

# Anthropologie et santé

Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé

3 | 2011 :

Médecines, mobilités et globalisation

Dossier

---

## Quand les tradithérapeutes ouest-africains soignent l'infertilité conjugale à Dakar (Sénégal) : recompositions et dynamiques entrepreneuriales

*When West African traditional healers heal conjugal infertility in Dakar (Senegal): recomposition and entrepreneurial dynamics*

SYLVAIN LANDRY FAYE

---

### **Résumés**

Ces dernières années, Dakar est devenu une destination privilégiée des mobilités Sud-Sud. En particulier, de nombreux tradithérapeutes africains s'y sont installés, avec leurs savoirs-faire. Cet article interroge les effets de leur présence dans la capitale sur l'offre et la demande de santé (en matière d'infertilité conjugale) et sur le champ de la médecine traditionnelle nationale. Plus particulièrement, il décrit les raisons de leur sollicitation par les urbains en cas d'infertilité, la singularité des procédés thérapeutiques et des compétences mises en avant. Il analyse les types de légitimité sur lesquels ils s'appuient. Nos résultats montrent que la circulation de tradithérapeutes étrangers à Dakar a renforcé le pluralisme et la transnationalisation thérapeutiques. Ces thérapeutes sont sollicités par les urbains en raison de leur dynamisme et de leur omniprésence, des imaginaires populaires qui leur sont favorables et de la singularité de leurs pratiques professionnelles. Le fait d'associer les techniques biomédicales aux savoirs traditionnels exprime une volonté de conquête d'une légitimité scientifique et d'affranchissement à l'égard de la tradithérapie. Cette approche qui caractérise les acteurs « étrangers » a une influence sur la médecine traditionnelle locale, jadis inféodée à PROMETRA. Les stratégies individuelles et entrepreneuriales de plus en plus visibles chez des guérisseurs sénégalais renseignent sur ces reconfigurations importantes, qui remanient la médecine traditionnelle au Sénégal.

Over the past years, Dakar has turned into a frequent South-South travel destination.

Many African traditional healers settled there with their healing knowledge. This essay attempts to question the effect of their presence in the capital of Senegal on the health supply and demand (in terms of conjugal infertility) and also on the traditional medicine national space. It particularly describes the reason why urban dwellers resort to this medicine in case of infertility, the singularity of therapeutic procedures and the skills put forward as well. It analyses the types of legitimacy mainly used. We reached the conclusions that the free flow of foreign traditional healers in Dakar has given power to pluralism and therapeutic transnationalisation. The latter have earned fame among city-dwellers thanks to their dynamism and omnipresence but also to the popular imaginative universe in favor of them and the singularity of their professional practices as well. Combining biomedical techniques with traditional knowledge appears as a will to gain scientific and universal legitimacy but also emancipation from traditherapy. This "foreign" healers's approach influences local traditional medicine which, in times past, was subservient to PROMETRA. The individual and entrepreneurial strategies shown by national healers provide information about these important reconfigurations which contribute to the reorganization of traditional medicine in Senegal.

---

## *Entrées d'index*

**Mots-clés :** Tradithérapeutes, mobilité, infertilité, entrepreneuriat, Sénégal

**Keywords :** Traditional healers, mobility, infertility, entrepreneurship, Senegal

---

## *Texte intégral*

# Introduction

- 1 Les pays de l'Afrique de l'Ouest sont engagés dans une dynamique de circulation des individus et des biens. Celle-ci est favorisée par les tensions internes (guerres civiles, instabilité, famine, etc.) et les difficultés économiques qui ont conduit beaucoup de citoyens à quitter leurs pays. A cela, s'ajoute la volonté politique de construction des espaces de la Communauté Economique des Etats d'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) et l'Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine (UEMOA)<sup>1</sup>. Ces espaces sous-régionaux permettent la libre circulation des individus et créent une transnationalité<sup>2</sup> que structurent des réseaux politiques, religieux et ethniques.
- 2 Les enquêtes « Migration et Urbanisation » en Afrique de l'Ouest montrent que trois pays côtiers constituaient classiquement l'essentiel des pôles d'immigration<sup>3</sup> : Côte d'Ivoire<sup>4</sup>, Nigéria<sup>5</sup> et Sénégal<sup>6</sup>. Cependant, les évolutions des contextes sociaux et politiques ont contribué à leur renouvellement : si les deux premiers pays ont connu des moments de transition<sup>7</sup>, le Sénégal est resté pour sa part une destination migratoire privilégiée dans la sous-région (Robin, 2007). Cela est dû à sa relative stabilité politique et à son statut de pays carrefour dans la géopolitique des routes migratoires. Aussi, la relative vitalité des structures de formation scolaires et universitaires attire-t-elle les étudiants étrangers. Les prévisions démographiques évoquent le renforcement de ces mouvements dans les années à venir.
- 3 Dans ces mouvements de populations, on retiendra l'installation de thérapeutes ouest-africains à Dakar, en particulier celle des tradithérapeutes. Ces migrations posent les questions classiques de citoyenneté, d'intégration, mais aussi des enjeux sanitaires et de recompositions du champ de la médecine traditionnelle sénégalaise qui méritent d'être analysées ici.

## Une mobilité des tradithérapeutes africains vers la capitale sénégalaise

- 4 La littérature récente sur les mobilités de populations se focalise sur celles qui partent du Sud vers le Nord (en particulier l'émigration clandestine). Les mobilités Sud-Sud intéressent peu les médias, alors que le durcissement des politiques de lutte contre l'émigration clandestine en Occident et les conflits politiques dans certains pays africains les renforcent.
- 5 Elbaz et Helly (2000) analysent particulièrement la question de l'intégration et de la cohabitation des migrants avec les communautés d'accueil, celles-ci étant rendues difficiles par le fait que leur vie soit partagée entre « ici et ailleurs » (Ouedraogo, 2002). Au Sénégal, Diop (2008) ne traite pas des thérapeutes étrangers installés à Dakar, mais plutôt des sénégalais émigrés en Occident, en analysant les questions identitaires et celles de leurs retombées économiques et sociales (transferts financiers). Dans le même ouvrage, Ndiaye (2008) s'emploie à déchiffrer les bruits occasionnés par l'accentuation des déplacements des populations à l'intérieur du pays, mais aussi à destination du Sénégal. Prenant en compte les groupes étrangers qui y sont installés, il décrypte la construction politique et sociale de leur cohabitation communautaire. Sont aussi abordés dans la littérature les risques sanitaires multiformes qu'induisent les migrations et leurs effets sur l'environnement urbain sénégalais (Salem et Jannée, 1989 ; Salem, 1998 ; Diop et Niang, 2007).
- 6 Pourtant, le Sénégal accueille depuis des années des médecins ou infirmiers provenant du continent africain, qui ont ouvert des cabinets privés (à Dakar). Mais leur contribution à l'offre de soins est occultée par les médias. En revanche, les effets sur les systèmes de santé africains, de la migration de médecins africains vers les pays occidentaux, sont assez documentés. Clemens et Pettersson (2006) montrent que 51 % des médecins et infirmiers formés au Sénégal exercent à l'étranger, surtout en France<sup>8</sup>.
- 7 D'autres figures dynamiques des migrations de thérapeutes ouest-africains vers Dakar sont les pasteurs<sup>9</sup>, devins, exorcistes, herboristes, tradithérapeutes. Ces derniers ont singulièrement retenu notre attention du fait de leur visibilité et leur omniprésence dans l'espace public. Ils viennent aussi trouver sur place leurs collègues sénégalais. Leur installation dans la capitale n'est pas nouvelle et ne les concerne pas exclusivement. Bien avant eux, ce sont des guérisseurs sénégalais, venant de l'intérieur du pays, qui ont offert leurs services aux urbains de Dakar (Fassin, 1992). Ceci nous invite à interroger les effets de leur présence sur l'offre et la demande de santé en ville, en particulier dans le champ de la médecine traditionnelle locale.
- 8 La présence des tradithérapeutes en ville remet en question l'idée défendue par les démographes d'un espace urbain favorable au biomédical (Waitzenegger, 2002 ; Tabutin, 2000). Cette idée était présente dans la sociologie des années 1970, et considérait le recours à des pratiques traditionnelles comme plus fréquent dans les zones rurales. Dans ces dernières, les conditions de vie étaient perçues comme un obstacle à la rationalisation des pratiques et des croyances (Schmitz, 2006). A Dakar, si l'offre traditionnelle est importante, c'est pourtant bien parce qu'elle répond à un besoin des urbains. Ces derniers mettent en œuvre les différentes alternatives thérapeutiques disponibles et accessibles, dans un contexte de précarité socio-économique qui caractérise la capitale sénégalaise.

- 9 Jadis alimentée par l'exode rural venant de l'intérieur du pays, une part non négligeable de la population actuelle de Dakar est étrangère<sup>10</sup>. Les Guinéens forment la communauté la plus importante (51,5 % des migrants de l'Afrique de l'Ouest.) Cette présence étrangère se justifie par la place qu'elle a historiquement occupée dans l'ex-AOF aux plans économique et politique. Dakar abrite aussi la majorité des services administratifs, centraux et regroupe l'essentiel des activités industrielles et informelles du pays (90 %). Enfin, elle reste une mégalopole urbaine « relativement stable » en Afrique sub-saharienne, ce qui contribue sans doute à attirer les populations rurales et étrangères.
- 10 Cependant, cette poussée démographique s'est accompagnée d'une précarité économique poussant les urbains à développer des stratégies individualistes pour s'en sortir (Dimé, 2007), les solidarités familiales étant mises à l'épreuve (Marie et al, 1997). Ces dynamiques de précarisation renouvellent les rationalités « surnaturalistes » pour expliquer les échecs sociaux. Ce *revival* se traduit par des accusations de sorcellerie, devenues courantes dans un contexte urbain de polygamie (Dial, 2008) et du phénomène des « voleurs ou retrécisseurs de sexe » (Bonhomme, 2009)<sup>11</sup>. Un tel contexte renforce aussi la probabilité pour les urbains de convoquer la tradithérapie dans la gestion de l'infortune et du malheur. Cette éventualité est d'autant plus envisageable que la présence de thérapeutes nationaux ou étrangers a diversifié et rendu géographiquement plus accessible l'offre de soins en milieu urbain.
- 11 Nos enquêtes exploratoires à Dakar ont permis de constater que les tradithérapeutes étrangers étaient sollicités par les femmes mariées ayant des difficultés de procréation. Pourtant, les guérisseurs nationaux offraient une prise en charge de cette question en ville. Cela nous a poussé à comprendre plus spécifiquement :
- les raisons de leur sollicitation par les urbains,
  - l'éventuelle singularité des procédés diagnostics, thérapeutiques qu'ils mettent en œuvre pour prendre en charge les problèmes d'infertilité,
  - le type de compétences mises en avant et les modes de légitimité utilisés,
  - les effets de la circulation de ces thérapeutes, de leurs savoirs, de leurs produits et de leur dynamisme sur le champ de la médecine traditionnelle sénégalaise.
- 12 Ces acteurs, présents à Dakar, intègrent aussi un champ local de la médecine traditionnelle et les effets sur les transformations et dynamismes de ce secteur méritent une analyse actualisée. Au Sénégal, si des études socio-anthropologiques ont porté sur la tradithérapie (Fassin, 1992) et ont analysé leur place dans la prise en charge du Sida (Becker, 1999), peu ont analysé les dynamiques socio-spatiales de ces acteurs. Aujourd'hui, les mobilités sous-régionales des thérapeutes qui sont venues se superposer à celles locales (village-ville) ouvrent/renouvellent des compétences, mais aussi des espaces de conquête de pouvoir et de légitimité à analyser.

## Sources des données et méthodes

- 13 Les résultats qui alimentent cet article sont en partie tirés de la recherche pluridisciplinaire d'OXFAM menée en 2008 et portant sur l'analyse du

contexte régional en Afrique. Elle consistait en une analyse situationnelle et prospective portant sur quatre thèmes<sup>12</sup> :

- pauvreté versus croissance ;
- gouvernance, démocratisation et conflits ;
- environnement et gestion des ressources naturelles ;
- urbanisation, mouvements de populations et questions de santé.

14 Les données utilisées ici sont issues des réflexions de ce dernier groupe. Il y était question d'analyser les mobilités de populations dans la CEDEAO et les enjeux posés en termes d'urbanisation et de nouvelles dynamiques socio-sanitaires.

15 D'autre part, l'article utilise les données d'une enquête anthropologique menée en 2009 concernant les tradithérapeutes étrangers à Dakar. Ces derniers ont été sélectionnés à partir des résultats du travail de Niang (2002), montrant que la plupart des thérapeutes étrangers s'était installée dans la banlieue dakaroise : Pikine, Guédiawaye, Thiaroye, Parcelles Assainies, Grand-Dakar, etc. Nous avons visité ces quartiers et interrogé de manière informelle les femmes à propos des guérisseurs étrangers installés dans leur voisinage. Cette approche nous a permis de dénombrer environ trente cinq cas. Ensuite, nous avons sélectionné dix cas selon des critères de nationalité et de durée d'installation dans la capitale sénégalaise. Aucun refus ne nous a été opposé : les tradithérapeutes étrangers sont prompts à collaborer avec des chercheurs, dont la légitimité scientifique peut être instrumentalisée pour véhiculer leurs messages et se faire mieux connaître<sup>13</sup>.

16 Nous avons mené une observation directe dans les lieux d'exercice de ces acteurs. Deux fois par semaine, nous les avons visités pour noter le type de clientèle, son affluence, les modes d'organisation des espaces de soins, etc. Ponctuellement il a été possible d'assister à certains rituels pour observer les types de pratiques professionnelles et les interactions. Des après-midi passés à leur domicile nous ont permis d'écouter les discussions des patients dans la salle d'attente. D'autre part nous avons interrogé les tradithérapeutes étrangers durant les moments de disponibilité. Les usagers de leurs services (n =20) ont été interviewés sur les lieux de consultation ou bien à domicile. Enfin, nous avons aussi ciblé quelques guérisseurs sénégalais rencontrés dans les quartiers de l'enquête (n =5).

## **Les tradithérapeutes étrangers à Dakar : des « entrepreneurs » médiatisés**

17 Dans la capitale sénégalaise, on rencontre une pluralité d'acteurs de la médecine traditionnelle comme les rebouteux, les devins, les guérisseurs (qui soignent en faisant appel au culte des ancêtres), les phytothérapeutes et aussi les marabouts (Gemmeke, 2004). Ces derniers utilisent les versets coraniques auxquels ils attribuent des pouvoirs thérapeutiques. Ils sont rédigés sur du papier dont ils font usage pour réaliser une amulette à faire porter par le patient. Certains le trempent dans de l'eau qui servira à un bain thérapeutique.

D'autres marabouts peuvent associer des représentations et pratiques non islamiques à leurs pratiques de soins.

18 Nous avons montré que les guérisseurs sénégalais se sont installés dans la capitale depuis des années. Ces derniers sont venus de la Casamance (*Joola, Mandinka, Soosé*) du Siin (*Sereer*), du Fouta et du Sénégal Oriental (Gemmeke, 2004). Depuis les années 1990, les tradithérapeutes des pays limitrophes<sup>14</sup> (Guinée Bissau et Conakry, Mali, Niger, Bénin et Burkina Faso) ont aussi eu pour destination Dakar. Leur arrivée dans la capitale coïncidait avec celle de leurs compatriotes, ces derniers constituant une clientèle possible pour leurs services. Au cours des années 2000, la destination Dakar s'est renforcée, du fait des crises socio-économiques et politiques dans la sous-région (Côte d'Ivoire, Guinée Conakry et Bissau, etc.).

19 Au Sénégal, nous ne disposons pas de statistiques fiables sur le nombre de tradithérapeutes étrangers installés dans la capitale<sup>15</sup>. En revanche, nos observations font remarquer que leur présence ne passe pas inaperçue. S'installant en priorité dans la banlieue (Parcelles Assainies, Guédiawaye, Pikine, Thiaroye, Yeumbeul), on les retrouve aussi à Grand-Dakar, une sorte de "mini-banlieue" à la périphérie proche du centre-ville. Ils se rencontrent aussi dans les villes secondaires comme Thiès, Kaolack, etc., ce qui dénote leur distribution spatiale nationale. La banlieue, zone à fort poids démographique, se caractérise par une hétérogénéité sociale et une précarité socio-économique importante. Ce contexte les rapproche d'une clientèle potentiellement utilisatrice de leurs services. Ces acteurs étrangers n'offrent pas seulement des soins à leurs compatriotes, ils sont désormais sollicités par les nationaux. Ainsi F.S, une cliente de 35 ans, rencontrée à la sortie de consultation chez un tradithérapeute étranger, à Guédiawaye :

« il faut savoir qu'au Sénégal, pour trouver de bons guérisseurs, il faut aller jusqu'en Casamance. Les Sénégalais qui pratiquent à Dakar sont des charlatans. Mais ces dernières années, on voit que les experts que sont les Guinéens sont nombreux à Dakar. Ce sont des gens extraordinaires : tous les patients qui ont des problèmes de fécondité les recherchent et se les arrachent. Ils te disent qu'il plaise à Dieu ou non, tes souhaits vont être réalisés ... »

20 Ces étrangers sont devenus une alternative thérapeutique réelle pour la prise en charge des questions de procréation (infertilité, faiblesse sexuelle, etc.). Il est vrai que ces troubles sont ciblés par la plupart des tradithérapeutes ouest-africains ; mais, si l'on compare avec leurs homologues sénégalais, les étrangers sont prompts à les présenter dans leurs publicités comme des domaines de compétence distincts.

21 Ces derniers se distinguent par le type de relations qu'ils ont instituées avec les médias sénégalais. Ils se sont appropriés la presse pour faire leur publicité : les supports écrits comme les journaux, les cartes de visite et les *flyers* sont utilisés pour présenter leurs domaines de compétences, leurs expériences et afficher leurs contacts. Ils ont également intégré les chaînes de télévision où des reportages les concernant sont diffusés<sup>16</sup>. Certains sont invités à des émissions radio où ils parlent de leurs expériences de traitement. Enfin, la plupart de ceux que nous avons rencontrés arboraient une pancarte de présentation devant leur cabinet :

22 Mouloud<sup>17</sup> vient de la Guinée et est installé au quartier PAI à Guédiawaye. Il officie dans un cabinet, distinct de son lieu d'habitation :

« La pancarte aide à bien identifier la maison, parce qu'ici dans le quartier, toutes les rues se ressemblent... il faut aussi dire aux gens ce que vous savez faire pour qu'ils sachent s'ils doivent taper à votre porte ou pas. Moi je ne suis pas spécialiste de toutes les maladies... Il est vrai que beaucoup de nos clients qui viennent ici ont été recommandés par des personnes que nous avons traitées et qui ont été guéries. Mais, pour les autres qui ne nous connaissent pas et qui sont à la recherche de spécialistes, la pancarte les aide. C'est comme le médecin qui a son cabinet, s'il ne dit pas ce qu'il sait faire, personne ne saura et donc ne viendra le voir ».

- 23 La pancarte, qui liste l'ensemble des maladies prises en charge, témoigne d'une volonté de s'identifier, de se faire connaître et reconnaître afin d'attirer la clientèle. Cette médiatisation n'est certainement pas spécifique à ces acteurs, mais s'observe moins chez les thérapeutes sénégalais rencontrés : Martin, ingénieur de formation, habite la banlieue dakaroise, plus précisément à la Cité Enseignant, à Guédiawaye. Son espace résidentiel est aussi le lieu de thérapie. Devant le portail, il n'y a aucune pancarte, il ne fait pas de publicité à la radio ni à la télé, mais utilise des cartes de visite.
- 24 Cette stratégie de marketing social a fait de ces tradithérapeutes étrangers des « entrepreneurs ». L'entrepreneur est une personne (physique ou morale) qui exploite une opportunité, dans un milieu déjà constitué, à des fins de rentabilité économique. En créant une valeur ajoutée et des reconfigurations importantes, il suscite un changement dans sa vie ou sa collectivité. Les tradithérapeutes étrangers sont des entrepreneurs dans le sens où ils ont eu l'idée originale d'adapter leur offre de soins à la transnationalité des autochtones. La plupart a d'ailleurs préalablement séjourné dans d'autres pays africains (Mauritanie, Togo, Bénin, Mali, Gambie), Dakar étant une escale dans leur périple transnational. Souvent, le séjour à Dakar est entrecoupé de déplacements ponctuels vers d'autres pays africains pour rencontrer des clients. Ces acteurs font aussi des va-et-vient incessants entre Dakar et leur pays d'origine, soit pour s'approvisionner en produits et confectionner des remèdes, soit pour satisfaire la demande de la clientèle restée au pays. Aussi, ces acteurs exploitent les opportunités médiatiques dans la capitale sénégalaise, pour se faire connaître et élargir leur clientèle, dans le cadre d'une rationalité économique. Ces logiques entrepreneuriales constituent incontestablement des pratiques novatrices qui ont eu pour effet de bousculer le domaine de la médecine traditionnelle sénégalaise.
- 25 En effet, même si la médiatisation est aujourd'hui observée chez les tradithérapeutes sénégalais (nous y reviendrons), celle des étrangers fait paradoxalement l'objet de critiques. Elle a particulièrement conduit à un mouvement d'humeur des guérisseurs regroupés au sein de l'ONG Promotion de la Médecine Traditionnelle (PRO.ME.TRA), association créée en 1996 par le Pr Erick Gbodossou, pharmacien béninois. Cette structure a organisé en 2008<sup>18</sup> une marche de protestation à Dakar contre les tradithérapeutes étrangers installés à Dakar qu'elle a taxés de « charlatans ».

## **L'ONG PROMETRA : antichambre de la remise en cause des**

## tradithérapeutes étrangers

26 Selon Pr Gbodossou, PROMETRA a pour objectif de promouvoir les Médecines Traditionnelles et de tisser les liens entre les cultures à travers le monde. Son origine remonte en 1971 quand il participa aux côtés d'Henry Collomb aux premiers travaux de recherche sur la religion et la médecine traditionnelle en Casamance (Diola) et dans le *Siin (sereer)*. A la mort de ce dernier, il continua ses recherches en milieu *sereer siin (Fatick)*, où il mit sur pied, en 1984, une association de guérisseurs appelé *Malango*<sup>19</sup>. En 1988, il y construit le Centre Expérimental des Médecines Traditionnelles (CEMETRA). Ce centre, inauguré par le gouvernement du Sénégal, permet aux guérisseurs d'exercer leur art dans un cadre formel et contrôlé. En 1996, le Projet Médecine Traditionnelle va opérer une mutation en ONG avec la dénomination Promotion des Médecines Traditionnelles (PROMETRA). Depuis, elle a connu une évolution rapide à travers le monde : en dehors de son antenne aux Etats-Unis, elle a ouvert des représentations nationales dans 23 pays (dont 17 en Afrique). Ayant son siège à Dakar, cette ONG bénéficie depuis 2004 d'un Accord de Siège qui lui confère une reconnaissance diplomatique au Sénégal.

27 Cette structure se caractérise par son usage à la fois idéologique et économique du panafricanisme et de la néo-spiritualité intercontinentale. En effet, elle se propose de défendre et de réhabiliter/revaloriser les médecines traditionnelles, la spiritualité et les savoirs traditionnels africains. Cette ambition panafricaniste a trouvé une résonance identitaire en Amérique du Nord, plus précisément au sein de la communauté afro-américaine. Cela explique pourquoi certains de ses financements proviennent de la Fondation Ford<sup>20</sup> et d'autres investisseurs promoteurs de l'interculturalité. Au Sénégal, les autorités politiques lui ont reconnu, à travers la Déclaration de Dakar, la responsabilité de la coordination et la promotion des médecines traditionnelles. C'est pourquoi une grande partie de son activité a consisté à fédérer les tradithérapeutes nationaux, en particulier ceux du *Siin*. Pourtant, même dans la région de Fatick où elle semble plus représentée, elle ne fait pas l'unanimité auprès des tradithérapeutes, certains la considérant comme une entreprise destinée en réalité à capitaliser leurs connaissances phytothérapeutiques et à gagner de l'argent.

28 En effet, PROMETRA se présente comme l'interlocutrice privilégiée et exclusive des autorités politiques, ce qui lui permet aussi de capter les financements pour la promotion de la médecine traditionnelle. Par exemple, cette structure déclare promouvoir la médecine traditionnelle, mais dans le même temps, elle s'engage dans la formation des guérisseurs à quelques notions de la biomédecine<sup>21</sup>. Selon Pr Gbodossou, cette activité vise à « les former sans les déformer », en agents d'Information, Education et communication (IEEC) en matière de santé, afin qu'ils jouent pleinement leur rôle au sein de leurs communautés de base. Il matérialise ainsi la volonté politique de collaboration entre médecine traditionnelle et médecine moderne<sup>22</sup>, exprimée par les autorités politiques. Mais, par la même occasion, PROMETRA capte des ressources financières rendues disponibles par les partenaires. Après avoir organisé différentes rencontres sur la reconnaissance et la légalisation des « médecines traditionnelles », l'ONG a orienté sa campagne de sensibilisation sur le traitement du VIH/sida (Simon, 2003), pathologie parmi les plus financées aujourd'hui dans les pays en

développement. Cette stratégie idéologique et de captation de ressources financières est aussi accompagnée par une médiatisation que PROMETRA a développée assez tôt à travers la cyber-communication (Simon, 2003). Les médias lui permettent de diffuser son discours idéologique sur les savoirs africains<sup>23</sup>. Cette structure est présente lors de la Foire Internationale de Dakar et y expose des produits phytothérapeutiques<sup>24</sup>. Tout ceci confère une visibilité aux guérisseurs et leur permet de développer une clientèle importante. Pourtant, c'est bien cette visibilité et médiatisation que PROMETRA critique chez les tradipraticiens étrangers.

## **Rationalités des critiques de la médiatisation des tradithérapeutes étrangers par les acteurs locaux de la médecine traditionnelle**

29 En effet, selon les responsables de PROMETRA, les tradipraticiens étrangers sont des charlatans qui se sont appuyés sur la naïveté des médias sénégalais pour faire passer « une publicité mensongère » de leurs compétences<sup>25</sup>. Ces médias ont d'ailleurs reçu des mises en garde de l'Ordre des médecins et du Haut conseil de l'audiovisuel (HCA). Pr Gbodossou justifie la critique par la nécessité de protéger les Sénégalais contre les faux traitements proposés par les étrangers. On peut alors s'étonner que cette structure critique la publicité faite par les tradipraticiens étrangers alors qu'elle fonde une part importante de sa stratégie sur la médiatisation et la visibilité. On peut aussi s'interroger sur le fait que cette association, dirigée par un étranger (même naturalisé), remette en cause l'offre de soins d'autres étrangers, au nom de la sécurité des citoyens sénégalais. En réalité, Pr Gbodossou (à qui on identifie souvent cette structure) se présente comme un modèle spécifique d'entrepreneurs panafricains et néotraditionnels de la santé : le fait que son action soit médiatisée et qu'il le refuse à d'autres étrangers, dévoile plus une stratégie visant à les éclipser pour continuer à occuper seul le champ de la promotion de la médecine traditionnelle.

30 Cette critique des tradithérapeutes étrangers est aussi portée par les nationaux (sénégalais). Comme nous l'expliquait Koromack, guérisseur habitant Pikine :

« L'Etat doit prendre ses responsabilités face à ces guérisseurs qui viennent de partout pour s'installer ici... Nous, nous sommes nés ici, les populations nous connaissent et connaissent nos familles. Mais eux, ils viennent de n'importe où, nous ne savons même pas d'où ils viennent et s'ils ont des connaissances ou pas. Personne ne peut vérifier leurs connaissances, ils n'ont pas de diplômes, ni de papiers attestant leurs savoirs. Et comme ils viennent de loin, personne ne peut témoigner pour eux. »

31 Il est ici reproché aux étrangers de ne pas donner la preuve de leurs savoirs (diplômes). A ce titre, il est demandé que l'Etat intervienne pour organiser le secteur, qui souffre d'un vide juridique et institutionnel. La présence des tradipraticiens dans le champ de la santé contraste avec l'inexistence, dans le code actuel de la santé, d'une réglementation et d'un statut du tradipraticien malgré la volonté du Président Wade de la promouvoir<sup>26</sup>. Ceci pousse d'ailleurs

les intéressés à douter de leur reconnaissance par les pouvoirs publics. Néanmoins, ceux qui reprochent aux étrangers pratiquant à Dakar de ne pas avoir de diplômes comme preuves de leurs compétences, n'en disposent pas eux-mêmes. Installés dans la capitale, ils sont aussi éloignés de leurs parents qui pourraient témoigner de leurs compétences. Les reproches adressés aux étrangers par les locaux peuvent donc leur être retournés.

32 En définitive, la présence à Dakar de la catégorie des tradipraticiens étrangers, visibles et médiatisés, qui développent des logiques individuelles, est plutôt perçue comme une entreprise concurrente. Les contestataires leur refusent une légitimité qui est pourtant socialement reconnue par les femmes sénégalaises qui recourent plus à leurs services qu'à ceux des guérisseurs locaux. Ces dernières, en sollicitant les étrangers pour la prise en charge de leurs difficultés de procréation, leur reconnaissent une compétence et une légitimité, même si elle est relative et en perpétuelle négociation. Nous analysons, dans ce qui suit, les raisons de cette sollicitation.

## **Pourquoi les tradithérapeutes sont-ils sollicités pour la prise en charge de l'infertilité conjugale ?**

33 Selon Salem et Fournet (2003 : 148), « en milieu rural, patients et "tradipraticiens" évoluent le plus souvent dans un système commun d'interprétation de la maladie, même si l'on recourt parfois aux services d'un guérisseur étranger au groupe. En milieu urbain, la situation est plus complexe : à l'offre de soins du guérisseur de sa propre culture, s'ajoutent les offres de personnes venues de tous les horizons du pays. À un même mal, correspondront des offres thérapeutiques variées, entre lesquelles le patient devra choisir, à moins qu'il ne les adopte toutes... ». Ces auteurs insistent ainsi sur le caractère diversifié et pluriel de l'offre de soins en milieu urbain, qui est aujourd'hui renforcé par la présence des tradithérapeutes africains à Dakar. Pour la prise en charge de l'infertilité conjugale, ils viennent enrichir la panoplie des solutions déjà existantes. Si elle peut être définie comme un trouble fonctionnel ou relationnel, voire psychologique, l'infertilité fait aussi l'objet de représentations sociales et culturelles, qui orientent les choix thérapeutiques que font certains urbains qui en souffrent.

## **Une culturalisation de la procréation qui accorde une place importante à la tradithérapie dans les recours aux soins**

34 Le recours aux tradithérapeutes par les femmes ayant des difficultés à avoir des enfants se justifie par la culturalisation de la procréation en Afrique Noire : il est attendu qu'une femme mariée puisse avoir des enfants, car cela lui permet d'accéder au statut valorisé d'épouse et de mère (Droz, 2003). La procréation est rendue indispensable dans ce parcours matrimonial et peut faire l'objet de prières, de rites et de soins préventifs. Par exemple chez les *Joola*, les femmes

victimes de fausses couches sollicitent l'intervention des prêtres auprès des esprits (*boekin*) en offrant du vin de palme. Cette attitude est aussi justifiée par la représentation sociale qui fait de l'enfant une récompense accordée par les ancêtres aux parents, en témoignage de leur satisfaction (Herbaut et Wallet, 1996). Chez les *Wolof*, la stérilité (qui renvoie à une infirmité grave) nie la féminité, rompt le cycle de la vie et expose celle qui en souffre à des railleries dans le voisinage (Ndiaye, 2009). Dès lors, les femmes mariées qui n'ont pas réussi à enfanter risquent de vivre une souffrance allant du plus intime au plus social. Parce qu'elle est particulièrement stigmatisante, cette situation amène donc les couples à recourir à l'ensemble des alternatives qui se présentent à eux. Le recours à la médecine traditionnelle est lié à la représentation sociale faisant de l'incapacité de procréation un malheur attribué soit au mauvais sort jeté par les co-épouses ou les parents, soit à la possession de la femme par des génies maléfiques qu'on doit chasser par exorcisme.

## Une tradithérapie étrangère perçue comme plus accessible

35 Plusieurs auteurs ont démontré que la mobilisation de la thérapie traditionnelle dans les comportements de recours aux soins peut être comprise comme une réponse à un système de santé déficient, corrompu (Fall *et al*, 2006), inégalitaire (Ridde, 2007), bref dysfonctionnel et inhospitalier (Jaffré *et al*, 2003). Cependant, les clients que nous avons interrogés expliquent le choix des tradithérapeutes par leur meilleure accessibilité financière ; à l'instar de FK Traoré, 32 ans, mariée depuis cinq ans à un homme monogame, sans enfant, rencontrée au quartier PAI, Guédiawaye chez T.D, guérisseur guinéen :

« je vais te raconter l'histoire de ma sœur qui avait les mêmes problèmes que moi. Elle n'avait pas d'enfants pendant 10 ans de mariage. Elle a fait le tour des hôpitaux et des cliniques où elle a dû dépenser plus de un million en médicaments, analyses etc. Un jour, une amie à ma mère l'a mise en contact avec ce guérisseur guinéen que je suis venu voir. Ce dernier lui a révélé que c'est sa co-épouse qui l'avait marabouté. Il a dit qu'il pouvait la soigner. Il a dit que le coût était à 250 000 FCFA et que c'est juste ce qu'elle devait payer, jusqu'à obtenir satisfaction. Il a demandé à ma sœur de lui dire le sexe de l'enfant qu'elle voulait et la période. Comme sa co-épouse avait deux filles, elle a dit qu'elle voulait des jumeaux garçons. Après quelques mois de traitement, elle est tombée enceinte et a accouché par la suite deux garçons. Tu vois, finalement, elle a eu des enfants en payant moins cher que ce quelle a dépensé dans les hôpitaux... C'est la raison pour laquelle je n'ai pas hésité à venir directement le voir ».

36 Pour cet usager de la tradithérapie, le faible coût du traitement proposé est un élément qui le rapproche de cette offre. Ce coût est unique (c'est-à-dire jusqu'à la guérison) et peut être versé en plusieurs fois (ce qui est rarement proposé dans les services de santé). Cette tolérance renforce l'impression d'un coût plus facile à supporter, si on le compare avec celui des soins biomédicaux pour lesquels la sœur de la patiente a été obligée de déboursier régulièrement de l'argent. La cherté du traitement de l'infertilité par la biomédecine est également due à la durée de la prise en charge, à la multiplicité d'ordonnances, aux coûts des bilans hormonaux, des échographies et des spermogrammes.

- 37 En outre, les femmes interrogées pensent que les tarifs pratiqués par les guérisseurs sénégalais sont plus chers que ceux des étrangers :

« je sais que certains guérisseurs sénégalais sont forts, ils ne sont pas tous mauvais. Mais leurs tarifs sont très chers. D'ailleurs ces derniers ont une clientèle très sélectionnée qui sont des femmes d'affaires, qui ont les moyens... Les étrangers eux, sont efficaces et les prix qu'ils proposent sont très accessibles. Moi avant, les membres de ma famille allaient au Mali pour se soigner. Mais depuis que j'ai entendu l'annonce d'un guérisseur malien à la radio et que nous sommes partis le voir, nous n'avons plus besoin de nous déplacer. » (A Ndiaye, femme de 38 ans, Pikine, mariée à un homme polygame depuis cinq ans et sans enfant)

- 38 Au-delà des facilités financières qu'elles mettent en avant, les stratégies des guérisseurs étrangers visent aussi à rapprocher leur offre des attentes des clients (Dujardin, 2003), ce qui leur confère une accessibilité sociale et culturelle (Béninguissé et al, 2004). Cela est d'autant plus vrai que la plupart des malades reçus par ces tradithérapeutes, a abandonné la prise en charge par les services de santé modernes du fait de l'incertitude et de la lenteur des résultats. C'est donc un sentiment d'insatisfaction qui les a orientés vers la tradithérapie étrangère.

## **Une publicité des tradithérapeutes étrangers mettant en avant la rapidité et les résultats probants dans la prise en charge des difficultés de procréation**

- 39 Nous avons montré que les guérisseurs étrangers étaient dynamiques dans l'espace médiatique sénégalais en faisant usage de la presse écrite, audio et visuelle. Ce marketing social et cette médiatisation se focalisent sur les attentes des usagers des services de soins :

« moi, quand j'ai fait trois années de mariage sans enfants, j'ai commencé avec la médecine moderne, mais les ordonnances étaient trop chères et se répétaient sans résultat. Une copine m'a mis en rapport avec un guérisseur. Un jour, je suivais la télé et j'ai vu qu'on parlait de ses exploits et des femmes qu'il a aidées à avoir des enfants, en un temps très court. J'ai cru en ce que me disait ma copine. Quand je suis partie le voir, j'avais du mal au début car je ne pouvais pas lui expliquer mon problème seul à seul, il ne parlait que le français. Mais il y avait après un jeune qui jouait le rôle d'interprète...j'ai confiance en lui car beaucoup de femmes l'ont déjà consulté et m'ont raconté qu'il est fort et son traitement n'est pas cher. » (N. Thiam, femme mariée depuis trois ans, consultant les services de Bernard, tradipraticien béninois installé à Guédiawaye)

- 40 L'appréciation de l'offre des tradithérapeutes étrangers est basée sur les preuves de leurs compétences supposées, par le biais des publicités télévisuelles et des témoignages des voisins. Certaines femmes qui les ont consultés ont obtenu des réponses qui correspondent à leurs attentes d'une guérison rapide et à moindre coût, rapidité que les tradithérapeutes étrangers mettent en avant dans leurs publicités. En outre, ces derniers sont sollicités en raison d'une représentation sociale qui leur est favorable et sur laquelle insiste aussi leur publicité :

« Au niveau de la médecine traditionnelle, il y a trop de charlatans surtout chez les Sénégalais. Je ne leur fais pas confiance. Il ya des guérisseurs qui utilisent les plantes pour les traitements et d'autres qui utilisent le coran. Mais les guérisseurs étrangers que je connais, ce sont de grands mystiques, ils sont forts, ils utilisent des objets comme esprit et font leurs traitements à partir des parties d'animaux comme le chien, le chat, le singe etc. On ne trouve pas ça chez beaucoup de guérisseurs sénégalais. Celui qui habite dans notre quartier, ce qui le distingue, il te dit qu'il travaille avec les parties d'animaux pour obtenir satisfaction. Dans ses publicités que j'ai suivies, il le dit clairement. Il est particulier. Ce n'est pas surprenant, j'ai toujours entendu dire que les Guinéens, les Maliens et les Béninois sont très forts en magie. » (Th, Mboup, femme de 32 ans mariée depuis deux ans dans le quartier de Guédiawaye)

- 41 Ce qui particularise le guérisseur étranger, c'est le caractère mystique de son traitement qui lui donne, aux yeux de sa cliente sénégalaise, l'image d'un grand devin. Akindes (2003) note une certaine « antipathie » et une « aversion du dissemblable » qui oriente en général le rapport à l'étranger. Cette idée s'oppose néanmoins au préjugé favorable que les Sénégalais ont des tradithérapeutes étrangers - en particulier originaires du Ghana, du Bénin, du Mali, du Niger et de Guinée. Dans les représentations sociales, ces pays sont réputés pour leur mysticisme, la sagesse et la compétence de leurs devins<sup>27</sup>. Pourtant, les guérisseurs sénégalais s'offusquent de leurs pratiques consistant à utiliser les parties d'animaux :

« comment un musulman peut travailler un gris-gris fait avec une peau de chien ? Et pire, pour purifier le corps, les guérisseurs étrangers disent à la femme de se déshabiller complètement devant eux et donnent les bains eux-mêmes, ce que notre religion ne permet pas. Souvent d'ailleurs, ils disent qu'ils peuvent tout soigner par la volonté de Dieu ou non. C'est dangereux. » (Bamba, guérisseur sénégalais, habitant à Guédiawaye, originaire du Fuuta)

- 42 On note ici que les pratiques mystiques posent problème au guérisseur, qui les considère comme contraires à ses référents islamiques. Ce qu'il passe sous silence, c'est le fait que les pratiques tradithérapeutiques (locales et étrangères) n'ont pas toujours pour référence l'islam. Conscients de cette réputation historiquement construite, les guérisseurs étrangers mettent en avant ce mysticisme dans leur communication sociale, tout en adoptant des pratiques professionnelles novatrices, sortant des sentiers battus de la tradithérapie.

### *Un dynamisme des entrepreneurs étrangers qui s'exprime par des attitudes et pratiques professionnelles innovantes*

- 43 Almamy originaire du Mali, 40 ans, de père guérisseur, est installé à Pikine depuis cinq ans et y retourne régulièrement. Il vit dans une maison en location où il exerce aussi son activité. A l'entrée de la maison, on peut lire sur une pancarte : « *Docteur Almamy : spécialiste de maladies paralysantes, de folie, et de procréation. Je traite le coco (hémorroïde), les MST. Je combats les maris de nuit, je fais le désenvoûtement, je protège les gens des mauvais sorts, je délivre de la sorcellerie. Je traite aussi le paludisme, le sida, la tuberculose* ». La véranda sert de salle d'attente pour les clients. Chaque

patient doit prendre un ticket et est reçu selon l'ordre d'arrivée. Almamy utilise aussi un registre où il note les prescriptions des clients, la date de visite et le rendez-vous.

44 Ce tradithérapeute exerce son métier dans un espace de soins qui ne se distingue pas de son environnement résidentiel. En outre, il intègre progressivement dans sa pratique des usages provenant des postes de santé : tickets de consultation, registres, salle d'attente, numéros d'appel, etc. Sur la pancarte qui sert à présenter ses domaines de compétence, sont inscrits les noms des pathologies surnaturelles et naturelles pour lesquelles il propose un traitement. Mais sont aussi affichées celles dont la prise en charge est perçue comme relevant de la biomédecine (tuberculose, sida, paludisme, fièvre jaune). Notons toutefois que ce phénomène n'est ni une nouveauté ni une spécificité des étrangers.

45 Bernard est béninois, installé à Dakar depuis plus de dix ans. Il réside à Guédiawaye (Cité Enseignant) et est employé expatrié à la BCEAO. Divorcé de sa première épouse béninoise et remarié à une Sénégalaise, sa résidence fait aussi office de lieu de traitement. Sa maison étant devenue exigüe pour son activité professionnelle, il a acheté une parcelle de terrain dans le quartier sur laquelle il construit son futur cabinet et résidence. Contrairement à Almamy, il n'y a pas de plaque devant sa maison. Il prend en charge diverses questions de santé, mais se considère davantage comme spécialiste « des troubles de natalité » (faiblesse sexuelle, éjaculation précoce, stérilité) qu'il traite avec des plantes.

46 Le fait que sa maison soit à la fois lieu de résidence et de thérapie conduit souvent les membres de la famille à s'impliquer (à l'exception de son épouse) dans l'activité thérapeutique : ne maîtrisant pas la plupart des langues locales, Bernard est assisté par ses enfants qui jouent le rôle de traducteurs, et accompagné par deux compatriotes Béninois en apprentissage. Ces derniers sont des éléments importants du « groupe organisateur de la thérapie » (Dozon, 1987 ; Janzen, 1995) : accueil des patients, préparation des sacrifices, mélanges des produits, organisation des bains, explications des modes d'emploi des produits et des posologies. Néanmoins, Bernard reste l'élément central de la prise en charge : c'est lui qui communique avec les esprits (Kalis, 1997), pose le diagnostic et connaît les produits à administrer.

47 A la différence de Bernard, Mouloud officie dans un cabinet qui est distinct de son lieu d'habitation. Tantôt en séjour dans son pays pour aller chercher des plantes et des herbes, tantôt en voyage dans d'autres pays africains (Gambie, Côte d'Ivoire) pour soigner certains clients, ce guérisseur guinéen est souvent absent de Dakar. Au quartier PAI, à Guédiawaye où il est installé depuis 2000, une plaque bien visible indique les types de maladie qu'il traite. Parmi ces derniers, les problèmes de procréation, d'éjaculation précoce et de faiblesse sexuelle figurent en bonne place. Le lieu dispose d'une salle d'attente, d'une pharmacie où différents produits phyto-thérapeutiques déjà conditionnés sont entreposés. Cependant, ce qui fait sa particularité, c'est surtout les techniques de diagnostic qu'il utilise :

« Dans le diagnostic, d'abord je mouille du mil et demande au client, d'uriner là-dessus. Ensuite, je lui dis de revenir quelques jours après. Si le mil ne germe pas, cela veut dire que la personne n'est pas féconde... A côté de cela, je leur demande aussi de faire une échographie ou un spermogramme. Ceci permet de connaître le niveau du problème ... Il peut arriver que le test du médecin soit négatif, dans ce cas on fait de

- nouveaux tests traditionnels car il peut y arriver que la personne n'ait pas de problème de sperme ou autres, mais qu'il y ait des forces maléfiques qui bloquent... Ensuite nous proposons la thérapie. Pour les femmes, j'utilise certaines plantes, pour les hommes des feuilles revitalisantes. Mais ceci c'est dans les cas où il s'agit d'une impuissance. Pendant et à la fin du traitement, les patients doivent faire les tests biomédicaux, afin de voir le niveau de guérison ... » (Mouloud)
- 48 Ici, le test traditionnel est associé à la technique biomédicale (échographie, spermogramme) dans le diagnostic initial, à mi-chemin et en fin de traitement. En revanche, le traitement est basé sur l'utilisation des savoirs traditionnels ou phytothérapeutiques.
- 49 Ces pratiques thérapeutiques innovantes sont *néo-traditionnelles* : les tradithérapeutes étrangers utilisent les concepts et outils de la biomédecine afin d'administrer la preuve des effets positifs produits par le traitement traditionnel. Ces pratiques synchrétiques séduisent les clients :
- « depuis quelques mois, je suis un traitement chez ce Guinéen. C'est ma tante qui m'a mise en rapport avec lui. J'ai confiance en lui car son traitement est particulier. Il mêle son savoir traditionnel avec les analyses à l'hôpital. Beaucoup de femmes viennent ici parce que ce traitement qu'on leur offre ici, elles ne l'ont pas ailleurs. Avec ce traitement, j'ai déjà eu une fausse couche alors qu'auparavant, je n'arrivais pas à tomber enceinte. Je pense que ça va aller. » (A. Diouf, femme mariée à un homme monogame depuis cinq ans, sans enfants)
- 50 Les soins néo-traditionnels sont sollicités, ce qui explique en partie la vitalité de la tradithérapie étrangère, devenue leur principale pourvoyeuse au Sénégal. Cependant, les cas présentés traduisent une diversité des modes d'exercice et d'approches de soins, même si des convergences sont notées (pratiques néo-traditionnelles). Leurs pratiques ne sont pas structurées et orientées par un but commun : contrairement à PROMETRA, ces acteurs ne visent pas à valoriser et à patrimonialiser la médecine traditionnelle dans le cadre d'une action collective. Ils apparaissent plus comme des entrepreneurs plutôt préoccupés par la singularité et la rentabilité de leur offre de soins. Cette logique entrepreneuriale les met dans une situation de conquête de légitimité, qui reste menacée par les accusations de charlatanisme que nous avons analysées précédemment.

## Conquêtes de légitimités par les tradithérapeutes étrangers

- 51 Selon Mboukou (2007 : 1), « la complexification des enjeux liés à la santé engage des sociétés entières dans des processus de reconfigurations des significations, des positionnements des personnages centraux qui tentent de négocier, de bricoler diversement une nouvelle donne en terme de pouvoir, de capital symbolique, de prééminence sociale... ». Les tradipraticiens étrangers installés en milieu urbain souhaitent négocier un capital symbolique et consolider les représentations populaires qui leur sont favorables. Leur médiatisation est un des éléments de cette stratégie de conquête d'une légitimité sociale et politique. Dakar est un lieu stratégique pour cela parce que c'est un carrefour des routes migratoires, un lieu de transnationalité où

cohabitent différentes communautés, ce qui en fait un foyer important de clients potentiels. Ensuite, les politiques de patrimonialisation en cours dans ce pays depuis les années 2000<sup>28</sup>, qui traduisent la vision panafricaniste du Président Wade, en font un espace favorable aux titulatures traditionnelles africaines. A partir de cette capitale, les guérisseurs exercent une activité transfrontalière dans un contexte de mobilité des personnes et des biens (Gobatto, 2003). La plupart d'entre eux reçoit régulièrement des appels téléphoniques de clients de la sous-région voire même de l'Occident. S'ils ne s'y rendent pas physiquement, ce sont leurs savoirs-faire qui circulent, notamment à travers les produits envoyés. Arnaut (2008) considère ce type de personnages comme des transnationaux qui cherchent à pénétrer des sphères plus internationales et universelles, à partir d'un faire-valoir pouvant être reconnu dans cet espace mondialisé. Pour Mboukou (2007 : 9), ils fonctionnent comme de « véritables monades des sociétés africaines [...] Eminentes figures de la modernité<sup>29</sup>, ils ne se sont imposés qu'en passant des compromis avec les ordres anciens, mais aussi qu'en étant eux-mêmes traversés par des tensions, des contradictions [...] ». En effet, ces acteurs ne cherchent pas à s'enfermer dans des traditions africanistes, déconnectées du contexte actuel, ils veulent aussi s'approprier la modernité. Les syncrétismes observés dans leurs pratiques font évoluer la médecine traditionnelle vers une dimension néo-traditionnelle. Vis-à-vis de la médecine moderne, leur attitude est à la fois collaborative (ils font travailler les laboratoires d'analyses biomédicales) et singulière (ils montrent que le traitement est plus rapide et satisfaisant).

52 Cette vision transnationale et individualisante des étrangers se distingue de celle, collective, entretenue au Sénégal par Pr Gbodossou qui a inféodé la médecine traditionnelle à PROMETRA. Pour autant, cette lecture ne doit pas occulter les stratégies individualistes notées aussi bien chez des guérisseurs qui lui sont affiliés que chez ceux des associations comme le Comité d'Initiative pour la santé et le Bien-Etre (CISBEF). Cette structure, implantée aussi à Fatick s'est engagée à valoriser la médecine traditionnelle. Elle a la particularité d'être dirigée par des guérisseurs, anciens pensionnaires de Malango, qui développent des logiques concurrentielles et entrepreneuriales. D'autres tradithérapeutes sénégalais, détachés de toute emprise associative, se comportent aussi en de véritables « entrepreneurs ».

## Vers un entrepreneuriat des guérisseurs sénégalais

53 Si PROMETRA a fonctionné depuis les années 1990 comme une "chape de plomb" dans le domaine de la tradithérapie nationale, elle fait l'objet de critiques portant surtout sur la médiatisation des séances de divination (*Xooy*) qui sont annuellement organisées à Malango :

« ... cette exposition des choses ésotériques de la culture sérère rappelle l'ethno-anthropologie raciste du temps colonial qui agissait de la sorte dans un complexe de supériorité sociale, ravalant ainsi l'autre à une curiosité folklorique, vestige des temps d'arriération culturelle et partant non scientifiques. ... Ce qui se fait à Malango est tout sauf du Xooy, car les vrais Xooy sont une sorte d'assemblée dont la tenue même n'était révélée qu'à un cercle restreint autour du roi et des Jaraafs. Le vrai Xooy

dépassait de loin et dépasse toujours cette parodie médiatique destinée à faire la promotion de Prometra » (Th. Ndiaye, membre de Cisbef).

- 54 Conscients des critiques adressées à cette structure, certains tradipraticiens restent pourtant membres de la structure, en développant à leur compte individuel un certain commerce autour de leurs savoirs et pratiques de guérison ciblant une clientèle urbaine et sous-régionale. Dans cette perspective, ils mettent en avant les avantages qu'ils peuvent tirer, au plan individuel, de leur affiliation à PROMETRA. À l'échelle nationale, la médiatisation des activités de l'ONG est un moyen par lequel ils se font connaître des Sénégalais et peuvent se constituer une clientèle, potentielle utilisatrice de leurs services. Ceci explique sans doute que les *xooy* médiatisés apparaissent comme des moments de mise en scène (habillement, langage, déclarations, prédictions etc.) pour se faire remarquer du grand public. Au plan sous-régional, cette structure a permis à certains guérisseurs locaux de circuler en Afrique lors des différentes conférences organisées (Ouagadougou, Durban, Cotonou etc.), leur permettant d'établir des connexions supra-locales et de développer des réseaux de clientèle en Afrique, qu'ils peuvent investir à titre individuel. Comme l'indique Simon (2003 : 892) « en portant ses membres sur la scène internationale, l'ONG participe au renforcement de leur capital symbolique (quand, à l'intérieur de l'ONG, tout tend à le dévaluer) ».
- 55 D'autres membres, plus sensibles à ces critiques, ont démissionné de Malango et se sont mis à leur propre compte, en créant l'association CISBEF. Ils tentent d'établir de nouvelles connexions. Ne disposant pas de subventions étatiques, ces acteurs se sont engagés dans des activités de formation, de journées de consultation gratuite (santé) pour soutenir les populations démunies. Mais il ne faut pas perdre de vue que ces activités leur permettent d'obtenir quelques ressources et aussi de trouver des partenaires financiers. Leurs critiques relatives à la médiatisation des acteurs de Malango ne les ont pas empêchés d'intégrer l'espace médiatique, pour se faire connaître et développer leur "clientèle".
- 56 Les tradithérapeutes sénégalais, non affiliés aux associations de promotion de la médecine traditionnelle, sont aussi dans une dynamique entrepreneuriale qui transparait dans leur effort de médiatisation. En effet, ils font de la publicité pour leurs médicaments ou leurs compétences, en utilisant des *flyers* et des cartes de visites. Ils sont aussi visibles sur les écrans de télé : des spots publicitaires réguliers présentent ainsi les services qu'ils proposent. L'exemple du guérisseur *Kurcala*, est une illustration de cette médiatisation : invité à l'émission *Talk chaud* sur la chaîne sénégalaise privée 2STV, il a croqué des morceaux de verre en direct pour démentir les réserves émises par la présentatrice au sujet de ses compétences ésotériques. Ce passage à la télévision lui a valu une renommée nationale : les jours suivants tout le monde parlait de lui et sa maison a été prise d'assaut par des Sénégalais. L'utilisation à titre individuel des médias a suffi à diffuser l'aura de cet entrepreneur et à lui constituer une vraie clientèle. *Kurcala* est parti s'installer en Gambie en 2010, où sa clientèle s'est développée depuis son passage à la télé au Sénégal. Dans ce pays, il fait l'objet d'un plébiscite national : il a fait parler une chèvre sur un plateau de télévision et conduit le présentateur, pris de peur, à quitter la scène. En effet, les guérisseurs sénégalais s'exportent aussi de plus en plus, faisant circuler hors du pays leurs savoir-faire. Si cette mobilité n'est pas une nouveauté, l'usage de l'outil médiatique dans cette entreprise transnationale

reste une singularité.

## Conclusion

57 En définitive, nos analyses montrent que les guérisseurs étrangers ont contribué à la diversification de l'offre de soins traditionnels et à s'imposer dans les stratégies thérapeutiques des urbains en cas d'infertilité conjugale. Si cela a été possible, c'est d'abord en raison des représentations sociales qui leur sont favorables. Ils ont aussi réussi à rendre visible leur offre de soins par leur omniprésence médiatique. Enfin, ils se sont efforcés de légitimer socialement leurs pratiques professionnelles afin de crédibiliser leur offre, dans un contexte d'accusations de charlatanisme. Le fait d'associer les techniques biomédicales aux savoirs traditionnels dans les procédés thérapeutiques entre dans ce cadre. Vis-à-vis de la médecine moderne, leur attitude est à la fois collaborative (ils font travailler les laboratoires d'analyses biomédicales) et singulière (ils se servent de ses techniques pour montrer l'efficacité et la rapidité du traitement traditionnel). Il s'agit ici d'un syncrétisme des pratiques thérapeutiques qui contribue à la conquête de légitimité, dans un champ social où ils sont étrangers. Cette dernière est aussi utile pour réaliser leurs ambitions transnationales. Ces acteurs ne cherchent pas à s'enfermer dans des traditions africanistes, ils veulent aussi s'approprier la modernité, en développant un vrai commerce autour des savoirs africains. Si le syncrétisme est aussi noté chez les tradipraticiens sénégalais, il est moins observé dans les pratiques thérapeutiques (association des techniques biomédicales et traditionnelles) que dans l'usage des médias. En effet, ces acteurs nationaux ayant une vision plus individualiste que collective, visent de plus en plus à décloisonner la médecine traditionnelle, restée longtemps inféodée à PROMETRA. Les stratégies entrepreneuriales qu'ils développent renseignent sur des reconfigurations, qui remanient le champ de la médecine traditionnelle au Sénégal et la font évoluer vers une dimension néo-traditionnelle.

---

## Références

- AGENCE NATIONALE DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE, 2006. Rapport final des Résultats définitifs du troisième recensement général de la population et de l'habitat. Dakar.
- AKINDES F., 2003. « Migrations et politiques publiques de l'étranger' en Afrique de l'Ouest », *Débats Courrier d'Afrique de l'Ouest*. Abidjan, INADES, 2 : 9-14.
- ARNAUT K., 2008. « Les "hommes de terrain" : Georges Niangoran-Bouah et le monde universitaire de l'autochtonie en Côte d'Ivoire », *Politique Africaine*. 112 : 18-35.
- BECKER C., 1999. *Vivre et penser le SIDA en Afrique*. CODESRIA/IRD, Collection Hommes et Sociétés.
- BENINGUISSE G., NIKIEMA B., FOURNIER P. et HADDAD S., 2004. « L'accessibilité culturelle : une exigence de la qualité des services et soins obstétricaux en Afrique », *African Population Studies*, 19(b) : 251-264.
- BONHOMME J., 2009. *Voleurs de sexe. Anthropologie d'une rumeur africaine*. Paris, Seuil, Collection La Librairie du XXI<sup>e</sup> siècle.
- CLEMENS M. et PETTERSSON G., 2006. « Medical Leave : A new database of health professional emigration from Africa » (Working Paper), Center for Global Development, 95.

- DIAL F B., 2008. *Mariage et divorce à Dakar : itinéraires féminins*. Paris, Karthala.
- DIME M. N., 2007. « Galérer, bricoler, partager, contester et rêver : figures de la précarité juvénile à Dakar », In ASSOGBA Y. (dir) *Regard sur la jeunesse en Afrique subsaharienne*. Editions PUL-IQRC : 123-143.
- DIOP A. et NIANG A., (dir) 2007. *Les Etats-nations face à l'intégration régionale en Afrique de l'Ouest, Le cas du Sénégal*. Paris, Karthala.
- DIOP M. C., 2008. *Le Sénégal des migrations : mobilités, identités, sociétés*. Paris, Karthala, ONU-Habitat/CREPOS.
- DOZON J. P., 1987. « Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire », *Politique africaine*. 28 : 9-20.
- DROZ-MENDELZWEIG M., 2003. « Femme complète, demi-femme, vieille fille : représentations de la féminité et de la filiation dans une agroville sicilienne ». Ethnographiques.org, 3 [en ligne] <http://www.ethnographiques.org/2003/Droz-Mendelzweig>(page consultée le 5/11/2011)
- DUJARDIN B., 2003. *Politiques de santé et attentes des patients : vers un nouveau dialogue*. Paris, Karthala, Editions Charles Léopold Mayer.
- ELBAZ M. et HELLY D. (dir), 2000. *Mondialisation, citoyenneté et multiculturalisme*. Québec/Paris, Presses de l'Université Laval/Harmattan.
- FALL A. S. et GUEYE B., 2006. « Corruption et bonne gouvernance dans le secteur de la santé au Sénégal ». Rapport de recherche CRDI/Forum Civil.
- FASSIN D., 1992. *Au bonheur des citadins : la santé et la ville*. Talence, Editions de la maison des sciences de l'homme d'Aquitaine.
- GEMMEKE A. B., 2004. « Maraboutage in Senegal : Femininity, Enchantment, and Urbanization », *Codesria Bulletin*. 1 & 2 : 72-74.
- GOBATTO I., 2003. *Les pratiques de santé dans un monde globalisé : circulation de modèles et expériences locales dans les Afriques contemporaines*. Paris, Karthala.
- HERBAUT C. et WALLET J. W., 1996. *Des sociétés, des enfants : le regard sur l'enfant dans diverses cultures*. Amiens, Editions Licorne Paris, Collection Villes Plurielles.
- JAFFRE Y. et OLIVIER DE SARDAN J. P., 2003. *Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris, APAD-Karthala, Collection Hommes et sociétés.
- JANZEN J.M., 1995. *La quête de la thérapie au Bas-Zaïre*. Paris, Karthala.
- KALIS S., 1997. *Médecine traditionnelle, religion et divination chez les Seereer Siin du Sénégal. La connaissance de la nuit*. Paris/Montréal, L'Harmattan.
- MAKITA-IKOUAYA E., MILLELIRI J. M. et RUDANT J. R., 2010. « Place de la médecine traditionnelle dans le système de soins des villes d'Afrique Subsaharienne : le cas de Libreville au Gabon », *Cahiers santé*. 20(4) : 179-188.
- MARIE A., VUARIN R., LEIMDORFER F, WERNER J. F., TIEKOURA A. et GERARD E., 1997. *L'Afrique des Individus*. Paris, Karthala.
- M'BOUKOU S., 2007. « Trajectoires du soin en Afrique », Le Portique (Soin et éducation, II), *Contextes*, [en ligne], <http://leportique.revues.org/index944.html> (page consultée le 24/05/2009).
- NDIAYE A. I., 2008. « Dakar et ses étrangers : construction politique et sociale de la cohabitation communautaire », In DIOP M.C (dir), *Le Sénégal des Migrations : mobilités, identités et sociétés*. Paris, Karthala, ONU-Habitat/CREPOS : 409-432.
- NDIAYE L., 2009. *Parenté et mort chez les Wolofs : traditions et modernité au Sénégal*. Paris, l'Harmattan.
- NIANG A. 2002. « Médecine traditionnelle en milieu urbain : l'expérience de l'hôpital traditionnel de Keur Massar », *Annales de la Faculté des Lettres et Sciences Humaines*, numéro spécial « Mélanges offerts en hommage au Professeur Cheikh Bâ », Tome 1 : 365-378.
- OSMOND T., 2008. « Saltigi de la région sine du Sénégal : reconstructions identitaires et instrumentalisation politiques », *RAHIA*. 27.
- OUEDRAOGO D., 2002. « Migrations circulaires et enjeux identitaires en Afrique de l'Ouest », *Les Cahiers du Gres*, 3(1) : 7-23.

- RIDDE V., 2007, *Équité et mise en œuvre des politiques de santé au Burkina Faso*. Paris, Harmattan.
- ROBIN N., 2007, « L'émigration internationale à Dakar : au cœur des nouveaux trafics mondiaux », *La mondialisation côté Sud*. Paris, IRD : 143-162.
- SALEM G., 1998. *La santé dans la ville ; Géographie d'un petit espace dense : Pikine (Sénégal)*. Paris, Karthala/ORSTOM.
- SALEM G. et FOURNET F., 2003. « Villes Africaines et Santé. Conférence Introductive 6ème congrès international francophone de médecine tropicale "Santé et urbanisation en Afrique"(Dakar, octobre 2001) » *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, 96(3) : 145-148.
- SALEM G. et JANNEE E., 1989. *Urbanisation et santé dans le Tiers-Monde : transition épidémiologique, changement social et soins de santé primaires*. Paris, ORSTOM.
- SCHMITZ O., 2006. *Soigner par l'invisible : enquête sur les guérisseurs d'aujourd'hui*. Paris, Imago Editions.
- SIMON E., 2003, « Une exportation du New Age en Afrique ? » *Cahiers d'études africaines*. 172 : 883-898.
- TABUTIN D., 2000. La ville et l'urbanisation dans les théories du changement démographique. Documents de Travail 6 UCL.
- THE GLOBAL COMMISSION ON INTERNATIONAL MIGRATION, 2005. *Migration in an interconnected world : New directions for actions*. Genève.
- WAITZENEGGER-LALOU F., 2002, « Femmes entre ville et campagne : influences et contraintes aux changements sanitaires (Niakhar, Sénégal) ». Thèse de Doctorat, Département de Démographie, Université de Montréal.

---

## Notes

- 1 L'UEMOA s'étend sur 3 509 610 km<sup>2</sup> et regroupe 8 États. La CEDEAO couvre 7 800 000 km<sup>2</sup>.
- 2 La transnationalité est un processus de construction et de reconstitution d'un espace social qui dépasse le cadre d'un pays ou d'une nation. Cette notion est liée au phénomène de la mondialisation et a été étudiée dans le champ économique. Dans un contexte de renforcement de la circulation des biens et des personnes dans de grands ensembles socio-politiques, ce concept a été pris en compte dans l'analyse des phénomènes identitaires. Il s'agit d'un processus par lequel les personnes, les organisations et les institutions de différents États membres circulent, échangent des solidarités, des idées, des solutions aux problèmes. Il a pour particularité de créer un ensemble de nouveaux systèmes et de nouvelles activités et pratiques qui dépassent le cadre d'un seul pays. Pour appréhender ce phénomène, les sciences sociales ont fait référence au « réseau », défini comme une organisation sociale, composée d'individus ou de groupes, dont la dynamique vise à la perpétuation, à la consolidation et à la progression des activités de ses membres dans une ou plusieurs sphères sociopolitiques.
- 3 Ces pays ont été des directions privilégiées des mouvements de migration en raison des différentiels qu'ils ont offerts au plan économique et en matière d'éducation et de formation, de droits politiques et sociaux.
- 4 La croissance de l'économie du cacao et du café a eu des effets sur les petits métiers et a attiré de nombreux Africains.
- 5 Ce pays a connu, avec sa manne pétrolière, l'arrivée de migrants du Ghana, Niger, Togo, Bénin et Sénégal.
- 6 Il a accueilli des citoyens des pays voisins (Guinée, Cap Vert, Mauritanie, Bénin) du fait de la vitalité des échanges commerciaux et du marché de l'arachide.
- 7 Le Nigéria est entré dans une récession économique au milieu des années 1980 qui a conduit à des expulsions de centaines de milliers d'Africains de l'Ouest. La Côte d'Ivoire a connu une crise économique et politique qui a entraîné des retours forcés de populations étrangères. Bien que de nombreux étrangers y résident (26%), ce pays présente un solde migratoire négatif (-0,9%) et devient aussi un pays d'émigration vers le Sénégal, le Togo et le Niger. Les derniers événements ont conduit à une émigration

importante dont le caractère provisoire ou définitif ne peut être estimé.

8 La *Global Commission on International Migration* (GCIM, 2005) a révélé que, depuis 2000, la plupart des médecins et infirmiers formés en Afrique exerce à l'étranger. En Zambie, 50 des 600 docteurs en médecine continuent d'y travailler ; au Zimbabwe, plus de 80 % des médecins, infirmiers travaillent en Grande-Bretagne, Nouvelle-Zélande, Canada et USA.

9 Nous notons aussi une expansion des églises pentecôtistes, dans un pays fortement islamisé. Elles ont réhabilité des salles de cinéma désaffectées et de vieux hangars et attirent les populations, toutes religions confondues (Simon, 2003.)

10 Le dernier Recensement de la Population et de l'Habitat (RGPH, ANSD 2006) précise que 78,82% des étrangers résidant au Sénégal habitent à Dakar, dont 68,24% viennent de l'Afrique de l'Ouest.

11 Ce phénomène, propagé depuis juillet 1997, de manière cyclique, a conduit à des scènes de lynchage et de mise à mort.

12 Cette étude a été menée pour OXFAM par des chercheurs de la FLSH (UCAD), à partir de la recension des données et d'entretiens. Chaque thème a été étudié par un groupe pluridisciplinaire de chercheurs universitaires.

13 Nos travaux antérieurs sur les guérisseurs sénégalais n'ont pas bénéficié des mêmes facilités, ces derniers étant réticents à nous accepter dans leurs espaces d'exercice de l'activité, du fait de leur volonté de protéger « leurs savoirs ».

14 Le même constat est fait par Makita-Ikouaya (2010) au Gabon où sur 228 guérisseurs recensés, 113 seraient des étrangers.

15 D'ailleurs, on ne connaît pas non plus le nombre de tradithérapeutes dans le pays, qui va certainement au-delà des 500 recensés par l'Association pour la Promotion de la Médecine Traditionnelle PROMETRA.

16 Par exemple, la Radio Télévision Sénégalaise (RTS) a fait passer, durant un certain temps, un reportage portant sur un guérisseur habitant Guédiawaye que nous avons interrogé.

17 Les prénoms que nous utilisons pour présenter les tradithérapeutes sont des pseudonymes pour rendre la lecture plus simple, surtout lorsque nous procédons à des comparaisons entre eux.

18 Cette marche a été initiée à l'occasion de la célébration de la Deuxième Journée Africaine de la Médecine Traditionnelle.

19 Nous n'avons pas trouvé une définition étymologique en sereer, mais l'ONG PROMETRA traduit ce terme par « tout ce qu'il faut et qui convient ».

20 E. Simon (2003 : 886) rapporte que la « Fondation Ford est une organisation internationale d'origine américaine [...] la Fondation Ford USA alloue 100 000 dollars à PROMETRA pour "Advance the role of traditional medicine practitioners in addressing the HIV/AIDS epidemic" ».

21 Par exemple, en janvier 2009, elle a organisé (avec l'UNICEF et le PNUD) une formation de 40 guérisseurs aux concepts de santé de la reproduction.

22 C'est dans cet esprit d'ailleurs que le Centre Malango a été présenté comme un modèle de coopération médecins/tradipraticiens. Cependant, cette coopération est plus à l'avantage de la biomédecine.

23 La création du RE.JO.ME.TRA (Réseau de journalistes en médecine traditionnelle) s'inscrit dans cette orientation.

24 Une telle attitude a commencé par les guérisseurs de l'hôpital traditionnel de Kër Massar. Créé en 1980, à 30 km de Dakar, cet établissement, dirigé par Yvette Parès, dispense ses soins sur la base de la pharmacopée africaine.

25 Dans une interview du Quotidien *Le Soleil*, A.B.N, présidente de PROMETRA Sénégal, affirme que « [...] le secteur est investi, depuis quelque temps, par des charlatans qui ont été chassés de leurs pays respectifs à cause de leurs pratiques néfastes à la santé publique. »

26 Depuis 2002, un projet de loi a été transmis à l'Assemblée nationale. Par la suite, le Président Wade a multiplié les gestes de sympathie à l'égard de la médecine traditionnelle (en particulier les guérisseurs de PROMETRA). Récemment, il a donné des instructions aux ministères de la santé et de la culture pour la réorganisation du

secteur. Mais rien n'est fait.

27 Les Sénégalais ont eu l'habitude de se déplacer vers ces pays limitrophes à la rencontre des tradithérapeutes de renommée.

28 Projet de classement au patrimoine immatériel mondial des séances de voyance *xooy* et des figures du savoir traditionnel *saltigi*, déposé à l'Unesco en 2005 par le Ministère de la Culture et du Patrimoine Classé, avec Prometra (Osmond, 2008).

29 Mboukou parle du Nganga-Nkisi, un acteur qui propose, comme le tradithérapeute des services pour prendre en charge le malheur, malchance ou maladie. Il s'auto-légitime et prospère en contexte de crise et de déliquescence des structures.

---

### ***Pour citer cet article***

#### *Référence électronique*

Sylvain Landry Faye, « Quand les tradithérapeutes ouest-africains soignent l'infertilité conjugale à Dakar (Sénégal) : recompositions et dynamiques entrepreneuriales », *Anthropologie et santé* [En ligne], 3 | 2011, mis en ligne le 28 novembre 2011, consulté le 08 décembre 2011. URL : <http://anthropologiesante.revues.org/755>

---

### ***Auteur***

#### **Sylvain Landry Faye**

Socio-anthropologue, Enseignant Chercheur, Département de Sociologie FLSH, UCAD, BP 5005 DAKAR FANN SENEGAL, [fayesylvain@yahoo.fr](mailto:fayesylvain@yahoo.fr) et [sylvain.faye@ucad.edu.sn](mailto:sylvain.faye@ucad.edu.sn)

---

### ***Droits d'auteur***

© Tous droits réservés