

Jambihuasi: une tentative d'intégration de deux pratiques médicales à Otavalo, Equateur¹

Yvan DROZ

Institut de sociologie, Université de Berne (Suisse)

Résumé

A la fin des années quatre-vingt, une organisation indigéniste équatorienne a tenté de faire coopérer deux pratiques médicales (occidentale et indienne) en réunissant des spécialistes issus d'univers médicaux différents. L'histoire, les buts et les réalisations de ce dispensaire, puis les problèmes particuliers qu'il a affrontés sont présentés. L'auteur esquisse deux conceptions de la maladie – l'une indienne et l'autre occidentale – afin de montrer pourquoi et à quelles conditions les formes thérapeutiques qui se rattachent à chacune d'elles gardent leur pertinence au sein d'une même institution.

Faire coopérer deux médecines dont l'origine et le développement sont différents est une gageure. C'est pourtant ce qu'a tenté de faire une organisation indigéniste équatorienne en réunissant, au sein d'une même institution, des spécialistes issus d'univers médicaux différents. L'histoire, les buts et les réalisations de cette institution, puis les problèmes particuliers qu'elle a affrontés seront au cœur de ce texte. Cet exemple concret permet de replacer la problématique du «développement» dans une pratique concrète. Nous terminerons en décrivant rapidement deux conceptions de la maladie – l'une indienne et l'autre occidentale – pour montrer pourquoi et à quelles conditions les formes thérapeutiques qui se rattachent à chacune d'elles gardent leur pertinence. Lors de notre séjour à Otavalo et Cotacachi, en Equateur (novembre 1986 à avril 1987), nous nous sommes entretenus avec tous les membres du *Jambihuasi*² (médecin, dentiste, thérapeute traditionnel et deux secrétaires), mais également avec un médecin qui avait travaillé dans l'institution pendant six mois³.

Parmi les bailleurs de fonds du *Jambihuasi*, seules deux organisations non gouvernementales (ONG) étaient disposées à nous accorder un entretien. En outre, l'organisation indigéniste *INRUJTA-FICI*⁴ nous ayant refusé sa collaboration – sans nous interdire de travailler sur place – nous ne pourrions présenter ici le point de vue de sa direction sur la question de la médecine. Nous tenterons de combler cette lacune en nous appuyant sur les déclarations des secrétaires du *Jambihuasi*, représentants de l'organisation indigéniste au sein de cette institution, et sur le contenu de deux numéros d'un périodique publié par l'*INRUJTA-FICI* (*Yuyarishun* 0 et 1).

Histoire du Jambihuasi

Dans le cadre de son groupe de la Santé, l'*INRUJTA-FICI* a fondé le *Jambihuasi* à l'instigation d'un médecin indien originaire de la région. Un projet a été élaboré et des soutiens financiers obtenus auprès de deux organisations non gouvernementales (britannique et canadienne). Ces fonds devaient permettre la mise sur pied de l'institution (location du local, rémunération du personnel médical; achat de médicaments, de matériel médical et d'un véhicule). Quelques mois plus tard, une ONG suisse a accepté de financer une partie du projet mais se retire peu après. De plus, une ONG nord-américaine et une allemande ont vraisemblablement participé au financement de cette institution.

La lenteur dans l'octroi des fonds, après qu'ils aient été accordés, a incité le médecin indien à prêter une importante somme d'argent à l'*INRUJTA-FICI* afin que le *Jambihuasi* puisse commencer à fonctionner. L'inauguration a eu lieu le 4 août 1985. L'équipe médicale était alors composée du médecin, d'une dentiste, d'une infirmière⁵ et d'un thérapeute traditionnel; un second médecin la rejoint deux mois plus tard. Outre son travail au *Jambihuasi* d'Otavalo, cette équipe, s'est déplacée – à bord du véhicule – dans quelques communautés d'altitude⁶ des environs,

¹ Cet article, écrit début 1988, a vu sa publication retardée par les reports successifs d'une revue défunte.

² Du quichua *jambi* (remède, soin) et *huasi* (maison): maison des remèdes ou dispensaire.

³ Les entretiens ont eu lieu dans le bureau de nos interlocuteurs au *Jambihuasi*; mis à part celui d'un des secrétaires qui nous a accueillis à son domicile. Nous avons rencontré à son domicile le médecin qui assura l'intérim médical après le départ du médecin indien à Quito.

⁴ *Inbabura Runacunapac Jatun Tantanacui – Federación Indígena Y Campesina De Imbabura*: Fédération indienne et paysanne d'Imbabura, en quichua et en espagnol. Cette organisation appartient à ECUARRUNARI, association équatorienne des fédérations indiennes. En dépit de ses prétentions provinciales, elle ne couvre en fait que certaines régions de la province d'Imbabura (environ septante communautés). D'autres organisations indiennes s'opposent à l'*INRUJTA-FICI* dans cette même province.

⁵ L'infirmière a quitté l'institution peu de temps après pour des raisons familiales et aucune remplaçante n'a été engagée.

⁶ Communautés situées dans des régions retirées, difficiles d'accès (zones de refuge) qui conservent une organisation sociale «traditionnelle» grâce à leur maintien à l'écart des haciendas.

proposant des soins sur place grâce à un matériel portatif. Le principal inspirateur – le médecin indien – avait l'ambition de développer, en collaboration avec le Ministère de la Santé et les hôpitaux de la région (Otavalo et Ibarra), un système médical autonome, géré par les indiens eux-mêmes. De son côté, l'*INRUJTA-FICI* concevait le *Jambihuasi* comme un exemple de médecine différente de celle proposée par le Ministère de la Santé – tant sur le plan humain (respect du patient) que sur le plan économique (prix et mode de paiement) –. L'organisation indigéniste a refusé de se rallier à la conception du médecin indien, bien que les projets de celui-ci correspondaient à la définition du *Jambihuasi* présentée dans le périodique de l'organisation indigéniste (*Yuyari-shun* 0: 8). Ces positions opposées ont provoqué quelques tensions qui se sont envenimées face aux velléités d'indépendance dont faisait preuve le fondateur de l'institution: les dirigeants de l'organisation indigéniste lui ont reproché de vouloir constituer le *Jambihuasi* en institution autonome. A cette accusation s'est ajoutée la critique de son «ambition» à jouer le rôle de l'Etat dans le domaine de la Santé, i.e. proposer un système de soins qui puisse régler les problèmes médicaux de l'ensemble de la population indienne, ce que l'*INRUJTA-FICI* excluait.

Ces difficultés proviennent de deux conceptions différentes des activités de développement en faveur des Indiens. La première, celle de l'*INRUJTA-FICI*, conçoit le *Jambihuasi* comme un élément qui s'intègre dans une stratégie de lutte politique visant à améliorer le statut et les conditions matérielles dans lesquelles vivent les Indiens. Ce projet cherche à transformer l'action de l'Etat équatorien. Il est alors hors de propos de mettre en place un système de Santé complémentaire à celui du gouvernement, même s'il est «politiquement correct» de présenter un exemple d'action concrète. La seconde, celle du médecin indien, consistait en une action pragmatique tendant à transformer les conditions matérielles et sociales qui déterminent le rapport des Indiens à la médecine occidentale et traditionnelle. Les conflits ont rapidement dégénéré pour se concrétiser par la fermeture du *Jambihuasi* à l'instigation du médecin indien. Cette mesure était destinée à faire pression sur l'organisation indigéniste pour obtenir ainsi le remboursement du prêt qu'il lui avait accordé. Ce médecin, marié à une étrangère, s'était décidé à émigrer pour se spécialiser. Il a confisqué le matériel médical et condamné les entrées du local jusqu'à ce qu'il obtienne gain de cause (de décembre 1985 à janvier 1986).

Les tournées dans les communautés ont cessé dès le début du conflit et n'ont repris qu'à un rythme réduit (une seule par semaine). L'abandon de cette prestation s'ajoutant à la fermeture soudaine du *Jambihuasi*, a terni la réputation de l'institution. Des communautés anciennement desservies ont formulé des reproches quant à l'inconstance des services.

Peu avant ces événements, le second médecin avait donné sa démission. Il a cependant accepté d'assurer l'intérim médical jusqu'à l'arrivée de son successeur. Cette situation a perduré jusqu'au mois d'avril 1986, moment où l'*INRUJTA-FICI* a engagé un médecin remplaçant. Peu psychologue et brutal,

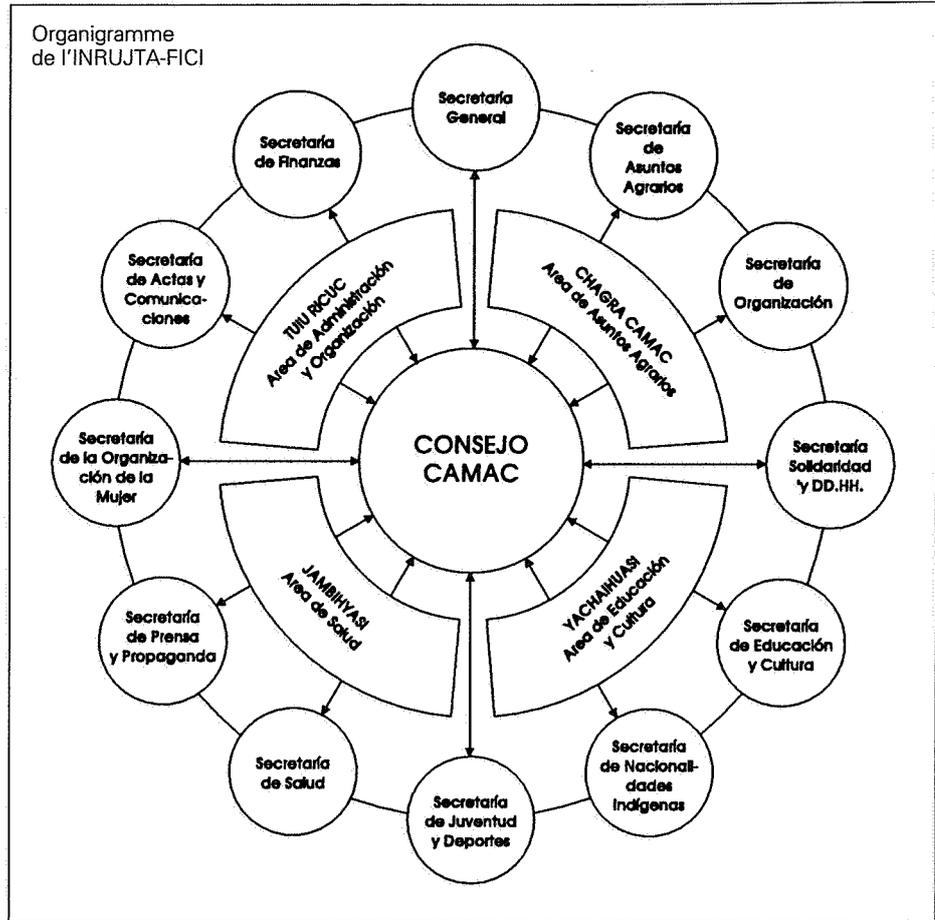
ce dernier n'a pas amélioré la réputation de l'institution: le nombre de patients a continué de chuter. Six mois plus tard, ce médecin a quitté le *Jambihuasi*. La dentiste a alors exercé aussi bien qu'elle le pût la fonction médicale pendant les deux mois qui ont suivi. Finalement, à la mi-novembre, un autre médecin a été engagé (le quatrième en l'espace de seize mois).

Pendant cette période trouble, le *Jambihuasi* a accueilli une dentiste suédoise volontaire à la fin de l'année 1985. Elle y a travaillé avant de rentrer en Suède. Une autre volontaire de même nationalité, infirmière de profession est arrivée en décembre 1986 mais n'a commencé à pratiquer dans l'institution qu'au mois de mars 1987. Des problèmes d'intendance expliquent cette période d'inactivité: l'organisation indigéniste n'ayant pas préparé son arrivée, trois mois ont été nécessaires pour lui trouver un appartement et l'intégrer à l'équipe médicale. Celle-ci, enfin complète, un nouveau groupe de communautés a été inclus dans les tournées bihebdomadaires.

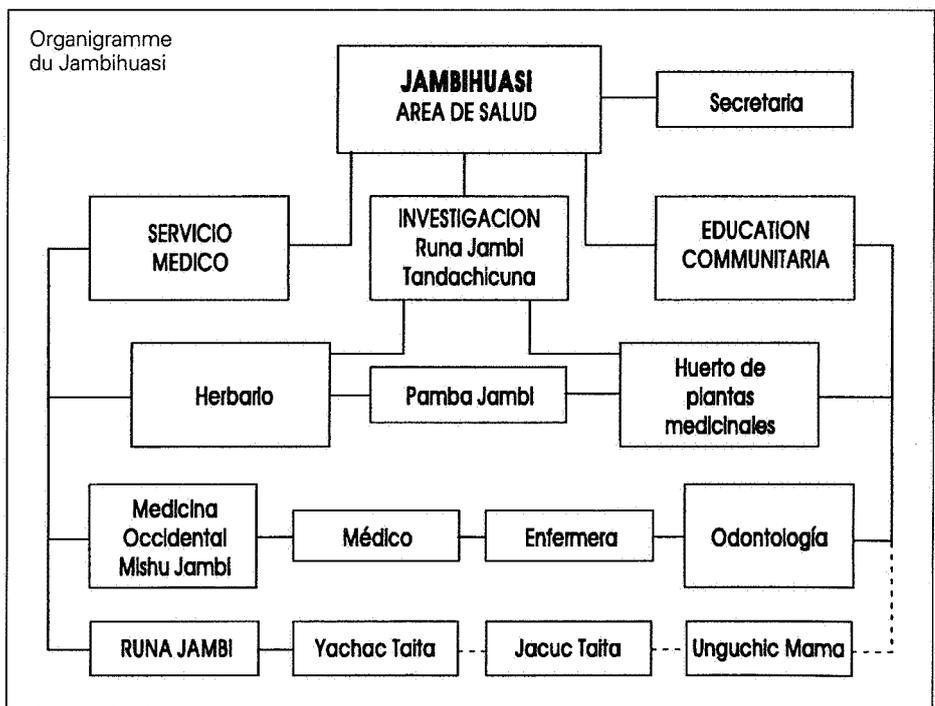
Tous les membres du *Jambihuasi* sont employés à mi-temps et consacrent le reste de leur temps de travail à des occupations plus lucratives (cabinet particulier par exemple). Ce sont elles qui leur permettent de gagner leur vie car le salaire versé par l'institution – appelé «rémunération pour les transports» – est insuffisant. Un médecin, dépourvu de cabinet particulier, s'est vu contraint de démissionner pour des raisons financières. Le médecin indien avait commencé à créer des locaux destinés à faciliter l'exercice de la médecine dans deux communautés d'altitude. Dans cette perspective, un second médecin était censé parcourir les communautés, travaillant une journée par semaine dans chacun des locaux. Ce projet –correspondant aux buts définis par l'*INRUJTA-FICI* – a été abandonné après le départ de son inspirateur. Un programme de création de jardins de plantes médicinales a subi le même sort après que son responsable aie émigré en Europe... Dans les deux cas, les projets ont disparu avec leur inspirateur. Cependant, la cueillette de plantes médicinales se poursuit actuellement grâce au *yachac taita*⁷ et aux secrétaires de l'organisation indigéniste. Ainsi, une herboristerie est en formation à l'intérieur des locaux du *Jambihuasi* dans le but de diminuer les frais encourus par les patients lors de l'achat de médicaments en pharmacie. En effet, le médecin tentait de remplacer les médicaments occidentaux par des plantes médicinales indigènes, proposant ainsi une médecine à la portée des Indiens. En outre, une pharmacie biomédicale a été mise en service au *Jambihuasi*: elle vend les principaux médicaments à des prix s'élevant au tiers de ceux pratiqués dans le commerce grâce à l'achat de médicaments génériques auprès du Ministère de la Santé.

⁷ Expression quichua qui désigne les thérapeutes traditionnels les plus qualifiés dans la hiérarchie du système de santé non formel (Droz 1988b; SANCHEZ-PARGA/PINEDA 1985).

Figure 1



Source: YUYARISHUN O



Source: YUYARISHUN O

Discours et pratiques

L'organisation indigéniste présente ainsi les buts du *Jambihuasi*: «Sus funciones son las de: brindar servicio médico occidental-indígena en comunidades y en el *Jambihuasi* central de Otavalo. Realizar cursos, charlas, impresos sobre educación para la salud. Buscar mecanismos y formas de capacitar promotores quichuas en medicina indígena-occidental. Incentivar a que en las comunidades los *Jambihuasi* y *Pamba Jambi* (huertos de plantas medicinales). Investigar y recopilar la medicina indígena que se esta perdiendo, para luego publicarla.» (INRUJTA-FICI 1986: 8)⁸. L'organisation du *Jambihuasi* est conçue dans ce dessein selon la figure 1.

Qu'en est-il en réalité ?

L'histoire du *Jambihuasi* nous fait pressentir que tous les objectifs n'ont pas été atteints et que la constitution de l'institution n'est pas achevée. En effet, la recherche afférente aux pratiques thérapeutiques indiennes n'a pas abouti: entreprise lors des visites dans certaines communautés, elle a été abandonnée à la demande de la direction de l'INRUJTA-FICI, laquelle désire que l'ensemble de la collecte de données – concernant également d'autres domaines que la Santé proprement dite – soit effectué simultanément. Or les autres groupes de l'organisation censés y participer n'étaient toujours pas prêts à commencer cette enquête. L'herboristerie est en voie de réalisation alors que les jardins de plantes médicinales ont disparu. Par contre, une pharmacie – qui n'était pas prévue dans le projet – fonctionne depuis le début de l'année 1987. L'équipe de médecine occidentale est à présent complète (médecin, dentiste et infirmière), mais l'équipe de médecine traditionnelle n'est toujours composée que du *yachac taita*, les autres membres prévus (*fregador* et *partera*)⁹ qui devraient travailler à leur domicile ou à celui des patients, n'ont pas été engagés.

Parmi les autres objectifs définis par l'INRUJTA-FICI (service médical; éducation et échanges portants sur la médecine; «sauvetage» des pratiques thérapeutiques indiennes), seul le premier a été partiellement rempli. Le deuxième n'a été qu'ébauché par un congrès sur la médecine traditionnelle organisé par l'INRUJTA-FICI. Il a connu un vif succès auprès de diverses organisations gouvernementales, populaires et privées. Une réunion de *yachac taita* de la région s'est tenue au *Jambihuasi* dans le but d'échanger des connaissances et de partager des expériences personnelles. Les recommandations faites aux patients par les membres de l'équipe médicale peuvent être comprises comme un timide début d'éducation sanitaire; mais la collecte de pratiques thérapeutiques indiennes restait en gestation.

Cette critique des vingt premiers mois d'existence du *Jambihuasi* ne doit pas effacer les aspects positifs de cette institution. Tout d'abord, l'existence même du *Jambihuasi* était une contribution importante à la résolution des difficultés de la Santé. Malgré ses vicissitudes, cet organisme a pu apporter des soins à un grand nombre d'Indiens et de Métis

et a su présenter une alternative à la médecine officielle, trop souvent associée à des prix élevés et à des mauvais traitements à l'égard des Indiens¹⁰. Ces pratiques constituent d'ailleurs une des motivations qui incitent les membres de l'équipe de médecine occidentale à exercer au *Jambihuasi*. En dépit de la volonté de l'INRUJTA-FICI de ne pas se substituer à l'Etat, le projet du *Jambihuasi* reste ambitieux et plus de vingt mois seront nécessaire à sa mise en place puis à l'acquisition d'une expérience pratique qui permette un fonctionnement adéquat.

La tentative de faire collaborer médecine occidentale et indienne est un autre aspect novateur du projet, comme l'est sa gestion par une organisation indigéniste. Ceci constitue un exemple d'autogestion indigéniste de la problématique de la Santé. De plus, la forme de financement est originale. Les patients s'affilient pour une somme modique au *Jambihuasi*, ce qui leur donne droit à un nombre illimité de consultations pendant un mois. Cette prestation ne concerne pas seulement l'affilié, mais également toute sa famille proche. Ce sont les unités familiales qui deviennent membres du *Jambihuasi* et selon les secrétaires, cette part du financement devrait atteindre à moyen terme un peu plus de 50% du budget du *Jambihuasi*.

L'aspect familial de l'affiliation pourrait correspondre à la conception indienne de la maladie: l'individu malade n'est pas seul en cause, tout son environnement familial et communautaire fait partie de l'univers de la maladie. C'est donc cet ensemble qui sera pris en considération pour le traitement.

Problèmes particuliers

Le *Jambihuasi* se trouve confrontée à plusieurs problèmes de relations publiques. Seuls les Indiens qui habitent en ville ou dans les communautés qui ont été touchées par l'équipe médicale connaissent son existence. Même les Métis qui vivent dans le quartier où se situent les locaux du *Jambihuasi*, ignorent le plus souvent ce que recouvre cette appellation quichua: l'institution manque donc de publicité.

⁸ «Ses fonctions sont d'apporter un service médical occidental-indien dans les communautés et au *Jambihuasi* central d'Otavalo, réaliser des cours, des discussions et des imprimés sur l'éducation sanitaire, chercher les moyens et le manière de former les promoteurs de médecine indienne-occidentale quichua. D'inciter à la construction de dispensaires puis à la constitution de jardins de plantes médicinales dans les communautés. De rechercher et de collecter les pratiques de médecine indienne qui se perdent afin de les publier plus tard.» La qualité de l'espagnol reflète la maîtrise de la langue que possède le rédacteur de ce texte; il est intéressant de noter que l'INRUJTA-FICI publie un périodique destiné aux Indiens, en espagnol...

⁹ *Fregador*, masseur en espagnol. *Partera*, accoucheuse en espagnol.

¹⁰ Le racisme soit encore virulent en milieu hospitalier, le personnel ne s'occupe des Indiens ou des Métis pauvres qu'après avoir traité les autres patients.

Le médecin actuel, suivant en cela l'exemple donné par le médecin indien, se charge de promouvoir le *Jambihuasi*. Il fait passer des annonces à la radio locale quichua. Cette information radiophonique affirme l'existence et la réouverture de l'institution. Elle souligne la nouvelle composition de l'équipe médicale occidentale – en précisant la présence d'un nouveau médecin afin de favoriser le retour de patients disparus en raison des mauvais traitements infligés par le dernier spécialiste. Les médecins, installés dans la province, ne font aucun cas du *Jambihuasi*, ou au mieux, comme cela se produit avec les hôpitaux, collaborent épisodiquement avec lui.

Après une période difficile, où un procès pour exercice illégal de la médecine a été évité grâce aux efforts du médecin indien, le *Jambihuasi* a gagné, par ses activités – en particulier l'organisation du congrès sur la médecine traditionnelle – une certaine reconnaissance officielle de l'Etat équatorien. Les relations interpersonnelles à l'intérieur de l'institution semblaient bonnes: aucun conflit n'a éclaté depuis le départ du médecin indien. Toutefois, la collaboration entre le *yachac taita* et la dentiste est inexistante au niveau professionnel. Celle-ci explique cette absence par une différence dans le champ d'application de leur savoir respectif¹¹. En revanche, la coopération est bonne entre le *yachac taita* et le médecin ou entre celui-ci et la dentiste. Une véritable complémentarité s'est ainsi instaurée: transfert de patients selon les maladies dont ils sont atteints (*de Dios* ou *del campo*, voir plus bas), échange d'informations sur les traitements en cours, etc.

Du point de vue financier, un manque chronique de fonds se fait sentir. Lors de nos entretiens avec les secrétaires de l'organisation, de fréquentes demandes d'interventions pour obtenir des fonds ont été formulées, tant auprès d'ONG suisses que du gouvernement helvétique.

Pourtant, la gestion financière de l'*INRUJTA-FICI* a profondément déplu à certains bailleurs de fonds. En effet, l'argent destiné au *Jambihuasi* a servi à financer d'autres activités de l'organisation indigéniste, en particulier son fonctionnement interne... Cette attitude a conduit certaines ONG à se retirer de tous les projets de l'*INRUJTA-FICI* en signe de mécontentement alors que d'autres ont exigé – et obtenu – que les fonds octroyés soient gérés par une fiduciaire de Quito: la gestion de la manne internationale a ainsi été retirée à l'organisation. Remarquons que cette gestion «douteuse» pourrait être considérée comme une stratégie de résistance: les projets concernant la santé reçoivent plus facilement des fonds de la part d'ONG que ceux destinés à assurer le fonctionnement administratif d'une organisation indienne. L'*INRUJTA-FICI* a probablement considéré que son propre fonctionnement était plus important qu'un projet de «développement» puisqu'il concerne sa survie immédiate. Cette organisation a pu créer ainsi des projets propres à séduire la conception occidentale du «développement» pour recevoir des fonds destinés – par la suite – à d'autres projets (participation à des colloques indigénistes par exemple). Cette stratégie – une fois éventée – a fait long feu puisqu'elle a perdu la gestion de la manne internationale.

L'intervention dans les communautés imposait l'achat d'un véhicule d'occasion. Or, celui-ci a connu de multiples problèmes mécaniques qui ont encore diminué l'effet de l'équipe médicale sur les communautés d'altitude. Cette voiture, propriété du *Jambihuasi*, était et est toujours utilisée par des membres de l'*INRUJTA-FICI*, étrangers au *Jambihuasi*; ceux-ci, mauvais conducteurs, seraient les responsables de plusieurs accidents...

Cette «indistinction» entre les biens du *Jambihuasi* et de l'*INRUJTA-FICI* peut se comprendre comme l'expression d'une conception communautaire de la propriété sous-jacente à l'organisation indigéniste: ses biens seraient gérés comme le sont certains biens collectifs des communautés indiennes. Mais elle peut également être l'expression d'une «politique du ventre» (BAYART 1989) pratiquée par les responsables indigéniste.

La langue constitue un problème majeur du *Jambihuasi*: aucun des membres de l'équipe médicale occidentale ne parle quichua. Dans une institution destinée en premier lieu à des Indiens, c'est un handicap certain! Souvent, lorsque des patients indiens viennent de communautés retirées, ils ne parlent pas ou peu l'espagnol. Dans le cas d'une consultation médicale ou dentaire, un des secrétaires ou le *yachac taita* fait alors fonction d'interprète. La langue approfondit le fossé qui existe entre la médecine occidentale et la médecine traditionnelle, car elle réalise – en l'inscrivant dans l'interaction – la césure entre ces deux univers. Les secrétaires recherchent en vain depuis le départ du médecin indien des spécialistes en médecine occidentale qui maîtrisent le quichua. Ceci rapprocherait le *Jambihuasi* de la population indienne et lui permettrait – peut-être – de sortir de l'anonymat où il se trouve. Pourtant, la présence d'interprètes indiens constitue déjà un progrès considérable par rapport à la situation courante dans laquelle se trouve l'Indien qui consulte un médecin. Il ne peut communiquer avec lui si ce n'est dans un mélange de quichua et d'espagnol qui ne permet qu'une compréhension approximative. La précision du diagnostic est bien évidemment aussi fonction du succès de la communication entre les protagonistes. Pour les Indiens, la langue est ainsi une des causes de l'inefficacité relative des soins proposés par la médecine occidentale.

L'étude des «statistiques de fréquentation» de chacun des membres de l'équipe médicale révèle une autre difficulté: la sous-utilisation chronique des capacités thérapeutiques du *Jambihuasi*. Le médecin et le *yachac taita* reçoivent chacun un à deux patients par demi-journée alors que la dentiste traite deux patients par demi-journée¹².

¹¹ Il est probable que le *yachac taita* ait une connaissance odontologique; en effet, il existe un système odontologique non formel (FLORES 1982). Une collaboration dans ce domaine pourrait donc être mise sur pied avec un autre spécialiste traditionnel.

¹² Ces chiffres sont des moyennes calculées sur l'affluence de patients pendant trois mois (décembre 1986, janvier et février 1987).

Pourquoi enregistre-t-on une fréquentation aussi basse alors que la couverture médicale est considérée comme insuffisante ?

Une première réponse peut être cherchée du côté des relations publiques: comme nous l'avons mentionné, peu d'Indiens connaissent l'existence du *Jambihuasi*. Pourtant, après vingt mois d'existence et le support d'une organisation indigéniste à prétention provinciale, on aurait pu espérer une meilleure connaissance de ce projet parmi la population. Il semble que l'*INRUJTA-FICI* n'effectue qu'une promotion discrète des services du *Jambihuasi*, laissant à celui-ci la tâche de faire sa propre publicité¹³. Nous retrouvons ici la place que l'organisation indigéniste accorde au *Jambihuasi*: celui-ci n'est qu'un exemple de réalisation concrète, utile dans le cadre d'une action politique ou pour obtenir des fonds auprès des ONG.

Par ailleurs, il est possible que l'appartenance de cette institution à l'*INRUJTA-FICI* l'ait desservi: cette dernière a suscité une opposition nombreuse parmi les communautés indiennes de la province d'Imbabura. Son image s'est trouvée discréditée par un engagement politique dans lequel les communautés ne voyaient pas le prolongement de leurs propres préoccupations. En effet, les communautés attendent d'une organisation indigéniste non pas une action politique au niveau national, mais plutôt une attention particulière aux difficultés quotidiennes (problèmes liés à la terre, manque d'eau courante, absence d'électricité, etc.).

La question de la sous-utilisation des services du *Jambihuasi* prend une autre dimension si nous nous intéressons au système formel de la Santé¹⁴. Des constatations paradoxales surgissent de son étude: une mauvaise couverture médicale de l'ensemble de la population s'accompagne d'une pléthore de médecins. Des médecins sans travail sont le pendant d'une carence d'infirmiers et de personnel intermédiaire alors qu'un manque de lits d'hôpitaux – 0,94 à 1,84 pour mille (COLOMA 1986: 67) – correspond à une sous-utilisation de ces mêmes lits, tout au moins en ce qui concerne les régions rurales. Cette dernière observation nous intéressera plus particulièrement car la sous-utilisation avoisine les 50% des lits. Il semble donc que le *Jambihuasi* souffre du même mal que l'ensemble du système formel équatorien attaché au secteur rural.

Médecine occidentale et médecine traditionnelle

«Les Indiens n'entrent à l'hôpital que pour y mourir». Cette affirmation brutale traduit une opinion courante parmi la population indienne... qui se révèle trop souvent exacte. Les mauvais traitements auxquels sont soumis les Indiens par le personnel hospitalier renforcent la conception négative qu'ils ont du système de Santé formel.

De surcroît, ils ont souvent l'impression que le médecin ne soigne pas. En effet, pendant la consultation, ce dernier ausculte, interroge et prescrit des médicaments censés accomplir la thérapie; le médecin n'agit pas sur le malade, il ne lutte pas avec la maladie, il ne prodigue pas de conseils moraux

propres à régler la vie du malade¹⁵. Le reproche des Indiens – le médecin ne soigne pas – indique qu'ils perçoivent la médecine occidentale aux travers de leurs propres catégories thérapeutiques. De leur côté, les médecins ne conçoivent la maladie que dans ses aspects somatiques; ils ne comprennent pas les implications sociales et cosmologiques qu'elle peut avoir pour les Indiens.

De plus, les Indiens perçoivent l'efficacité des médicaments occidentaux comme douteuse. En raison de faibles revenus monétaires, l'achat des biens de consommation, et en particulier des médicaments en pharmacie est peu fréquent. Lorsqu'il reçoit une ordonnance du médecin, le patient ne va que rarement acheter les médicaments prescrits, et même s'il le fait, il n'acquiert que la moitié ou le quart de la dose prescrite en raison de son prix élevé. En outre, il est tenté de «faire durer» les médicaments en ne les absorbant qu'en très petite quantité. Les recommandations concernant les médicaments sont formulées en espagnol. Or, l'Indien ne comprend souvent que partiellement cette langue. De plus, sa notion du temps est différente de celle du médecin comme l'est son rythme des repas, les recommandations seraient-elles comprises qu'elles se révéleraient inadaptées aux pratiques quotidiennes¹⁶.

L'attrait de la médecine occidentale est donc réduit et la difficulté principale que rencontre le système médical formel réside surtout dans son incapacité à répondre aux attentes des patients indiens. Deux conceptions antagonistes de la maladie permettent d'expliquer cette observation¹⁷.

Le thérapeute traditionnel considère le patient dans son environnement social et naturel, i.e. inclus dans sa famille, sa communauté et surtout dans le monde conçu comme une totalité. La séance est souvent ouverte aux membres de la famille du patient tenue pour être un élément favorisant la thérapie. L'histoire de vie du consultant est prise en

¹³ L'organisation indigéniste présente pourtant le *Jambihuasi* dans son périodique *Yuyarishun*; elle a organisé certaines actions politiques (manifestation dans les rues, discours, etc.) lors du premier anniversaire de *Jambihuasi*. Mais cela ne concerne que la ville et ne touche pas les communautés indiennes.

¹⁴ Nous divisons l'univers de la Santé en deux systèmes: le système formel, correspondant aux structures sanitaires proposées ou reconnues par l'Etat, i.e. spécialistes en thérapies occidentales, hôpitaux, adductions d'eau potable, etc. et le système non formel composé de l'ensemble des pratiques thérapeutiques qui ne sont pas reconnues par l'Etat, i.e. la médecine traditionnelle indienne et métisse ainsi que les pratiques *caseras* (familiales).

¹⁵ Les recommandations qu'il fait ne s'attachent le plus souvent qu'à des aspects techniques concernant l'hygiène; elles n'ont trait qu'à la relation que l'individu entretient avec les choses inertes, mais ne «l'aide» pas à vivre ni dans sa communauté ni dans le monde extérieur.

¹⁶ Voir DROZ (1994a) et HOURS (1992)

¹⁷ Les développer n'entre pas dans le cadre limité de cet article, nous nous contenterons de les présenter succinctement. (CAAP, 1982; MUÑOZ-BERNAND, 1976 et 1986; ORTEGA, 1983; CHELA, 1985; ESTRELLA, 1977; SÁNCHEZ-PARGA / PINEDA, 1985 et notre texte 1988b).

considération et les causes de ses actions ou de ses inactions sont recherchées avec l'aide des parents. Le but de la thérapie est d'expliquer pourquoi le patient est atteint de tel ou tel mal et, en second lieu seulement, de le soigner (ces deux moments ne sont pas toujours distincts dans la séance: étiologie, diagnostic et thérapeutique sont liés). Une telle pratique a lieu dans un environnement communautaire (à l'intérieur de la maison du *yachac taita* ou de son patient), les protagonistes se trouvent ainsi au sein de leur univers habituel¹⁸.

S'opposant à cette vision holiste, le médecin pose un diagnostic et laisse le soin de la thérapeutique au patient en lui demandant de se soigner lui-même à l'aide de médicaments. Il ne considère que le corps physique et ne s'intéresse pas à la vie personnelle ou aux relations sociales de son patient. La consultation se passe dans une langue étrangère, en un lieu étranger (dispensaire, hôpital, cabinet médical).

Les Indiens synthétisent ces deux approches dans une conception générale de la Santé. Ils distinguent les maladies *del campo* ou *de la calle* qui ne concernent que les thérapeutes traditionnels et contre lesquelles le médecin est impuissant, des maladies *de Dios* où ce dernier est efficace alors que le thérapeute traditionnel peine. Il existe ainsi une complémentarité des deux médecines, accentuée par la frontière floue qui sépare les deux catégories de maladies: suivant les succès ou les échecs du thérapeute (médecin ou *yachac taita*) une même affection passera d'une catégorie à l'autre. Les Indiens «louvoient» ainsi entre les thérapeutes, à la recherche de la guérison¹⁹.

Cette utilisation complémentaire de deux médecines n'est pas l'apanage des seuls Indiens, les Métis agissent de même tout en restant cependant plus discrets sur leur présence à des séances de thérapies traditionnelles, craignant la réprobation de leur milieu social. Cette pratique est pourtant très répandue et le fait qu'un Métis soit traité par un Indien est dénié. Pourtant, entre «initiés», on se recommande certains tradipraticiens. Dans les villes importantes, la participation à des thérapies traditionnelles était même devenue une «mode» parmi certains membres de la bourgeoisie locale.

Ainsi, malgré leurs différences, les deux conceptions de la médecine sont intégrées dans les pratiques sociales de la population équatorienne, celle-ci en fait une synthèse qui lui permet de faire face à la maladie. Une question reste pendante: est-il possible de rassembler dans un même lieu deux systèmes de pratiques provenant d'univers conceptuels différents? L'un n'est-il pas condamné à se fondre dans l'univers de l'autre perdant ainsi sa raison d'être?

Le *yachac taita* tire une partie de son pouvoir thérapeutique de son enracinement dans le monde indien et de son rapport au monde *sacha*. Pratiquer son savoir comme salarié en ville l'extirpe de son univers et lui retire sa singularité, voire son efficacité. Le médecin, quant à lui appartient au monde «occidental» où réside son prestige et l'efficacité de sa thérapeutique est dépendante de substances industrielles: les médicaments. On imagine les difficultés qu'il rencontrerait à pratiquer dans le cadre d'une séance de thérapie traditionnelle. Comment intégrerait-il ses pratiques à l'univers thérapeutique indien,

peuplé de «puissances» volant les âmes ou s'introduisant dans le corps du malade pour le dévorer²⁰? L'appartenance de ces deux médecines à des univers différents est confirmée par l'exemple du *Jambihuasi* où le *yachac taita* ne traite pas dans le local de l'institution. Il ne fait que recevoir les patients afin de leur donner un rendez-vous chez lui ou chez eux pour effectuer une thérapie. Il se refuse ainsi à traiter des patients dans des lieux «occidentaux», à moins que ce ne soient les consultants qui refuseraient de se faire traiter au local du *Jambihuasi*, comme l'affirme le *yachac taita*.

Conclusion

La synthèse de ces deux manières d'envisager la Santé n'est pas du ressort d'une institution – gouvernementale ou privée. En effet, elle relève des pratiques sociales des patients. Ceux-ci font très bien la distinction entre ce que chacune des thérapeutiques peut leur proposer et ils passent de l'une à l'autre au fur et à mesure des échecs et des succès, mais aussi en fonction des types de maladies. La collusion de ces deux formes thérapeutiques en un même lieu leur est péjorative, car l'inscription dans un espace commun connote leurs pratiques. Or la connotation est partie prenante du «pouvoir» ou du prestige du thérapeute, donc de son efficacité. En effet, la maladie ne véhicule pas uniquement des aspects somatiques susceptibles d'être réduits grâce à des substances chimiques ou biologiques; elle est enchâssée dans un environnement socio-psychologique sensible à la connotation. C'est pourquoi les formes thérapeutiques qui participent de visions du monde différentes gagnent à rester dans leur propre environnement afin de conserver leurs singularité et leur identité, gages de leur efficacité. Ceci n'implique pas qu'elles prônent une ignorance mutuelle. Au contraire, une collaboration et des échanges sont nécessaires, mais la structure thérapeutique de chacune conserve sa spécificité.

Dans le cas du *Jambihuasi*, le *yachac taita* gagnerait à se retirer du local de l'institution afin de ne plus recevoir de patients dans un cadre qui l'associe implicitement à la médecine occidentale et se coupe ainsi du monde indien. Par contre, rien ne s'oppose à ce que des réunions avec l'équipe de médecine occidentale se tiennent au sein du *Jambihuasi* et, surtout, à ce que des transferts de patients aient lieu. La collaboration déjà mise en place se poursuivrait sur des bases ne menaçant pas la pratique d'un des spécialistes, en l'occurrence celle du *yachac taita*.

¹⁸ Pour la description minutieuse d'une séance de thérapie pratiquée par un *yachac taita*, voir notre article (1988a).

¹⁹ Voir SÁNCHEZ-PARGA (1982) Nous avons décrit cette quête dans un contexte culturel différent, celui du Burundi (1994a). Pourtant la structure de la recherche de la santé reste la même dans les deux cas.

²⁰ Voir notre texte (1988b) et pour le Burundi (1994b).

Quant au domaine de la Santé en Equateur, reconnaître d'emblée les pratiques thérapeutiques traditionnelles pour ensuite proposer d'autres formes thérapeutiques sans tenter de les substituer les unes aux autres constituerait une stratégie de développement prometteuse. Sortant de l'opposition «classique» de deux médecines antagonistes par la reconnaissance de leur complémentarité et de leur

spécificité, cette stratégie laisserait le soin de leur synthèse aux patients. Soulignons, pour conclure, que l'éventail des thérapies ne se limite pas à la médecine allopathique occidentale et à la médecine traditionnelle andine mais qu'il inclut les médecines «alternatives» déjà présentes sur place (homéopathie, acupuncture, etc.).

Bibliographie

- BAYART Jean-François
1989 *L'état en Afrique: La politique du ventre*.- Fayart: Paris.- 439 p.
- CAAP
1982 *Política de salud y comunidad andina*.- Quito: CAAP.- 314 p.
- CHELA Tránsito
1986 «Visión intracultural de la medicina tradicional», in: ORTEGA F., *Sistemas de Salud en el Ecuador*, pp. 143-164.- Quito: MSP.- 286 p.
- COLOMA Carlos
1986 «Sistemas de Salud», in: ORTEGA F., *Sistemas de Salud en el Ecuador*, pp. 55-106.- Quito: MSP.- 286 p.
- DROZ Yvan
1988a «Première approche d'une séance de thérapie traditionnelle dans les Andes septentrionales de l'Equateur».- *Ethnologica Helvetica* (Berne) 12: 73-92.
1988b *L'harmonisateur du monde; esquisse d'ethnomédecine du Nord de l'Equateur andin*.- Neuchâtel: Institut d'ethnologie.- 186 p. [mémoire non publié]
1994a «Errances thérapeutiques dans les collines».- *Ethnologica Helvetica* (Berne) 17/18: 481-504.
1994b «Esprits, sorts et pièges au Burundi; esquisse d'une typologie des causes du malheur».- *Anthropos* (St. Augustin) 89 (1): 200-207.
- ESTRELLA Eduardo
1977 *Medicina Abórigén*.- Quito: Editorial Epoca.- 239 p.
- FLORES Oswaldo
1982 «La odontología en el sistema no-formal», in: CAAP, *Política de salud y comunidad andina*, pp. 179-193.- Quito: CAAP.- 314 p.
- HOURS Bernard
1985 *l'Etat sorcier; Santé publique et Société au Cameroun*.- Paris: Karthala.- 165 p.
- INRUJTA-FICI
1986 *Yuyarishun*.- INRUJTA-FICI (Otavalo) 0 (Agosto).- 12 p.
1986 *Yuyarishun*.- INRUJTA-FICI (Otavalo) 1 (Noviembre).- 12 p.
- MUÑOZ-BERNARD Carmen
1976 «Cuestiones y vitalizas: apuntes etnográficos sobre la medicina popular en la Sierra oriental del Cañar, Ecuador».- *Bulletin de l'Institut Français d'Etudes Andines* (Paris-Lima) V (3-4): 49-72.
1986 *Enfermedad, daño e ideología*.- Quito: Abya-Yala.- 213 p.
- ORTEGA Fernando
1983 «Ethnomédecine en Equateur: recherche et développement».- *Bulletin d'ethnomédecine* (Paris) 23 (juin): 5-23.
- SÁNCHEZ-PARGA José
1982 «Los caminos de la cura», in: CAAP, *Política de salud y comunidad andina*, pp. 121-138.- Quito: CAAP.-314 p.
- SÁNCHEZ-PARGA José et Rafael PINEDA
1985 «Los yachac de Ilumán».- *Cultura* (Quito) 21 (enero-abril): 511-581.

Resumen

Al final de los años ochenta, una organización indigenista ecuatoriana intentó hacer cooperar dos prácticas médicas (occidental y andina), reuniendo a especialistas provenientes de universos médicos diferentes. Se presentan aquí la historia, los objetivos y las realizaciones de ese dispensario, y luego los problemas particulares con que éste tuvo que enfrentarse. El autor esboza dos conceptos de la enfermedad – el primero indígena y el segundo occidental – con el propósito de mostrar por qué y bajo qué condiciones las formas terapéuticas correspondientes a cada uno de ellos conservan su pertinencia en el seno de una misma institución.

Summary

At the end of the eighties, in Ecuador, an indigenist organisation set up an inventive clinic where two medical practices coexisted (biomedical and Andean). The history, aim, realisations of this institution, as well as some trials that arose, are presented, and, in an attempt to understand them, the author outlines both disease conceptions. This specific example helps to evaluate the potentiality of co-operation between two medical worlds in a perspective of applied development.