains soudainement. Dans ces cas les jnouns sont les plus coupables, ils attaquent les êtres humains, ils les dominent, ils les possèdent et ils finissent par les faire tomber malades sans savoir pourquoi et comment. Selon l'anthropologue Mohamed Kerrou « *Les djins sont des êtres invisibles,*

doués d'intelligence et dotés d'un corps (Djism) mais imperceptibles aux sens humains ». A l'instar de l'espèce humaine, les Djins sont répartis en race, en tribues et en fractions de tribues. L'ensemble des Djins ou (jin) jân évoque d'après sa racine, l'idée d'être qui se dissimule en évoquant les Djins, le Coran fait allusion à leurs yeux, et à leurs oreilles, et leur attribue un sexe » (3). La croyance aux Djins implantée déjà dans la mémoire collective est affirmée par le Dieu et le Coran : [Dieu a créé les Djins d'une flamme sans fumée ou du feu de la fournaise ardente] (Coran XV, 27).

En se méfiant des Djins, les Tunisiens évitent de les appeler par leurs noms, il les évoque comme suit : « les autres, الناس الأخرى هما, ceux les fils des Dieux أولاد بالصالح باسم الله

Quand leurs noms Djins sont évoqués accidentellement dans un discours ou un dialogue les personnes intéressées ne tardent pas à s'en prévenir en disant باسم الله اللطيف et en crachant par terre pour éloigner le mal.

L'arsenal populaire est tellement chargé et dominé par le monde des Djins qui se trouvent dans les différents lieux et espaces et occupent tout l'univers (les montagnes, les eaux, les arbres, les grottes, les mers, les fleuves, les maisons, les grottes, les hammams, les égouts, les animaux, ...). Ces Djins sont divisés en trois catégories : selon leur appartenance religieuse : les musulmans, les chrétiens et les juifs. Les Djins chrétiens et surtout juifs sont plus hostiles et plus dangereux que les Djins musulmans ou arabes. Pour expulser ces esprits maléfiques, les indigènes ont recours aux marabouts et aux saints symbolisés par des sanctuaires qui ont leurs spécialités thérapeutiques selon Emile Dermenghem « La plus grande des spécialités des sanctuaires et ce qui relie le culte des saints aux préoccupations les plus profondes de l'espèce humaine est de porter remède aux anxiétés sexuelles, de favoriser les mariages et de les rendre féconds ». Dans un article sur les catégories de guérisseurs opérant aujourd'hui en Tunisie, paru dans la revue IBLA en 1993. Le chercheur Abdmouleh cite les saints guérisseurs « ce sont ceux qui tirent leur pouvoir de leur ascétisme, de leur appartenance à un marabout protecteur ou un esprit (djinn, rûhâni) schématiquement, cette catégorie se compose de trois groupes. Parmi eux, on recense les descendants des marabouts qui se dédient à la thérapeutique. La

manière partielle ou totale grâce au savoir qu'ils ont acquis par héritage sous forme d'initiation ou de don congénial. Ils sont à la fois exorcistes, désenvoûteurs et divins. Certains d'entre eux pratiquent les soins corporels. On trouve aussi dans ce groupe les gens ordinaires n'ayant aucune parenté avec un saint, mais aspirant à la sainteté (mutasawlihin). Ces derniers se proclament élus d'un saint qui les a choisis du fait de leur conduite exemplaire, les chargeant de transmettre son message de piété et de bien, son nom et ses mérites. Les deux autres groupes sont les Dawarat al-luchaq et les derviches.

Dans le culte des saints dans l'Islam maghrébin qui a été édité en 1954 Emile Dermenghem a consacré une partie pour décrire ces thérapies pratiquées dans les zaouias par la population maghrébine dans le but d'obtenir une guérison.

Les femmes maghrébines étaient les plus touchées par la crainte de ne pas avoir des enfants, en effet la stérilité était une angoisse permanente qui expose ces femmes à des risques et des troubles dans leur vie conjugale. Pour trouver des remèdes, les femmes font recours aux sanctuaires où elles pratiquent plusieurs rites : « A Sidi Ahmed Sahraoui, aux portes de Méda on s'étend sur un banc de pierre on raconte qu'un jour trois européennes qui n'avaient pas eu d'enfant y passèrent deux se couchèrent et furent mères par la suite, la troisième refusa et resta stérile. Lalla Aïcha et Manubya (XIII^{ème} siècle) enterrée aux abords de Tunis, au-dessus de la Sebkhha de Sédjoui, guérit la stérilité.

A Tlemcen, les femmes portent leur ceinture à Lalla Setti.

Les filles qui veulent se marier font pèlerinage aux marabouts connus par cette Karam : A sidi Flih, près de Sidi Abderrahman, on demande qu'il soit gentil, à Sidi Embrek ben Ababou, près de Bab Ouissa à Fès on demande un homme sans famille, à Sidi Embarek ben A-Babou « Athîni ragel blâ hbâdou. Sidi Mejbâr (Bouzaréa) » passé pour favoriser le remariage des divorcés.

Pour guérir les maladies physiques et naturelles, les malades s'adressent aux saints spécialistes dans ces thérapies. Les Tlemcéniens

savent que Sidi Mhammed ben Yaquûb et son olivier sauvage dont on avale les fruits amers, guérissent l'ophtalmie, que Sidi Bourâs, l'homme à la tête guérit les maux de tête si on mange chez lui une tête de mouton dont on laisse les os. La première qui viendra après attrapera le mal que les fiévreux doivent aller à sidi Kissî, trois jours de suite avant l'aube ou après, le coucher du soleil, prendre des feuilles tombées sur la quobba et les faire brûler chez eux.

Les sanctuaires renferment parfois la tombe d'un saint qui fût, en sa vie, médecin ou rebouteux. Au sommet de Djebl Kaka qui domine Bab El Oued, s'élève la jolie coupole octogonale de Sidi Abderrahmân Ez-Zouaq qui fût médecin, d'une famille de médecins qui existe encore, spécialisé dans la guérison des rhumatismes et la réduction des fractures » (6).

Pour guérir les maladies de la folie et de l'épilepsie, les maladies nerveuses, madame Marie-Louise Dubouloz-LAFAN qui a effectué un travail sur les croyances et les coutumes populaires de Sfax et de sa région pendant la période coloniale (1946) nous propose quelques recettes de guérison qui ont été pratiquées par des marabouts pour soulager les femmes malades « en dehors de l'imposition et des passes avec les mains, les marabouts itinérants ou sédentaires emploient quelques fois avec les femmes malades par les jnouns ou possédées, deux procédés psychologiques assez brutaux ou bien il les rouent de coups pour faire sortir l'esprit (leurs grosses cannes sculptées au couteau doivent faire très mal). Les femmes crient grâce, se roulent sur le sol, déclarant que les « fils de l'air » se sont enfuis. Ou bien, ils enfoncent une épingle ou leurs propres ongles sous les ongles des malades. La douleur est si vive qu'elle les implore de cesser, crient qu'elles sont guéries, mais si l'esprit possesseur tient bon, on peut aussi brûler dans les narines de la malade un billet protecteur, carré de papier inscrit de formules cabalistiques et trempé dans l'huile. L'esprit n'y résiste pas, mais la douleur est telle que l'on conçoit que la patiente n'ait guère envie de poursuivre ou de recommencer le traitement. C'est une des raisons qui font que l'on préfère s'adresser aux marabouts défunts » (7).

Les recherches récentes ont étudié une technique qui est très connue et très répandue en Tunisie. Cette technique dont font recours les malades pour se déposséder est la transe qui se caractérise par des pratiques rituelles bien

déterminées qui impliquent le lieu, le groupe, le malade, la musique, la danse. Cette transe se déroule dans une aire culturelle très spécifique à la société tunisienne.

Le possédé est considéré comme une personne habitée (مسكون), possédée (مملوك), montée (راكبو جن، مركوب), frappée (ضارو جن، مضروب).

L'identification du « jin » nécessite un processus thérapeutique mené par le responsable de la zaouia : « l'oukil » ou la « oukila ». Adel Khaznazi signale que ces derniers engagent une conversation avec le « jin » (qui parle par la bouche du patient). Un dialogue sans interprète s'établit entre le connu « *le oukil* » et l'inconnu « *le jin* » jusqu'au consentement final. C'est alors que le « *jin* » exige qu'on satisfasse sa demande (un objet, un sacrifice etc.) et il quitte alors sa victime » (8).

Pour les Dwârūt al-luchaq citées par Ridha Abdmouleh « la séance de cure se déroule généralement en privé entre la guérisseuse et le malade, souvent assistée par une personne de son entourage. La guérisseuse place le malade en face d'elle, allume un feu (kanoun) et effectue les fumigations. Elle commence par déplacer sa main le long du corps du malade et crache sur le malade en invoquant son marabout. Subitement, elle crispe son visage et manifeste des signes d'agitation, de transe et de souffrance en désignant un endroit précis de son corps (estomac, rein, tête, ...). Ceci indique que le mal du client s'est déplacé volontairement vers elle. Prise de douleur, elle lâche son client et tombe dans un état de crise convulsive, pendant laquelle elle révèle à ce dernier la nature de son mal, sa cause (envoûtement, possession) et éventuellement l'identité de l'agresseur. Petit à petit, elle se réveille et des signes d'épuisement, mais aussi de satisfaction pour le service qu'elle a rendu, apparaissent sur son visage. Elle masse son client tout en lui prodiguant des conseils et des assistances. Ce dernier la quitte très apaisé après avoir glissé sous son siège un petit cadeau (argent, nourriture, vêtement) et promis d'offrir, une fois guéri, un sacrifice dans le sanctuaire de son marabout (9).

A Tunis, La sainte Aïcha Almanubya très célèbre par ces karamats est spécialiste dans la guérison par sa hadra et dispose de deux sanctuaires : un à Saïda près de deux hôpitaux publiques (hôpital Lahbib Thameur et

l'hôpital militaire) et l'autre à la Manouba (près de l'hôpital Razi) le rituel s'effectue chaque lundi de l'après midi à Saïda et chaque dimanche à la Manouba une foule de femmes très considérable vient visiter cette sainte dans l'espoir d'obtenir une guérison.

Pendant le déroulement de la Hadra plusieurs femmes et filles tombent en transe. Elles se mettent à danser sous le rythme des instruments utilisés par la hadarat (darbouka, bindir) et les chants dédiés à cette sainte et ses compagnons et dans un milieu très intime, parfumé par l'odeur de l'encens et couvert par les youyous et les applaudissements des autres femmes.

Dans sa recherche sur la Sayyda Manûbiya effectuée à l'époque contemporaine et éditée récemment en 2006 par l'Institut de Recherche sur le Maghreb contemporain Katia Boussevain décrit une séance de transe : « un après-midi, deux sœurs à l'air plutôt élégant s'installent à côté de moi dans le sanctuaire de Tunis, accompagnées de la fille de 20 ans d'une d'entre-elles. Manifestement contentes d'être là, elles participent avec plaisir à l'ambiance générale. La première femme tape dans ses mains, chante, bouge le torse, les épaules et les bras en suivant la musique. Elle sourit. A ce moment, elle laisse aller ses yeux un peu vers l'arrière, et une habituée du sanctuaire, assise à sa gauche, prévient sa sœur : « attention, elle va entrer en transe ! » L'intéressée, pleinement consciente, fait un petit signe de la main et continue à s'amuser, à réellement se faire plaisir avec la musique, ses jambes sont toujours allongées devant elle et elle se penche en avant, de plus en plus, de manière à ce que ses cheveux coupés au carré lui dissimulent le visage, et ondulent avec elle. Après quelques instants, la femme, qui était intervenue une première fois s'inquiète encore, sa sœur lui prend le bras, et à nouveau, la danseuse fait un signe flou que tout va bien, plus que bien. Une seconde femme intervient, Janet, grande femme noire, très souvent présente au sanctuaire. Elle s'approche de nous (nous sommes assises dans un coin) et lui prend les mains. Elle continue toutes deux à suivre le rythme de manière harmonieuse pendant quelques mesures, jusqu'à ce que d'un coup violent, la femme secoue les bras et tout son corps de manière beaucoup plus rapide et brusque. Celles qui sont installées tout près s'écartent tant bien que mal, afin de lui laisser la possibilité de se lever et de danser.

A la fin de la musique, sa jeune sœur la récupère comme un bébé. Elle la prend dans ses bras, la berce, lui disant : « ce n'est pas grave, ce n'est rien », d'un air attendri et compréhensif. La plus âgée a le visage extasiatique, très heureux, comblé et pleure pourtant, tant l'émotion est forte, mélange de larmes de bonheur, de douleur et de fatigue ». (10)

Ces thérapies que nous avons présentées et qui ont été pratiquées et vécues surtout par les femmes ont des dimensions culturelles très implantées dans notre histoire et très enracinées dans notre mémoire collective. Considérées comme un savoir-faire traditionnel appartenant à une culture populaire très ancienne, ces connaissances populaires se sont transmises d'une génération à une autre par l'apprentissage, l'initiation et la transmission orale.

Comme l'a affirmé Edmond Douffé « le savoir populaire reposait sur une pratique et une vision du monde qui se fondaient sur un islam culturel fortement marqué par le maraboutisme, mais nourri aussi par un fond très ancien transmissible de génération en génération par l'initiation et l'oralité » (11).

La Tunisie est une terre de civilisation par excellence. Son histoire est marquée par le métissage et le brassage de plusieurs coutumes et traditions qui ont contribué à édifier une identité culturelle très riche et très variée qui se base sur des origines très anciennes qui remontent à des millénaires. François Decret et Mhamed Fantar ont bien montré combien ces pratiques rituelles sont ancestrales et se sont transformées à travers les différentes époques historiques selon le contexte culturel dont disposent ces pratiques. Ils ont noté : « Les berbères ne manquaient pas d'ailleurs de vénérer des personnes particulièrement privilégiées par la Puissance ou par le Sacré qui s'y concentre. L'expérience vécue mettait en évidence leur charisme ou leur « baraka » selon une expérience très courante aujourd'hui en Afrique du Nord. Le maraboutisme et sa large diffusion dans les pays du Maghreb s'expliqueraient comme une survivance de l'anthropolâtrie libyque », par ailleurs ses pratiques ont existé dans la civilisation phénicienne, romaine et elles continuèrent à se manifester dans la civilisation musulmane et jusqu'à nos jours.

Cette prolongation est affirmée par les écritures, les inscriptions et les musées. Des auteurs chrétiens affirmaient que les maures adoraient leurs souverains, comme par exemple Juba. Après sa mort, Massinissa, le roi des Numides semble avoir été l'objet d'un culte, on lui fit ériger un temple à Dougga, dont la dédicace était en punique et en Libyque. La pierre se trouve actuellement exposée dans une salle du musée du Bardo. Nous y lisons : « Les citoyens du Dougga ont bâti ce temple au roi Massinissa fils du roi Gaïa fils du sufète Zilalsan en l'an 10 micipsa ». Cet édifice, désigné par le terme punique « Mqds », qui signifie sanctuaire, lieu sacré, fut construit dix ans après la mort du célèbre Aguellid. D'autre part, le terme « Mqds » signifie nécessairement temple ou sanctuaire. L'édifice peut être déclaré sacré dès lors que des gestes de vénération et de respect envers l'âme du défunt y étaient accomplis : des visites, des offrandes, des réunions pieuses, des repas collectifs. « Le temple » de Massinissa ressemblerait plutôt à une zaouia » (13). Les chercheurs contemporains ne manquaient pas de confirmer cette idée et d'expliquer les pratiques thérapeutiques traditionnelles en tant que phénomènes culturels. « Ce savoir était à la fois pratique et théorique, sacré et profane. La médecine traditionnelle était une pratique très diffuse et fondée sur une connaissance poussée des plantes médicinales qui n'était pas l'apanage de la médecine savante. La thérapie populaire se base sur une familiarité des guérisseurs avec les plantes leurs noms, leurs effets immédiats et à moyen terme » (14).

Dans son interprétation de la représentation populaire de la maladie et de la guérison en rapport avec les zaouias Abdelhamid Larguèche cite le facteur culturel comme un facteur déterminant dans ces pratiques rituelles. Plusieurs maladies étaient considérées comme un mal provenant des mauvais esprits comme les Jnûn : leur guérison devait faire appel par conséquent au secours de tel saint réputé maître de jîn ou d'un rituel sacrificiel accompagné d'une hadhra (danse extatique) dans tel ou tel sanctuaire, les croyances et rites populaires bien décrits dans les travaux ethnographiques de l'époque coloniale, constituaient une culture riche et variée qui révélait des structures mentales imprégnées par le religieux sous sa forme la plus élémentaire (15).

Pour conclure, il faut rappeler que ces thérapies ont pu résister aux changements et ont continué à exister jusqu'à nos jours malgré le progrès qu'a réalisé la médecine savante parce que l'histoire n'est pas faite

seulement par les élites et les hommes qui tiennent le pouvoir, elle est faite aussi, par la classe populaire y compris les marginaux, les pauvres et les minorités qui ont leur propre culture dite populaire qui se défend de plus en plus et devient plus séduisante pour d'autres catégories sociales ; entre autre les fonctionnaires, les étudiants, les scientifiques, ...

Références :

1. **BRELET (claudine)**, Médecines du monde : histoire et pratiques des médecines traditionnelles, éditions Robert Laffont, 2002, pp. 11-12.
2. **ZANNED (Traki)**, Symbolique corporelles et espaces musulmans, CERES production, 1984, p. 71.
3. **KERROU (Mohamed)**, Phantasme barbare dérive autour des Djinn, Cahiers de L'imaginaire n° 3, 1989, p. 56.
4. **DERMENGHEM (Emile)**, Le culte des saints dans l'islam maghrébin, Imprimerie, Floch Mayenne, 1954, p. 128.
5. **ABDMOULEH (ridha)**, Les catégories de guérisseurs opérant aujourd'hui en Tunisie, Ibla n° 72, 1993, pp. 252-256.
6. **DERMENGHEM (Emile)**, op. cit., pp.128-132.
7. **DUBOULOZ-LAFIN (Marie Louise)**, Le Bou-mergoud Folklore tunisien, croyances et coutumes populaires de Sfax et de sa région, Maisonneuve, 1946, pp. 301-305.
8. **KHAZNAJI (Adel)**, Aperçu sur les rites thérapeutiques traditionnels, Cahiers des arts et traditions populaires, numéro VII, 1980, p. 113.
9. **ABDMOULEH (ridha)**, op.cit., pp. 254-255.
10. **BOISSEVAIN (Katia)**, Sainte parmi les saints, Syda Mannûbiya ou les recompositions culturelles dans la Tunisie contemporaine, Institut de Recherche sur les Maghreb contemporain, Maisonneuve et La Rose, 2006, pp. 143-144.

11. **DOUTTE (Edmond)**, Magie et religion en Afrique du Nord, Alger 1909.
12. **FRANCOIS (Decret), FANTAR (Mohamed)**, l'Afrique du Nord, dans l'antiquité, histoire et civilisation (des origines au V^{ème} siècle), Payot, Paris, 1981, p. 257.
13. **DECRET et FANTAR**, op. cit., pp. 257-258.
14. **DELHADJ (N)**, Al-T'ib wa I-sn'r Fi Al-Maghrib, Rabat, 1986, pp. 53-64.
15. **LARGUECHE (Abdelhamid)**, Ombre de la ville, pauvres, marginaux et minoritaires à Tunis (XVIII^{ème} et XIX^{ème} siècles) Centre de Publication Universitaire, 2002, p. 147.

**ASPECTS PHILOSOPHIQUES, ETHIQUES
ET DEONTOLOGIQUES**

EXIGENCES ETHIQUES ET PRATIQUES

DES SOINS PARALLELES : Aspects déontologiques

Noureddine ENNAIFAR

Agrégé de philosophie, il a enseigné la bioéthique et les sciences humaines aux facultés de médecine de Sousse et de Monastir. Enseigne actuellement la bioéthique et l'épistémologie des sciences biomédicales, Université Al Manar Tunis.

INTRODUCTION ET POSITION DU PROBLEME

L'idée qu'ont actuellement les citoyens des soins de la médecine est liée au fait que la médecine est devenue efficace, par ses moyens thérapeutiques, depuis le début des années 1960, en dépit d'un certain nombre d'effets indésirables. Ses échecs devant les maladies chroniques et incurables qui apparaissent comme autant de limites à ses succès qui sont des voies ouvertes pour les dites « pratiques des soins parallèles ». Les nouvelles relations entre soignants et patients, l'interrogation sur l'identité scientifique de la médecine, le développement spectaculaire des techniques médicales, l'exigence d'une sensibilisation aux enjeux éthiques et bioéthiques du soin face à l'évolution des demandes, individuelles et sociales, et aux perspectives ouvertes par les sciences du vivant appellent une réflexion spécifique sur les dites « pratiques des soins parallèles » qui viennent se greffer sur les états de santé des individus sans garantir les moindres incidences.

Fournir des repères historiques et conceptuels à cette réflexion sur le rapport entre éthique et pratique des soins parallèles incite à s'interroger et évaluer les multiples responsabilités liées au soin. Promouvoir l'indépendance du jugement, le sens des problèmes et la clairvoyance critique sont les objectifs de réflexion sur les pratiques des soins parallèles.

Les principes de l'éthique biomédicale constituent, par leur influence, la norme majeure de l'éthique médicale contemporaine au-delà de son caractère fondateur dans l'élaboration, de la déontologie médicale traditionnelle et des théories morales classiques. La réflexion proposée dans cet article analyse des questions relatives aux normes éthiques qui sont, en manque dans les « pratiques de soins parallèles. L'éthique – est une garantie essentielle de la crédibilité de la pratique médicale authentique : éthique liée à la relation de soin et au monde de la santé : en biologie, oncologie, génétique, gériatrie, médecine générale, médecine interne, neurologie, neurochirurgie, psychiatrie, rééducation fonctionnelle, et dans les soins infirmiers.

A mesure que la médecine réalise son pouvoir d'efficacité thérapeutique croissant, et l'impression d'un monde plus sûr, sa responsabilité est de plus en plus engagée dans la guérison. Son échec sollicite le pouvoir sauveur des médecines parallèles aux secours des sans espoir de guérison et des pauvres incapables d'accéder aux soins coûteux. Le progrès médical devait s'accompagner d'un prix à payer inattendu, d'un risque devenu « ontologique », risque que comporte la médecine contemporaine de son inefficacité. Il est le prix qu'il faut savoir accepter pour les échecs de la médecine conventionnelle.

Les problématiques

Quelles sont les exigences éthiques qui doivent diriger/ réglementer/ coder les pratiques des soins parallèles, hétérogènes et indéfinis ?

Le consensus de l'éthique médicale est-il respecté dans tous les soins ou sélectivement ?

Faut-il imposer aux pratiques de soins parallèles médicaux non conventionnels - les exigences éthiques de la médecine hippocratique conventionnelle ?

Faut-il imposer des règles éthiques pour éviter les dérives des soins ou traitements alternatifs qui se disent parallèles aux thérapeutiques de la médecine conventionnelle scientifique ?

Les problématiques éthiques des pratiques des soins parallèles soulèvent des questions relatives au statut du savoir et à la nature des normes :

1. Qui fait quoi ?
2. Pour qui ?
3. Pourquoi ?
4. En vertu de quel savoir
5. En vertu de quelles normes juridiques ?
6. En vertu de quelles normes éthiques ?

A) Pour une définition des concepts de *pratique, soin, soigner, guérir, parallèle, médecin, et médecine*

- a) Médecin**, m. Celui qui exerce la médecine. *Medicus*, i, m. De médecin, *Medicus, a, um*.

Médecine, f. L'art de traiter les maladies. *Medicina, æ, f. Ars medicinæ*. Exercer la médecine, *Medicinam exercere ou excolere*. Remède *Medicamen, minis, n*.

Hakim حَكِيم
Tabib طَبِيب
Mutabbib مُطَبِّب
Mudawi مُدَاوِي
العناية المداواة

b) Le concept de soin

Essayons de définir d'abord les concepts de soins, de pratiques de soins parallèles et de médecine conventionnelle afin de mieux situer et analyser le rapport entre l'éthique hippocratique et les « pratiques des soins parallèles ».

Le nom soin est masculin. Il a au moins 15 synonymes. Souvent il est synonyme de : application, attention, cajolerie, conscience, cure, diligence, exactitude, hygiène, ménagement, minutie, prévenance, propreté, responsabilité, rigueur, sérieux. (Lexique français latin de 1918 de L. Quicherat).

Soin, m. Application d'esprit, attention; travail. *Cura*, *apporter un remède* æ, f. *Diligenitia*, f. Prendre soin de. Voy. **SOIGNER**. Mettre ou Donner tous ses soins à, Charge, attribution. Remettre à qqn le soin d'une affaire, *Curam demandare alicui*.

c) Les sens particuliers du concept de soin en médecine

Sens 1 Attention, application que l'on met en faisant quelque chose. Synonyme exactitude Anglais care.

Sens 2 Charge, devoir de veiller sur quelqu'un ou quelque chose. Synonyme responsabilité.

Les mots de soins de la médecine hospitalière englobent plusieurs sens :

- 1) Des soins curatifs aux soins de confort terminaux.
- 2) Le « palliatif » des médecins hospitaliers : un mot aux sens multiples.
- 3) L'opposition des soins « curatif / palliatif » à l'épreuve des divers registres d'action médicale en fin de vie.
- 4) Des soins curatifs aux soins de confort purs, un processus de passage complexe.
- 5) Les soins des mots de la démarche palliative, des soins de confort à la prise en compte du point de vue du patient.
- 6) les soins en anglais englobent les : *continuing care / soins continus*, *long term care / soins de longue durée*, *home care / soins à domicile* et *home support / soutien à domicile*.

Le rationalisme médical d'Hippocrate est fondé : les maladies ont une cause naturelle et non surnaturelle, ou « **étiologie** » et une « **pathogénie** » que l'on peut étudier, comprendre et soigner par une « **thérapeutique** » pour rétablir la santé.

d) Le concept de santé et l'OMS

D'après le Larousse, la santé définit le bon état physiologique et psychologique d'un être vivant, ou encore le fonctionnement plus ou moins harmonieux de l'organisme sur une période assez longue.

Chaque pratique parallèle de soins contient sa définition de la santé. En effet le concept de santé signifie

1) Maladie = perte de la forme physique ou mentale.

2) Maladie = incapacité, douleur, mal et souffrances.

La santé = la conservation de l'intégrité corporelle.

La santé = le bon fonctionnement de la machine physique et mentale.

La santé = techniques de prévention.

La santé = contrôle médical non agressif.

La santé = la médicalisation pour être en forme

La santé = être en forme, la préservation de la longévité pour éviter la mort.

En 1946, puis en 1978, l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) définissait ainsi la santé: « : la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale. La santé de tous les peuples est une condition fondamentale de la paix du monde et de la sécurité ; elle dépend de la coopération la plus étroite des individus et des États ».

Cette définition présente l'intérêt de définir la santé non pas en terme d'absence de maladie, de silence du corps, mais dans un cadre plus général en envisageant les aspects physique psychique et social. Elle démedicalise la notion de santé, mais en faisant appel à la subjectivité de l'être humain, elle

pousse ainsi à la relier à son environnement, au sens large, c'est-à-dire incluant non seulement le milieu physique mais aussi les perceptions socioculturelles de la santé: dans nos sociétés, l'image du sportif, voire de la beauté renvoie à la notion de bonne santé.

L'OMS, en 1993, définissait ainsi la qualité de vie : " C'est la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique de sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement."

L'aspect totalement subjectif de la perception de la qualité de vie nous montre que la santé est alors un élément d'un équilibre dynamique qui dépend directement de la perception de l'individu. Les soignants s'occupent d'êtres humains, d'individus dans un état physique, émotionnel, philosophique et spirituel. Dans les pratiques de soins parallèles l'incidence sur le soin est manifeste: le soin s'exerce dans une "complicité émotionnelle" au détriment de la transparence des exigences éthique. La "visite" des praticiens des soins parallèles que nous connaissons tous, ou ni un regard ni un mot n'aide le patient, elle transforme le patient en objet de soins. Mais qu'est ce qu'un soignant dans les pratiques de soins parallèles? Etre soignant, ce n'est pas soigner, mais prendre soin d'une personne, le malade se soigne lui-même, c'est lui qui se "répare".

e) Le concept de pratiques de soins parallèles.

Guérison, f. Action de rendre la santé. *Sanation, onis, f. Curatio*, f.
|| Recouvrement de la santé. *Sanitas, atis, f. Salus, utis, f.*

Guérissable, adj. Qu'on peut guérir. *Sanabilis, is, e. ≠ incurable*
Cure, f. Traitement d'une maladie ; guérison. *Curatio, onis, f.*
Cura. æ, f.

- 1- **Parallèle**, adj. (Ligne), toujours également distante d'une autre. *Parallelus, a, um.* || Subst. f. Ligne parallèle. *Parallelos linea, f.*
- 2- **Parallèle**, subst. m. comparaison. *Comparatio, onis, f.* *Collatio, f.* Etablir un parallèle entre, *Comparare (rem rei, rem cum re).* Mettre en parallèle, *Equiparare, n.*

Le concept de pratiques de soins parallèles englobe des pratiques thérapeutiques connexes à la biomédecine, ou même le tradi-thérapeute, acteur traditionnel ou alternatif du système de soins de santé. Le concept de soins est partagé entre le médecin, praticien, docteur Médecine et le charlatan magique opposé à la médecine rationnelle au nom des pluralismes de la médecine, ou des médecines alternatives ou non conventionnelles.

Médecine non conventionnelle désigne pour la Commission européenne les médecines dites alternatives, qui font l'objet d'une reconnaissance progressive en Europe depuis les années 1990 **médecine douce**,

1. **médecine complémentaire,**
2. **médecine naturelle,**
3. **médecine alternative,**
4. **médecine parallèle.**

L'expression « médecine parallèle » signifie qu'il y aurait deux conceptions de la médecine impliquant deux systèmes de soins fonctionnant indépendamment l'un de l'autre, avec le même degré d'efficacité : les patients auraient donc le choix entre deux thérapeutiques qu'ils peuvent envisager comme alternatives.

B) Exigences éthiques : de respect de l'intégrité physique et morale de la personne humaine

Face à la réalité polymorphe et « non institutionnelle » de certaines pratiques de soins parallèles qui se disent médicales.

- Quel est le cadre éthique des pratiques des soins parallèles?
- Est-il de type médical hippocratique ?
- Ou paramédical sous la tutelle du médical ?
- Ou palliatif de type social et civique ?
- Ou une critique en faveur des soins complémentaires qui comblent les insuffisances du savoir médical ?
- Ou le cadre de l'O-M-S, des codes professionnels ?
- Ou des comités d'éthiques ? Lesquels ?

Ainsi s'édifie une approche se voulant fine, souple et rigoureuse de ce qui peut justifier et guider le raisonnement éthique dans les prestations de santé et les relations de soin. Notamment sur l'éthique des essais cliniques, il vise à déterminer des principes-repères susceptibles d'éclairer les pratiques médicales et les argumentations qui les accompagnent dès lors qu'elles engagent un rapport aux normes et aux valeurs : le principe d'autonomie, le principe de non-malfaisance, le principe de bienfaisance et le principe de justice. Le statut des pratiques des soins parallèles et les rapports entre les principes et les éléments factuels, les rapports des différents principes entre eux sont les problèmes qui structurent continûment la réflexion sur le concept général de soins. Prendre soin, avoir soin d'une chose, veiller à ce qu'elle se conserve, à ce qu'elle prospère, à ce qu'elle réussisse en vertu des normes :

- 1) Les normes morales des soins
- 2) Le caractère moral des pratiques des soins parallèles
- 3) Le respect de l'autonomie
- 4) La non-malfaisance
- 5) La bienfaisance
- 6) La justice
- 7) Les relations entre les professionnels de santé et le patient
- 8) La méthode et la justification morale des pratiques parallèles de soins

Ces valeurs sont l'application d'esprit à faire quelque chose ; une attention à veiller au bon état de quelque chose, au bien de quelqu'un.

a) Problématiques éthiques des pratiques des soins parallèles

C'est à partir des connaissances scientifiques disponibles que des référentiels de diagnostics, d'exploitation et de thérapeutique ont été mis en place ; et dont le médecin doit asseoir sa décision sur leurs bases. Ce n'est pas le cas dans les soins parallèles.

Dans les sociétés aux systèmes de santé modernes, aux médecins diplômés des facultés de médecine, la maladie implique la connaissance de la médecine en tant que science et en tant que éthique. Consulter un médecin diplômé est une attitude de maturité et de modernité et suivre ses prescriptions représente la réaction presque immédiate lors de tout malaise dans le corps ou de toute manifestation corporelle inhabituelle qui altère la santé.

C'est même une obligation éthique : il faut être un « malade digne et averti », c'est-à-dire qu'il faut se soigner par les moyens de la science qui combine à la fois, médecine et pharmacie dans un protocole thérapeutique en principe rationnel, contrôlable, et reconnu par la communauté scientifique. De soins qui répondent à des normes éthiques claires.

De plus, la santé publique vaccine et offre le soin médical en dehors de tout trouble : dans le cadre de la médecine scolaire, de la médecine du travail, et des épidémies. L'attention préventive à la santé du corps fait partie des droits à la santé mais aussi des devoirs pour la santé individuelle et publique.

Ce comportement s'est imposé en Tunisie au cours des cinquante dernières années dans la culture scolaire et universitaire et du travail. Avant l'indépendance, en 1956, la grande masse de la population ne consulte le médecin que si l'on juge avoir une maladie suffisamment grave. La « médecine non conventionnelle » médecine prophétique, par les herbes, le hajjam les « guérisseuses par le massage » les écritures etc. étaient un recours de proximité pour les démunis, les vieux, les laissés pour comptes (lépreux, psychotique, mongoliens, nains, hermaphrodites, etc.) ou marginaux.

L'évolution du système de modernisation a abouti à la situation actuelle, celle d'une société « médicalisée » où la médecine conventionnelle est centrale, mais qui ne monopolise pas la santé. Les soins parallèles coexistent et de manière qui invoque des temps révolus de chamanisme et de sorcellerie. Le développement de la médecine scientifique, base de l'efficacité des thérapeutiques voit parallèlement, proliférer des soins parallèles qui obéissent à d'autres normes qui rappellent le moyen âge.

Durant l'Antiquité et le moyen âge, la maladie, est liée au destin, au *fatum*, qui s'abat sur l'individu brutalement et inexorablement. La conception religieuse du mal : Dieu envoie la maladie à l'homme en raison de sa nature pécheresse ; elle doit être l'occasion de la rédemption.

On s'adresse donc aux soins des guérisseurs dont les pratiques confondent remèdes empiriques, rituels magiques et recours religieux : l'emploi des décoctions d'herbes, de sirops, d'écritures, va de pair avec les prières et pénitences. Les soins parallèles non hippocratiques s'accompagnent souvent de conjurations magiques. Les sorciers, voyeurs et surtout les sorcières voyeuses qui « sondent » l'avenir, font l'appel à Dieu, et aux des saints guérisseurs.

Ces « soins » montrent combien, les deux registres magiques et religieux sont mêlés dans les contextes de faiblesses qui font appel aux miracles dont l'espoir de se réaliser est accrue par l'observance de rites qui vont du simple risque à une expérience qui nuit au corps ou l'expose à la mort.

Cette proximité entre « médecine », « magie » et « religion », n'est pas unique et caractéristique des médecines anciennes, populaire, elle est aujourd'hui un « savoir » dans des sites sur Internet, les publicités des journaux, et revues et dans les chaînes de télévisions. Ces soins diffusent des représentations de la maladie ou se relient des conceptions: celles des esprits, de l'univers, des dieux, de la personne, des rapports au sein du lignage.

Les pratiques de soins parallèles pour diagnostiquer et soigner incluent toujours des éléments magico-religieux : séances de puretés ou de repli à la divination pour établir les « causes » du trouble, sacrifices aux dieux ou aux saints, exorcismes pour expulser du corps du patient le démon (Djinn) ou l'ancêtre responsable de la maladie. Presque toujours, le thérapeute des soins parallèles est aussi un pieux et un charlatan ou sorcier ; dans certains cas, il est considéré comme également compétent pour traiter la maladie surtout incurable.

La médecine scientifique moderne paraît très embarrassée par ses échecs qui justifient le recours aux médecines parallèles. Son particularisme qui l'éloigne d'une approche holiste de l'homme rendant les soins parallèles plus « doux ». La médecine conventionnelle, se caractérise par la spécialisation de la fonction du médecin et un savoir rationnel sophistiqué et coûteux. Pourtant, l'opposition n'est pas absolue : toutes les médecines des sociétés anciennes ou traditionnelles incluent des éléments psychosomatiques. Notamment, dans la médecine en tant que profession. En latin, le terme de *profession*, (d'où vient celui de « profession » désignant l'exercice de la médecine), a ce sens : accomplit une *profession* celui qui affirme sa foi et prononce ses vœux pour accéder à l'état ecclésiastique ou monacal. En arabe c'est le sage « Hakim » حكيم qui impose son diagnostic hippocratique dans la sagesse des valeurs éthiques.

b) Le concept de soins dans la médecine hippocratique

Dans les soins de la médecine hippocratique, (Hippocrate, né à Cos vers 460 avant notre ère) la maladie est un objet d'observation et de raisonnement ; le soin suppose la recherche des causes naturelles : l'étiologie. Ceux-ci s'expriment par des ensembles de symptômes pouvant fonder un pronostic de l'évolution de l'état du malade¹. La maladie et la santé sont générées par la perte ou le regain de l'équilibre entre la bile noire (*atra bilis*), la bile jaune, le flegme (ou pituite) et le sang. Ces éléments s'intègrent dans un système de correspondances plus vastes liant les quatre

¹ Hippocrate va élaborer une théorie, le système des quatre humeurs, qui marquera l'évolution de la médecine pendant des siècles.

éléments cosmiques (le feu, l'air, l'eau et la terre), les saisons et la météorologie (le chaud, le froid, le sec, l'humide).

Le vocabulaire hippocratique des humeurs imprègne encore notre langage : nous nous faisons souvent de la bile et, parfois, notre sang ne fait qu'un tour... Mais si, pour les médecins d'aujourd'hui, Hippocrate est le fondateur de la médecine scientifique, ce n'est pas en raison du contenu de la théorie des humeurs mais parce qu'il s'efforçait de la faire coïncider avec l'observation clinique attentive de l'état du malade et la systématisation des symptômes en sémiologie, des causes en étiologie et des maladies en pathologie.

La théorie des humeurs que l'on retrouve chez Ibn Aljazzar et tous les médecins arabes constitue le premier de plusieurs grands systèmes explicatifs rationnels médicaux qui se succéderont au cours de l'Antiquité. Cinq cents ans plus tard, Galien, (né à Pergame en 131 après Jésus-Christ), fera accomplir de grands progrès, en particulier à l'anatomie, sur la base des idées hippocratiques. Ses idées vont dominer la médecine arabe de Razès et d'Avicenne et à partir de leurs manuels pendant plus d'un millénaire. Mais, après avoir été un progrès énorme, elles se métamorphosent durant tout le moyen âge en un dogmatisme. Les textes hippocratiques ont été traduits en arabe. L'école de Salerne, dans le sud de l'Italie, opère des échanges avec le monde arabe et assure le passage de la science grecque des musulmans à l'Europe. Cette théorie a évité les dérives des soins parallèles à la médecine hippocratique.

- Dérives de charlatanisme.
- Dérives sectaires.
- Problématiques de la transparence.
- Du savoir.
- Des techniques.
- Des moyens.
- De l'arnaque ≠ honoraires.
- Des normes de la qualité des soins.
- L'écoute dans la relation patient/médecin.
- Les prises de décisions et le consentement éclairé du patient.

c) Valeurs éthiques professionnelles exigées dans la médecine hippocratique. L'exigence éthique comme rempart des dérives « thérapeutiques » des soins parallèles.

La médecine se doit d'éclairer la société sur la réalité de ces pratiques et sur les questions qu'elles posent. Elle doit également préserver la pratique du soin thérapeutique authentique et de la recherche, à imposer le respectant de la nature de l'acte médical et prendre en compte la protection des patients. L'apport de travaux d'évaluation éthique dans ces domaines est donc essentiel. L'exigence éthique éveille l'application des principes de la responsabilité de l'efficacité scientifique plutôt qu'une pratique soumise au minimum légal. Dans une société en évolution, il y a forcément décalage entre éthique et droit. Le droit est formellement limité dans sa capacité à juger de cas futurs, c'est l'éthique qui comble ses insuffisances. Le droit peut être désuet, voire injuste et à amender. Les pratiques des soins parallèles modifient, mais n'abolissent pas les exigences éthiques fondamentales de la relation médecin-patient : bienfaisance, autonomie. Connaître les grandes lignes de la responsabilité civile, pénale et administrative du médecin c'est comprendre les exigences éthiques de la relation médecin-patient dans une situation de soin, c'est être capable de reconnaître de façon éthiquement et psychologiquement supportable pour toutes les personnes concernées des valeurs fondamentales :

- 1- Bienfaisance.
- 2- Non-maléficence (le bien du patient passe avant).
- 3- Interdiction de l'euthanasie.
- 4- Ne pas abuser du patient sexuellement.
- 5- Préserver la confidentialité des échecs et des secrets de la vie privée du patient.
- 6- L'accès équitable de chacun à la médecine (au sens total de médecine) et aux soins.
- 7- Le respect des convictions morales de chacun dans un cadre pluriel des religions.
- 8- D'Autonomie contre les manipulations. Le consentement libre et éclairé quand rien n'est clair peut on consentir librement et de manière autonome.

- 9- L'honoraire codifié et dignement perçu.
- 10- L'humilité ou modestie dans la science \Rightarrow Norme/ science/ physique / Métaphysique.
- 11- La solidarité humaine partout où l'homme est bafoué, souffrant et menacé dans sa vie.
- 12- Les soins aux soins : urgence et mobilisation.
- 13- La délivrance d'une médecine de qualité.
- 14- L'adaptation par la recherche fondamentale et l'art médical des moyens aux résultats.
- 15- Éthique de la connaissance scientifique, J. Monod : intégrité objectivité de la connaissance
- 16- Séparation des convictions métaphysiques et doctrines personnelles de l'art médical.
- 17- Principe de vigilance, pharmacovigilance aux épidémies modernes.
- 18- La confidentialité/ responsabilité du secret médical.
- 19- Le souci permanent de probité.
- 20- Conscience claire du devoir et du droit.
- 21- Défi des tabous pour la protection sanitaire
- 22- Le respect a priori et absolu « à la vie ».
- 23 - Le respect du protocole expérimental.
- 24 - Respect de la personne et principe d'humanité.
- 25 - Promouvoir la valeur Santé physique et mentale
- 26 - (Éthique (de comportement avec l'environnement, humain et naturel et mort)
- 27- L'intime conviction d'assistance : la Santé et Droit de l'Humanité (Droit international humanitaire).

D) Pratique des soins parallèles et déontologie de la médecine scientifique moderne.

La création des universités- celle de Montpellier date de 1220, celle de Paris de 1253- en est une réalisation, du moins partielle de cette situation de dialogue entre mondes latins et arabes. On s'y consacre à l'analyse des

traités. Le médecin justifie son statut de soignant par son appartenance à l'université, il est docteur en vertu de sa licence. Le titre de docteur a été créé par Roger II de Sicile en 1140. Sa présence reste pourtant rare en dehors des grandes villes et son rôle limité : aux soins dans la vie. Dans les « soins de fin de vie ». Au XVII^e siècle, lors de la mort des rois et des princes, c'est le prêtre qui a la première place à leur chevet. Le médecin ne fait guère qu'annoncer l'imminence de la mort pour la maladie incurable. D'ailleurs, le rôle des barbiers et des chirurgiens, dans les soins joue de manière parallèle, avec un savoir de rang inférieur (ils ignorent le latin), et dont la clientèle est modeste.

L'atmosphère de l'université médiévale et l'emprise de l'Eglise expliquent le piétinement du savoir médical et la permanence des errances de la médecine empirique. La rationnelle progresse avec l'anatomie du Flamand Vésale qui opère des dissections².

Au début du XIX^e siècle s'amorce un tournant décisif qui est l'institution de la médecine scientifique moderne en France, en Angleterre et en Amérique. C'est une médecine anatomo-clinique, La nouvelle médecine anatomo-clinique de type scientifique repose sur trois principes.

- 1) La maladie est un ensemble de symptômes confus, mais qui résultent de lésions somatiques organiques.
- 2) La médecine est l'œuvre de cliniciens dans le cadre hospitalier qui est, l'observation « au lit du malade ». Toutefois, en rapport avec les

² Dans la préface à ses ouvrages d'anatomie, intitulée *La Fabrique du corps humain*, qu'il réserve à Charles Quint, André Vésale dénonce l'ignorance des médecins du corps et ses lois et plaide pour le renouveau de la connaissance scientifique à l'instar de la physique du corps humain. Le chirurgien français Ambroise Paré substitue la ligature des artères à la cautérisation dans les amputations ; l'Italien Fracastor, auquel on doit le terme de syphilis, émet les premières hypothèses de la contagion. Au siècle suivant, l'Anglais William Harvey présente une théorie de la circulation du sang en continuant les travaux de l'arabe Ibn Nafis. Cependant, les médecins ne sont pas toujours les auteurs des découvertes les plus importantes : celle du microscope est due à un drapier hollandais, Leeuwenhoek, qui observa de visu pour la première fois, en 1673, des globules rouges et des spermatozoïdes. Dans le même élan technique le médecin italien Malpighi effectua les premières études au microscope de tissus humains.

protocoles d'analyse chimiques et des évolutions des radiologies avec Roentgen et les techniques d'auscultation.

- 3) Cette observation s'accompagne de nouvelles techniques d'investigation en rapport avec la consultation qui se sont généralisées : la percussion, inventée par le Viennois Auenbrugger et diffusée par Corvisart, l'auscultation mise au point par Laennec et la radiologie³. On parvient donc à un cadre technique où l'on décrit avec précision un grand nombre d'affections (tuberculose, typhoïde, diphtérie, asthme, pneumonie, cirrhose du foie, etc.) que le regard médical n'avait pas identifiées jusqu'alors. En même temps se dessinent les grands principes éthiques de l'exercice de la science.

E) Exigences éthiques versus médecine scientifique

En toute rigueur la médecine scientifique écarte les soins parallèles de types non scientifiques. Elle impose son autorité sur la maladie et le monopole de son traitement. Les « professionnels » de la santé qui travaillent sous l'égide des médecins se distinguent des autres par un haut niveau de formation abstraite et spécialisée. Et une éthique, ou un cadre déontologique général appliqué par l'ensemble du corps de la santé. Ce sont les médecins qui déterminent le contenu des études médicales et qui ont rédigé le code de déontologie médicale reconnu par l'Etat ; ils dépendent de leurs propres associations (l'Ordre des médecins). Le contrôle qui s'exerce sur eux est donc essentiellement un autocontrôle une éthique propre. Les activités qui s'y exercent, dans la santé celle des infirmières, des kinésithérapeutes, par exemple, sont considérées comme de statut inférieur et leur sont généralement soumises.

³ Les travaux de Louis Pasteur en France, et ceux de Koch en Allemagne, vont préciser les causes dans l'immense domaine des maladies infectieuses : la découverte des micro-organismes microbiens vient donner un contenu précis aux intuitions de Fracastor sur la contagion. Désormais, chaque maladie infectieuse a une cause spécifique. Et l'on isole les différents germes responsables, de même que l'on commence à comprendre les mécanismes permettant à l'organisme de leur résister ou immunité. Les découvertes bactériologiques seront considérables pour la prévention comme pour la thérapeutique. Avec les vaccinations et le développement de l'asepsie, la médecine gagne en efficacité et en connaissance.

L'importance de la médecine scientifique découle aussi bien de la valeur attachée à l'éthique de celui qui la pratique, de docteur en médecine à la santé, à la vie et à la mort que de la valeur scientifique et éthique.

Désormais, un patient est un « soigné ». Le diagnostic, les prescriptions, les examens et les traitements auxquels le patient se soumet, et qui conditionnent sa guérison sont sous la responsabilité du médecin et de ses normes éthiques. La société dans son ensemble reconnaît ce statut dans les lois relatives à la santé ou le code de la santé et le code de déontologie médicale. La société dans sa culture est marquée par cette médicalisation. L'augmentation du nombre des médecins confirme le statut et l'importance.

Au niveau épistémologique, l'exercice de la médecine a également changé de savoir et de techniques dans le développement des spécialités et la multiplication du nombre des spécialistes qui, en général, représentent un peu moins que la moitié des médecins qui offrent des soins de plus en plus sophistiqués. Le volume des consommations pharmaceutiques et des dépenses médicales n'a cessé d'augmenter de manières vertigineuses en budgets. La demande explicite et les combats politiques pour extension de la protection sanitaire à toute la population est venue soutenir cette évolution : « la santé » constitue aujourd'hui l'un des principaux secteurs d'activité économiques des pays développés⁴.

L'hôpital est devenu le lieu de la guérison et de la recherche médicale et du développement des techniques de pointe mais aussi le lieu où l'on naît et l'on meurt.

La médicalisation traduit le fait que l'hôpital et les cliniques sont le lieu médical et le « modèle médical », fortement marqué par le savoir. Divers cas de déviance : l'alcoolisme, l'homosexualité, la maladie mentale, les abus à l'encontre des enfants, l'usage de la drogue, l'acte condamnable

⁴ La médicalisation de la société a été intimement liée au développement des lois sur la protection « politique » à l'égard de l'enfance de la vieillesse de la femme et des pauvres. Dès l'indépendance en 1956, la distribution de lait et celle de soins médicaux et vaccins des années soixante par les médecins font alors auprès des mères un travail considérable de vulgarisation des premières notions d'hygiène. Ainsi, se rejoignent, dans la santé publique de l'époque : l'éducation et la santé le rationalisme de la maladie.

(*badness*) sont devenues maladies (*sickness*). La médicalisation est également intervenue à l'école. L'échec scolaire est pris en charge par la pédopsychiatrie dominante après la Seconde Guerre mondiale. Intervient ensuite la psychanalyse infantile. Sur le plan pratique, les individus concernés peuvent être orientés vers différents types d'experts (qui les prennent désormais en charge. Tout récemment, on a également pris conscience des effets sociaux potentiels des développements les plus techniques de la médecine : la procréation médicalement assistée intervient sur des rapports sociaux aussi importants que la filiation, les effets des multimédia.

Le savoir médical a ainsi pris valeur normative par rapport à des secteurs de plus en plus nombreux de la vie individuelle.

CONCLUSION

SOIN dans son rapport authentique à l'éthique se dit particulièrement, surtout au pluriel, du traitement qu'on fait à un malade pour sa guérison, des remèdes qu'on lui donne, des attentions qu'on a pour le soulager. Cette maladie réclame des soins nombreux et compliqués.

- par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision,
- par le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés.

LES SOINS :

- 1) n'entendent ni accélérer ni repousser la mort,
- 2) intègrent les aspects psychologiques et spirituels des soins aux patients,
- 3) proposent un système de soutien pour aider les patients à vivre aussi activement que possible jusqu'à la mort,
- 4) peuvent améliorer la qualité de vie et influencer peut-être aussi de manière positive l'évolution de la maladie,

- 5) sont applicables tôt dans le décours de la maladie, en association avec d'autres traitements pouvant prolonger la vie, comme la chimiothérapie et la radiothérapie,
- 6) incluent les investigations qui sont requises afin de mieux comprendre les complications cliniques gênantes et de manière à pouvoir les prendre en charge.

Au cœur des sciences médicales se situe toujours la médecine réparatrice, celle qui souhaite guérir «son» malade... qui conduit à poser un problème bien défini sur une pathologie, ou du moins de tenter de... En d'autres termes, le médecin « face » à son patient cerne le « mal » directement ou à partir d'une série d'analyses, puis prescrit un remède : le plus souvent un traitement médicamenteux, une opération ou une prise en charge. On remplace l'organe ou les tissus défaillants, on les stimule de l'extérieur ; bientôt on injectera des cellules souches, on installera de nouveaux capteurs ou des nano-robots.

C'est une médecine puissante, du moins face à maladie aiguë ou en urgence ; elle rencontre des succès, et s'en tient aux critères éthiques mis habituellement en avant dans la recherche médicale. Son paradigme est un combat ; contre le microbe, le virus aujourd'hui la carence, le gène ou le stress et on recherche les armes adéquates

Depuis plus de trente ans, à côté de cette médecine réparatrice basée sur les preuves biocliniques, une approche donnant plus d'importance à une démarche dite « humaniste » est née et s'est développée. Le patient prend une place plus importante aux valeurs psychologiques, environnementales et sociales de la personne malade, et à celles de ses proches. Les différents professionnels de la santé (médecins, infirmières, etc.) tiennent une place plus considérable. Ce respect des valeurs de chacune et de chacun demande de renforcer l'écoute, la prise en compte de la souffrance la plus profonde. La communication entre les partenaires et les échanges sont favorisés.

Ces modifications de la pratique de soin médicale, l'évolution de la représentation du patient et du soignant ou la santé c'est ce qui permet à un individu d'une part de réaliser ses ambitions et de satisfaire ses besoins, et d'autre part d'évoluer avec ce milieu, de s'adapter à celui-ci. Il devient

partenaire de soins, dans la responsabilité médicale. Internet a encore accentué cette donne avec le succès des publications visant à la vulgarisation des savoirs médicaux.

Cette démarche d'éducation thérapeutique a rencontré des succès importants. D'abord il s'agit de s'interroger sur les rapports qu'entretient le patient avec son corps, sa santé, le système de soins. Ce qui implique de connaître les savoirs du patient : sont-ils adéquats ou en opposition avec les connaissances médicales et éthiques de soins ?

MEDECIN ET PRATIQUES PARALLELES DE SOINS :

Aspects déontologiques

Dr. Fethi DEROUICHE

Conseil de l'Ordre des Médecins de Tunisie.

LES PRATIQUES MEDICALES PARALLELES : DEFINITION

La médecine parallèle entre dans le cadre de la médecine non conventionnelle ; le terme choisi par la commission de Bruxelles pour regrouper diverses appellations telles que médecine traditionnelle, médecine douce, médecine alternative, etc.

Cette médecine n'est pas fondée sur l'expérimentation ou sur l'approche scientifique, elle se base essentiellement sur les traditions, parfois séculaires, et sur des pratiques datant du XIX^{ème} siècle avant l'avènement de la médecine des faits.

Ces médecines s'appuient sur des hypothèses non validées et n'apportent pas la preuve de leur efficacité.

De ce fait les pratiques médicales parallèles ne sont pas reconnues par les scientifiques. Cependant certaines d'entre-elles font partie du paysage familial des soins et font même l'objet d'un enseignement universitaire, nous reviendrons plus loin sur ces « disciplines ».

EXISTE-T-IL DEUX TYPES DE MEDECINE ?

Le terme de pratiques médicales parallèles peut prêter à confusion dans le sens où on peut penser qu'il existe deux systèmes de soins indépendants l'un de l'autre mais qui ont le même degré d'efficacité et de preuves scientifiques et qui offrent aussi bien l'une que l'autre un choix entre deux pratiques de soins concurrentes sans risque pour la santé des

patients. En réalité il n'en est rien et c'est pour cela qu'il serait plus approprié de parler de médecine alternative ou complémentaire.

POUR OU CONTRE LES SOINS PARALLELES ?

Les médecines parallèles sont de plus en plus pratiquées dans de nombreux pays européens en particulier en France et dans les pays anglo-saxons. Les adeptes de ces pratiques évoquent le caractère doux d'une médecine qui ne fait pas appel à l'utilisation de produits chimiques mais qui penche plutôt vers l'utilisation de méthodes naturelles. A côté de cela, le manque de temps et de disponibilité des soignants, l'échec des médecines conventionnelles dans certains cas, la recherche du miraculeux et de l'exceptionnel, font que les patients qui se dirigent vers les soins parallèles sont de plus en plus nombreux encouragés en cela par une certaine presse à sensation et même certaines chaînes de télévision qui vantent les mérites de ces pratiques profitant du vide juridique qui entoure ce type de publicités. Les détracteurs de ses méthodes évoquent leur inefficacité, le manque de preuves scientifiques et donc les dangers qu'ils peuvent provoquer sur la santé des patients en leur faisant perdre parfois une chance de guérison. Ils abandonnent peut être des soins reconnus pour s'orienter vers des soins parallèles inefficaces et parfois très dangereux.

Cependant force est de constater que les plaintes concernant les médecines parallèles ne sont pas nombreuses.

SOINS PARALLELES : LISTE NON EXHAUSTIVE

Il existe plus de 120 disciplines de médecine non conventionnelle. Certaines sont très répandues tels que :

- **Acupuncture**, auriculothérapie ;
- Alicament, complément alimentaire ;
- Apithérapie, traitement par piqûres d'abeilles ;
- **Aromathérapie** ;
- **Balnéothérapie, hydrothérapie thermalisme** ;
- Chiropraxie ;
- Hypnose ;

- **Homéopathie** ;
- Luminothérapie ;
- Macrobiotique ;
- Massothérapie (massage Thaï, massage indien, hawaïen, etc.
 - Musicothérapie (relation de confiance avec le patient)
 - Ostéopathie
- **Phytothérapie**
- Zoothérapie.

LES SOINS PARALLELES SONT-ILS AUTORISES EN TUNISIE

OUI à condition d'être pratiqués par des médecins ayant le droit d'exercer en Tunisie et qui sont titulaires d'une compétence reconnue par le conseil de l'ordre.

Conditions d'exercice de la médecine en Tunisie.

Loi n° 91-21 du 13 mars 1991 relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin et de médecin dentiste précise dans son chapitre I article premier les conditions d'exercice.

- *Article premier* - l'exercice de la profession de médecin ou de médecin dentiste est soumis aux conditions suivantes :
 - 1- Etre de nationalité tunisienne
 - 2- Etre titulaire du diplôme de docteur en médecine ou de docteur en médecine dentaire ou d'un diplôme admis en équivalence.
 - 3- Etre inscrit au tableau de l'ordre des médecins ou des médecins dentistes.

Toutefois, et par dérogation aux dispositions du présent article, des autorisations d'exercice de la médecine ou de la médecine dentaire peuvent être accordées dans des cas prévus aux articles 2 et 3 de la présente loi.

CONDITIONS D'EXERCICE DE LA MEDECINE EN TANT QUE SPECIALISTE ET OU COMPETENT EN TUNISIE

- Les modalités de reconnaissance des spécialités et des compétences sont fixées par arrêté du ministre de la santé publique. Plusieurs arrêtés sont venus successivement définir ces modalités au fur et à mesure de la création par les facultés de spécialités ou de compétences nouvelles. Le dernier arrêté date du 23 mai 2005.
- Mais il y a toujours un décalage dans le temps entre l'enseignement et la reconnaissance du diplôme par les autorités de tutelle. L'enseignement précède parfois de plusieurs années la reconnaissance du diplôme surtout en ce qui concerne les mastères.
- **Spécialités et compétences doivent être reconnues par la commission de qualification du CNOM.**

COMPETENCES RECONNUES ENTRANT DANS LE CADRE DES MEDECINES PARALLELES

- L'arrêté du ministre de la santé publique du 2/4/2004 complété et modifié par l'arrêté du 31/5/2005, définit les compétences qui peuvent être exercées aussi bien par les généralistes que par les spécialistes. Sont reconnues comme compétences les disciplines suivantes :
- L'homéopathie avec 90 médecins compétents à la date du 31/12/2009 ; suivie de l'acupuncture avec 69 médecins, de la phytothérapie reconnue pour 23 médecins et enfin la crénothérapie pour six médecins. Remarquons que cette dernière compétence regroupe sous ce vocable, le thermalisme, la balnéothérapie et l'hydrothérapie.

POSITION DE L'ORDRE VIS-0-VIS DES SOINS PALLIATIFS

- L'Ordre est dépositaire et garant de l'application des lois qui régissent la profession.
- Il se base sur :
 - Le code de déontologie médicale qui est le décret n° 93-1155 du 17 mai 1993.
 - Sur les textes législatifs concernant la profession (décrets, arrêtés ministériels).

De ce fait tout ce qui n'est pas conforme aux articles du code et des textes législatifs est susceptible de sanctions en cas e confirmation de la faute.

DEONTOLOGIE ET SOINS PARALLELES

- Dans son approche concernant les soins parallèles le CNOM se ase sur les articles suivants du code de déontologie médicale :

- Article 13 du CDM

Tout médecin est habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic de prévention et de traitement. Toutefois un médecin ne doit jamais sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui ne lui sont pas familiers et qui dépassent sa compétence et la qualification qui lui est reconnue.

- Article 26 du CDM

Le médecin ne doit pas divulguer dans les milieux médicaux un procédé nouveau de diagnostic ou de traitement insuffisamment éprouvé sans accompagner sa communication des réserves qui s'imposent il ne doit pas faire une telle divulgation dans le public non médical.

SOINS PARALLELES ET DISCIPLINE

Le Conseil National de l'ordre des médecins a eu à étudier un certain nombre d'affaires concernant des soins parallèles non-conformes à la déontologie. Voici à titre d'exemples quelques cas qui ont été traités par le conseil de discipline :

1. Macrobiotique : (alimentation à visée énergétique et de santé)

Il s'agit d'un médecin de libre pratique qui a publié dans la presse un article que le Conseil a jugé en non-conformité avec l'article 26 du CDM et dans lequel il a déclaré entre autre : « le sucre est diabétogène et favorise l'homosexualité masculine ».

Le conseil a jugé que ce sont des déclarations non prouvées scientifiquement et a infligé une sanction à l'encontre de ce médecin.

2. Mésothérapie :

C'est une technique inventée entre les années 1952 et 1958 par le Docteur PISTOR qui consiste à injecter localement sous forme de petites gouttelettes, en de multiples endroits douloureux, des substances les plus naturelles possible et quelquefois médicamenteuses, mais jamais de corticoïdes.

Il s'agit d'un médecin du Cap Bon traduit devant le conseil de discipline suivant les articles 13, 16, 23 du CDM.

En effet, il utilise des méthodes de traitement non reconnues :

- Mésothérapie
- Pose de ventouse etc.

3. Traitement de maladies cancéreuses par les plantes

Il s'agit d'un médecin de libre pratique de la banlieue de Tunis qui adresse des patients atteints de cancers graves à un laboratoire de phytothérapie sans préciser les traitements à donner.

Ce médecin a été traduit devant le Conseil de discipline et sanctionné suivant les articles 8, 12, 13, 16, 32, 19, 22 et 27 du CDM.

Remarquons que dans ce cas il s'agit d'un traitement par phytothérapie qui est une compétence reconnue par les textes, cependant son usage pour traiter des maladies lourdes n'est pas prouvé et c'est pour cela que le CNOM a estimé qu'il y avait faute.

4. Traitement par scarifications et pose de ventouses (Al Teb Ennabaoui ?)

Il s'agit de plusieurs médecins de la région de Sfax qui traitent leurs patients par **scarification et pose de ventouses** sous prétexte qu'il s'agit d'un traitement qui aurait été préconisé par le prophète et qu'ils ont suivi dans ce sens une formation en Syrie et ou en Egypte. Les méthodes utilisées ne sont pas conformes à la déontologie et risquent de porter préjudice aux patients. C'est pour cela que ces médecins ont été traduits devant le Conseil de discipline et sanctionnés conformément à l'article 13 du Code déontologie médicale.

DEONTOLOGIE ET « PRATICIENS » NON INSCRITS A L'ORDRE

Le CNOM garant de l'application des textes qui réglementent la profession a saisi la justice dans certains cas de pratique illégale de la médecine. Ainsi en vertu de la loi, l'Ordre a engagé des poursuites judiciaires contre un « praticien » de l'apithérapie et du traitement par piqûres d'abeilles dont les placards publicitaires publiés dans les journaux vantent les vertus du miel et, ou, des piqûres d'abeilles panacées universelle et remède à une gamme très étendue de maladies, dont la science n'a pas encore dévoilé les causes et les mécanismes et pour lesquels il n'existe pas de traitement autre que palliatif. En outre ce « praticien » pratique dans son cabinet le mithridatisation qui consiste à inoculer de faibles doses de poison afin d'immuniser l'organisme, pratiques pouvant avoir des effets secondaires graves.

Par ailleurs, l'intervention du Ministère de la Santé Publique auprès des organes de presse et des autorités a été sollicité à différentes reprises pour qu'il soit mis un terme (au moins un frein déontologique) aux annonces

(et aux promesses fallacieuses) des « médecins de l'âme » et autres « guérisseurs ».

- Il s'avère de cet exposé que les soins parallèles peuvent être pratiqués en Tunisie à condition que les médecins qui les administrent soient autorisés à le faire par le CNOM en conformité avec les textes en vigueur régissant la profession.
- On peut se poser la question de savoir si on doit élargir la liste de ces pratiques. Pour cela il faudrait que des études sérieuses et approfondies soient menées conformément aux protocoles admis internationalement. Ce n'est qu'en cas où ces études s'avèrent concluantes que la liste de ces pratiques pourrait être complétée.
- On peut également se demander si ces pratiques doivent être réservées aux seuls médecins et assurer leur formation par les Facultés de médecine ou alors permettre comme dans les pays anglo-saxons leur pratique par des techniciens de santé formés sous tutelle de l'état ?

CONCLUSION

Les pratiques médicales « parallèles » ne peuvent en aucun cas se substituer aux soins conventionnels qui ont fait l'objet d'études sérieuses et qui ont confirmé leur efficacité. Il s'agirait tout au plus, entre les mains des médecins éclairés de solutions alternatives ou complémentaires, dont l'indication obéit à des règles précises.

SOINS PARALLELES ET EXERCICE ILLEGAL DE LA MEDECINE

Majed ZEMNI, Tasnim MASMOUDI

Service de Médecine Légale, CHU Farhat Hached, Sousse.

I. INTRODUCTION

Les soins parallèles regroupent une grande variété de méthodes de traitements qui ne sont pas basées sur la méthode expérimentale et dont l'efficacité par rapport à la guérison naturelle n'a jamais été prouvée par des études randomisées en double aveugle. Elles reposent en général sur des traditions empiriques parfois séculaires ayant souvent émergé avant l'avènement de la médecine factuelle.

On peut distinguer schématiquement ;

- **Les médecines marginales** d'ordre ethnique, historique, illusoire ou charlatanesque :
- La biothérapie gazeuse, l'urinothérapie, la kinésiologie, la chromothérapie, la cristallothérapie, etc.
- **Les pseudo-médecines** pratiquées par des médecins : l'auriculothérapie, la réflexologie, l'ostéopathie, la naturopathie, l'iridologie, etc.

Sur le plan de la terminologie, la Commission Européenne a préféré le terme de « Médecine non conventionnelle » (MNC) pour définir les médecines alternatives. La Food and Drug Administration (FDA) a recommandé la dénomination « *Complementary and alternative medicine* », l'adjonction de complémentaire ayant l'avantage de ne pas établir une opposition par rapport à la médecine conventionnelle. Le terme de médecine « parallèle » serait à éviter car sous-entendant qu'il y aurait deux médecines.

Sur le plan réglementaire, certaines de ces méthodes de soins bénéficient d'une forme de reconnaissance légale et/ou d'une structure organisationnelle (formation de base commune, code de déontologie,...) en particulier la chiropraxie, l'homéopathie, l'acupuncture. Ces soins sont tolérés dans certains pays et même autorisés notamment dans les pays de l'Europe du nord avec l'adoption de législations nationales qui libéralisent l'exercice des médecines non conventionnelles en même temps qu'elles réservent certains actes spécifiques à des praticiens autorisés (Loi adoptée le 9 novembre 1993 par le Sénat néerlandais intitulée "Beroepen in de Individueel Gezondheidszorg"), soit par l'adoption d'une réglementation spécifique (Loi sur les ostéopathes de 1993 et loi sur les chiropracteurs de 1994 au Royaume-Uni, législation sur la chiropraxie au Danemark de 1991, en Suède 1989 et en Finlande), ou par l'officialisation de la formation (la chiropraxie au Royaume-Uni et dans les pays nordiques) ou encore par l'introduction des médicaments dans la pharmacopée (médecine anthroposophique en Allemagne).

II. EXERCICE DE LA MEDECINE EN TUNISIE

A. Les conditions

Pour exercer la profession de médecin en Tunisie, il faut répondre aux conditions suivantes :

- Etre titulaire d'un diplôme de Docteur en médecine ou d'un diplôme équivalent reconnu ;
- Avoir la nationalité tunisienne ;
- Etre inscrit au tableau de l'ordre des médecins.

B. Les dérogations :

- **Médecins Étrangers** : Des autorisations d'exercer la profession médicale à titre temporaire et révocable, peuvent être accordées par le ministre de la santé publique après avis du conseil national de l'ordre des médecins, à des praticiens étrangers qui en font la demande.

- **Étudiants en médecine** : Des autorisations d'exercice de la médecine peuvent être accordées :
 - Par le ministre de la santé publique aux stagiaires internés en médecine appelés à exercer dans des structures hospitalières et sanitaires de l'état ;
 - Par les conseils régionaux de l'ordre des médecins, aux stagiaires internés et résidents en médecine appelés à assurer des remplacements dans les cabinets et les formations sanitaires privés.

C. La qualification du médecin en qualité de compétent

Les médecins ne peuvent faire état d'une spécialité ou d'une compétence qu'après qualification délivrée par le conseil national de l'ordre des médecins, selon les termes de l'arrêté du ministre de la santé publique du 25 mars 2004 tel que modifié par l'arrêté du 23 mai 2005.

Le médecin (généraliste ou spécialiste) ne peut être reconnu compétent par le Conseil National de l'Ordre des Médecins qu'après avis favorable d'une commission présidée par le président du Conseil National de l'Ordre des Médecins ou son représentant. Ainsi, les médecins généralistes ou spécialistes justifiant de connaissances particulières attestées par un diplôme universitaire et jugées équivalentes à un cycle d'études, dûment apprécié par la commission, peuvent être qualifiés comme compétents.

Il est à noter que **l'acupuncture, l'homéopathie et la phytothérapie**, sont actuellement reconnues comme des compétences par la réglementation tunisienne.

III. REPRESSION DE L'EXERCICE ILLEGAL DE LA MEDECINE

Elle a pour buts de :

- Protéger la santé publique: Éviter que soit proposé aux malades ou à leur entourage comme salulaire ou sans danger, un remède ou un procédé illusoire ou insuffisamment éprouvé ;

- Protéger le monopole de la profession médicale: Pour les patients, la meilleure des garanties réside dans une profession bien formée et consciente de ses limites, possédant un système de déontologie et d'autocontrôle.

A. Les textes : Loi n°91-21 du 13 mars 1991 relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin et de médecin dentiste.

Le décret Beylical du 15 Juin 1888 réglementant l'exercice de la médecine, de la chirurgie et de l'art des accouchements, est le texte réglementaire le plus ancien organisant la profession médicale, il a été abrogé après l'indépendance par la loi n°58-38 du 15 mars 1958. Le texte actuellement en vigueur est la loi n°91-21 du 13 mars 1991 relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin et de médecin dentiste.

Loi n°91-21 du 13 mars 1991 relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin et de médecin dentiste :

Article 6 : Exerce illégalement la médecine ou la médecine dentaire :

1) Toute personne qui, sans remplir les conditions prévues aux articles 1,2 et 3 de la présente loi, procède habituellement et de quelque façon que ce soit, à l'établissement d'un diagnostic ou au traitement de maladies ou d'affections chirurgicales, congénitales ou acquises, réelles ou supposées, par actes personnels, consultations verbales ou écrites ou par tout autre procédé.

2) Tout médecin ou médecin dentiste qui muni d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes visées au paragraphe précédent, à l'effet de les soustraire aux prescriptions de la présente loi.

3) Tout médecin ou médecin dentiste qui exerce la profession pendant les durées d'interdiction prévues par la présente loi.

Article 7 : Les infractions prévues par l'article 6 de la présente loi sont, outre les mesures disciplinaires, poursuivies devant les juridictions répressives compétentes. Elles sont recherchées et constatées par les officiers de police judiciaire ainsi que par les agents dûment assermentés des services d'inspection du ministère de la santé publique qui en dressent procès verbaux, conformément au code de procédure pénale. Les agents sus-visés des services d'inspection du ministère de la santé publique et les officiers de police judiciaire adressent sans délai leurs procès verbaux au procureur de la république territorialement compétent et notifient copie au ministère de la santé publique et au conseil national de l'ordre concerné.

Article 8 : Pour tous les cas d'exercice illégal de la médecine ou de la médecine dentaire, le conseil national de l'ordre concerné peut saisir les tribunaux par voie de citation directe, sans préjudice de la faculté de se porter, s'il y a lieu, partie civile dans toute poursuite intentée par le procureur de la république.

Article 9 : L'exercice illégal de la médecine ou de la médecine dentaire est puni d'un emprisonnement de 6 à 12 mois et d'une amende de 2000 à 5000 dinars ou de l'une de ces deux peines seulement. La récidive est punie d'un emprisonnement de 12 à 18 mois et d'une amende de 5000 à 15000 dinars.

La confiscation du matériel ayant permis l'exercice illégal peut en outre être prononcé.

B. Éléments constitutifs de l'infraction « Exercice illégal de la médecine ».

1. Le défaut de qualité chez l'auteur du délit

a. Exercice illégal par des personnes dépourvues de titre : Il peut s'agir d'autres professionnels de la santé (infirmiers, kinésithérapeute, pharmaciens, etc.) ou de guérisseurs, charlatans, etc.

b. Exercice illégal par des personnes pourvues d'un titre mais qui dépassent leurs attributions ou exercent dans des conditions irrégulières : Les personnes qui, bien qu'étant munies d'un titre adéquat, ne sont pas autorisées à exercer parce qu'elles font l'objet d'une interdiction d'exercer soit parce qu'elles ne sont pas inscrites au tableau de l'ordre.

2. **L'accomplissement d'actes médicaux** : Les tribunaux se contentent, pour caractériser l'existence de l'élément matériel, d'un acte visant à déterminer l'origine des symptômes, réels ou supposés, voire de la simple poursuite d'un but thérapeutique. Il s'agit d'appliquer l'incrimination à tous les actes, même dénués de fondement scientifique, qui s'apparenteraient à de la médecine sachant que le premier signe de l'activité médicale est bien son but thérapeutique. Cela semble conforme au vœu du législateur qui, si l'on se réfère à la formulation de l'incrimination, a tâché de lui donner le champ d'application le plus vaste qui soit. L'incrimination ne se limite pas au fait de pratiquer l'un des actes professionnels prévus dans une nomenclature fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et des finances, elle est plus large incluant tout acte de nature médicale diagnostique ou thérapeutique.

Peu importe, le procédé employé. Là encore, la formulation du texte incriminateur montre une volonté de ne pas limiter l'infraction à certains types d'actes. Cela résulte indéniablement de l'expression «*par actes personnels, consultations verbales ou écrites ou **par tout autre procédé***». Seul compte le fait qu'ils puissent être qualifiés de diagnostic ou de traitement.

Dans la jurisprudence française, la qualification d'exercice illégal de la médecine a ainsi été appliquée à :

- des traitements diététiques ;
- des actes de galvanothérapie ;
- des traitements de sorciers et rebouteux ;
- des traitements « par les plantes ».

3. **L'habitude** : L'exercice illégal de la médecine ou de l'art dentaire est l'un des rares délits dits «d'habitude», c'est-à-dire qui ne sont pas commis par la réalisation d'un acte unique. La jurisprudence n'exige pas un nombre élevé d'actes. Elle se contente même de deux.

C. La jurisprudence tunisienne

1. **Récidive et habitude** : Dans une décision (n°6649) en date du 23 juin 1969 la chambre correctionnelle de la Cour de Cassation Tunisienne a précisée les principes suivants (Loi n°58-38 du 15 mars 1958) :

- Les poursuites peuvent être initiée aussi bien par le parquet que par les organisations professionnelles ;
- Le délit n'est punissable d'emprisonnement qu'en cas de **récidive** telle qu'elle a été précisée par l'article 9 de la dite loi.

La loi n°91-21 du 13 mars 1991 a substitué la notion de récidive par celle d'habitude pour permettre une sanction plus prompte des illégaux.

2. **Diplôme scientifique** : La Cour de Cassation Tunisienne dans une décision de la chambre correctionnelle (n°5714) en date du 13 octobre 1968 a précisé l'un des éléments constitutifs de l'infraction qui est l'absence de diplôme autorisant l'exercice de la médecine.

3. **Actes de magie** (Arrêt n°28389 de la chambre correctionnelle en date du 3 avril 1991) : La Cour a considérée que des actes de magie ne peuvent être considérés comme des actes d'exercice illégal de la médecine. Cette décision va à l'encontre du texte légal qui stipule «*par actes personnels, consultations verbales ou écrites ou par tout autre procédé*», l'important c'est le but recherché qu'il soit diagnostique ou thérapeutique et non pas le procédé utilisé.

- D. **La sanction** : La peine prévue est un emprisonnement de 6 à 12 mois et/ou Amende de 2000 à 5000 dinars. La peine est aggravée en cas de récidive de 12 à 18 mois d'emprisonnement et d'une amende de 5000 à 15000 dinars.

IV. SOINS PARALLELES ET DEPASSEMENT DU CADRE D'EXERCICE LEGAL

A. Médecin exerçant régulièrement et pratiquant des soins non éprouvés

La chambre criminelle française, dans un arrêt du 17 mai 1983, a rejeté l'hypothèse d'exercice illégal de la médecine: « *Il se déduit tant de l'article 17 du décret du 28 juin 1979 pris en application de l'article L. 366 du code de la santé publique et portant code de déontologie médicale, lequel article énonce que "tout médecin est habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic et de traitement" que de l'arrêt du 4 septembre 1970 portant règlement de qualification des médecins que le titulaire d'un diplôme de docteur en médecine ne saurait être poursuivi pénalement pour exercice illégal de la médecine s'il sort du cadre de sa spécialité ou de sa compétence au sens donné à ces termes par l'arrêt précité* ».

La pratique de soins parallèles est par contre punissable sur le plan disciplinaire par le conseil national de l'ordre des médecins. En effet, le médecin ne doit pas divulguer dans les milieux médicaux un procédé nouveau de diagnostic ou de traitement insuffisamment éprouvé (Article 26 du CDM), de plus il est tenu de fournir des soins conformes aux données actuelles de la science (Article 32 du CDM) : *Le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec la plus grande attention et s'il y a lieu en s'aidant ou en se faisant aider, dans toute la mesure du possible, des conseils les plus éclairés et des méthodes scientifiques les plus appropriées.*

Si la pratique de soins parallèles occasionne des dommages voire le décès du patient, le médecin est passible de poursuites pénales pour coups et blessures ou homicide involontaires. La faute pénale qui pourrait être reproché au médecin est une inobservation du règlement déontologique (article 26 et 32 du CDM) et cela bien que le CDM soit à priori un règlement intérieur propre à la profession médicale.

B. Médecin exerçant régulièrement et prêtant concours à une personne accomplissant illégalement des actes réservés aux professionnels médicaux

L'aide apportée peut être de n'importe quelle sorte. Il peut s'agir, par exemple, de « simples conseils » quant à la réalisation des actes médicaux ou d'une aide matérielle dans leur accomplissement. Le but poursuivi est expressément pris en compte, il doit s'agir, pour le professionnel médical, de soustraire l'auteur principal de l'infraction aux dispositions pénales sanctionnant les conditions d'exercice.

C. Autres incriminations liées au charlatanisme

- 1. Escroquerie** (Article 291 du code pénal) : le charlatanisme peut caractériser une atteinte au patrimoine. C'est alors la qualification d'escroquerie qui est susceptible d'être retenue. Il y a escroquerie lorsque l'auteur des faits a, par l'emploi de manœuvres frauduleuses, trompé et déterminé autrui à lui remettre un bien. Le fait de vanter des remèdes illusoires pourra, suivant les circonstances, répondre à la qualification de « manœuvre frauduleuse ».
- 2. Usurpation de titre** : Le charlatan peut prétendre posséder des titres scientifiques tel que celui de Docteur en médecine, il est alors susceptible d'être poursuivi pour usurpation de titre selon l'article 159 du code pénal : *« Est puni de deux ans d'emprisonnement et de deux quarante dinars d'amende, quiconque aura publiquement porté, indûment, un costume, un uniforme officiel ou une décoration. Encourt les mêmes peines, quiconque se sera rétribué, indûment, dans des appels au public ou des actes officiels, des titres ou des décorations ».*
- 3. Administration de substances nuisibles** (Article 215 du code pénal) : Le charlatan peut être poursuivi pour administration de substances nuisibles selon les termes de l'article 215 du code pénal : *« Quiconque, sans intention de donner la mort, administre volontairement à une personnes substances ou se livre sur elles à des pratiques ou manœuvres qui déterminent une maladie ou une*

incapacité de travail, encourt les peines prévues pour les coups et blessures, suivant les distinctions des articles 218 et 219 du présent code. La peine est celle de l'emprisonnement à vie si la mort s'en est suivie».

Il s'agit la d'un crime spécifique qui ne tient pas compte de la qualité de l'auteur du dommage, qu'il soit un médecin ou un charlatan, mais plutôt des conséquences des pratiques utilisées sur l'intégrité physique de la personne, et les peines encourues sont plus sévères que pour l'exercice illégal de la médecine.

D. Conclusion

La société et les professionnels de la santé ne doivent pas cautionner des pratiques douteuses ou sectaires qui priveraient des personnes, et notamment des enfants, des soins médicaux requis par leur état de santé.

Donner un cadre légal aux médecines non conventionnelles et à leur exercice est une chose difficile, mais préférable à une politique trop libérale ou au contraire uniquement répressive.

Il est souhaitable d'identifier les disciplines médicales non conventionnelles afin de mener les études scientifiques pour évaluer l'efficacité des thérapies mises en œuvre, pour écarter les pratiques dangereuses ou futiles.

