



Contribution du Dr Bernard LEFEVRE, 4^e section - ASOM

« Les défis sanitaires des Outre-mer français »

« *Réflexions sur le malade ultramarin face à la maladie* »

Jeudi 18 juin 2026

Il est classique de dire que nous sommes tous égaux face à ma mort. Mais sommes-nous tous égaux face à la maladie ? La question se pose en particulier avec les DROM COM et va impacter notre regard sur la maladie, son abord, sa compréhension et sa prise en charge

En premier lieu, essayons de définir ce qu'est la maladie

En métropole : la maladie est principalement définie comme un dysfonctionnement biologique individuel.

Dans des contextes ultramarins, la maladie peut être comprise comme un déséquilibre relationnel, une rupture avec les ancêtres, du lien familial ou clanique, une transgression sociale ou symbolique, une action spirituelle. Le soin vise alors autant la réparation du lien social que la guérison du corps.

Cela nécessite une approche culturelle de la maladie, manifestation d'un déséquilibre ou phénomène collectif, entraînant un coût, une exclusion, voire une dépendance : on va différencier la ***maladie naturelle ou de l'« hôpital »***, et la ***maladie indigène*** qui relève des ***médecines locales***.

À causes différentes, il faut répondre par des abords différents et d'abord par une relation « patient-médecin » adaptée avec dans les DROM-COM avec souvent une relation plus orale, moins centrée sur le formalisme administratif, dans un contexte culturel, religieux et social beaucoup plus intégré à la prise en charge.

Le cadre ultramarin est souvent comparable à la métropole en théorie mais pas accessible à tous pour des raisons de logistique et d'éloignement ou de sécurité et laisse encore la place aux médecines traditionnelles.

Ainsi, en ce qui concerne les diagnostics Outre-mer, souvent la situation est identique à la médecine occidentalisée, selon l'équipement local, mais peut être très différente pour la médecine traditionnelle du fait même de la compréhension de ce qu'est la maladie.

Quelle place pour les médecines locales et traditionnelles ?

Il existe une coexistence avec la médecine moderne dont il faut reconnaître la grande qualité dans la plupart des DROM COM mais dont l'accès n'est pas toujours aisé et qui nécessite selon les territoires de nombreuses EVASAN souvent très onéreuses.

Aujourd'hui, beaucoup de Kanaks, de Réunionnais, mais aussi de Guyanais et de Guadeloupéens consultent à la fois le dispensaire / hôpital et les pratiques coutumières, sans voir de contradiction entre les deux, et attendent des soignants une écoute respectueuse de leur vision.

Personnellement, je ne voyais pas de patients indiens ou bonis lors de mes tournées amazoniennes sans qu'ils aient d'abord été vus par le sorcier.

Les incompréhensions apparaissent surtout quand la dimension culturelle est niée, et que le patient se sent jugé ou incompris.

Nous connaissons tous la prise en charge par la SS et les mutuelles des soins médicaux en métropole avec à côté des médecines alternatives (ostéopathie, acupuncture, phytothérapie...) peu ou pas remboursées.

Il en va de même pour les DROM-COM sans prise en charge des soins traditionnels pour lesquels il existe divers acteurs pour soigner par les plantes médicinales, les grigris, pour interpréter l'origine sociale ou spirituelle de la maladie.

Ces médecines traditionnelles sont profondément ancrées culturellement : **un martiniquais sur trois refuse la médecine occidentale** et privilégie les soins locaux, d'après le rapport récent du CESE.

Parmi ceux-ci, sans être exhaustif, citons :

- Dans les Antilles, notons l'impact des rites magico-religieux et du Vaudou, en Martinique, en Guadeloupe, à St Martin, pratiques issues du savoir afro-caribéen, avec un impact persistant du « piaillage », les prières et les incantations etc....
- En Guyane, outre toutes les pratiques des Caraïbes et celles importées avec ses nombreux étrangers, persiste la médecine amérindienne et bushinenge (plantes, rituels) avec comme concept que Dieu est dans toute chose et essentiellement dans ce qui permet au groupe de survivre.
- La Réunion : médecine créole, influence malgache, pratiques ayurvédiques indiennes, la médecine chinoise.
- Polynésie / Nouvelle-Calédonie : la médecine kanak ou polynésienne est un lien fort entre corps, esprit et nature, et se traduit souvent entre autres par des massages et des tatouages.
- À Mayotte, la situation actuelle est très particulière avec un flux externe trop important et ne permet pas une étude suffisante mais tout porte à croire que la situation des médecines traditionnelles ressemble à celle des Comores.

Quel Impact sur la relation médecin-patient ?

Le patient consulte souvent à la fois un médecin et un tradipraticien, et la maladie peut être interprétée de façon biologique, spirituelle ou sociale. Le médecin doit composer avec des croyances.

Saluons les médecins formés sur place qui ont souvent une approche plus souple et pragmatique, cherchant à ne pas disqualifier les pratiques traditionnelles, à éviter les interactions dangereuses, à instaurer une alliance thérapeutique : Ils sont confrontés à cette ***opposition apparente maladie biologique contre maladie sociale***

Le médecin qui ignore cette dimension risque l'incompréhension, la non-adhésion au traitement, l'échec thérapeutique malgré la « justesse » biomédicale.

Il faut considérer le ***corps comme espace culturel*** : Le corps n'est pas une entité neutre, il est socialisé, ritualisé, genré, sacralisé : Certaines pratiques médicales occidentales (examen intime, parole directe sur la sexualité, annonce brutale du diagnostic) peuvent être vécues comme violentes, indécentes, profanatrices.

La relation de soin devient alors ***un lieu de négociation culturelle***.

Quelles sont les spécificités ultramarines ?

Le système culturel est ***un tout avec sa logique propre*** selon chaque société et conditionne l'ensemble des comportements en matière médicale.

Quelles sont les causes possibles de la maladie ?

Il peut s'agir des morts du lignage qui affligent le malade, offensés par une transgression des limites de leur domaine, il peut aussi s'agir des génies témoins, qui tourmentent le malade, mobilisés par la transgression de l'interdit ou alors qui punissent le malade contraint d'acquitter sa dette. On y regroupe pêle-mêle ainsi les discordes familiales, les balances faussées, les enfants illégitimes, les bornes de clôture déplacées, les vêtements dérobés, les infidélités, les crimes, les vols, les ensorcellements, et même les faussetés de cœur, etc.

R. Horton définit l'interprétation magico-religieuse de la maladie comme « ***une opération cognitive similaire à la démarche scientifique, en ce qu'elle consiste à mettre en rapport un fait empirique (transgression ou négligence d'un culte) et une entité théorique, qui, elle, ne relève pas du monde de l'expérience*** ».

Il est donc nécessaire pour le médecin, qui a dans notre code français la responsabilité de faire bénéficier à son malade du meilleur des soins, d'aborder ce rapport avec son patient en respectant ses coutumes sans mettre en péril sa santé voire sa survie.

Dans mon expérience personnelle, j'ai toujours respecté le rituel local avec l'accueil devant autel des anciens, des morts, l'offrande aux dieux, le respect des zones sacrées, toujours s'assurer du passage du patient devant le sorcier, respecter les gestes et les objets protecteurs, morceaux de papier collés...

Qu'est ce qui caractérise la maladie indigène ?

Elle est localisée dans un espace culturel et même géographique bien déterminé, mais il ne faut pas s'attendre à une classification précise : ***Toutes les maladies peuvent devenir indigènes*** : une fracture survenant après une querelle avec des voisins peut le devenir.

Chaque maladie apporte à la société un message : pour le décoder, le groupe des aînés et/ou les médecins spécialistes doivent se reporter à la « logique de leur système social ».

Cette situation est ***exacerbée avec la maladie mentale*** qui s'inscrit dans les représentations traditionnelles : la folie peut être innée et le fou est désigné comme celui dont l'ombre ou le double est parti. Le plus souvent l'explication est de type magico-religieux : punition divine, attaque par les mauvais esprits, transgression par les parents (souvent la mère) d'un interdit, malveillance ou jalousie d'une co-épouse.

La maladie entraîne donc un traitement :

Sans s'attarder sur les traitements classiques dits hospitaliers, connus de tous, et accessibles à la plupart des ultramarins, ***cette pratique doit néanmoins s'adapter aux conditions locales*** et aux conceptions des patients ; *ainsi je n'oublierais pas cette césarienne faite sur le haut Maroni car le sorcier avait décidé que cette patiente devait accoucher au village malgré 3 jours de travail inutiles, aidé par une seule jeune religieuse ayant peur du sang, sans anesthésiste, sans sang, sans électricité et sans aspiration, éclairée par une lampe à pétrole, agenouillé à même le sol...*

Grande leçon reçue aussi pour la piqûre magique de cette petite sœur pour mon piroguier Boni à Gran Santi aux dépens d'un traitement minute par un seul comprimé : il préféra la douleur d'une injection : apanage des blancs ou masochisme primitif ?

Il est trop long pour revenir sur les multiples et différentes thérapies locales, dont certaines sont très efficaces et ont permis des progrès à la médecine moderne telles le quinquina, découvert en Amazonie.

Le principe du soin repose sur le fait que la maladie proviendrait du **mécontentement des dieux**, à cause d'une infraction à la loi morale universelle.

A ce principe, se surajoutent deux facteurs importants : le fatalisme face à la maladie et à la mort, et une *conception de la morale* qui a d'autres impératifs que celle de notre civilisation : l'exemple de cet *infanticide à la naissance chez les wayanas* l'illustre bien.

Apercevant un cadavre de nouveau-né, flottant sur le fleuve, j'ai demandé à cette sœur blanche de St Joseph qui visitait régulièrement cette tribu l'explication de cette situation : le sorcier du village, lorsqu'une femme était enceinte alors que le groupe ne pouvait plus se permettre de nourrir une bouche de plus, demandait à cette parturiente de faire un don à Dieu et ainsi d'accoucher dans le fleuve (un dieu pour eux) et de noyer son enfant à la naissance. Ce geste hautement répréhensible dans notre société doit néanmoins nous faire réfléchir sur le côté moral de cette décision dans le cadre de la survie d'un groupe selon ses valeurs et sa morale propre, qui n'est pas la nôtre...

Les problématiques

1. Les interactions très nombreuses

Elles sont nombreuses et plurifactorielles. Sans revenir dessus après plus du siècle de médecine coloniale particulièrement productive, constatons positivement qu'il persiste des apports mutuels dont le potentiel est encore mal exploité pour les médecines allopathique et homéopathique, la pharmacopée, l'empirisme...

Un exemple vécu illustre bien ces intégrations par le ***cas de ce sorcier amazonien***, qui vint se faire soigner à mon infirmerie le jour où la maladie était devenue « sérieuse », signe non d'une victoire mais d'une intégration.

2. L'éthique

Un mot sur cet abord, centré sur la coexistence des médecines biomédicales et traditionnelles, qui peut s'apparenter à des rapports de pouvoir, avec des enjeux de reconnaissance culturelle.

Parmi tous les sujets concernés, évoquons sans pouvoir les détailler entre autres :

- *Droit à la Santé/ Éducation/ vaccination*
- *Le respect, les gestes, la féminisation, la pudeur, les rites (transfusion Témoins de Jehova), ...*
- *L'individualisation des traitements*
- *Secret médical/suivi médical*
- *La **responsabilisation** : individuelle, thérapeute, sociale. À ce sujet, permettez-moi d'évoquer un souvenir personnel qui m'a beaucoup marqué : la sœur blanche, qui était l'assistante sociale du secteur, m'amène un jour en consultation une fillette de 11 ans, violée et enceinte de son père, ancien légionnaire qui vivait avec elle dans une cabane, complètement asocial. « Docteur, on ne pas laisser cette petite comme cela » dit-elle. Et voilà donc une réflexion de fond que nous dûmes prendre pour l'avorter et aussi l'insérer dans un nouveau cadre de vie pour éviter une telle récurrence : pas évident en 1975. Quelques années plus tard j'ai eu l'occasion d'évoquer cette histoire avec un ami très proche, devenu cardinal et qui habitait dans le Vatican même, lui disant qu'il n'était pas toujours facile de vivre ses principes chrétiens et d'exercer son art médical sans imposer sa morale aux autres. La soirée fut très intéressante et quelques jours après, de passage à Paris pour quelques heures il me propose de le rencontrer pour me confier un message. En effet le lendemain de notre passage avec mon épouse, il avait été convié le soir par le pape pour dîner en tête à tête avec lui : et voilà qu'il lui rapporte notre discussion, mon vécu et mes interrogations. Très ému de savoir que le pape avait personnellement été au courant de cette histoire, j'ai été bien sûr impatient de savoir sa réaction. Et Jean Paul II lui avait alors dit : « Vous direz à votre ami, médecin, que je suis un responsable religieux et qu'en tant que tel mon rôle est de fixer les asymptotes, telles aller vers le respect de la vie, aller vers l'amour des uns des autres etc... Cependant je ne suis pas médecin et il est de la responsabilité de votre ami médecin de*

savoir où était vraiment la vie à ce moment-là. A-t-il fait selon sa conscience ? Il a alors bien fait. »

J'ai été très frappé de savoir que l'on ne me jugeait pas mais qu'on me renvoyait face à ma responsabilité, en me respectant ainsi et en me valorisant. Je pense que cette attitude peut être généralisée et s'étendre bien au-delà du cadre médical à tous ceux qui ont la charge d'un subordonné, d'un voisin, d'un proche en veillant à les faire grandir, en les respectant et en les responsabilisant.

3. Source de tensions fondamentales

Elles sont liées au principe d'autonomie : notre abord doit-il être universel ou culturel ? L'éthique biomédicale métropolitaine repose sur l'autonomie individuelle : le consentement éclairé, et la décision personnelle. Dans les DROM-COM, la décision est souvent collective (famille, anciens, chef coutumier *telle cette césarienne sur le Maroni*). Refuser cette médiation peut être vécu comme une violence morale.

D'où le dilemme éthique : faut-il respecter l'autonomie individuelle selon les normes occidentales, ou reconnaître une autonomie relationnelle et située culturellement ?

4. Le choix entre la bienfaisance ou la non-malfaisance culturelle ?

Le médecin cherche à « faire le bien » mais peut causer un préjudice symbolique en ridiculisant une croyance, en interdisant brutalement une pratique traditionnelle. L'éthique impose alors non seulement d'éviter le dommage physique, mais aussi le dommage culturel.

Cependant, le médecin reste responsable si une pratique traditionnelle est toxique, et retarde un traitement vital. *D'où une éthique du compromis plutôt que de l'interdiction.*

5. Autre point problématique, la justice et l'équité sanitaire :

Les DROM-COM connaissent une **surmortalité évitable**, des inégalités d'accès aux soins, un sentiment d'abandon institutionnel. Éthiquement, cela interroge la responsabilité de l'État, la légitimité d'exiger une adhésion totale au modèle biomédical, l'équivalence des moyens avec la métropole.

6. Pluralisme médical face à l'hégémonie biomédicale

La biomédecine occidentale se présente comme universelle, neutre et scientifique.

En métropole, cette prétention à l'universalité est peu questionnée car elle correspond à la norme dominante.

Dans les DROM-COM, cette universalité est mise en tension par l'existence de systèmes médicaux concurrents, historiquement ancrés : les médecines créoles, amérindiennes, kanak, polynésiennes, ainsi que les pratiques rituelles, spirituelles...

On observe un pluralisme médical réel : les patients circulent entre plusieurs registres thérapeutiques selon le sens qu'ils donnent à la maladie.

Mais ce pluralisme est asymétrique : *la biomédecine est institutionnellement légitime* (État, hôpital, diplômes), et les *médecines traditionnelles sont tolérées mais subalternisées*.

Cela crée une hiérarchie des savoirs, héritée de l'histoire coloniale.

Historiquement, la médecine occidentale a été un outil de gouvernement des corps dans les territoires coloniaux : la médicalisation a été imposée, allant de pair avec la disqualification des savoirs locaux comme « superstitions ».

Cette histoire continue d'entretenir la méfiance envers les institutions médicales métropolitaines, la persistance de pratiques clandestines ou discrètes, le sentiment que la médecine officielle nie l'identité culturelle du patient.

De ce fait, le médecin métropolitain « de passage » peut être perçu comme techniquement compétent, mais culturellement illégitime.

7. Les contraintes structurelles et leurs effets

Dans les DROM-COM, les déserts médicaux sont plus marqués, les délais longs ; mais aussi les évacuations sanitaires (EVASAN) plus compliquées. Le déficit en spécialistes amène le médecin généraliste à un rôle élargi. Cela renforce une relation souvent plus durable et plus humaine, mais aussi parfois paternaliste.

De cette situation, il en résulte une méfiance possible vis-à-vis de la médecine métropolitaine, à la fois fascinante médicalement, mais inquiétante culturellement, et perçue comme déconnectée, peu respectueuse des savoirs locaux, avec un risque de non-observance si le médecin ignore les pratiques traditionnelles. C'est un enjeu majeur de compétence culturelle pour les soignants.

L'avenir et les enjeux

Des questions s'imposent : la persistance de ces pratiques est-elle liée :

- À l'isolement de certaines contrées ?
- À la pauvreté matérielle, intellectuelle ou psychique ?
- À l'insuffisance ou à l'absence de la médecine moderne ?
- Ou à la persistance d'un pouvoir occulte ?

1. *Quelle qu'en soit la ou les causes, une coexistence avec la médecine moderne s'impose* et l'évolution actuelle se tourne vers le *développement de la médecine interculturelle*, une meilleure formation des soignants aux contextes ultramarins,

une reconnaissance progressive possible de certaines pharmacopées locales (recherche sur les plantes).

Cela va se traduire dans la **relation médecin-patient** pour mieux soigner par reconnaître la pluralité des savoirs, par travailler avec les familles, par intégrer des médiateurs culturels, par respecter le temps de la parole et de la coutume. Et ainsi améliorer l'adhésion aux soins.

Le médecin va devenir idéalement un « *traducteur culturel* », un médiateur entre les savoirs, capable de traduire la biomédecine sans l'imposer.

Ce rôle suppose non pas d'apprendre « les croyances des autres » mais d'apprendre à ne pas présupposer l'universalité de son propre cadre.

De son côté, le patient devient *stratège*, ne reste pas passif, il adapte son discours, utilise certaines pratiques, navigue entre systèmes pour maximiser ses chances : ce silence n'est pas un refus de soin, mais une stratégie de protection identitaire.

2. *D'autres problèmes non spécifiques impactent cette évolution* tels les coûts des matériels et médicaments, les choix et les priorités (pédiatrie, obstétrique, MST, grandes endémies...), les compétences d'un personnel souvent insuffisant sans compter la logistique et l'entretien, l'infrastructure parfois très minimaliste. *Le financement va donc prioritairement concerner les équipements, la formation et la prévention.*

3. Les enjeux

- *Doit-on croire à la disparition spontanée* de cette médecine traditionnelle par l'intégration de cette population ? Faut-il diaboliser la médecine traditionnelle ? Doit-on généraliser la médecine occidentale ?

La différence majeure entre métropole et DROM-COM ne tient **pas à une opposition** entre rationalité et tradition, mais à une **asymétrie de reconnaissance entre systèmes de soins**.

- *Comment responsabiliser et personnaliser* le développement sanitaire de chaque région... ?

En métropole, la relation est plus standardisée, biomédicale, rationnelle et dans *les DROM-COM la relation est plus humaine, culturelle et pluraliste*, où la médecine scientifique cohabite avec des médecines traditionnelles profondément enracinées.

Le **triptyque** de l'enjeu éthique central est donc **comment soigner sans effacer, convaincre sans dominer, protéger sans coloniser ?**

CONCLUSION

Il serait réducteur de penser que les DROM COM sont insuffisamment pris en compte médicalement au regard des investissements et des résultats obtenus, sans prendre en compte l'aspect spécifique du malade ultramarin face à sa conception de la maladie et de son éloignement parfois des centres urbains.

Cela ne doit pas minimiser la responsabilité du corps médical et des dirigeants qui sont confrontés au difficile problème des chocs des cultures et du respect des traditions de chacun.

* * * * *