



# UNIVERSITÉ D'ABOMEY-CALAVI

\*\*\*\*\*

## FACULTÉ DES LETTRES, ARTS ET SCIENCES HUMAINES

\*\*\*\*\*

### ÉCOLE DOCTORALE PLURIDISCIPLINAIRE

*« Espaces, Cultures et Développement »*

\*\*\*\*\*

LABORATOIRE D'ANALYSE ET DE RECHERCHE : RELIGIONS, ESPACES ET DÉVELOPPEMENT

FILIÈRE : SOCIOLOGIE-ANTHROPOLOGIE OPTION : SOCIOLOGIE DU DÉVELOPPEMENT

## MÉMOIRE DE DIPLÔME D'ÉTUDES APPROFONDIES

### LE RELIGIEUX DANS LES DÉNOMINATIONS DES FORMATIONS SANITAIRES PRIVÉES DES DÉPARTEMENTS DU MONO ET DU COUFFO

Réalisé et soutenu par :  
**KESSOU Daniel Abalo**

Sous la direction de :  
**Prof. Dr. Dodji AMOUZOUVI**  
Maître de Conférences/CAMES

Président : Dr. Sidonie HÈDIBLÈ, Maître de Conférences/CAMES  
Rapporteur : Dr. Dodji AMOUZOUVI, Maître de Conférences/CAMES  
Examineur : Dr. Cyprien AHLOU, Maître Assistant/CAMES

*Date de soutenance : 30 décembre 2016*

**Mention : Bien**

**Note : 15/20**

*Année Académique : 2016-2017*

## **SOMMAIRE**

<b>SOMMAIRE</b> .....	2
<b>DÉDICACE</b> .....	3
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	4
<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	5
<b>LISTE DES FIGURES</b> .....	6
<b>RÉSUMÉ</b> .....	7
<b>INTRODUCTION GÉNÉRALE</b> .....	8
<b>PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE ET APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE</b>	<b>8</b>
<b>CHAPITRE I : DIEU AU CŒUR DES DÉNOMINATIONS DES FORMATIONS SANITAIRES PRIVÉES DANS LE MONO-COUFFO</b> .....	<b>11</b>
<b>CHAPITRE II : CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES DE L'RECHERCHE</b> .....	<b>26</b>
<b>DEUXIÈME PARTIE</b> .....	<b>44</b>
<b>DÉNOMINATIONS INNOMBRABLES, SYMBOLISMES BIGARRÉS</b> .....	<b>44</b>
<b>CHAPITRE III : DES MOTIFS DE CRÉATION ET DE DÉNOMINATIONS DES FORMATIONS SANITAIRES PRIVÉES DU MONO-COUFFO</b> .....	<b>45</b>
<b>CHAPITRE IV : DU NIVEAU D'INSTRUCTION BIGARRÉ, DES ORIGINES DES MALADIES DES CLIENTS AUX CHOIX DES CENTRES DE SANTÉS</b> .....	<b>65</b>
<b>CONCLUSION GÉNÉRALE</b> .....	<b>70</b>
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	<b>71</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>74</b>
<b>TABLE DES MATIÈRES</b> .....	<b>74</b>

## **DÉDICACE**

à mon épouse Ella ;

à mes enfants Régis, Régina et Régia.

## **REMERCIEMENTS**

Ce travail ne saurait aboutir si le soutien, le concours et l'appui de certaines personnes physiques et morales nous avaient fait défaut. C'est pourquoi, au terme de cette étape de la formation universitaire à l'École Doctorale pluridisciplinaire de la Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines, il est important d'exprimer notre sincère et notre profonde gratitude :

- au Prof. Dr. Dodji AMOUZOUVI, qui a, malgré ses nombreuses occupations, accepté de suivre ce mémoire et nous a accordé son soutien ;
- au Professeur Épiphané SOHOUÉNOU, pour son soutien paternel et constant dans la réalisation de ce travail ;
- au Docteur Bruno MONTCHO, pour sa disponibilité permanente ;
- à monsieur Pascal DOHOU, pour son sens de partage et pour sa disponibilité ;
- à tous les enseignants de l'École Doctorale pluridisciplinaire de la Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines, pour avoir accepté de nous transmettre le savoir, le savoir-faire et surtout le savoir-être ;
- à tous les membres du jury, pour avoir accepté d'apprécier ce travail afin de l'améliorer ;
- à mes collègues de l'École nationale d'Administration et de Magistrature pour leur encouragement soutenu ;
- à tout le personnel du LARRED, pour l'accompagnement constant ;
- à nos frères et sœurs, pour leurs multiples soutiens ;
- à tous nos parents et amis, pour leurs soutiens de toute nature ;
- à tous ceux qui, par leurs contributions, soutiens, assistances indéfectibles, dans l'ombre ou à visage découvert ont eu une pensée positive pour la réalisation de ce mémoire.

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau I	<i>Caractéristiques du Département du Mono</i> .....	32
Tableau II	<i>Caractéristiques du Département du Couffo</i> .....	33
Tableau III	<i>Centres de documentation parcourus et types d'informations recueillies</i>	41
Tableau IV	<i>Organisation du système de santé</i> .....	52
Tableau V	<i>Récapitulatif des dénominations des formations sanitaires privées à consonance religieuse</i> .....	55
Tableau VI	<i>Dynamique de présence des religions dans les départements du Mono et du Couffo</i> .....	58
Tableau VII	<i>Formations sanitaires à dénominations d'origine patronymique</i> .....	63
Tableau VIII	<i>Récapitulatif des qualifications professionnelles des promoteurs des formations sanitaires privées</i> .....	97
Tableau IX	<i>Qualifications professionnelles des promoteurs des formations sanitaires privées</i> .....	98
Tableau X	<i>Répartition des formations sanitaires privées selon l'année d'ouverture</i>	99
Tableau XI	<i>Liste des formations sanitaires privées des départements du Mono et du Couffo</i> .....	100
Tableau XII	<i>Liste des formations sanitaires privées à dénominations d'inspiration religieuse</i> .....	114
Tableau XIII	<i>Liste des formations sanitaires privées à dénominations neutre</i> .....	117

## **LISTE DES FIGURES**

Graphique 1	<i>Répartition des Formations sanitaires privées par commune .....</i>	53
Graphique 2	<i>Répartition des formations sanitaires privées par dénomination religieuse .....</i>	54
Graphique 3	<i>Raisons de création des formations sanitaires privées .....</i>	58
Graphique 4	<i>- Niveau d'instruction des promoteurs .....</i>	59
Graphique 5	<i>Statut religieux des promoteurs .....</i>	60
Graphique 6	<i>Niveaux d'instruction des clients .....</i>	72
Graphique 7	<i>Origines des maladies selon les clients .....</i>	73
Graphique 8	<i>Motifs du choix des établissements de soins et parcours thérapeutiques .....</i>	75

## **RÉSUMÉ**

Les noms donnés par les promoteurs aux formations privées sont souvent "accrocheurs" et sont aussi parfois d'inspiration religieuse (35,11 %). Il s'est posé donc la question de savoir ce qui justifie les dénominations d'inspiration religieuse données aux formations sanitaires privées dans les départements du Mono et du Couffo. Il s'agit d'analyser le statut religieux des promoteurs des formations sanitaires privées, d'expliquer le cas échéant la relation qui pourrait exister entre la dénomination de la formation sanitaire privée et son taux de fréquentation d'une part, ainsi que le chiffre d'affaires d'autre part. À partir d'une approche quantitative et qualitative, cette recherche nous a donné une idée des statuts religieux des promoteurs et des clients usagers en même temps qu'elle nous offre une nouvelle orientation sur les motifs de choix des clients usagers en relation avec la personnalité du promoteur.

**Mots clés :** religieux- dénomination- formations- sanitaires-privées

## **ABSTRACT**

The names given by promoters to private formations are often "catchy" and are also sometimes religiously inspired (35.11%). He therefore asked the question what justifies the denominations of religious inspiration given to private health facilities in the Departments of the Mono and the Couffo. The aim is to analyze the religious status of promoters of private health facilities and to explain where appropriate the relationship between the name of the private health facility and its attendance rate on the one hand and the figure On the other hand. Based on a quantitative and qualitative approach, this research has given us an idea of the religious status of promoters and users, while at the same time offering us a new orientation on the reasons for choice of users in relation to the personality of the promoter.

**Keywords:** religious-names - health-private-clinic-

## **INTRODUCTION GÉNÉRALE**

Les noms sont innombrables et variés dans la culture africaine et « l'attribution du nom est influencée fondamentalement par l'atmosphère dans laquelle baigne l'individu qui doit nommer et par sa disposition d'esprit du moment. C'est la conjonction de ces deux éléments qui détermine d'une part, chez celui qui va nommer, d'autre part pour celui qui sera nommé, les aspirations et les besoins qui seront traduits par le nom ». (AZALOU-TINGBE, 2015 : 59)

Les noms donnés par les promoteurs aux formations privées n'échappent pas donc à ce constat. Ils sont souvent "accrocheurs" (centre médico-social Espoir-Vie, centre médico-social Excellence, cabinet Sèdovikon, etc.) et sont aussi parfois d'inspiration religieuse (cabinet Saint-Jean Baptiste, cabinet Jésus Sauve, clinique d'accouchement la Divinité, Cabinet le Bon Samaritain, centre de soins la Galilée, etc.). Dans les départements du Mono et du Couffo, sur les deux cent vingt-cinq (225) formations sanitaires privées environ recensées en août 2015, soixante-dix-neuf (79) soit 35,11 % portent des dénominations d'inspiration religieuse<sup>1</sup>.

Ces dénominations d'inspiration religieuse en particulier rendent difficile l'identification rapide du statut de l'établissement et peuvent être source de confusion pour les malades.

La principale question à laquelle il faut répondre est la suivante : quels sont, les facteurs (motivations) qui déterminent les noms donnés aux formations sanitaires privées dans les départements du Mono et du Couffo ? Autrement dit, les dénominations d'inspiration religieuse données par les promoteurs des formations sanitaires privées sont-elles révélatrices du statut religieux des promoteurs ? " L'intervention des saints", leur "invitation" dans l'espace santé ou l'invocation des attributs de Dieu sont-elles des manières de placer les « usagers clients » sous la bénédiction desdits saints ou entités sacrées ? Ou plutôt les responsables sous leur protection ? Ou encore, Dieu rend-il les formations sanitaires privées « économiquement plus rentables » ? Comment peut se comprendre la trilogie santé-

---

<sup>1</sup>Données de l'annuaire des statistiques sanitaires du Mono et du Couffo 2015.

maladie-Dieu dans les noms des formations sanitaires privées ? Quelle est la représentation d'un cabinet de soins comme celui dénommé « Sainte Yabavi » dans la commune de Dogbo, arrondissement de Tota, village de Dékandji?

Le travail est conduit suivant un plan bipartite. La première partie regroupe le chapitre premier qui est consacré à la problématique et au cadre théorique et le deuxième chapitre qui a abordé la démarche méthodologique adoptée. Dans la deuxième partie, le troisième chapitre a traité de la présentation, de l'analyse et du commentaire des résultats issus de la collecte des données et le quatrième chapitre s'est articulé autour de la vérification des hypothèses de la recherche et des perspectives ouvertes par le sujet.

**PREMIÈRE PARTIE**

**CADRE THÉORIQUE ET APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE**

## **CHAPITRE I : DIEU AU CŒUR DES DÉNOMINATIONS DES FORMATIONS SANITAIRES PRIVÉES DANS LE MONO-COUFFO**

Dans ce chapitre, il est question de la formulation de la question de recherche, de quelques hypothèses et objectifs après avoir posé le problème que soulève le sujet d' recherche. Aussi, s'agit-il de la revue des documents ayant abordé le sujet ou l'un de ses aspects.

### **1.1. Problématique**

Le marasme économique, les tensions sociales et les remous politiques des années 1980 ont conduit le Bénin à penser son système politique, économique, sanitaire autrement. Aussi, à la conférence nationale du 19 au 28 février 1990, le Bénin a-t-il choisi la démocratie comme mode de gestion des affaires de l'État. Selon les précurseurs du régime démocratique, il ne saurait avoir démocratie sans les lois et sans le respect de ces lois qui s'impose à tout le monde et leur violation expose les contrevenants à des sanctions.

Le Bénin a également opté pour un libéralisme économique avec possibilité pour l'État de « laisser-faire » dans certains domaines. Les conséquences logiques de cette option économique se résument en : désengagement de l'État dans les secteurs essentiels, sensibles, mais non régaliens : le transport, la communication, l'éducation, la santé. Souvent, le contrôle des domaines « cédés » lui échappe.

La prolifération des formations sanitaires privées dans les années 1990 a amené les autorités en charge de la santé publique à initier le projet de loi adoptée par l'Assemblée nationale du Bénin. C'est entre autres la loi n° 97-020 fixant les conditions d'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales en République du Bénin. Cette loi vise à réglementer le secteur sanitaire privé, en accordant un délai de grâce à ceux qui jusque-là exerçaient dans l'illégalité, pour s'y conformer. Elle a prévu également des sanctions à l'encontre de ceux qui exercent illégalement les professions médicales et paramédicales. Plus

de dix-sept (17) années après la promulgation de cette loi, le constat reste inchangé. Au plan national, environ 10 % des formations sanitaires se sont conformées à la loi n°97-020. Dans les départements du Mono et du Couffo, vingt (20) structures sanitaires privées ont été autorisées<sup>2</sup> sur les deux cent vingt-cinq (225) environ qu'on y dénombre<sup>3</sup>. En réalité, les promoteurs ne remplissent pas dans leur majorité les conditions requises pour obtenir l'autorisation d'exercice en clientèle privée d'une part et l'autorisation d'ouverture ou d'exploitation d'autre part. En effet, quatre-vingt-onze promoteurs soit 40,44% sont des aides soignants ou aides-soignantes, trente-trois sont des infirmiers brevetés, quatre matrones, trente-trois autres n'ont pas de qualifications professionnelles.

Tous ces corps (aides soignants, infirmiers brevetés, matrones, etc.) et ceux qui n'ont aucune qualification professionnelle sont inaptes à solliciter une autorisation d'exercice en clientèle privée et une autorisation d'ouverture et d'exploitation. Il en est ainsi conformément aux points (e) et (h) de l'article 1<sup>er</sup> de la loi n°97-020 qui donnent une définition précise du cabinet de soins infirmiers et d'une clinique d'accouchement eutocique.

Lors de notre exploration, le constat est que la commune d'Aplahoué a le plus grand nombre de personnel de santé mais surtout en personnel non qualifié, suivie de celle de Klouékanmè, la commune d'Athiémé disposant du plus petit effectif. Les noms donnés par les promoteurs aux formations privées sont souvent "accrocheurs" (centre médico-social Espoir-Vie, centre médico-social Excellence, cabinet Sèdovikon, etc.) et sont aussi parfois d'inspiration religieuse (cabinet Saint-Jean Baptiste, cabinet Jésus Sauve, clinique d'accouchement la Divinité, Cabinet le Bon Samaritain, centre de soins la Galilée, etc.). Dans les départements du Mono et du Couffo, sur les deux cent vingt-cinq (225) formations sanitaires privées environ recensées en août 2015, soixante-dix-neuf (79) soit 35,11 % portent des dénominations d'inspiration religieuse. Ces dénominations d'inspirations

---

<sup>2</sup>Répertoire des formations sanitaires privées autorisées (Annuaire des statistiques sanitaires du Mono et du Couffo 2015)

<sup>3</sup>Données de terrain, 2015

religieuses en particulier rendent difficile l'identification rapide du statut de l'établissement et peuvent être source de confusion pour les malades.

Le centre le plus ancien a ouvert ses portes en 1946 et le plus récent date de février 2015. La majorité des centres (42,67%) ont commencé leurs activités dans les années 80-90. Ceci confirme la recrudescence des structures sanitaires privées dans les années de soudure, de crises sociales et politiques, d'état de cessation des paiements de la république populaire du Bénin avec le gel du recrutement dans la fonction publique béninoise, les différents programmes d'ajustement structurels et l'état de cessation de paiement de l'Etat béninois.

Les classes correspondent aux grandes phases de l'histoire moderne de la fonction publique béninoise :

- Entre 1980 et 1985, l'État recrute presque systématiquement les diplômés des écoles de formations professionnelles ;
- Entre 1986 et 1995, gel du recrutement dans la fonction publique ;
- Depuis 1995, reprise des recrutements mais selon la proportion une entrée pour trois départs à la retraite ;
- Avènement d'un nouveau régime politique avec un accent sur l'entreprenariat.

Il reste une grande difficulté liée à la date précise de mise en service des formations sanitaires privées. La plupart de ces structures n'étant pas autorisées, nous nous sommes fiés aux déclarations des promoteurs. L'enquête étant perçue comme une inspection policière et fiscale, les promoteurs ont tendance à réduire la date de démarrage des activités pour « éviter des pénalités » du fisc ou du Ministère de la Santé.

Ce constat interpelle tout chercheur en sciences sociales et surtout de la Sociologie-Anthropologie à investiguer sur plusieurs aspects et les motifs dudit constat. A ce titre, pour ne pas naviguer dans nombres de questions sur cette problématique, nous avons posé la question de recherche suivante : les dénominations d'inspiration religieuse données aux formations sanitaires privées dans le département Mono-

Couffo sont-elles révélatrices du statut religieux des promoteurs ou bien que Dieu est-il utilisé dans les noms des formations sanitaires privées à des fins marchandes ? En clair, il est important de se demander ce qui pourrait justifier les dénominations d'inspiration religieuse données aux formations sanitaires dans les départements du Mono et du Couffo.

Il s'agit d'analyser le statut religieux des promoteurs des formations sanitaires privées, de rechercher et d'expliquer le cas échéant la relation qui pourrait exister entre la dénomination de la formation sanitaire privée et son taux de fréquentation d'une part, et le chiffre d'affaires d'autre part. C'est une recherche sur l'anthroponymie religieuse dans l'espace sud-ouest du Bénin. Au plan scientifique, elle permettra de mieux appréhender le processus de nomination des formations sanitaires privées et de saisir le lien entre le religieux et l'option libérale de la vie économique.

Pour répondre à cette question, nous sommes partis sur des réponses provisoires et fixés des objectifs conséquents.

### **1.1.1. Hypothèses de la recherche**

Ces réponses provisoires ont été émises afin de focaliser la recherche dans un sens précis. Ainsi,

- le statut religieux du promoteur détermine les noms donnés aux formations sanitaires privées ;
- l'évocation du religieux explique le choix de l'utilisateur dans la fréquentation d'une formation sanitaire privée ;
- les responsables des structures sanitaires privées ne connaissent pas la symbolique des noms de leurs exploitations.

### **1.1.2. Objectifs de la recherche**

De façon générale, il s'agit d'analyser le processus de dénomination des formations sanitaires privées dans les départements du Mono et du Couffo.

Mais spécifiquement, il s'agit de :

- décrire le processus de dénomination des structures sanitaires privées d'inspiration religieuse dans les départements du Mono et du Couffo ;
- inventorier les motivations du choix de fréquentation de la structure sanitaire privée par les usagers clients ;
- apprécier le degré de connaissance de la symbolique des noms donnés aux structures sanitaires privées.

## **1.2. Clarification conceptuelle**

« Toute investigation scientifique porte sur un groupe déterminé de phénomènes qui répondent à une même définition. La première démarche du sociologue doit être de définir les choses dont il traite, afin que l'on sache et qu'il sache bien de quoi il est question » (Durkheim ; 1970). Pour ce faire, la précision sémantique de certains concepts utilisés s'avère indispensable à cette recherche.

La santé est une notion difficile à définir du fait qu'elle couvre des réalités différentes en fonction de chaque société. C'est ce que note Cloutier (1994) quand il affirme que : « la notion de santé demeure une problématique en ce sens qu'elle est en quelque sorte indéfinissable et qu'elle est imbriquée à tous les niveaux du social et de l'intervention humaine. Elle relève du domaine médical, religieux et juridique. Chaque société accorde à l'un de ces niveaux la priorité ». Pour le praticien, la santé pourrait se définir par l'absence de symptômes qui caractérisent les maladies.

L'OMS (1995) définit : « la santé comme un état complet de bien-être physique, mental, social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Outre cette définition, l'OMS considère la possession d'un meilleur état de santé comme l'un des droits fondamentaux pour tout être humain. De cette assertion, l'on peut retenir que la notion de santé est relative et ambiguë, car liée à l'imagination et à la représentation sociale.

Les déterminants selon le dictionnaire Petit Larousse, signifient qui détermine, décide une action, élément qui agit ou qui influe. Dans un autre sens, il s'entend comme un élément placé devant le nom, marquant le genre et le nombre. Dans ce cadre précis, le concept de déterminants à un sens plus large qui requiert toute son importance sociologique et s'assimile à facteurs, variables. On peut citer entre autres les déterminants géographiques, économiques, environnementaux, culturels, sociaux, écologiques etc.

Selon Legendre (2012), dans l'Antiquité romaine, le terme "religio" désignait la sphère indépendante de l'État qui régissait les pratiques et les croyances ayant trait

au sacré. La religion (du mot "relegere", recueillir scrupuleusement, prendre soin, contraire de "neglegere", négliger) se définit comme un culte rendu aux dieux qui dirigent le monde. L'étymologie supposée du terme "religare", relier n'est qu'une élaboration chrétienne ultérieure, au III<sup>e</sup> - IV<sup>e</sup> siècle.

Chez beaucoup de peuples, le terme religion n'existe pas, bien que les faits religieux y soient présents. Les faits religieux ne sont pas nécessairement séparés des autres institutions sociales. C'est par leur culte que les religions s'expriment, c'est-à-dire par un ensemble de conduites fortement symboliques pour la collectivité. Il pourrait être retenu aussi que « La religion, c'est un système de symboles qui agit de manière à susciter chez les hommes des motivations et des dispositions puissantes, profondes et durables, en formulant des conceptions d'ordre général sur l'existence et en donnant à ces conceptions une telle apparence de réalité que ces motivations et ces dispositions semblent ne s'appuyer que sur du réel » (Geertz, 1966).

Les fonctions possibles de la religion peuvent se résumer à celles qui suivent :

- fonction explicative : la religion pallie un savoir empirique défaillant ;
- fonction organisatrice : la religion présuppose un ordre qu'elle vise à sauvegarder ;
- fonction sécurisante : la religion ramène à un niveau supportable la peur et les tensions par la foi et l'espérance d'une justice
- fonction intégrative : la religion agit comme un mécanisme de contrôle social, elle fonctionne selon une morale du respect et de la sanction, mais aussi parce qu'elle crée une communauté des croyants.

« Le domaine du profane se présente comme celui de l'usage commun, celui des gestes qui ne nécessitent aucune précaution et qui se tiennent dans la marge souvent étroite laissée à l'homme pour exercer sans contrainte son activité. Le monde du sacré, au contraire, apparaît comme celui du dangereux ou du défendu : l'individu ne peut s'en approcher sans mettre en branle des forces dont il n'est pas le maître et devant lesquelles sa faiblesse se sent désarmée. Cependant, sans leur

secours, il n'est d'ambition qui ne soit vouée à l'échec. En elles réside la source de toute réussite, de toute puissance, de toute fortune. Mais on doit redouter, en les sollicitant, d'être leur première victime » (Caillois, 1950).

Il convient de souligner que pour de nombreuses sociétés, cette distinction sacrée/profane ou religieux/laïc n'existe pas comme dans les grandes religions révélées. La religion s'y manifeste au quotidien, à travers la nourriture, l'habillement, la disposition des habitations, dans les rapports de parenté ou avec les étrangers, dans les activités économiques ou de loisir. La religion fait partie de la vie et n'est pas distinguée des autres aspects de l'existence.

Robertson Smith, (1889) : « la religion n'existe pas pour sauver les âmes, mais pour la sauvegarde et le bien-être de la société ». Ce que reprendront Durkheim (1968) et Mauss (1968) qui pensent le sacré comme force collective essentielle à l'organisation sociale et dont la source est la société elle-même : le sacré serait en quelque sorte la divinisation de la société. Pourtant, des changements dans la structure sociale n'entraînent pas toujours des changements dans les structures religieuses, et les sociétés d'un même type n'ont pas toutes les mêmes structures religieuses. Cette généralisation ne tient pas assez compte des singularismes de chaque société.

### **1.3. La pertinence du sujet**

Cette recherche n'a pas comme objectif d'analyser les causes de la prolifération des formations sanitaires privées, comme elle n'analyse pas non plus en particulier la situation des « piqueurs sauvages » qui sont « sans domicile fixe » et vont de village en village, de hameau en hameau accomplissant leur « sale besogne ».

Elle ne se préoccupe pas outre mesure des conséquences sur les populations des actions des cabinets privés, tant ce champ d'investigation est vaste et beaucoup plus délicat : par exemple les décès survenus de leur fait, les mauvaises prescriptions

médicales, la qualité des soins, les tarifs pratiqués dans ces formations sanitaires, etc.

Cette recherche ne veut pas non plus cerner les comportements de tous ces fonctionnaires qui transforment leurs domiciles en cabinets d'accouchement, de consultations ou de soins et plus graves encore en bloc opératoire sans plateau technique adéquat.

L'intérêt est de contribuer à une meilleure compréhension du processus de dation des structures sanitaires privées dans les départements du Mono et du Couffo, de mieux cerner les relations qui existent entre le statut religieux du promoteur et la dénomination de cette structure sanitaire d'une part et l'influence des noms d'inspiration religieuse dans les motifs d'orientations des usagers clients de ces structures.

#### **1.4. Délimitation thématique**

La problématique du religieux dans les dénominations des formations sanitaires privées dans les départements du Mono et du Couffo s'inscrit dans la sociologie religieuse, et l'anthropologie de la santé ; toutes ces disciplines convergentes vers la sociologie du développement. Au-delà des divergences théoriques de ces différentes disciplines, les concepts utilisés dans la présente recherche prennent leur sens au carrefour de ces disciplines.

#### **1.5. Axes actuels de la discussion**

Les instruments théoriques et méthodologiques utilisés par nos prédécesseurs sur ce sujet ont été explorés. À ce titre, une synthèse succincte des recherches réalisées sur le phénomène aussi bien dans notre pays que dans d'autres est faite et a permis de restituer afin d'établir les analogies et les disparités.

Max Weber (1920), met en valeur le rapport entre le religieux, le politique et l'économique. Dans *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*, Weber soutient que la doctrine calviniste de la prédestination et du don gratuit de la grâce

aurait abouti à créer chez ses fidèles une mentalité opposée au mysticisme, faisant du travail un devoir, de la réussite un signe d'élection et du refus de la récompense une vertu. Ainsi, il ne faut pas jouir de sa fortune, mais la reverser, justifiant l'émergence du Capitalisme. A l'opposé de Durkheim et de Mauss, il a montré que la religion pouvait être productrice d'innovations, de changement et non seulement d'ordre social.

Sigmund Freud (1939), bien que n'étant ni sociologue ni anthropologue, conçoit la religion comme un système projectif d'une frustration ou d'une névrose obsessionnelle de la société. Magie et religion sont pour lui des états psychologiques. Mais son interprétation du totémisme ou de l'Œdipe a été réfutée, l'image de dieu n'étant pas unique et variant en fonction de la place du père dans les différents systèmes de parenté (sociétés à filiation matrilineaire).

Selon Paul Ricoeur (1963) : « l'histoire mythique représente un effort pour annuler l'influence perturbatrice des facteurs historiques, elle représente une tactique d'annulation de l'historique, un amortissement de l'évènementiel ». Pourtant, n'existe-t-il pas une réalité historique sous-jacente aux mythes. C'est en étudiant précisément l'Iliade qu'Heinrich Schliemann a découvert les vestiges de Troie en Turquie en 1870, puis ceux de Mycènes en 1876, Ithaque en 1878 et Tirynte en 1884.

Le mythe sert principalement à établir une charte sociologique, à justifier rétrospectivement un certain code de conduite morale, à attester la réalité du miracle primitif et suprême de la magie.

Edmund Leach (1967) pense que les mythes et les rites sont un « langage de signes par lequel les hommes expriment leurs droits et leurs statuts ». Le mythe permet de légitimer une situation, éventuellement des privilèges au sein de la structure sociale (comme le système des castes en Inde). Les religions réclament des pratiques culturelles liées aux croyances et des spécialistes du savoir rituel. Ces spécialistes font partie d'un ensemble hiérarchisé (abbé, imam, brahmane, moine)

ou ils peuvent être des individus (prophète, devin, guérisseur, magicien).

« Les relations entre les hommes et les dieux se font dans un cadre rituel, ensemble de conduites et d'actes répétitifs et codifiés, souvent solennels, d'ordre verbal, gestuel et postural, à forte charge symbolique, fondés sur la croyance en la force agissante d'êtres ou de puissances sacrées, avec lesquelles l'homme tente de communiquer en vue d'obtenir un effet déterminé » (Rivière, 2008).

De façon précise, il faut reconnaître avec Sarassoro (1980) que « l'Africain est naturellement croyant. Il est trop croyant, sinon crédule et superstitieux. Il (l'Africain) croit aux fétiches, au pouvoir surnaturel du féticheur, du guérisseur ou du sorcier plus qu'à la science des « Blancs ». Cette affirmation pourrait bien paraître une insulte à la capacité de recul et d'analyse de l'homo africanus. Mais la réalité est bien évocatrice. En effet, au cœur d'une sécheresse qui menace les cultures de coton, alors que certains pays de la sous-région font des cultures de contre saison, alors même que certains autres pays n'attendaient plus la pluie bienfaisante pour ensemercer, le gouvernement de la République du Bénin, lors du Conseil extraordinaire des ministres en date du 7 août 2013<sup>4</sup>, a annoncé « l'organisation, depuis quelques semaines sur toute l'étendue du territoire national, des séances de prières par nos confessions religieuses ». Une telle décision sans contraster avec les avancées technologiques témoigne de la forte connotation religieuse dans le quotidien du Béninois.

Dans notre recherche, nous avons circonscrit notre champ d'investigation au domaine strictement religieux chrétien. Il ne serait pas opportun de voir apparaître des observations relatives aux autres formes de religiosité. De sorte que l'analyse portera sur la symbolique de quelques noms de structures sanitaires privées.

Friedberg et Crozier (1977) dans leur analyse mettent l'acteur au cœur de toute organisation. Cette dernière apparaît comme un ensemble de rouages compliqués, mais parfaitement agencés et prouve à quel point les comportements demeurent

---

<sup>4</sup>Un communiqué de la Présidence de la République en date du 7 août 2013 « Au Bénin, nous sommes un peuple de croyants. Nous demeurons donc confiants qu'en dépit de ces perturbations, rien n'est impossible à la volonté divine. Car seul Dieu peut tout ! ».

complexes et échappent au modèle simpliste d'une coordination mécanique ou d'un déterminisme simple. Les auteurs considèrent toute organisation comme "le royaume des relations de pouvoir, de l'influence, de marchandage et du calcul. Mais elle n'est pas davantage l'instrument d'oppression qu'elle apparaît à ses détracteurs, car ces relations conflictuelles ne s'ordonnent pas selon un schéma logique intégré. Elles constituent les moyens pour l'innombrable acteur de se manifester et de peser sur le système et sur les partenaires même si c'est de façon très inégale." Cela prouve qu'il serait très difficile de comprendre la vie sociale réelle et la dynamique d'une organisation si l'on n'admet pas l'attachement très fort et parfois passionné de ses membres les plus démunis à une liberté qui n'apparaît pas du dehors.

Lahire (2005) montre que la médecine généraliste bénéficie d'un pouvoir symbolique plus important à la campagne que dans les quartiers urbains. Par ailleurs, la profession médicale présente l'occasion de faire la synthèse entre ses dispositions pragmatiques (un savoir tourné vers l'action) et ses dispositions humanistes et sociales (un métier de relation). Elle oscille constamment dans ses propos entre des valeurs de rationalité et des valeurs plus relationnelles. Pour l'auteur, la médecine ne se dissocie pas de l'humanisme. Le médecin préfère de ce point de vue, les stages de réflexion sur la profession de médecin, sur la place du médecin dans la société, que les formations "bêtes" qui ne sortent pas strictement du médical. Les médecins font des formations complémentaires compte tenu de la demande qui se présente à eux. Par ailleurs, la relation entre le médecin et le patient est une relation mi-thérapeutique et mi-commerciale. Au regard de cette thèse de Lahire, on s'aperçoit de toute l'importance que revêt cette fonction dans nos sociétés notamment dans les zones rurales où le médecin détient un pouvoir symbolique. La conception que les populations ont de ce corps de métier favorise l'installation de plusieurs formations sanitaires. Les promoteurs se cachent parfois derrière cette perception populaire pour laisser libre cours, à des moments, à des comportements qui s'écartent des normes et principes qui gouvernent ce secteur.

Ainsi, l'auteur, de par sa position, conforte à bien des égards l'hypothèse de cette recherche.

Benoist (1997) à travers sa thèse de cliniques hybrides au quotidien, décrit certaines conduites pragmatiques nées d'une hybridation qui engage des ressources venues de bien plus loin que du seul territoire de la santé : elle emprunte au domaine du religieux, à l'organisation de rapports sociaux, à la représentation des contrastes ethniques. Cette hybridation crée un nouvel agencement qui vient aider les individus assaillis de maux et des angoisses qui les accompagnent, à décrypter ce qui leur arrive, leur donnent des codes pour une lecture simultanée de leur malheur personnel et de leur insertion dans une société complexe et contradictoire où ces malheurs trouvent leur racine. De par cette description l'auteur contribue essentiellement à compléter d'autres catégories de formations sanitaires qui se singularisent par l'association des pratiques traditionnelles aux modernes afin de guérir le patient.

Marcel Mauss distingue les rites positifs (prière, offrande, sacrifice) et les rites négatifs (tabous sexuels ou alimentaires, jeûne ou ascèse). Durkheim ajoute les rites d'expiation et de purification qui visent à se libérer d'une impureté et les rites de protection contre les mauvais esprits. Mais la frontière n'est pas toujours stricte entre rite religieux et rite séculier, comme entre sacré et profane. Il suffit de penser aux rituels d'investiture, de mariage ou de funérailles des rois qui conjuguent défilés militaires et messe solennelle. Mais contrairement à ce que postule Mircea Eliade (1967), le rite n'a pas toujours pour fonction le renvoi au temps primordial du mythe. Plusieurs auteurs se sont intéressés aux fonctions que jouent les rites dans la vie sociale. L'attitude de respect qu'institue le rite permet de renforcer la cohésion sociale, de canaliser des émotions communes. Le rite permet aussi de renforcer les rôles sociaux de certains individus, de réaffirmer les règles et les normes, il structure et dynamise les comportements, atténue les tensions sociales. Il renforce la motivation et la mobilisation autour de buts communs. Il rassemble périodiquement une communauté dans une union symbolique, il a pour

conséquence une perpétuation et un renouvellement des croyances.

Sans rentrer dans le détail d'une typologie des rites, quasi impossible à établir, on peut noter que les rites magiques visent à maîtriser l'extraordinaire et que les rituels funéraires ont pour rôle une atténuation des angoisses, de même qu'ils conjurent la déstructuration du groupe, les rites de naissance visent l'intégration du nouveau-né dans sa communauté, dans un territoire et dans une temporalité.

Le dictionnaire Flammarion (2013) définit le nom comme une partie du discours servant à désigner un être animé ou une chose ; tandis que pour le Petit Robert (2013) le nom est ce mot dont la fonction est non seulement de désigner un individu mais de le distinguer des êtres de la même espèce. Les noms donnés aux formations sanitaires privées permettent de les désigner et de différencier à l'intérieur par exemple des cabinets les uns des autres.

« L'attribution du nom n'est jamais neutre. Elle est d'une manière ou d'une autre l'expression des préoccupations profondes du donateur qui est, soit le géniteur, soit le chef de famille ou un ami de la lignée régulièrement mandaté ». Le nom est « [...] l'expression vitale de la personnalité de l'individu, il est témoin de sa sociabilité au même titre qu'il décrit les qualités et les défauts du donateur » (AZALOU-TINGBE, (2015 : 59). Le nom apparaît comme un nœud gordien qui ficelle l'identité et que l'on ne peut dénouer sans trancher. Sans risque de se tromper, il est possible d'affirmer que plusieurs logiques président à la dénomination des formations sanitaires privées. Il pourrait bien s'agir des logiques spatio-temporelles, anthroponymiques ou pourraient relever du pur hasard.

Il est inconcevable de fixer la liste de noms possibles que l'on pourrait donner selon les différentes logiques dans la culture africaine. Par contre, le calendrier gréco-romain n'a pu encore nous permettre d'avoir une correspondance entre les saints de l'Eglise catholique avec les noms africains inspirés des circonstances spatio-temporelle, l'anthroponymiques. Dans ces conditions, le nom « le Cabinet de soins Ste Yabavi » ou « Cabinet de soins St Kaka » relèveraient bien d'un défaut de connaissance du processus de canonisation.

Dans un ouvrage collectif paru sous la direction de Jacob Oluṣona (1991), les auteurs ont examiné la structure, la nature et la signification des religions traditionnelles africaines comme un élément essentiel et une dynamique de la tradition. Leur analyse et interprétation des principaux aspects de ces religions a permis d'explorer les éventuelles contributions qu'elles peuvent apporter aux processus de développement et de modernisation en Afrique. Ils ont ainsi abordé les effets des changements sociaux sur le phénomène religieux en Afrique. Dans leur argumentation, la plupart ont identifié la question méthodologique comme l'un des défis majeurs de toute la discussion.

## **CHAPITRE II : CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES DE LA RECHERCHE**

Selon Quivy et Van Campenhout (1995) : « il importe avant tout que le chercheur soit capable de concevoir et de mettre en œuvre un dispositif d'élucidation du réel, c'est-à-dire dans son sens plus large, une méthode de travail ». Ainsi, nous avons suivi les trajectoires suivantes.

### **2.1. Justification du choix du sujet**

#### **2.1.1. Raisons subjectives**

Pendant les quatre années de formation en sociologie anthropologie, nous avons été particulièrement touché par certains enseignements tels que la méthodologie de recherche, la sociologie anthropologie de la santé, l'anthropologie et la religion, la sociologie du développement, la sociologie des organisations, le séminaire sur les conflits et règlements de conflits, le séminaire sur la question du développement, de l'environnement et de la santé. Les connaissances que nous avons tirées de ces enseignements et les divers apports intellectuels dont nous avons bénéficié aussi bien de nos différents professeurs que d'autres personnes compétentes nous ont édifié dans le choix de ce sujet. Pour avoir passé des années dans les départements du Mono et du Couffo d'abord en tant qu'élève puis en tant qu'agent de l'État ayant servi dans le secteur de la santé, nous avons remarqué que l'accessibilité aux soins et services de santé est très limitée. De même, il est courant d'utiliser souvent les expressions comme « la santé avant tout », « la santé n'a pas de prix » pour dire combien de fois elle est chère et importante. En effet, lorsque la maladie survient, le secteur public médical n'a pas souvent les moyens d'y faire face seul et parfois, les conséquences sont désastreuses. L'homme étant aussi corps, âme et esprit cherche la solution sur ces différents plans. C'est d'ailleurs, tout ceci qui justifie notre intérêt à investiguer sur les "Le concept du religieux dans les dénominations des formations sanitaires privées dans les départements du Mono et du Couffo".

### **2.1.2. Raisons objectives**

Les raisons objectives prennent corps avec les résultats et pistes de recherche sorties de la rédaction et de la soutenance du mémoire de maîtrise. En effet, le mémoire de maîtrise produit sur l'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales dans les départements du Mono et du Couffo a révélé que les responsables des formations sanitaires privées ont une forte propension à donner des noms d'inspiration religieuse à leur exploitation. Dans un environnement concurrentiel, mais à caractère social, il serait intéressant de retracer le statut religieux des responsables de ces centres aux fins de saisir les raisons apparentes et « profondes » du choix des différents noms donnés. Cela pourrait aussi renseigner sur l'orientation religieuse des patients desdits cabinets de soins et à termes faire le lien entre la dénomination et le taux moyen de fréquentation.

## **2.2. Monographie des départements du Mono et du Couffo**

### **2.2.1. Justification du choix du cadre de la recherche**

D'abord, nous avons choisi de travailler dans les départements du Mono et du Couffo à cause de certaines données statistiques sanitaires d'une part, et de certaines spécificités religieuses d'autre part.

Ensuite, les départements du Mono et du Couffo ont été choisis de par leur poussée démographique et surtout à cause de leurs diversités culturelle et religieuse. Aussi, cette démographie constitue-t-elle une opportunité pour mieux apprécier la situation des formations sanitaires privées à dénominations d'inspirations religieuses.

Enfin, le choix de ce cadre se justifie par rapport à la facilité d'accès aux sources d'information à cause de notre maîtrise des langues de la localité et de la disponibilité des agents de santé du secteur public.

### **2.2.2. Caractéristiques physiques**

D'une superficie de 2 404 km<sup>2</sup> et situé au sud-ouest de la République du Bénin, le département du Couffo compte six (6) communes qui sont : Aplahoué, Djakotomey, Dogbo, Klouékanmé, Lalo et Toviklin. Ces six communes sont constituées de 367 villages. Il est limité au sud par le département du Mono, au nord par celui du Zou à l'est par le département de l'Atlantique et à l'ouest par la République du Togo.

Le département du Mono couvre une superficie de 1 605 km<sup>2</sup>. Situé au sud-ouest de la République du Bénin, il compte six (06) communes. Il s'agit de : Athiémè, Bopa, Comé, Grand-Popo, Houéyogbé et Lokossa. Il est limité au nord par le département du Couffo, au sud par l'océan Atlantique, à l'est par le département de l'Atlantique et à l'ouest par la République du Togo. On y dénombre 291 villages regroupés en 35 arrondissements.

### **2.2.3. Caractéristiques socio-économiques**

L'économie est essentiellement dominée par l'agriculture avec une nette prédominance des cultures vivrières. Les populations exercent des activités commerciales, de transformation de produits agricoles et de l'artisanat. La production animale est faite de pêche, de porcs, d'aulacode, de lapins, d'élevage de petits ruminants et de volailles. L'industrie est quasi inexistante en dehors de la seule usine d'égrenage de coton à Hagoumey qui aujourd'hui connaît quelques difficultés.

Les activités dominantes sont l'agriculture (production de manioc, du riz et du maïs), la pêche, l'élevage, l'artisanat, la transformation de produits agricoles et le commerce. Le système de production agricole est essentiellement basé sur la culture de maïs en tête de rotation. L'industrie semble peu importante. Il existe une huilerie non fonctionnelle à Houin-Agamè, une usine d'eau minérale à Possotomè, deux usines de textile à Lokossa (SITEX et CBT). Le département du Mono dispose d'atouts touristiques importants. Le littoral constitue l'un des éléments majeurs de

la façade balnéaire naturelle du Golfe du Bénin et les sources thermales qui dominent le lac Ahémé offrent un cadre de villégiature d'une qualité rare en Afrique.

Dans le département du Couffo, le taux brut de natalité (‰) est 42,33, le taux de mortalité infantile est 87 ‰ et l'espérance de vie à la naissance (année) est 55,35. Tandis que dans le département du Mono, le taux brut de natalité (‰) est 36,34, le taux de mortalité infantile est 93 ‰ et l'espérance de vie à la naissance (année) est 52,09 ‰. Les caractéristiques spécifiques aux douze communes des départements du Mono et du Couffo sont résumées dans les tableaux III et IV ci-dessous.

**Tableau I : Caractéristiques du Département du Mono**

N°	Principales caractéristiques	Communes					
		Comè	Grand Popo	Houéyogbé	Bopa	Lokossa	Athiémé
1	Limites	Grand-Popo, Houéyogbé, Bopa	Athiémé, Comè, Houéyogbé, Ouidah, Ouidah, Kpomassè, Océan Atlantique, Togo.	Lokossa, Bopa, Comè, Grand Popo, Athiémé.	Dogbo, Lalo, Comè, Houéyogbé, fleuve Couffo, Lac Ahémé, Lokossa	Dogbo, Bopa, Athiémé, Houéyogbé, le Togo	Lokossa, Grand-Popo, Houéyogbé, le Togo
2	Superficie (Km2)	163	289 soit 7,2% du Département du Mono	320	365 soit 22,74% de Département du Mono	260	238
3	Population (Habitants)	79 989	57 636	101 893	96 281	104 961	56 483
4	Découpage	5 arrondissements et 46 villages	7 arrondissements et 44 villages	6 arrondissements, 21 quartiers de villes et 38 villages	7 arrondissements, 60 villages	6 arrondissements, 15 quartiers de villes et 29 villages	5 arrondissements, 47 villages et quartiers de villes
5	Religions	Traditionnelles: 61,3%, Catholique : 23, 8%, protestante : 2,3%, musulmane : 2%, autres : 6,3%	Traditionnelles: 62,9%, Catholique : 24, 6%, protestante : 2,1%, musulmane : 2%, autres : 8,3%	Traditionnelles : 65%, Catholique : 20,6%), Protestante : 0,4%, Musulmane : 0,5%, autres : 13,5%	Traditionnelles: 54%, Christianisme : 30%, Islam : 1,30% autres : 14,7%	Traditionnelles: 59,30%, Christianisme : 25%, Islam : 2% autres : 13,7%	Traditionnelles: 60%, Catholique : 15% Protestante et autres : 20%, Islam et autres : 5%
6	Activités économiques	Agriculture, élevage, pêche, petites unités de transformation, commerce, tourisme et hôtellerie...	Agriculture, élevage, pêche, petites unités de transformation, commerce, tourisme et hôtellerie...	Agriculture, élevage, pêche, chasse, petites unités de transformation, commerce, tourisme et hôtellerie...	Agriculture, élevage, pêche, petites unités de transformation, commerce, tourisme et hôtellerie...	Agriculture, élevage, pêche, petites unités de transformation, commerce, tourisme et hôtellerie...	Agriculture, élevage, pêche, petites unités de transformation, commerce, tourisme et hôtellerie...
s	Service de santé	1 HZ, 4 CSA, 6 Maternités, 5 Dispensaires	1CSC, 6 CSA, 1 maternité, 1 infirmerie scolaire, 1 CPS, 7 UVS ou USQ.	1 CSC, 6CSA, 2 DP, 1 CPS	1 CSC, 7 CSA, 1 CPS, des UVS ou USQ	1HZ, 6CSA, 25CPS, des UVS ou USQ	1CSC, 4CSA, 3DI, des UVS ou USQ
8	Principales filières porteuses	Volaille et petit ruminants, Pisciculture, Cultures maraîchères, maïs, palmier à huile, banane plantain, canne à sucre, revente, porcins, crevettes, noix de coco, tourisme.	Volaille et petit ruminants, Pisciculture, Cultures maraîchères, maïs, palmier à huile, banane plantain, canne à sucre, porcins, crevettes, noix de coco, tourisme.	Poterie, Volaille et petit ruminants, chasse, carrières (sables et graviers, sables siliceux, argile, calcaire...)	Volaille et petit ruminants, Pisciculture, Cultures maraîchères, maïs, palmier à huile	Maïs frais, niébé, piment, tomates, légumes locaux et/ou exotique, embouche porcine, aviculture, aukacodiculture, héliciculture	Manioc, cultures maraîchères, riz, bananes, ananas, cuniculture, aviculture, aulacodiculture, apiculture et pisciculture

**Source:** Plans communaux de développement, 2015

**Tableau II : Caractéristiques du Département du Couffo**

N°	Principales caractéristiques	Communes					
		Aplahoué	Djakotome	Dogbo	Klouékanme	Toviklin	Lalo
1	Limites	Djidja, Djakotomè, Klouékanmè, Abomey, et le Togo	Aplahoué, Klouékanmè, Dogbo, Toviklin et le Togo	Lokossa, Bopa, Lalo, Toviklin, Djakotomey, Atlantique et le Togo	Agbangnizoun, Aplahoué, fleuve Couffo, Djakotomè, Toviklin, Lalo	Klouékanmè, Dogbo, Lalo et Djakotomey.	Klouékanmè, Agbangnizoun, Bopa, Zogbodomè, Toffo, Dogbo et Toviklin
2	Superficie (Km2)		915	235	475	394	120
3	Population (Habitants)		171 109	134 028	103 057	128 597	88 611
4	Découpage	7 arrondissements, 66 villages et quartiers de villes	10 arrondissements, 72 villages et quartiers de villes	7 arrondissements, 52 villages et quartiers de villes	8 arrondissements, 61 villages et quartiers de villes	7 arrondissements, 52 villages et quartiers de villes	11 arrondissements, 52 villages et quartiers de villes
5	Religions	Traditionnelles: 70,40%, Catholique : 7,5 Protestant et autres : 19,1%, Islam : 0,8 et autres (sans religion) : 2,1%	Traditionnelle : 87,1 % Catholique : 3,0 % Protestantes : 1,4% Musulmane : 0,2% Autres : 8,3%	Traditionnelle : 65,4 %, Catholique : 7,5 %, Protestante : 2,7 %, Autres : 23,7 %.	Traditionnelle : 68,2 %, Catholique : 8,5 %, Protestante : 3,5 %, Autres : 17,61 %.	Traditionnelle : 86,4 %, Catholique : 3,2%, Protestante : 3,3 %, Islam : 1,0 %.	Traditionnelle : 72%, Catholique : 5%, Protestante : 6 %, Islam : 1,0 %, Céleste : 5%, autres : 3
6	Activités économiques	Agriculture, élevage, pêche, petites unités de transformation, commerce, tourisme et hôtellerie...	Agriculture, élevage, pêche, petites unités de transformation, commerce, tourisme et hôtellerie...	Agriculture, élevage, pêche, petites unités de transformation, commerce, tourisme et hôtellerie...	Agriculture, élevage, pêche, petites unités de transformation, commerce, tourisme et hôtellerie...	Agriculture, élevage, pêche, petites unités de transformation, commerce, tourisme et hôtellerie...	Agriculture, élevage, pêche, petites unités de transformation, commerce, tourisme et hôtellerie...
7	Service de santé	1HZ, 1CSC, 7CSA, 3MI, 3UVS et UQS	1CSC, 6CSA, 1DI, 3UVS et UQS	1CSC, 6CSA, 2DI, 4UVS et UQS	1HZ, 1CSC, 5CSA, 2MI, 2DI, 5UVS et UQS	1CSC, 7CSA, 1MI, 1DI, 3UVS et UQS	1CSC, 8CSA, 11UVS et UQS
8	Principales filières porteuses	maïs, manioc, du coton et des cultures maraichères, élevage des petits ruminants	Gravier, manioc, coton, palmier à huile, soja	maïs, riz, manioc, les cultures maraichères (tomate), niébé	tomate, orange, soja, palmier à huile, riz	Coton, soja, tomate, agrume, palmier à huile	Maïs, manioc, riz, volaille, palmier à huile

Source: Plans communaux de développement, 2015

Il ressort de ces tableaux que la religion dominante des départements du Mono et du Couffo est la religion traditionnelle avec en moyenne 61,45 %, suivie du catholicisme pratiqué par environ 13,65 % de la population des deux départements. La religion islamique, les protestants, les évangéliques et les autres formes de croyances et certains cercles de pensée philosophique et spirituelle (Eckankar, Rose Croix) sont dénombrés. Toutefois, les statistiques fiables y relatives ne sont pas disponibles. Le département du Mono abrite plus de chrétiens catholiques (environ 20 %) que celui du Couffo (environ 5 %) et inversement les religions traditionnelles sont plus pratiquées dans le Couffo (en moyenne 73 %) que dans le Mono (en moyenne 60 %). Le poids relativement plus important de chrétiens catholiques dans le département du Mono pourrait s'expliquer par le fait que les premières communes touchées par l'enseignement catholique restent celles situées le long des côtes atlantiques. Elles étaient les plus accessibles aux colonisateurs.

### **2.3. Nature de la recherche**

La présente recherche revêt un triple caractère, transversal, qualitatif et quantitatif. Ceci est en relation avec la nature des données collectées d'une part et d'autre part, les exigences liées au traitement de ces données. La phase empirique est particulièrement descriptive. Les faits rapportés sont dépourvus de toute analyse de la part des répondants. Une seconde phase de collecte a consisté à solliciter le regard analytique des répondants au sujet des premières synthèses issues de la première phase de collecte. Les répondants ont donc pris une part active dans la description des faits et dans l'élaboration des premiers corpus analytiques. A l'image des nouvelles perspectives en recherche socio-anthropologique, l'orientation de la recherche est centrée et produite à partir des cibles de la recherche. Les entretiens visent à rendre disponibles des données pour décrire et comprendre les discours, les pratiques et perceptions liées aux noms donnés aux formations sanitaires privées. Aussi, la recherche est longitudinale et des cibles ont été donc retenues, suivies avec des séries de contacts et d'échange pour un meilleur cadrage des informations

nécessaires. C'est donc, entre autres, une enquête d'opinion qui a servi de support à la réalisation des outils.

Elle repose également sur une approche clinique appuyée par une démarche psychosociologique. En psychologie, la méthode clinique est une approche privilégiée, régie par l'observation centrée sur des cas précis et guidée par le principe de l'individualité, de la spécificité d'un être humain, concret, aux prises avec une situation. La démarche qui est donc invoquée ici traite de la compréhension, elle traite chaque individu pour lui-même et le considère comme un cas. Quant à la partie documentaire, elle présente une documentation sur les raisons du choix des noms des formations sanitaires privées en général. Toute cette gamme d'informations renseigne sur les aspects qualitatifs pour l'analyse de contenu réalisée à la suite de la collecte des opinions des enquêtés. Toutefois, quelques données quantitatives furent enregistrées pour faciliter la triangulation et l'appréciation des informations qualitatives. La deuxième partie qui renvoie à l recherche des acquis de la première phase est comparative et analytique. Elle conduit à établir et apprécier les variables qualitatives et quantitatives qui déterminent le choix des noms et le motif de choix de fréquentation desdites formations sanitaires privées suivant le statut, l'appartenance culturelle et l'appartenance religieuse des répondants.

## **2.4. Groupes cibles et techniques d'échantillonnage**

### **2.4.1. Les groupes cibles**

Aussi bien pour l'enquête par questionnaire que pour les travaux d'approfondissement par un guide d'entretien, les différenciations en vue des personnes approchées se sont opérées à partir des critères tels qu'énumérés plus bas. De façon plus précise, la population enquêtée est globalement composée de personnes choisies par un sondage initial à la manière de la technique de la boule de neige. La technique boule de neige, selon Mc Call & Simmons (1969), consiste à identifier et à approcher les personnes à enquêter à partir des éléments et informations fournies par une première personne ou groupe de personnes enquêtées.

Comme différents maillons, les informations fournies par les uns et les autres permettent de constituer la “chaîne,, des interviewés. Ainsi aux informations fournies par un premier interviewé, une deuxième personne est contactée. Cette dernière fournit à son tour des informations qui permettent d’approcher une autre et ainsi de suite. Il arrive aussi que ce soit à l’issue d’un premier entretien de groupe (souvent pour exposer les objectifs du travail) que des possibilités pour dénicher des informateurs clés s’offrent.

Pour notre part, le sondage initial s’est réalisé en complément à notre connaissance des milieux et des acteurs, et ce, à partir d’une seule question posée dans chaque localité. La question posée était : “ pourquoi les responsables des formations privées donnent-ils des noms d’inspiration religieuse à leur exploitation?

D’autres personnes qui n’ont pas été citées, mais qui sont reconnues comme disposant de connaissances certaines des dynamiques sociales et religieuses des localités visitées ont été prises en compte. Par rapport aux religions dont ces acteurs se réclament, les efforts ont été surtout portés sur la religion chrétienne, et les religions endogènes. À elles deux, ces religions sont pratiquées par environ 70 % de la population totale du Bénin (INSAE, 2013). À l’intérieur de la première, les communautés catholiques, protestantes, évangéliques ont été prises en compte. Cependant d’autres groupes religieux tels que les acteurs eux-mêmes s’en réclament, comme les musulmans, les ordres mystiques, les syncrétistes ou les sans religions, ont été approchés<sup>5</sup>.

#### **2.4.2. Techniques d’échantillonnage**

La recherche a conduit à décrire les déterminants sociaux qui entre en jeu lors du processus de dénomination des Eglise Evangéliques du 13ème Arrondissement de Cotonou. Elle a adopté une approche mixte qui repose à la fois sur la démarche quantitative et qualitative. En effet, la diversité et la densité de la population enquêtée, ont orienté vers un échantillonnage retenu sur la base des méthodes de «

---

<sup>5</sup>Voir en annexe à propos des sources orales d’autres détails statistiques au sujet des personnes et religions approchées.

choix raisonné » et renforcés par la « boule de neige ». Ces deux procédés sont utilisés de façon additionnelle, pour favoriser la qualité des informations à recueillir sur le terrain.

Ainsi, dans le premier cas, le « choix raisonné » a favorisé la définition d'un certain nombre de critères qui fondent le choix des personnes à cibler. Une priorité est accordée à ce niveau aux fidèles, pasteurs et fondateurs des églises évangéliques. En ce qui concerne les fidèles, ils sont catégorisés en deux groupes. Il s'agit des personnes qui sont des fidèles de l'église depuis leur naissance et des fidèles adhérents. À ce stade de la recherche l'utilisation de cette méthode a permis de mieux circonscrire le champ de la recherche, en se basant sur les vrais acteurs concernés afin de mieux mesurer la fiabilité et la pertinence des informations.

La deuxième méthode, la « boule de neige » a permis d'identifier et d'échanger avec des pasteurs d'églises évangéliques se trouvant dans le 13<sup>ème</sup> Arrondissement de Cotonou. Cette méthode a été adoptée en raison de non-disponibilité d'une liste préalable de toutes les églises évangéliques présentes dans le 13<sup>ème</sup> arrondissement. Il a fallu identifier des personnes qui sont impliquées afin d'entrer en contact avec d'autres acteurs et de définir les groupes à enquêter.

Ceci a conduit à faire une étude comparative entre les différents groupes religieux en présence. Ainsi, les données de terrain ont été collectées grâce aux techniques de collectes bien précises.

Ainsi, dans le premier cas, le « choix raisonné » a favorisé la définition d'un certain nombre de critères qui fondent le choix des personnes à cibler. Une priorité est accordée à ce niveau aux fidèles, pasteurs et fondateurs des églises évangéliques. En ce qui concerne les fidèles, ils sont catégorisés en deux groupes. Il s'agit des personnes qui sont des fidèles de l'église depuis leur naissance et des fidèles adhérents. À ce stade de la recherche l'utilisation de cette méthode a permis de mieux circonscrire le champ de la recherche, en se basant sur les vrais acteurs concernés afin de mieux mesurer la fiabilité et la pertinence des informations.

#### **2.4.2.1. Les enquêtes d’approfondissement et de type qualitatif**

Les enquêtes d’approfondissement se sont déroulées dans cinq milieux. Il s’agit de Lokossa du pays Adja d’une part et des peuples Sahoué, Ouatchi et Whla d’autre part. Lokossa tel que nous le considérons ne prend pas en compte tout le tracé de la commune de Lokossa qui va de Zounhouè à Agamé. Il se limitera au seul arrondissement de Lokossa. Les localités comprises ici sous le terme du pays Adja se situent dans les communes d’Aplahoué, de Djakotomey, de Klouékanmey, de Dogbo, de Toviklin et de Lalo. De façon précise, nos recherches se sont déroulées dans les arrondissements d’Aplahoué, de Djakotomey, de Klouékanmey, de Dogbo, de Toviklin et de Lalo. L’utilisation du terme *Adja* répond beaucoup plus à un souci de simplification et de précision plutôt à la prise en compte de tout ce groupe ethnique du sud bénin.

Les cinq zones choisies sont différenciées sur le plan du nombre de formations sanitaires privées abritées et de la configuration religieuse. Les activités économiques fleurissent dans ces différentes zones, Azové un « pôle commercial », Lokossa un marché important, Comè une ville carrefour et Grand Popo, un poste presque frontalier d’avec le Togo.

#### **2.4.2.2. Sources orales**

Les sources orales renvoient aux personnes ressources touchées lors de l’enquête à travers les entretiens. Il s’agit de personnes impliquées à divers niveaux dans le processus d’offre des soins dans les départements du Mono et du Couffo d’une part et d’autre part les chercheurs en sciences sociales qui opèrent dans ce domaine. Ainsi, ont été abordés, les promoteurs des formations sanitaires privées, certains responsables de structures sanitaires publiques. De même, des entretiens sont menés avec des responsables de l’équipe d’encadrement et des formations sanitaires retenues pour la recherche. Ces entretiens ont rendu disponible des données qualitatives et quantitatives sur la dynamique de création des formations sanitaires privées et le processus de dénomination de ces formations sanitaires.

## **2.5. Techniques et outils de collecte des données**

Le présent travail a une dimension fortement quantitative et qualitative et renvoie à l'usage des techniques et d'outils de collecte appropriés. Ainsi, la collecte des données empiriques sur le terrain de recherche s'est faite au bénéfice d'une recherche documentaire, d'entretiens individuels, de l'observation directe et indirecte et sur la base des questionnaires.

### **2.5.1. Recherche documentaire**

Il s'agit d'une démarche rétrospective fondée sur le concept l'anthroponymie religieuse en général, surtout pour appréhender le processus de dénomination ou les logiques président au choix des noms des formations sanitaires privées afin de mieux définir notre problématique et des éléments qui le sous-tendent ou le justifient. Les monographies des communes et des strates de populations couvertes, ainsi que certains rapports des recherches relatives au sujet ont été analysés, sans oublier les textes encadrant l'autorisation d'exercer et l'exploitation des cabinets de soins privés notamment la loi n°97-020, les annuaires des statistiques sanitaires, les résultats du recensement général de la population et de l'habitat (RGPH 2012). La fiche de lecture nous a servi d'outil.

**Tableau III :** *Centres de documentation parcourus et types d'informations recueillies*

<b>Centres de documentation</b>	<b>Nature des documents</b>	<b>Types d'informations</b>
Centre de documentation de la FLASH	Mémoires, articles	-Informations d'ordre méthodologique, technique de rédaction de mémoire -Informations générales
Bibliothèque centrale de l'Université d'Abomey-Calavi	Ouvrages généraux	Informations générales Définition des concepts relatifs à la santé publique et aux systèmes de santé, à la religion.
Centre de documentation du Ministère de la Santé.	Ouvrages Spécifiques, Revues spécialisées Rapports d recherche, Annuaires statistiques	Informations générales sur la santé publique et les systèmes de santé. Données statistiques sur la situation sanitaire au Bénin

	sanitaires	Informations sur les rapports d' recherche sur les cabinets de soins privés au Bénin et dans le Mono et le Couffo. Informations sur les politiques et les stratégies du développement des MS au Bénin.
Internet	Ouvrages spécifiques Rapports et revues spécialisées Ouvrages généraux Publications officielles	Informations générales sur le processus de béatification et de canonisation, les rôles des saints
Centre de documentation de la Direction Départementale de la Santé du Mono et du Couffo	Ouvrages Spécifiques, Revue spécialisée Rapports d' recherche, Annuaire statistique sanitaires	Données historiques, politiques, géographiques et démographiques sur le secteur sanitaire public et privé des deux départements
Centre de documentation du LARRED	Ouvrages spécifiques Rapports et revues spécialisées Ouvrages généraux Publications officielles	Informations générales Définition des concepts relatifs à la santé publique et aux systèmes de santé, à la religion.

**Source :** Données de terrain, 2015

### **2.5.2. Observation**

Cette technique nous a permis d'observer d'une part le positionnement des formations sanitaires, les panneaux et autres plaques indicatives et identifiant la présence desdits centres de santé privés dans les localités. D'autre part, nous avons également observé les affluences, les fréquentations, les stratégies d'accueil, les séances de prières à certains niveaux puis le plateau technique dans ces formations sanitaires privées. L'observation a permis d'apprécier certaines méthodes de transfert des technologies et les types de relations entre les différents acteurs (malades, accompagnants, responsables des structures sanitaires privées, etc.). L'outil utilisé est la grille d'observation.

### **2.5.3. Entretien individuel**

Il a permis de collecter des informations surtout de nature qualitative. En tant que technique, il a permis d'instituer un processus d'interaction et de communication avec les catégories d'enquêtés en deux phases. A la première phase, les données

sont produites pour recenser des préoccupations pertinentes et controversées devant servir à la deuxième phase notamment avec les focus groups discussion. A cette technique est associé l'outil correspondant qui est le guide d'entretien composé de la liste des thèmes principaux et secondaires à aborder au cours des entretiens au titre de descripteur. Ce dernier a permis d'aborder plusieurs aspects dont la conception de la maladie, le lien entre la maladie et les "dieux", les vécus et réponses développées face aux maladies sans oublier les raisons de choix de la formation sanitaire privée. Sont réalisés et utilisés, trois guides d'entretien dont deux structurés et un semi-structuré. Nous nous sommes servi du guide d'entretien comme outil.

#### **2.5.4. Questionnaire**

Le questionnaire administré aussi bien aux promoteurs des formations sanitaires privées qu'aux patients des cabinets de soins. Ils se sont prononcés sur les expériences vécues ou connues à propos des aspects de la recherche afin de rendre disponibles des tendances dominantes ou non suivant les catégories sociales spécifiques. Le questionnaire est l'outil utilisé.

Ces différentes informations sont complétées par des récits produits soit par les parents des cibles approchées ou encore lors de la collecte des données de recherches. Il s'est agi, à travers une analyse comparative et les aspects liés à l'observation sémiologique, d'apprécier les écarts des formes expressives du choix des cliniques.

#### **2.6. Traitement des données**

Le dépouillement a été manuel avec analyse des contenus pour les données collectées sur le terrain.

Premièrement, nous avons procédé à la transcription des données (qualitatives), au décompte des données et à la codification des données dans le but de nous assurer que les codes ont été transcrits correctement.

Deuxièmement, il s'est agi de la saisie des données, du contrôle de cohérence des données, de la sortie de fréquence des variables étudiées et de la production de tableaux de croisement de données, de graphiques et diagrammes qui ont permis d'analyser et d'approfondir les logiques, comportements et perceptions aussi bien des usagers que des promoteurs desdits centres de santé.

## **2.7. Modèle théorique d'analyse : l'interactionnisme comme démarche générale**

À l'instar de Westerlund (1991) et d'Oluṣona (1991), l'accent a été particulièrement mis sur la nécessité d'aller au-delà des approches théologique et socio-fonctionnaliste qui ont toujours dominé la recherche dans ce secteur. Oluṣona va plus loin dans sa proposition en faisant remarquer que seule une recherche pluridisciplinaire qui combine la description phénoménologique et l'investigation anthropologique offrira les meilleurs gages pour la compréhension des religions africaines.

Cette interrelation entre l'anthropologie, la phénoménologie et l'herméneutique permet en réalité de saisir la transformation et l'évolution du sacré en Afrique, en rapport avec les déterminants sociaux, les contextes et les principales constructions théologiques. La principale faiblesse se situe au niveau théorique et abstrait, faisant peu cas des motivations des acteurs en présence, de leur quotidienneté et de la façon dont ils développent des logiques et stratégies en vue d'atteindre leurs buts. Nous proposons une approche plus empirique qui privilégie la nécessité de retrouver l'acteur au quotidien dans ses motivations, mais aussi dans ses stratégies et surtout dans ses relations avec les autres acteurs. L'interactionnisme apparaît alors comme une démarche qui offre assez de légitimité et de lisibilité pour aborder le phénomène du marché de la religion et dénominations des formations sanitaires dans cette logique. En effet il considère comme données de base pour l'analyse sociologique, les explications, les descriptions, les motivations ainsi que les intentions des acteurs dans leur contexte social. (Blumer, 1969 ; Rock 1979 et Corcuff, 1995).

La perspective interactionniste telle que nous l'entendons s'inspire largement des travaux d'Erving Goffmann et du style de recherche de William Whyte. L'idée de base qui nous a servi de fil conducteur dans notre démarche s'est largement inspirée du concept wébérien de "Verstehen" concept qui fait de l'acteur la principale source de connaissance. À travers ses motivations, son histoire de vie, les recherches de cas réalisables sur lui et les formes de communication qu'il développe pour agir, interagir et obtenir des résultats, on pourra retrouver les éléments essentiels pour la connaissance d'un phénomène qui place l'acteur social au centre de ses dynamiques. L'interactionnisme offre dans cette vision, une perspective théorique et empirique pertinente au sujet des rôles des acteurs en relation avec leurs propres motivations ainsi que leur but et résultats auxquels ils parviennent.

Dans le cadre de ce travail, il a permis l'observation accentuée de l'interaction entre le discours religieux et les motivations et intention de type économique que les acteurs ont dans le contexte social de leur quotidienneté. Dans cette démarche, la prise en considération de l'agent humain ou plus exactement de la capacité d'agencéité de l'acteur social : humanagency (au sens où long le suggère) s'est révélé à nous comme un besoin fondamental. En effet, nous ne concevons pas la compréhension des dynamiques et enjeux autour de ce phénomène sans attribuer à l'acteur individuel la capacité de traiter l'expérience sociale et d'élaborer des moyens pour se débattre dans la vie. Cette attribution qui nous situe d'emblée au niveau des logiques, des motivations des décisions ainsi que des stratégies des acteurs, donc dans un registre falsifiable a permis de ne pas enliser la réflexion autour des questions relatives à la foi, à la croyance et au mystère qui sont toutes inhérentes à la religion. Tout en n'évacuant pas ces aspects, elle a été utile aussi de surmonter un ensemble de difficultés de type méthodologique telles que le problème lié à l'initiation et à une quelconque implication dans les rites et pratiques religieuses de nos informateurs.

## **2.8. Les limites du travail et les difficultés rencontrées**

L'un des objectifs que nous nous sommes fixés au départ l'établissement d'un statut religieux-type des responsables et leur répartition sur l'ensemble de notre champ de recherche, c'est-à-dire les départements du Mono et du Couffo. Il a présenté un état des lieux statistique et spatial complet des formations sanitaires. À l'arrivée, nous n'y avons pas entièrement réussi. Nous nous sommes rendu compte que l'inexistence de données directement exploitables en la matière, la dynamique de création et de dénomination des formations sanitaires dans ce département surtout depuis les années 1990, la situation extrêmement enchevêtrée de la plupart des religions, l'existence de pratiques encastrées à la fois dans le social, le religieux, la thérapeutique, l'économie et la politique, exigent que la réalisation d'un tel objectif s'inscrive dans une durée plus longue et dispose de ressources plus considérables. Toutes choses qui dépassaient les moyens dont nous disposions et les exigences académiques auxquelles nous étions astreints. Nous avons toutefois obtenu un ensemble de données qui constitue une première étape significative que des recherches ultérieures surtout doctorales devra approfondir.

De même, ce travail reste largement redevable aux autres grands regroupements religieux autres que les chrétiens catholiques, orthodoxes, christianistes. Nous n'avons pas pris en compte les autres religions chrétiennes et musulmanes vu que dans la liste des formations sanitaires peu de noms donnés ont de connotations coraniques d'une part et que les confessions religieuses évangéliques préfèrent "s'adressent directement à Dieu plutôt qu'aux saints".

Quant aux difficultés proprement dites, elles sont en réalité les problèmes et embarras classiques liés à toute entreprise de collecte de données empiriques. Sauf que dans le cadre de la présente recherche, ils reposent sur quelques spécificités liées aux aspects mêmes de l recherche à savoir la religion et la santé. Deux dimensions de la vie sociale considérée comme hautement personnelle et privée et qui continue de bénéficier d'un environnement fait de "pudeur", de "secret" et de "non-dit". Une autre difficulté majeure qui découle de cette situation est le statut d'étranger que nous avons aux yeux des enquêtés. Certes les localités ne nous sont

pas étrangères, mais nous ne sommes pas connus de tout le monde. Nous occuper des affaires privées de la famille reste bien une gageure. Autrement dit, une exclusion par rapport à certains phénomènes sociaux notamment la santé et la religion qui relèvent de la vie privée des individus et qui se gèrent avant tout dans le cadre restreint et très personnel de l'individu et de la famille semble bien une attitude normale. C'est dire donc toute la difficulté pour avoir accès à ces objets ou du moins à leur totalité.

Suspicion, méfiance, évitement, refus ou ouverture sont quelques interprétations que provoque notre présence dans les localités et les formations sanitaires privées. Parfois, et c'est l'une des situations les plus stimulantes, mais aussi les plus délicates, certains acteurs tendent à confondre notre présence de chercheur à celle d'un patient à la quête de soins et de la guérison. Dans ce cas l'attitude de disponibilité et d'acceptation des enquêtés est justifiée par l'offre des services qu'ils font à la fin des entretiens. Le refus de ces offres n'est pas toujours sans conséquence sur les entretiens à venir.

Un autre type de difficulté est relatif à l'engagement pris, à la parole donnée. En effet, les discussions avec la plupart des promoteurs sont d'une extrême délicatesse surtout lorsqu'il s'agit de décrire leurs stratégies de création et de dénomination des formations sanitaires privées. Par ailleurs, il s'agit dans la plupart des cas de formations sanitaires privées non autorisées, donc illégales. Ce travail devra donc être apprécié dans le cadre de ces limites et de ces difficultés.

En somme, les difficultés rencontrées sont de plusieurs ordres. Elles se résument à la nature même du sujet. En effet, l'exercice clandestin d'une activité aussi sensible que la médecine demeure un acte grave, dont on ne peut parler aisément. Devoir donc fournir des renseignements sur une activité régie par la loi, mais non respectée n'est pas chose aisée pour les promoteurs ou responsables des cabinets privés. Ces derniers ont tôt fait d'assimiler ce travail à une "enquête policière" dont l'issue sans doute serait leur arrestation, ou la fermeture de leurs cabinets. On comprend alors que beaucoup se soient montrés réticents : les données qui en sont issues pourraient souffrir d'exacitude ou de sincérité.

## **DEUXIÈME PARTIE**

### **DÉNOMINATIONS INNOMBRABLES, SYMBOLISMES BIGARRÉS**

### **CHAPITRE III : DES MOTIFS DE CRÉATION ET DE DÉNOMINATIONS DES FORMATIONS SANITAIRES PRIVÉES DU MONO-COUFFO**

Le contexte géo-spatial du Bénin en général et des départements du Mono-Couffo a contribué d'une manière ou d'une autre à la création des formations sanitaires privées. Il convient de partir de là, outre le poids des religions dans ledit milieu, pour comprendre les motifs de création et de dénominations des formations privées, le niveau d'instruction, le professionnel et religieux des promoteurs.

#### **3.1. Le Bénin de la renaissance religieuse**

Les années 1990 ont constitué un tournant décisif dans l'histoire politique et sociale des pays africains en général. Certains analystes politiques y ont vu un nouveau départ. Au Bénin elles ont été caractérisées par de profonds bouleversements politiques, économiques et sociaux qui ont conduit à la conférence nationale des forces vives de la nation. Laquelle conférence a inauguré à son tour une ère nouvelle de démocratie et de libertés. L'une des caractéristiques majeures de cette période est la forte demande religieuse et l'expression d'une ferveur populaire qui ont accompagné les événements notamment la Conférence Nationale des Forces Vives de la Nation. Ces demandes et ferveurs sont elles-mêmes la conjonction de plusieurs éléments, dont la peur, la misère et la liberté retrouvée. Ainsi, une fois la période critique négociée, l'élan et l'enthousiasme religieux qui ont été en amont et en aval "ont intensifié le phénomène naissant de l'explosion religieuse intéressée". Le sens et la portée sociopolitiques, les causes et les circonstances de la tenue de ces assises nationales de type nouveau ont été largement abordés. L'évocation de ses dimensions religieuses permet d'apporter un éclairage nouveau sur ses rapports avec le phénomène étudié. Sa préparation, son organisation, sa tenue, sa conduite et même l'après conférence sont placées sous le signe de Dieu. Peut-être faudrait-il rappeler qu'elle a été dirigée par un évêque lequel a aussi pendant longtemps dirigé l'organe législatif issu de cette rencontre (HCR : Haut Conseil pour la

République), organe qui deviendra par la suite la plus haute juridiction du pays en matière de recours en constitutionnalité. Pour Boulaga (1993: 43) « le rôle joué par les hommes de religion dans les conférences nationales est éclatant, spectaculaire... On n'a jamais autant prié au Bénin que durant les conférences nationales. Les églises chrétiennes, l'Église catholique en particulier, ont organisé des neuvaines, des veillées de prières. Les prédications ont eu pour thèmes la réconciliation, la repentance, le pardon ». Tous ces acteurs qui sont mobilisés et toutes ces énergies religieuses qui ont été cristallisées pour accompagner la conférence devraient trouver leur épilogue aux lendemains de celle-ci. C'est alors qu'on assista à un "boum" religieux avec cette fois-ci un but beaucoup plus existentiel: Le palliatif de dénuement et le rêve d'un mieux-être. L'expression religieuse sous sa forme de créations de nouvelles communautés religieuses n'a jamais été aussi prononcée que dans les années 1990. Cette explosion religieuse coïncide quasiment avec le rythme de création de formations sanitaires privées.

Sur un plan démographique, la religion catholique n'est pas la religion dominante au Bénin. Les chiffres officiels publiés par L'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE : 2013) font état de 37 %. D'autres sources parlent plutôt 34 %. D'autres encore avancent le chiffre de 35 % pour tous les chrétiens dont le catholicisme à lui seul occupe 29,5 %. Malgré cela, elle structure la vie sociale politique et même culturelle du pays au point où les grandes révolutions qui interviennent en son sein expliquent largement les dynamiques qui les soutiennent. Cette omniprésence du christianisme en général et du catholicisme en particulier peut s'expliquer par le rôle joué par ce dernier dans les processus de colonisation et de décolonisation du pays, dans la formation des premières élites intellectuelles et dans l'accompagnement des régimes successifs. Car malgré les apparences, le catholicisme a toujours su faire sienne la deuxième maxime de Descartes et ainsi, a de tout temps évolué dans le sillage du politique souvent avec lui parfois sans lui, mais jamais contre lui.

### 3.2. Système de santé et ratios dans les départements du Mono-Couffo

Le système de santé au niveau des départements du Mono-Couffo se présente comme sous forme de pyramide sanitaire. Il se présente comme suit :

**Tableau IV : Organisation du système de santé**

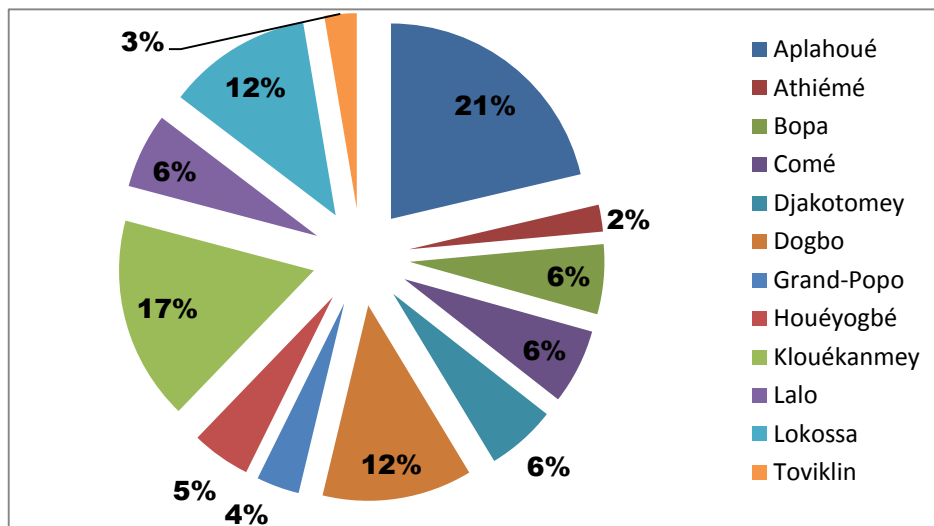
Niveaux	Structures	Institutions hospitalières et socio sanitaires	Spécialistes
Intermédiaire ou départemental	Direction Départementale de la Santé (DDS)	Centre Hospitalier Départemental (CHD)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médecine</li> <li>- Pédiatrie</li> <li>- Chirurgie</li> <li>- Gynéco-obstétrique</li> <li>- Radiologie</li> <li>- ORL-Ophtalmologie</li> <li>- Laboratoire</li> <li>- Pharmacie</li> <li>- Stomatologie</li> <li>- Autres spécialités</li> </ul>
Périphérique	Zones Sanitaires (Bureaux de Zone)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hôpital de Zone (HZ)</li> <li>- Centre de Santé</li> <li>- Centre d'Action de la Solidarité et d'Evolution de la Santé (CASES)</li> <li>- Formations sanitaires privées</li> <li>- Maternités et Dispensaires Isolés</li> <li>- Unités villageoises de Santé (UVS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médecine</li> <li>- Pédiatrie</li> <li>- Chirurgie</li> <li>- Gynéco-obstétrique</li> <li>- Radiologie</li> <li>- ORL-Ophtalmologie</li> <li>- Stomatologie</li> <li>- Laboratoire</li> <li>- Pharmacie</li> <li>- Dispensaire</li> <li>- Maternité</li> <li>- Soins</li> <li>- Accouchements</li> <li>- Dépôt pharmaceutique</li> <li>- Caisse de pharmacie</li> </ul>

**Source :** Donnée de terrain, 2015

- Les ratios se présentent comme suit : nombres d'habitants par médecin 33851, habitant par Infirmier 3702, Nombre FAP par SFE : 3000 ; habitant par Techniciens de laboratoires : 28897.

### 3.3. Répartition des Formations sanitaires privées par commune

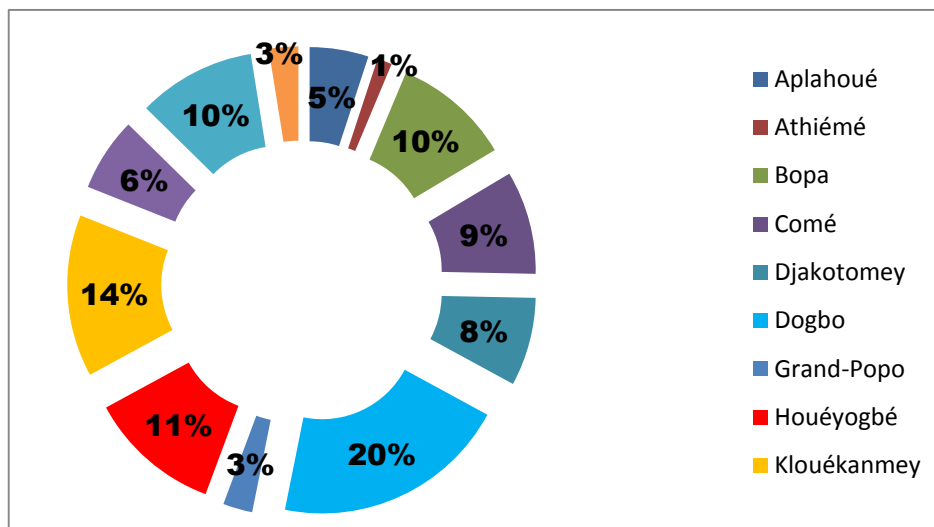
Graphique 1 : Répartition des Formations sanitaires privées par commune



Source : Données de terrain, 2015

Le graphique 1 donne une vue globale de l'occupation par commune des formations sanitaires privées. La commune d'Aplahoué abrite 21% de formations sanitaires privées, 17% pour Klouékanmé, 12% pour respectivement Dogbo et Lokossa contre 2% pour la commune d'Athiémé qui détient la queue. En moyenne, chaque commune héberge environ vingt (20) structures sanitaires privées. Il apparaît que plus la localité est enclavée, plus elle abrite de formations sanitaires privées. On remarque donc une inégale répartition des structures sanitaires dans les départements du Mono et du Couffo. Cela pourrait s'expliquer par la prédisposition naturelle de certaines communes aux activités privées.

**Graphique 2 : Formations sanitaires privées par dénomination religieuse**



Source : Données de terrain, 2015

La commune de Dogbo présente le fort taux de présence de formations sanitaires privées à dénominations d'inspiration religieuse soit 20% suivie par la commune de Klouékanmey (14%) et la commune d'Athiémé ferme la manche avec 1%.

### 3.4. Catégories dénominatives des formations sanitaires privées dans les départements du Mono et du Couffo

En général, il a été recensé des formations sanitaires sans dénominations vu le caractère illégal de l'activité et surtout vu la qualification professionnelle des promoteurs de ces structures. L'absence de dénominations ou de raison sociale rime avec l'absence d'enseigne pour les mêmes raisons évoquées. Nous nous sommes donc limités aux formations sanitaires privées dont les noms sont disponibles. Ces dénominations font référence soit à Dieu et à ses attributs, au Christ et son parcours initiatique, à des Saints, aux lieux saints, à des Apôtres, des événements présentés dans la Bible.

Le tableau suivant présente une typologie des dénominations de ces formations sanitaires privées dans les départements du Mono et du Couffo :

**Tableau V : Récapitulatif des dénominations des formations sanitaires privées à consonance religieuse**

CATÉGORIES	DÉNOMINATION DES FORMATIONS SANITAIRES PRIVEES
<b>Rapport à Dieu et à ses attributs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cabinet de Soins MAHUSSI</li> <li>- Cabinet Médical SAINT GLORY</li> <li>- Grâce de Dieu</li> <li>- CS Gloire à Dieu</li> <li>- Grâce Divine</li> <li>- Puissance Divine</li> <li>- Don de Dieu</li> <li>- La Divinité</li> <li>- Cabinet de soins Dieu merci</li> <li>- Cabinet de soins Ste Providence</li> <li>- Cabinet de soins Main de Dieu</li> <li>- Cabinet de soins St le Miracle</li> <li>- Dieu Bénit</li> <li>- La Lumière de Dieu</li> <li>- Je soigne, Dieu guérit</li> <li>- Cabinet de soins Main de Dieu</li> <li>- Cabinet de Soins DIEU DE SOINS</li> </ul>
<b>Rapport à Christ Jésus ou le Fils de Dieu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cabinet de Soins HOZIANA</li> <li>- Cabinet de Soins JESUS SAUVE</li> <li>- Bon Pasteur d'Akpéhoué</li> <li>- Bon Berger</li> <li>- Le Saveur</li> <li>- Cabinet de soins la Résurrection</li> <li>- Cabinet de soins PSPT Caritas de l'enfant Jésus</li> <li>- Cabinet de soins Bon Berger</li> <li>- Centre de santé des servantes de la lumière du Christ</li> <li>- Centre médico-social</li> <li>- Santé sang de Jésus</li> <li>- Sacré Cœur de Jésus et de Marie</li> <li>- Centre de santé des servantes de la lumière du Christ</li> </ul>
<b>Rapport au nom de Saints ou Prophète</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cabinet. de Soins St Antoine de PADOU</li> <li>- Clinique St Michel</li> <li>- ONG la Colombe SAINT PADRE PIO</li> <li>- Ste Thérèse de l'Enfant Jésus-Christ</li> <li>- St LOUIS</li> <li>- Ste MARIE</li> <li>- St BLAISE</li> <li>- St FRANCOIS</li> <li>- St Augustin</li> <li>- Ste Thérèse de Lisieux</li> <li>- St Emmanuel</li> <li>- Soins Infirmiers St Michel</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ste MILKA/PSPE ONG</li><li>- St BASILE</li><li>- Ste Raphaël</li><li>- Cabinet la joie de vivre de Doutou</li><li>- Le Sauveur</li><li>- St Benoît DANHO</li><li>- Cabinet de soins la Résurrection</li><li>- Cabinet de soins PSPT Caritas de l'enfant Jésus</li><li>- Cabinet de soins Ste Yabavi</li><li>- Cabinet de soins St Kaka</li><li>- Cabinet de soins St Jean</li><li>- Cabinet de soins Ste Félicité</li><li>- Cabinet de soins St Bernard</li><li>- Cabinet de soins St Marcellin</li><li>- Cabinet de soins St Gildas</li><li>- Centre confessionnel Ste Famille</li><li>- Cabinet de soins Ste Grace Aristide</li><li>- Cabinet de soins Ste Trinité</li><li>- Cabinet de soins Ste Anne</li><li>- ONG CAPED-ST FLAUGUST Salomon</li><li>- Hôpital St Camille</li><li>- St Michel Bon secours</li><li>- Dieu Bénit</li><li>- St Salomon</li><li>- St Jean-Eude</li><li>- Clinique St Mathieu</li><li>- St Joseph</li><li>- St Gérard de Kpassakanmè</li><li>- Ste Marie</li><li>- St Marcel de Tandji</li><li>- Cabinet de soins Ste Grâce Aristide</li></ul>
--	---

**Source :** Données de terrain, 2015

### 3.4. Statut religieux des départements du Mono et du Couffo

Le poids relatif des religions dans les départements du Mono-Couffo se présente dans le tableau suivant.

**Tableau XI : Dynamique de présence des religions dans les départements du Mono et du Couffo**

Communes	Poids religieux relatifs des communes
<b>Comè</b>	Traditionnelles : 61,3 %, Catholique : 23,8 %, protestante : 2,3 %, musulmane : 2 %, autres : 6,3%
<b>Grand Popo</b>	Traditionnelles: 62,9%, Catholique : 24,6%, protestante : 2,1%, musulmane : 2%, autres : 8,3%
<b>Houéyogbé</b>	Traditionnelles : 65%, Catholique : 20,6%), Protestante : 0,4%, Musulmane : 0,5%, autres : 13,5%
<b>Bopa</b>	Traditionnelles: 54%, Christianisme : 30%, Islam : 1,30% autres : 14,7%
<b>Lokossa</b>	Traditionnelles: 59,30%, Christianisme : 25%, Islam : 2% autres : 13,7%
<b>Athiémé</b>	Traditionnelles: 60%, Catholique : 15% Protestante et autres : 20%, Islam et autres : 5%
<b>Aplahoué</b>	Traditionnelles: 70,40%, Catholique : 7,5 Protestante et autres : 19,1%, Islam : 0,8 et autres (sans religion) : 2,1%
<b>Djakotomé</b>	Traditionnelle : 87,1 % Catholique : 3,0 % Protestantes : 1,4% Musulmane : 0,2% Autres : 8,3%
<b>Dogbo</b>	Traditionnelle : 65,4 %, Catholique : 7,5 %, Protestante : 2,7 %, Autres : 23,7 %.
<b>Klouékanme</b>	Traditionnelle : 68,2 %, Catholique : 8,5 %, Protestante : 3,5 %, Autres : 17,61 %.
<b>Toviklin</b>	Traditionnelle : 86,4 %, Catholique : 3,2%, Protestante : 3,3 %, Islam : 1,0 %.
<b>Lalo</b>	Traditionnelle : 72%, Catholique : 5%, Protestante : 6 %, Islam : 1,0 %, Céleste : 5%, autres : 3%

**Source :** Données de terrain, 2015

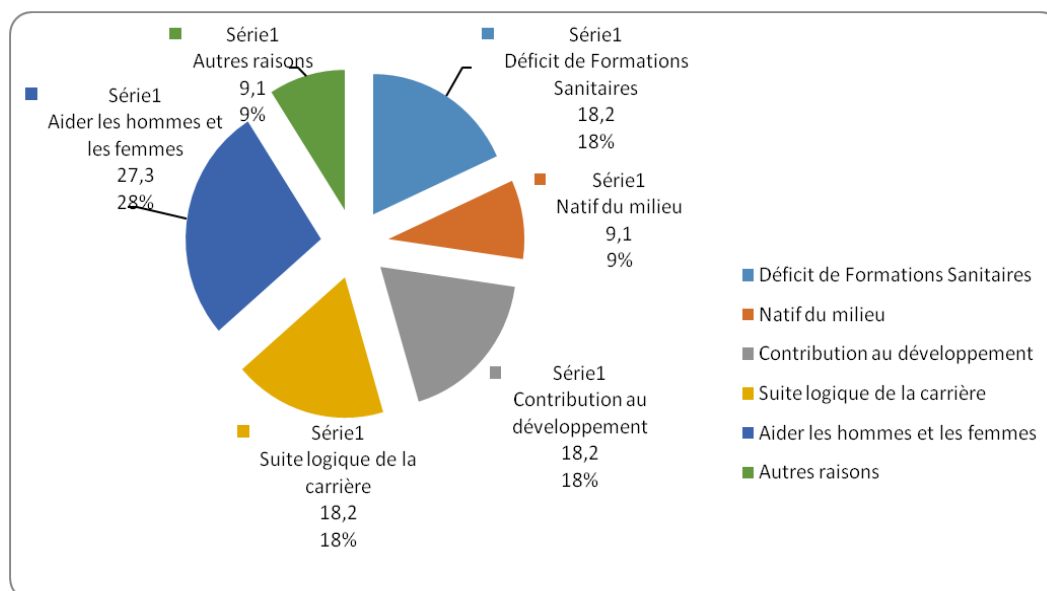
Ce sont des départements du pays qui ont une forte tendance dans la pratique des religions endogènes. Cette logique fait ressortir leurs attachements à la culture et à leurs traditions. Ainsi, il est donc évident de donner raison à « la sociologie de la religion qui a tout d'abord expliqué la rationalité des relations [nous dirons surtout

religieuses établies ou] entretenues [par les acteurs sociaux] à l'égard des forces transcendantes dont il postule l'existence et l'influence » (Borlandi et al., 2005 : 599). Par conséquent, le caractère constituant des phénomènes religieux prend corps et selon Fustel de Coulanges « assigne au sacré une importance comparable à ce que Karl Marx attribue aux rapports sociaux de production » (Borlandi et al., 2005 : 598). En rapprochant le tableau ci-dessus du graphique 3, il est évident d'affirmer qu'il existe une désharmonie profonde entre le statut religieux des départements du Mono et du Couffo et l'appartenance religieuse des promoteurs des formations sanitaires privées.

### 3.4. Motifs de création des formations privées

Kouton (2005), a justifié la prolifération des cliniques clandestines par le fait que « ces établissements légaux sont éloignés, surtout dans les campagnes ». Le graphique suivant semble bien prouver le contraire, au vu des résultats.

**Graphique 3 : Raisons de création des formations sanitaires privées**



**Source :** Données de terrain, 2015

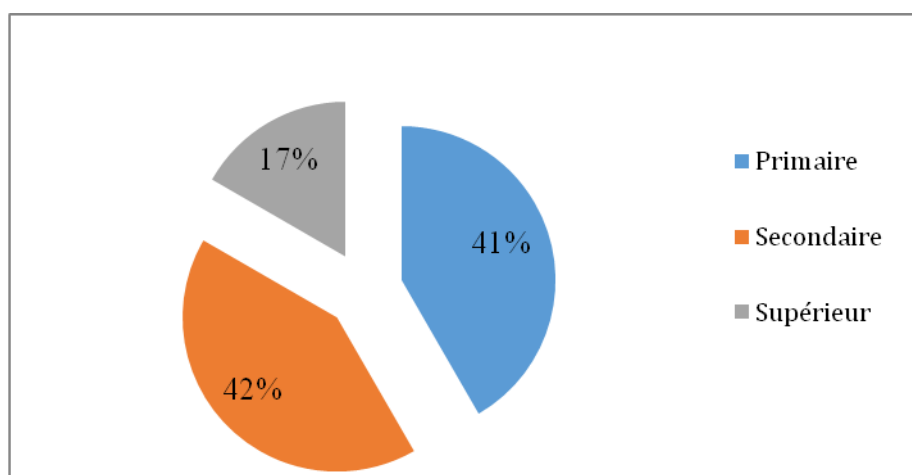
Plusieurs raisons ont poussé des promoteurs de formations sanitaires à s'installer dans le secteur de recherche. Mais selon les enquêtes, 28% des promoteurs affirment s'installer pour rendre l'accès facile aux soins à des populations. Mais d'autres raisons telles que le déficit de formations sanitaires publiques, la contribution au développement et la suite logique de la

carrière sont des raisons co-dominantes aux taux de 18% pour chacune d'elles. Les raisons les moins évoquées sont l'amour de leur localité « natif » ou d'autres raisons non évoquées sont équi-dominantes au taux de 9%. Ainsi, la principale raison d'installation des formations sanitaires est l'accomplissement de leur serment « d'Hippocrate » qui consiste à offrir des soins aux populations.

### **3.4.1. Niveau d'instruction et statut professionnel des promoteurs**

Les qualifications des responsables des formations sanitaires privées sont disparates. On y trouve d'agents qualifiés pour exercer a priori en clientèle privée les professions médicales et paramédicales. Le secteur regorge également de responsables inaptes à ces mêmes professions tant la formation que le niveau d'instruction sont inappropriés. Plus de 70% des promoteurs sont des aides-soignants(es). La disparité du niveau d'instruction des promoteurs transparaît à travers le graphique suivant.

**Graphique 4 :** *Niveau d'instruction des promoteurs*



**Source :** Données de terrain, 2015

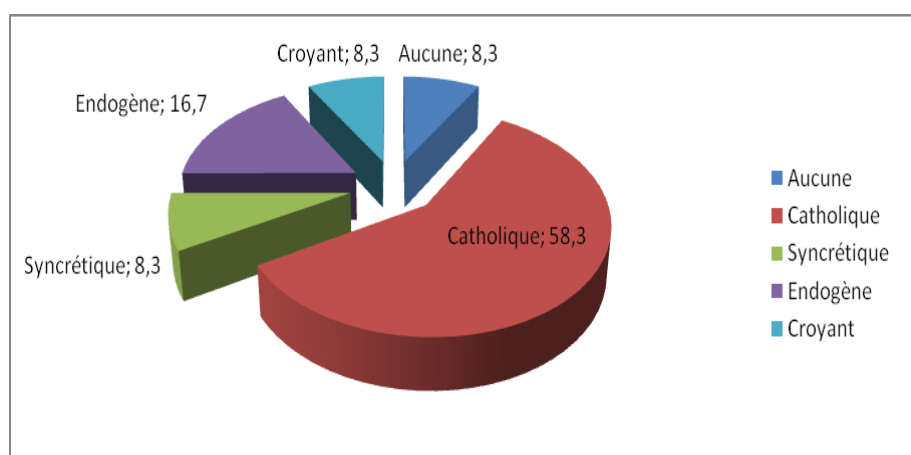
Ce graphique 4 illustre le niveau d'instruction des promoteurs des formations sanitaires. Il ressort de cette analyse que 41,7% des promoteurs ont le niveau primaire donc peu instruits d'où des aides-soignants qui ont des formations sanitaires privées clandestines. Ceux ayant le niveau secondaire sont aussi 41,7% donc des infirmiers ou autres praticiens. Cette catégorie d'acteurs n'est pas aussi autorisée à avoir son cabinet, car peu qualifié. Seul 16,7% des promoteurs ont le niveau supérieur, donc probablement qualifié. Au total 83,3% des acteurs

sont peu ou pas qualifiés. Pour mieux apprécier la présence des enseignes dans les formations sanitaires privées, une corrélation entre la qualification du promoteur et l'existence ou non de l'enseigne a été faite. Il ressort de cette corrélation qu'il existe un lien fort entre la présence d'enseigne et la qualification du promoteur, car 8% de présence d'enseigne est expliqué par la qualification du promoteur. Mais les 14 % autres sont expliqués par des paramètres non pris en compte ici. Le seuil de signification est de 14 % donc relativement significatif.

### **3.4.2. Appartenance religieuse hybride des promoteurs**

Ici, il est question de restituer les données empiriques sur les statuts identifiés et collectés sur le terrain. Le graphique 3 rend compte de la situation dans les départements du Mono-Couffo.

**Graphique 5 : Statut religieux des promoteurs**



**Source :** Données de terrain, 2015

L'appartenance religieuse des promoteurs des formations sanitaires privées à dénominations d'inspiration religieuse est à la lecture du graphique 3 multiple et multiforme. Ainsi, 58,3% des promoteurs interviewés déclarent qu'ils sont catholiques, 16,7% pratiquent les religions endogènes et 8,3% sont respectivement de simples croyants, des synchrétiques et des non déclarés. Au total 91,7% des promoteurs ont affirmé avoir une appartenance religieuse.

Il faut retenir aussi que 66,7% des promoteurs de santé ont confié qu'ils prient ou invoquent l'être suprême avant toute intervention sur le patient alors que 33,3% ne prennent aucune précaution religieuse en amont comme en aval. Cela indique et montre l'attachement des promoteurs des départements du Mono et du Couffo à Dieu ou par formalisme pour mettre en

confiance et rassurer les patients et tous autres usagers. On retient avec Bourdieu qu'il n'y a pas d'actions isolées : les acteurs sociaux dans notre contexte les promoteurs des formations sanitaires privées posent des actes orientés ou guidés par l'intérêt d'avoir assez de clients.

Pour mieux apprécier l'attitude des promoteurs des formations sanitaires avant l'intervention par rapport à leur appartenance religieuse, une corrélation a été faite. Il ressort de cette corrélation que l'appartenance religieuse et l'attitude adoptée par les promoteurs avant intervention ne sont pas fortement liées. L'attitude adoptée avant toute intervention est expliquée chez 65% des praticiens par leur appartenance religieuse, mais les 35% autres sont expliquées par d'autres paramètres qui n'ont pas été pris en compte dans cette recherche. Le seuil de signification est de 35% donc faiblement significatif.

### **3.5. Processus de dénomination des centres de santé privés**

#### **3.5.1. Fonctions du nom**

Le nom remplit les principales fonctions habituellement reconnues aux anthroponymes : identifier, désigner et classer.

##### **3.5.1.1. Fonction d'identification**

Cette fonction fait appel à la notion d'identité. Identifier équivaut à mettre en exergue ce qui fait la singularité d'un individu, ce qui le distingue des autres sans toutefois le séparer d'eux. En traitant des sources des noms des formations sanitaires privées, il est apparu que, pour choisir un nom au bénéfice d'une formation sanitaire privée, les promoteurs s'en tiennent également aux traits qui font sa singularité ou son individuation.

##### **3.5.1.2. Fonction classificatoire**

La fonction classificatoire du nom apparaît comme la plus récurrente dans le système anthroponymique : le parcours religieux du saint, l'exemplarité de sa mission ... sont autant de catégories dans lesquelles les noms des formations sanitaires privées ont permis à situer le centre.

### **3.5.1.3. Fonction de désignation**

Cette fonction accompagne toujours les deux autres : en même temps qu'il identifie et classe, le nom désigne celui qui en est le porteur et c'est par ce nom que celui-ci peut être interpellé. Ces noms servent aussi à traduire les inspirations, les aspirations et les préoccupations des promoteurs, sans oublier leurs expériences heureuses ou douloureuses de la vie, leurs rêves, leurs opinions, les valeurs du moment, l'état des relations sociales, les prévisions sur l'avenir, etc. Ils renferment donc un lot d'informations sur divers aspects de la vie des promoteurs. Cela nous permet de reconnaître deux autres fonctions importantes du nom précolonial : la fonction communicationnelle et la fonction historique.

### **3.5.2. Dynamiques de dénomination des formations sanitaires privées**

Il ressort une désharmonie profonde du croisement des données de la cartographie de la présence des religions dans les départements du Mono et du Couffo et des statuts religieux des promoteurs des formations sanitaires privées à dénonciation d'inspiration religieuse. En effet, la cartographie des religions donne les religions endogènes dominantes avec environ 60% de présence suivies des autres religions alors que la répartition des promoteurs selon leur appartenance religieuse fait apparaître que 58,3% des promoteurs interviewés déclarent qu'ils sont catholiques, 16,7% pratiquent les religions endogènes et 8,3% sont respectivement de simples croyants, des syncrétiques et des non déclarés.

### **3.5.3. Logiques de dénomination des formations sanitaires privées**

Des données collectées, il est possible d'affirmer que les noms donnés aux formations sanitaires privées par leurs promoteurs répondent à plusieurs logiques. Elles pourraient répondre à des logiques homologiques, ou à des logiques de patronymie, ou encore à des logiques de spatialisation ou enfin à des logiques du hasard.

Parmi les dénominations, seulement quatre correspondent à la logique de patronymie. Il s'agit de celles consignées dans le tableau suivant :

**Tableau VII : Formations sanitaires à dénominations d'origine patronymique**

N°	Dénominations	Départements	Communes	Promoteurs
1	St LOUIS	Mono	Bopa	SOSSA H. Louis
2	St BLAISE	Mono	Bopa	KAKPO Blaise
3	St FRANCOIS	Mono	Bopa	AMOUSSOUGBO François
4	Cabinet de soins St Kaka	Couffo	Dogbo	KAKA Nestor

**Source :** Donnée de terrain, 2015

Pour d'autres, c'est la vie du saint qui a inspiré le nom donné à la formation sanitaire.

« Padre Pio aimait tant les pauvres et les malades et leur a consacré toute sa vie de sorte que même malade et sur une chaise roulante, il se montrait toujours à la fenêtre pour leur faire la main. Au demeurant, j'ai choisi ce nom pour tendre vers ce saint qui a tout donné à Dieu, dans sa vie de dévotion entière Dieu. En réalité, Dieu est au centre de tout : je suis issu d'une famille de païens mais très tôt j'ai fait mon choix qui est différent de celui de mes parents. Je fais toujours tout par Dieu, par amour pour les hommes, car sans Dieu l'homme ne peut rien. C'est si profond que les anglais ont laissé cette inscription sur le whisky VAT 69 « SANS DIEU, RIEN ». J'en suis tellement convaincu que pour mes actes au bloc opératoire, j'ai toujours des musiques de louange à Dieu. Cette musique au-delà permet une plus grande concentration et manifeste la présence de Dieu, et très souvent je réussis mes interventions ». **(Promoteur d'une clinique privée à Lokossa, 65 ans).**

Des informations recueillies auprès des promoteurs, tendent à s'identifier aux saints ou aux attributs de Dieu, ou encore à considérer la nature finie de l'homme face à certaines affections que seul l'Être Suprême peut guérir : "Je soigne, Dieu guérit".

Certains promoteurs ont affirmé qu'ils font un savant dosage entre la médecine moderne et les pratiques endogènes. Chez "Saint Louis" le phénomène, on soigne aussi bien le corps que l'esprit

« [...] et c'est pour cela que je suis Louis le phénomène. Aucune maladie, aucun accouchement, rien ne m'est impossible. Il suffit par exemple que la femme

s'agrippe à cette corde pour accoucher et délivrer promptement. »<sup>6</sup> (**Promoteur d'un cabinet de soins privé à Lobogo, 56 ans**).

Il faut rappeler que les saints patrons des professionnelles médicales (pour les médecins c'est Saint Luc, le saint Patron selon une tradition ancienne), et paramédicales en ce qui concerne les Infirmiers c'est Saint Camille de Lellis patron proposé par l'autorité ecclésiastique et les Sages-femmes Saint Raymond Nonnat.

### **3.6. Profondeur de quelques noms de formations sanitaires privées**

Les dénominations des formations sanitaires privées des départements du Mono et du Couffo répondent à plusieurs logiques de célébrités, religieuses et onéreuses qui rendent compte de la dynamique des acteurs sociaux (promoteurs des centres de santé privées).

#### **3.6.1. Les saints dans les églises catholiques et orthodoxes**

Sans préjuger des autres, l'Église catholique reconnaît publiquement que certains disciples du Christ peuvent être présentés aux autres croyants comme des modèles de vie chrétienne, de doctrine et comme intercesseurs auprès de Dieu. Toutefois, la sainteté chrétienne n'est pas à confondre avec la perfection morale, car si de nombreux saints ont eu une vie très vertueuse, d'autres ont eu une vie moins parfaite certaines et certains étant même des "pêcheurs repentis", des personnes qui, sous l'influence du Christ, prirent un tournant radical dans leur vie (conversion). Cette reconnaissance de la sainteté d'une personne ne peut débuter qu'à la mort du croyant ou de la croyante supposée "mort en odeur de sainteté". En effet, dans la théologie catholique et orthodoxe, le seul détenteur de la Sainteté, le seul Saint, c'est Dieu lui-même (La Trinité soit le Père, le Fils et le Saint Esprit). La personne qui sera déclarée sainte ou bienheureuse ne peut l'être que parce qu'elle se trouve dans le rayonnement du Christ, soit au Paradis. C'est parce que le saint ou la sainte est dans l'intimité de la sainteté de Dieu qu'elle peut être déclarée officiellement sainte. Cette déclaration, qui fait suite à une longue procédure (procès en canonisation), est ce que l'on appelle : "porter sur les autels" pour les vénérables, la "béatification" pour les bienheureuses et bienheureux et la "canonisation" pour les saintes et les saints.

---

<sup>6</sup>Infirmier breveté, dont le contrat a été rompu en 2003 pour pratique illicite dans un centre de santé public mais qui a ouvert un cabinet à Bopa depuis lors sans autorisation.

Il existe en effet trois niveaux de sainteté dans l'Église catholique. Les vénérables (premier niveau) dont l'église reconnaît "l'héroïcité des vertus" chrétiennes sans pour autant qu'un culte soit rendu à cette personne, les bienheureux (deuxième niveau) dont la vénération est limitée à une région, un pays ou un ordre religieux (comme la Bienheureuse Elisabeth de la Trinité ou la Bienheureuse Marie de l'Incarnation-Barbe Acarie), et pour finir, les saintes et les saints (troisième niveau) dont la vénération est étendue à toute l'Église catholique (comme Sainte Monique, Saint Maurice d'Agave, Saint Bernard de Clairvaux, Sainte Thérèse de l'Enfant Jésus, Saint François d'Assise, Sainte Jeanne-Françoise de Chantal, Saint Jean-Marie Vianney dit le Curé d'Ars, Saint Jean XXIII, Sainte Catherine de Sienne). À cette liste se rattachent également des listes de saints régionaux (ainsi celle des saints bretons ou suisses comme Saint Nicolas de Flue) ou particuliers (appartenant à des ordres religieux comme Saint Dominique, Sainte Marie de l'Incarnation, Sainte Louise de Marillac). Parmi tous les noms recensés, trois ont été choisis de façon aléatoire pour faire l'objet de dépouillement particulier : Cabinet de Soins HOZIANA, Cabinet de soins Ste Anne, Cabinet de soins Ste Yabavi.

### **3.6.2. Cabinet de Soins HOZIANA**

Le mot *Hoziana* est sûrement une déformation linguistique du mot Hosanna. Il est un mot Hébreu qui est dynamique dans sa signification et puissant dans son usage. Dans l'Ancien Testament, Hosanna tient son origine des contextes de douleur et de désespoir de gens qui implorent Dieu pour une délivrance. Il est une prière pour l'aide, un appel au salut. Hosanna est le cri du désespoir, "sauve nous !" Dans le Nouveau Testament, Hosanna se situe dans un contexte de cri de louange, "Hosanna au plus haut des cieux!" est une déclaration de l'œuvre rédemptrice de Jésus, le Messie. Parce qu'il est "Sauveur," Hosanna n'est plus juste une prière; il est maintenant une affirmation que Dieu a agi pleinement et de façon décisive dans son œuvre de salut. Hosanna est la forme impérative (ordre ou requête) du mot Hébreu 'yasha', qui est le verbe "sauver" dans la Bible Hébraïque. C'est un mot imagé qui fondamentalement signifie " faire de la place," " donner largeur et profondeur," "favoriser une respiration profonde". L'idée de salut dans la Bible évoquée comme emportant au loin les contraintes et chassant les pressions qui dominent sur nous. C'est la signification d'Hosanna! Le mot "Sauveur" vient de la forme substantive du verbe, "yasha" et signifie, "celui qui libère ou nous rend libres de tous ce qui nous oppresse". Il n'y a qu'un seul Sauveur et Il est le Seigneur. Esaïe

43:11 dit : " c'est moi, moi qui suis l'Éternel, et hors de moi il n'y a aucun sauveur ." Et Ésaïe 45:21-22 annonce:". . . il n'y a point d'autre Dieu que moi, Je suis le Dieu juste et qui Sauve. Tournez- vous vers moi et vous serez sauvés Tout genou fléchira devant moi , toute langue jurera par moi ." Ce passage prophétique parle de Jésus, et est paraphrasé dans Philippiens 2 :10-11,". . . afin qu'au nom de Jésus tout genou fléchisse. . . et que toute langue confesse que Jésus-Christ est Seigneur."Le nom même "Jésus" dans l'hébreu est "Y'shua" et est tiré des mots "yasha Jésus" signifiant en réalité, "Yahweh sauve." Notre Sauveur vient rompre les liens, couper les cordes, et briser les chaînes de notre esclavage, et Il nous rend libres. L'exemple classique de l'Ancien Testament relatif au salut de Dieu est la fuite d'Israël du pays d'Égypte. Le peuple de Dieu s'est retrouvé impuissant devant la Mer Rouge alors qu'il était poursuivi par l'armée Égyptienne. Avec la Mer Rouge devant eux et l'armée Égyptienne derrière, ils étaient comme pris en sandwich par la pression et le désespoir, la situation semblait sans issue . Quand ils crièrent à Dieu pour leur secours, Il les délivra de l'oppression en séparant la Mer en deux. On perçoit presque leur soupir de soulagement alors que Dieu leur "favorisait une respiration profonde".

Cet événement est l'aspect imagé de la signification du mot Hosanna. La base de l'usage du mot Hosanna pour le Nouveau Testament se trouve dans Le psaume 118. Ce psaume messianique revêt une beauté spéciale parce qu'il est le psaume qui était chanté après le repas de la fête de Pâques. Il est considéré comme le psaume que Jésus a chanté avant de se rendre au Mont des Oliviers, la nuit avant Sa mort (Matthieu 26:30). Dans le verset cinq ce concept de " lieu donné" est clarifié de façon exceptionnelle, "Du sein de la détresse, j'ai invoqué l'Éternel, l'Éternel m'a exaucé, il m'a mis au large". Et une fois encore il y a une référence prophétique à Jésus dans le verset 22 : "La pierre qu'ont rejeté ceux qui bâtissaient est devenue la principale de l'angle". Ce passage messianique est repris dans I Pierre 2:4-8 en parlant du Sauveur Jésus-Christ. Dans le verset 26 du Psaume 118 nous entendons pour la première fois la déclaration prophétique "Béni soit celui qui vient au nom de l'Éternel". Quelques 800 années plus tard, ces mêmes mots résonnaient dans les rues de Jérusalem pendant que Jésus entra dans la ville . Dans Matthieu 21:9, Marc 11:9, et Jean 12:13, la foule criaient "Hosanna au Fils de David. Béni soit celui qui vient au nom de l'Éternel. Hosanna au Plus haut des cieux ! Mais dans cet exemple, ces mots n'étaient plus un appel de désespoir, mais un cri de louange et d'acclamation

"Voici le Sauveur!" ou dans les mots de Luc, "Gloire dans les lieux élevés!" (Luc 19:38). Quand les pharisiens ont entendu la foule, ils étaient outragés. Ils savaient que ces mots devaient seulement être utilisés à la venue du Messie. Ils commandaient à Jésus de faire taire ses adeptes: "Maître, reprends tes disciples". Et Jésus répondit par ces mots inoubliables, "je vous le dis s'ils se taisent les pierres crieront" (Luc 19:40). Cela veut dire que ces mots du Psaume 118 étaient tellement chers au plan divin, c'est à dire l'identification de Jésus comme le vrai Libérateur, que si ces mots n'étaient pas dits par la foule, Dieu les aurait fait dire aux pierres. Rassurez-vous, Hosanna est un mot d'adoration connu à travers le monde entier. Où que les croyants se rassemblent au nom de Jésus, le mot Hosanna apparaîtra dans leur musique, leurs prières, et dans leurs cultes. Car Hosanna est un perpétuel appel à l'aide à celui qui est venu pour le salut des hommes. Hosanna est un cri qui est devenu une assurance joyeuse, un constant rappel de l'œuvre salvatrice de Jésus Christ. Il convient de documenter sur la réelle connaissance ou compréhension du rôle du départ et consigné des saints.

### **3.6.3. Cabinet de soins Ste Anne**

Des récits concernant la mère de la Vierge Marie, et donc la grand-mère maternelle de Jésus-Christ, apparaissent pour la première fois dans le pro-évangile de Jacques, apocryphe de la deuxième moitié IIe siècle, et, partiellement tiré de lui, dans le Pseudo-Matthieu plus tardif. Ces apocryphes et des traditions de la Sainte Parenté collectées dans la Patrologia Graeca racontent que ses parents, Akar (Isachar dans le Pseudo-Matthieu, Stolanus dans des traditions byzantines) et Émérencie, sont de la tribu des Lévi. Akar possède des terres à Bethléem et Jérusalem. Avec sa femme, ils donnent naissance à Isménie vers 63 av. J.-C. (au moment de la conquête romaine de la Palestine) et à Anne vers 55 av. J.-C. C'est à cette époque que la famille s'installe à Hébron où Isménie se marie et devient la mère de sainte Élisabeth. Quant Anne a neuf ans, ses parents déménagent à Jérusalem où Akar a des responsabilités au Temple. Selon une tradition chrétienne orientale, la crypte de l'église Sainte-Anne de Jérusalem serait située sur le lieu de la maison d'Akar et dans laquelle serait née Marie. Le Pro évangile raconte également la rencontre entre Anne et Joachim, éleveur venu faire sacrifier des bêtes de son troupeau au Temple. Or, il devait au préalable laver ses moutons dans la piscine de Bethesda près de la Porte des Brebis et Anne se tenait à cette porte de la ville, si bien qu'elle vit Joachim arriver avec ses troupeaux. Ils se marient à l'âge de 20 ans.

Selon une interprétation théologique, la vie de sainte Anne serait à mettre en parallèle avec celle d'Hannah et de son fils, le prophète Samuel de l'Ancien Testament. D'après la tradition chrétienne, après un mariage de vingt ans sans enfants avec Joachim (hébreu : Jojakim), le couple divorça probablement, Joachim désespéré se retirant dans le désert dans le monastère Saint-Georges de Choziba. Mais un ange leur annonça la venue d'un enfant, si bien que le couple se reforma et Anne enfanta Marie. Ils avaient fait un vœu et menèrent Marie lorsqu'elle avait trois ans, ou un peu plus tard selon d'autres traditions, au temple à Jérusalem pour qu'elle y soit éduquée, par Zacharie, un grand prêtre, père de Jean le Baptiste futur cousin de Jésus. Le Speculum historiale du dominicain Vincent de Beauvais et la Légende dorée, une compilation des traditions chrétiennes effectuée au XIII<sup>ème</sup> siècle, relate la postérité légendaire de sainte Anne d'avec son second époux, Cléophas, frère de Joseph (leur fille, Marie Jacobé, épousa Alphée et ils eurent comme fils : Jacques le Mineur, Joseph le juste, Simon le Zélote et Jude), et celle d'avec son troisième époux Salomé (leur fille, Marie Salomé, épousa Zébédée et ils eurent comme fils : Jacques le majeur et saint Jean l'évangéliste). La légende du triple mariage (Trinubium Annae) est peut-être due au bénédictin Haymon d'Auxerre. L'ensemble de cette postérité est appelé La Sainte Parenté, en opposition à La Sainte Famille, et a donné lieu à nombre représentations iconographiques surtout en Allemagne (Die Heilige Sippe) et dans l'Europe du Nord.

#### **3.6.4. Cabinet de soins Ste Yabavi**

De manière concise, la « sainteté » s'exprime comme le désir et la vocation de tout homme à rejoindre le Christ dans un état que l'on nomme « communion ». C'est, selon l'Évangile, une action impossible à l'être humain mais pas à Dieu et qui se fait par la collaboration de l'être humain à l'action divine dans le monde. Le « saint » est donc toute personne qui parvient à cette proximité. Les saints au sens strict sont ceux qui, comme le « Bon Larron » à qui le Christ dit : « Aujourd'hui, tu seras avec moi au Paradis », sont parvenus à la béatitude éternelle, contemplant Dieu au Ciel et intercèdent pour les êtres humains ici-bas.

Parmi les défunts, étaient réputés saints et vénérés comme tels les martyrs et les apôtres. D'autres saints, comme certains ascètes, seront vénérés plus tard. Ainsi, dès les premiers temps du christianisme, tous les fidèles sont appelés à la sainteté et peuvent être dignes de vénération

posthume, aussi bien hommes que femmes, les philosophes comme les simples d'esprit, quelle que soit leur condition sociale, esclave ou aristocrate, ce qui est une nouveauté radicale. De plus, ce n'est pas, jusqu'à l'invention de la procédure de canonisation au XIII<sup>e</sup> siècle, la hiérarchie qui décide de la sainteté, mais la vox populi. Celle-ci se fonde sur la pureté du saint, et la recherche d'un absolu à travers la foi. Cette recherche d'absolu peut conduire jusqu'au martyr, jusqu'à mourir ou endurer des tortures pour ne pas abandonner sa foi ; le martyr est, jusqu'à notre époque, un moyen privilégié d'accéder à la sainteté. Petit à petit, la notion de sainteté s'élargit, et de nombreuses personnalités locales dans l'Église primitive et parmi les populations nouvellement christianisées ont acquis la réputation de sainteté. Aujourd'hui, la reconnaissance officielle du statut de saint passe par l'inscription dans le calendrier de l'Église appelé « martyrologe ». Cette présentation historique ne semble pas justifier la dénomination « sainte *Yabavi* » qui semble plus de l'ingéniosité marchande que religieuse. A tous égards, la promotrice de ce cabinet est bien loin d'avoir connaissance de la toute procédure de canonisation. En somme, s'il est vrai de reconnaître que certains promoteurs connaissent la symbolique des saints, il ne demeure pas moins vrai que d'autres en ont une connaissance presque imparfaite.

### **3.7. Connaissance presque parfaite des saints**

Il convient de reconnaître que tous les promoteurs des formations sanitaires privées à dénominations d'inspiration religieuse ont connaissances des saints. Ils savent que ces derniers sont des êtres parvenus à un état d'illumination et qui intercèdent pour les vivants.

Par ailleurs, les données collectées montrent que 58,3% des promoteurs ou agents de santé déclarent donner souvent ou fréquemment satisfaction aux clients. Mais pour les 41,7% les patients ne sont pas satisfaits parce qu'ils ne respectent pas les posologies ou les ordonnances soient par ignorance ou par manque de moyens financiers pour acheter les médicaments. En outre, il est possible d'affirmer que la satisfaction du client n'est pas exclusivement liée à la qualification du praticien mais aussi à la capacité économique du patient à respecter la posologie.

Somme toute, 75% des formations sanitaires privées sont purement libérales, donc tournées vers la réalisation du bénéfice alors que seulement 25 % sont humanitaires.

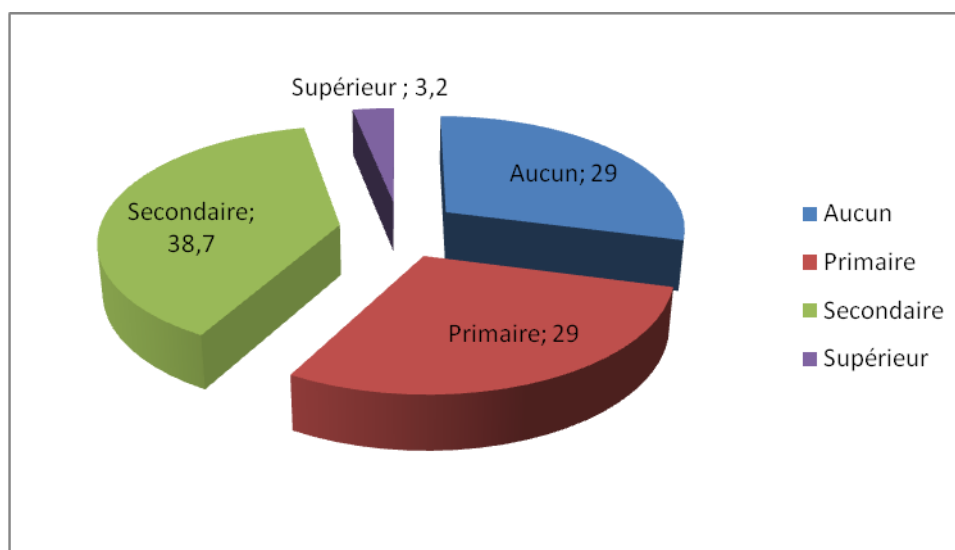
## **CHAPITRE IV : DU NIVEAU D'INSTRUCTION BIGARRÉ, DES ORIGINES DES MALADIES DES CLIENTS AUX CHOIX DES CENTRES DE SANTÉS**

La répartition des clients des formations sanitaires privées est bien difforme. D'une situation académique bigarrée, ils ont une conception multiple des causes de leurs maladies et choisissent les lieux de soins suivant des motifs divers.

### **4.1. Niveau d'instruction des clients des formations sanitaires privées**

Le secteur privé médical regorge de responsables inaptes à ces mêmes professions tant le niveau d'instruction montre une disparité de ce personnel transparaît à travers le graphique suivant.

**Graphique 6 : Niveaux d'instruction des clients**



**Source :** Données de terrain, 2015

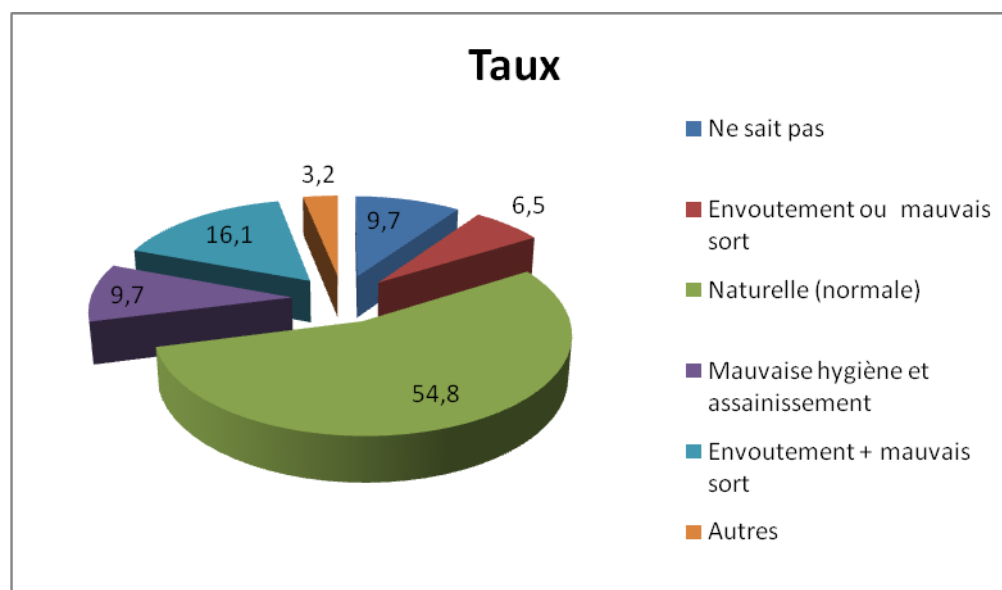
Ce graphique illustre le niveau d'instruction des clients rencontrés et interviewés dans les formations sanitaires privées, ainsi respectivement ceux n'ayant aucun niveau d'instruction et ceux ayant le niveau primaire sont co-dominants au taux de 29% alors que ceux ayant le niveau secondaire et supérieur sont respectivement 38,7% et 3,2%. On peut conclure alors que les gens peu ou pas instruits sont plus exposés aux maladies.

Le niveau d'instruction pourrait bien avoir une influence sur la conception des causes des maladies des clients.

## 4.2. Des causes des maladies selon les clients

Dans la société béninoise caractérisée par le pluralisme complémentaire des itinéraires thérapeutiques, la maladie, ses causes et ses symptômes sont interprétés non seulement par la sémiologie médicale des institutions sanitaires mais aussi par une sémiologie profane des ordres religieux et traditionnel. Le graphique suivant semble bien illustratif.

**Graphique 7 : Origines des maladies selon les clients**



**Source :** Données de terrain, 2015

Ce graphique illustre les représentations que les clients font de leurs maladies. Pour 54,8% des clients, leurs maladies sont considérées comme une réaction normale du corps. Pour ces derniers c'est la manière de l'organisme à se ressourcer. Pour le reste des clients les maladies sont toujours une conséquence d'envoutement et/ou de mauvais sort (16,1%), de mauvaise hygiène et d'assainissement (9,7%) et pour 9,7% ils ne savent pas à quoi attribuer leur maladie.

La présentation de la maladie détermine le parcours thérapeutique. Pour mieux apprécier l'adhésion de l'agent de santé à l'opinion du client relative à l'attribution faite de sa maladie et en fonction de sa qualification, une corrélation entre les deux variables a été faite. Il ressort de cette corrélation que seul 1% des agents adhèrent à l'opinion du client, et que 99% des agents ne partagent pas le même avis que les clients pour d'autres raisons non prises en compte dans cette analyse. Les raisons d'adhésion sont fortement dominées à 73% par la qualification de l'agent de santé. Le seuil de signification est de 1% donc fortement significatif.

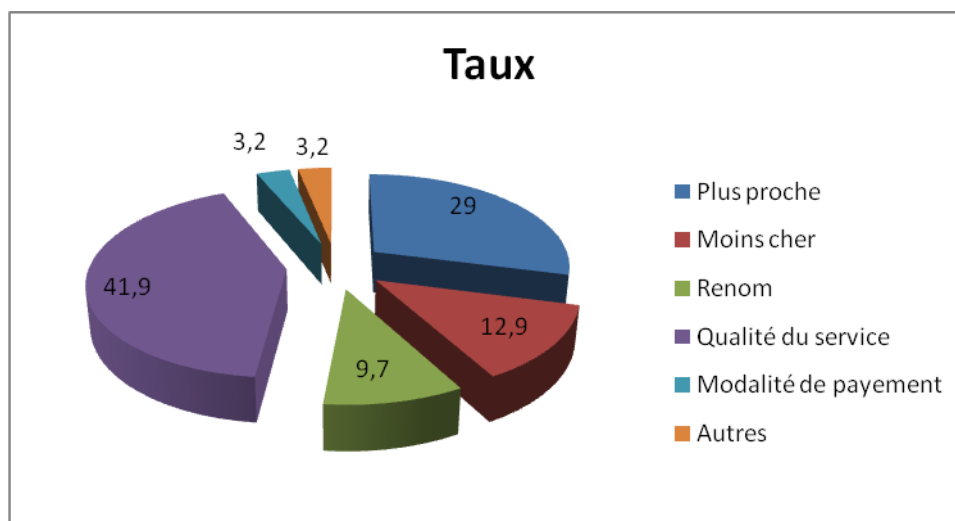
Par ailleurs, pour mieux apprécier l'attribution de la maladie du client en fonction de sa croyance, une corrélation entre les deux variables a été faite. Il ressort de cette corrélation que seul 1% des attributions de maladies ne sont pas fonction de la nouvelle croyance (car il y a eu entre temps une transhumance religieuse) et que 99% des clients ayant changés de religion attribuent leurs maladies à quelque chose (envoûtement, mauvais sort, etc..). Le seuil de signification est de 1% donc fortement significatif.

#### 4.3. Du parcours thérapeutique au choix des centres de santé dans le Mono-Couffo

« J'ai fait plusieurs semaines au centre de santé de Lokossa sans gain de cause. Mon enfant se porte souvent très bien dans la journée, mais lorsque la nuit survient, sa fièvre commence et on ne comprend plus rien ! J'en ai parlé auprès d'une dame ici qui m'a orientée vers cette clinique. Depuis, c'est la prière avant toutes interventions et mon enfant se porte bien. Ici, ils mettent Dieu au centre de leur traitement et je viens de faire le constat. J'en conseille déjà aux parents et amis ». **(Femme, mère de 01 enfant, âgé de 26 ans).**

Plusieurs parcours de soins se donnent à l'observation dans cette recherche dont entre autres les cliniques privées. Il faut reconnaître que les clients choisissent leurs centres de soins en fonction d'éléments divers.

**Graphique 8 : Motifs du choix des établissements de soins et parcours thérapeutiques**



**Source :** Données de terrain, 2015

Ce graphique présente fort bien les raisons de fréquentations ou de choix des formations sanitaires privées par les clients. Il ressort de l'analyse de ce graphique que 41,9% des patients

fréquentent des formations sanitaires privées pour la qualité du service offert, pour 29% des patients c'est la distance (plus proche possible) qui est le facteur déterminant de la fréquentation. D'autres raisons mineures telles que le coût (12,9%), le renom du promoteur (9,7%) et les modalités de paiement offert ou autres avantages (6,4%) sont autant de raisons de choix des formations sanitaires privées par les clients. Les actions pré-hôpital ont été recensées et mettent en évidence les réflexes des clients à la manifestation d'un signe de malaise. En effet, pour les 51,6% des patients rencontrés,

« [...], ils sont venus directement aux soins aux premiers symptômes de leurs maladies ».

Mais quant aux restes, ils ont tenté une première solution avant de se présenter à l'hôpital, entre autres solutions on peut citer l'automédication (6,5%), prière (29%), consultation des praticiens de la médecine moderne (tradi-thérapeutes) (3,2%).

#### **4.4. Vers un marché de la santé en milieu religieux chrétien au Bénin ?**

Anaïs Dresse et Deborah De Baeremaeker (2013) ont donc fait un clin d'œil « aux marchés où les guérisseurs s'approvisionnent en plantes et autres ingrédients traditionnels, mais aussi au marché au sens sociologique du terme, car la médecine traditionnelle et ses dérivés constituent aujourd'hui un véritable enjeu social et économique, en Afrique mais aussi en Europe ».

Le concept marché est une notion au sens pluriel : Selon le lexique des sciences sociales, (1988) c'est un « espace économique défini comme un bien ou service par l'ensemble des demandes et des offres qui concernent le bien ». C'est un espace délimité où les acteurs sont liés par les rapports de libres échanges dans lesquels les prix s'équilibrent facilement avec les besoins. Par contre, en économie par extension, le marché est un mécanisme par lequel des acheteurs et des vendeurs interagissent pour déterminer les prix et les quantités d'un bien ou d'un service.

Cependant dans le présent travail, influencé par l'une des distinctions faites par Bohannan et Dalton, (1961) nous entendons par « marché lieux d'échanges » (markets places) qui est différent du « principe de l'échange par le marché » (system of price-making markets). Ainsi en tant que « lieux d'échanges » le marché est un « emplacement choisi et reconnu par les

acteurs qui y viennent comme un lieu où se créent les liens de toutes sortes. C'est la place, le lieu où se déroulent les échanges dans une situation de face à face avec les acteurs». Autrement dit comme l'affirme Gottman (1957) dans le sens le plus fréquent, c'est un lieu où se passent les transactions, les négociations et où l'accord se fait. Mais attention, ce lieu est admis et reconnu par tous les acteurs, car ceux-ci y viennent régulièrement pour faire des échanges.

Le concept de l'échange nécessite aussi une certaine clarification. Selon le lexique des sciences sociales (1988), l'« échange » tient aux règles de relations sociales auquel il correspond et aux significations qui s'y rattachent au-delà de la valeur matérielle des objets échangés. Ainsi dans le présent travail, comprendre par « échange » toute opération commerciale qui traduit tout mouvement de réciprocité entre deux parties. Enfin, il faut comprendre par interactions sociales, les différentes relations entre les acteurs qui interviennent dans le marché.

Souvent classés dans le palier économie, les marchés ne sauraient être l'apanage des seuls économistes. Domaine de prédilection pour ces derniers, les marchés font également objet d' recherches sociologiques du fait des événements sociaux à dimensions culturelles qui s'y déroulent. Déjà, convaincu dans sa nature de "fait social total", Mauss cité par Latouche (1994) admet qu'il « est un phénomène humain » qui « n'est étranger à aucune société connue ». S'il est évident que le marché est un « lieu d'échanges » (Bohanann et Dalton ; 1961), il est aussi évident que les échanges ne sauraient être réduits à une perspective monétaire telle que le présente Becker (1976), cité par Swedberg (1984). Les échanges sont aussi humains et les interactions sociales ne s'opèrent pas uniquement autour du capital (monétaire) tel qu'avait postulé Karl Marx (1999).

Les artifices développés par les responsables des formations sanitaires privées (ouverture de petits commerces, d'espaces hôteliers, de supermarchés, etc.) font bien penser à l'exploitation des clients usagers à des fins commerciales détournées. Il existe un fonds de commerce constitué des clients des formations sanitaires privées. Il serait souhaitable d'affiner les recherches pour déterminer la part des clients « hybrides » des formations sanitaires privées. Le rituel est la machine à produire et à reproduire du social par excellence. Si le rite et le rituel renvoient à plusieurs sphères religieuses, il convient de faire certaines réflexions sur la place qu'accorde l'église catholique orthodoxe aux saints.

## **CONCLUSION GÉNÉRALE**

Cette recherche nous a permis de recenser les différents établissements sanitaires à dénominations d'inspiration religieuse qui exercent en clientèle privée dans les départements du Mono et du Couffo. Elle nous a donné aussi une idée des statuts religieux des promoteurs et des clients usagers en même temps qu'elle nous offre une nouvelle orientation sur les motifs de choix des clients usagers en relation avec la personnalité du promoteur. Il est vrai que l'existence de certaines difficultés rencontrées au cours de la réalisation de cette recherche confère un caractère limité à notre recherche. Toutefois, l'importance des contributions antérieures sur les problèmes et les données recueillies après la réalisation de nos investigations ont éclairé plusieurs zones d'ombre. Il serait imprudent de vouloir cerner tous les aspects de la question des cabinets privés dans leur conception religieuse. Aussi avons-nous seulement choisi quelques exemples pour apprécier le degré de connaissance de la symbolique des noms d'inspiration religieuse.

D'autres recherches conduites sur une longue période pourraient permettre d'aborder les questions qui n'ont pu l'être dans ce document. Il s'agira par exemple de mesurer par une approche de modélisation statistique le poids du nom de la structure sanitaire dans la réalisation du chiffre d'affaire, le taux de guérison en rapport avec les pratiques rituelles claires, démontrer qu'il existe un marché de la religion dans l'espace hospitalier privé. Vu sous cet angle cette recherche pourrait être étendue au secteur public qui favorise d'une manière la cohabitation entre la médecine occidentale et celle « traditionnelle ».

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ABOU, S., 1981, *L'identité culturelle. Relations interethniques et problèmes d'acculturation*. Paris, Anthropos.
- AKIN, S., 2004, « *La dénomination des personnes et la construction identitaire : le cas des prénoms kurdes en Turquie* ». Bulletin suisse de linguistique appliquée (Neuchâtel) 80, p. 27-38.
- AMOUZOUVI, D., 2004, *Le marché de la religion, Berlin, Ed. Koestler*
- ANAÏS, D. et de BAEREMAEKER D., 2013, *Amawato - Le marché de la santé au pays du vaudou*, CTB, Bruxelles
- ARMENGAUD, F., 1990, « *Nom* ». Encyclopaedia Universalis, Paris, p. 384-388.
- ASSOGBA, Y., 2007, *La raison démasquée. Sociologie de l'acteur et recherche sociale en Afrique*. Laval : Presses de l'Université Laval.
- AZALOU-TINGBE, A., 2015, *Le nom individuel chez les Adja-Fon, une sociologie de l'anthroponymie*, éd. Ablodè, Cotonou,
- BALANDIER, G., 1951, « *La situation coloniale. Approche théorique* ». *Cahiers Internationaux de Sociologie* (Paris ) 9, p. 44-79. 1982. *Sociologie actuelle de l'Afrique noire*. 4e édition. Paris : PUF. [1re édition 1955]
- BARTH, F. T. W., 1969, *Ethnic groups and boundaries. The social organization of culture difference*. Bergen, Oslo : Universitetsforlaget. 1995. « *Les groupes ethniques et leurs frontières* », in : Ph. POUTIGNAT, STREIFF-FENART J., *Théories de l'ethnicité*. Paris : PUF, p. 203-249. [Traduit du norvégien par Bardolph J., Poutignat Ph. et Streiff-Fenart J. ; 1re édition norvégienne 1969]
- BASTIDE, R., 1960, *Les religions africaines au Brésil. Vers une sociologie des interpénétrations de civilisations*. Paris : Presses Universitaires de France. 1970. *Le proche et le lointain*. Paris : Éditions Cujas. 1971. *Anthropologie appliquée*. Paris, Payot.
- BAUMANN, H., WESTERMANN, D., 1948, *Les peuples et les civilisations de l'Afrique ; suivi des langues et l'éducation*. Paris : Payot [Traduit de l'allemand par L. Homburger]
- BAYLON, C., FABRE, P., 1982, *Les noms de lieux et de personnes*. Paris : Nathan.
- BEAUD, M., 2001, *L'art de la thèse*. Paris : La Découverte.

- BECK, P., BOURIN, M., CHAREILLE P., MORSEL J., 2001, *La production des identités sociales au Moyen Âge*, Paris : La Découverte
- BENOIST, J., 1997, *Prendre soin. in Benoist (eds.), soigner au pluriel*, Paris :Karthala
- BERRY, J. W., 1989, « *Acculturation et adaptation psychologique* », in : J. RETSCHITZKY, M. BOSSE-LAGOS et P. DASEN (Eds.), *La Recherche Interculturelle*, Paris : L'Harmattan, p. 135-145. 378
- BOULAGA, F. E., 2009, *Les conférences nationales en Afrique noire*, Karthala, Paris
- BROMBERGER, C., 1982, « *Pour une analyse anthropologique des noms de personnes* ». *Langages*. La revue internationale des sciences du langage (Paris) 66, juin, p. 103-124. 1983. « *De l'anthroponymie* ». *L'Uomo* (Rome) vol. 7, n° 1, p. 7-21.
- CENTLIVRES, P., 1972, « *Noms, surnoms et termes d'adresse dans le Nord afghan* ». *Studia Iranica* (Paris) t. 1, fascicule 1, p. 89-102.
- CARRIER, H., 1992, *Lexique de la culture : pour l'analyse culturelle et l'inculturation*. Tournai-Louvain-la-Neuve : Desclée. 379
- *Collection Microsoft Encarta* 2004. 1993-2003 Microsoft Corporation
- CROZIER M. & FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système*, éditions du Seuil, Paris
- DECAILLET, F. et MAY, J. F. 2000, « *Le secteur médical privé à Cotonou, Bénin, en 1999.*», HEALTH, N UTRITION AND POPULATION, THE WORLD BANK
- DUPÂQUIER, J., 1990, « *Le prénom. Approche historique* », in : CLERGET Joël (sous la direction de), *Le nom et la nomination : source*
- DURKHEIM, E., 1968, *Les formes élémentaires de la vie religieuse*, Les Presses universitaires de France, Paris
- EDMUND, L., 1967, *Cahiers Internationaux de Sociologie*, Paris, Presses Universitaires de France
- FRIEDBERG, E., COZIER, M., 1977, *l'acteur et le système*, Paris : Seuil.
- HOUNKPONOU, J. D., 2005, « *Les cliniques clandestines se multiplient au Bénin, aux risques des patients*», journal le matin du 20 mars 2005
- <http://lamop.univ-paris1.fr/W3/lamop3.html> [Page consultée le 23 janvier 2016]
- JAFFRE, Y., 1996, *les traits discrets de la santé et la prise en charge du malade dans un village du Mali*, Paris : La Découverte
- JAFFRE, Y., 2006, *les services de santé « pour de vrai »*. *Politiques sanitaires et Interaction quotidienne dans quelques centres de santé (Bamako, Dakar, Niamey)*

- La Sainte Bible (2010) Louis Segond
- LAHIRE, B., 2005, *Portraits Sociologiques*, Paris : Ed. Armand Colin.
- MAUSS, M., 1968, *La fonction sociale du sacré*, Paris, Minuit
- MIRCEA, Eliade., 1967, *Le profane et le sacré*, Gallimard, Paris
- MICHELE, R., 1988 : « *Fondements et étapes de la recherche en psychologie.* », 3<sup>ème</sup> édition, Edissem, Paris
- MUCCHIELI, A. & PAILLE, P., 2005, *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Paris: Armand Colin, 209p.
- OLIVIER de SARDAN & al, 1990, *Sociétés et développement*, in *Sociétés, développement et santé*, Paris, Ellipses, 28-37p
- OLIVIER de SARDAN, J-P., 1999, *Anthropologie de la santé*, Bulletin de l'APAD, 17.
- OLIVIER de SARDAN, J-P., 1999, *La construction sociale des maladies: les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*, Paris, Presses
- OLIVIER de SARDAN, J-P., 1995, *La politique du terrain sur la production des données en anthropologie*, enquête 1 : 71-109.
- PENEFF, J. (1990), *la méthode biographique*, Paris : Ed. Armand Colin.
- RAYNAUD, C., (1987), « *Privilège Urbain* » : *condition de vie et santé au Niger*, politique Africaine
- Recueil des Lois sur la décentralisation (2002), Mission de la décentralisation.
- Réglementation de l'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales au Bénin, 2002, éd. Quadri-services, Cotonou
- SARASSORO, H., 1980, « *La corruption des fonctionnaires en Afrique, recherche de droit comparé* », éd. Economica, Paris
- TSHIALA, L., 2011, *la dynamique des anthroponymes chez les deng de la République démocratique du Congo (1885-1960)*,
- VEDDER P., [et al.] (Eds.), 2006, *Immigrant youth in cultural transition: Acculturation, identity and adaptation across national contexts*. London : Lawrence Erlbaum.
- WEBER, M., 1964, *La sociologie de la religion*, Paris, Plon.
- WEBER, M., 1965, *Essai sur la théorie de la science*, Paris, Plon.
- WEBER, M. 2004, *Sociologie des religions (choix de textes et traduction par J.P.Grossein)*, Paris, Gallimard.

# **ANNEXES**

**Annexe 1 : Questionnaire adressé aux promoteurs des formations sanitaires privées**

**SUJET DE RECHERCHE : LE RELIGIEUX DANS LES DENOMINATIONS DES FORMATIONS SANITAIRES PRIVEES DANS LES DEPARTEMENTS DU MONO ET DU COUFFO**

NUMERO DU QUESTIONNAIRE (NE RIEN ECRIRE ICI)  
/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

**QUESTIONNAIRE PROMOTEURS DES FORMATIONS SANITAIRES PRIVEES**

**Section 1 : IDENTIFICATION**

N°	Questions	Réponses	Code	Saut
Q101	Arrondissement			
Q102	Quartier /Village	_____	/___/___/	
Q103	Date	/___/___//___/___//___/___/		
Q104	Nom et Prénoms de l'enquêté (e)	_____		
Q105a	Sexe de l'enquêté (e)	Masculin (1) Féminin (2)	/___/	
Q105b	Age de l'enquêté		/___/___/	
Q106	Dénomination du cabinet			
Q107	Le cabinet dispose-t-il d'enseigne ?	Oui Non	1 2	
Q108	Statut juridique du cabinet	Privé libéral Privé associatif Privé confessionnel Privé humanitaire Autres (à préciser)...	1 2 3 4 9	
Q110	Quel niveau scolaire avez-vous atteint ?	Aucun niveau Primaire Secondaire1 Secondaire2 Supérieur Alphabétisé(e)	0 1 2 3 4 5	
Q111	De quoi souffrent les malades qui viennent en consultation ?			

N°	Questions	Réponses	Code	Saut
Q112	A quoi peut-on attribuer ces maladies ?	Ne sait pas Microbes Envoutement Autres (à préciser)...	1 2 3 9	
Q113	Comment débute habituellement votre journée?	Normalement ..... Par une prière ..... Par une invocation ..... Par une méditation..... Par un rituel..... Autres ( à préciser)_____	1 2 3 4 5 9	

***SECTION 2 : Décrire le statut religieux des promoteurs des structures sanitaires privées dans les départements du Mono et du Couffo***

Q201	Dites nous pourquoi vous avez choisi de vous installer en privé	Insuffisance de centres de santé publics Aider les populations Suite logique de ma carrière Natif du milieu Raisons économiques Autres (à préciser)....	1 2 3 4 5 9	
Q202	Quelle religion pratiquez-vous ?	Aucune Catholique Evangélique Religions endogènes Islam Synchrétique Autres (à préciser)...	1 2 3 4 5 6 9	
Q203	Quelle religion pratique votre père ?	Aucune Catholique Evangélique Religions endogènes Islam Synchrétique Autres (à préciser)...	1 2 3 4 5 6 9	
Q203	Quelle religion pratique votre mère ?	Aucune Catholique Evangélique Religions endogènes Islam Synchrétique Autres (à préciser)...	1 2 3 4 5 6 9	

Q204	Expliquez-nous un peu le nom que vous avez donné à votre cabinet			
Q205	Pourquoi avez choisi de donner ce nom à votre cabinet ?			
Q206	Que faites-vous avant de recevoir un patient ou avant un soin ?	Rien ..... je prie ..... je médite..... Autres ( à préciser).....	1 2 3 9	
Q207	Vos patients sont-ils satisfaits de vos prestations ?	Rarement Souvent Toujours Autres (à préciser)...	1 2 3 9	Si 2 et 3 aller à Q208
Q208	A quoi pourrait-on attribuer cette satisfaction ?	A la qualité des soins A la puissance de Dieu Aux pratiques accessoires Autres (à préciser).....	1 2 3 9	
Q209	Appartenez-vous membres d'un club service ?			Si 1 aller à Q210
Q210	A quel club service appartenez-vous ?	Lions Clubs international Rotary clubs international Jeune Chambre Internationale Autres (à préciser)....	1 2 3 9	
Q211	Quelles représentations se font les patients que vous recevez de leurs maladies			
Q212	Adhérez-vous à leurs représentations ?			Si 2 et 3 aller a Q213
Q213	Donnez nous les raisons de cette adhésion.			

**SECTION 3 :apprécier le degré de connaissance de la symbolique des noms donnés aux structures sanitaires privées.**

Q301	Quelle religion pratiquez-vous ?	Aucune Catholique Evangélique Religions endogènes Islam Synchrétique Autres (à préciser)...	1 2 3 4 5 6 9	
Q302	Quelle religion pratique votre père ?	Aucune Catholique Evangélique Religions endogènes Islam Synchrétique Autres (à préciser)...	1 2 3 4 5 6 9	
Q303	Quelle religion pratique votre mère ?	Aucune Catholique Evangélique Religions endogènes Islam Synchrétique Autres (à préciser)...	1 2 3 4 5 6 9	
Q304	Avez-vous une connaissance des saints ?	Oui Non	1 2	Si 1 aller à Q305
Q305	Quels rôles jouent-ils ?	Aucune idée Modèle Intercesseur Autres (à préciser)...	1 2 3 9	
Q306	Pourriez-vous apprécier votre itinéraire religieux?	Statique Dynamique Autres (à préciser)...	1 2 9	
Q307	Rappelez-nous quelques attributs de Dieu	1- 2- 3-		
Q308	Que pensez-vous de vos affaires ?	Prospèrent très bien Prospèrent relativement Ne prospèrent pas du tout Sans avis	1 2 3 4	Si 1 et aller à Q309
Q309	A quoi pourrait-on attribuer cette réussite de vos affaires ?			

**JE VOUS REMERCIE.**

**Annexe 2 : Questionnaire adressé aux usagers des formations sanitaires privées**  
**SUJET DE RECHERCHE : LE RELIGIEUX DANS LES DENOMINATIONS DES FORMATIONS SANITAIRES**  
**PRIVEES DANS LES DEPARTEMENTS DU MONO ET DU COUFFO**

NUMERO DU QUESTIONNAIRE (NE RIEN ECRIRE ICI)  
 /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

**QUESTIONNAIRE USAGRES-CLIENTS DES FORMATIONS SANITAIRES PRIVEES**

**Section 1 : IDENTIFICATION**

N°	Questions	Réponses	Code	Saut
Q101	Arrondissement			
Q102	Quartier /Village	_____	/___/___/	
Q103	Date	/___/___//___/___//___/___/		
Q104	Nom et Prénoms de l'enquêté (e)	_____		
Q105a	Sexe de l'enquêté (e)	Masculin (1) Féminin (2)	/___/	
Q105b	Age de l'enquêté		/___/___/	
Q106	Quel niveau scolaire avez-vous atteint ?	Aucun niveau Primaire Secondaire1 Secondaire2 Supérieur Alphabétisé(e)	0 1 2 3 4 5	
Q107	De quoi souffrez-vous ?	/___/___/		
Q108	A quoi peut-on attribuer ce mal ?	Ne sait pas Microbes Envoutement	01 02 03	
Q110	Que faites-vous quand vous sentez malade ?	Rien ..... je consulte ..... je prie ..... Autres ( à préciser)_____	1 2 3 4	

<b>SECTION 2 : Inventorier les motivations du choix de fréquentation de la structure sanitaire privée par les usagers clients</b>				
Q201	Connaissez-vous le nom du cabinet dans lequel vous êtes venu ?	Oui Non	1  0	Si oui aller à Q202
Q202	Quel est ce nom ?			
Q203	Que vous inspire ce nom ?			
Q204	Pourquoi avez-vous choisi de venir vous faire soigner dans ce cabinet ?	a) Plus proche b) moins cher c) renommée du responsable d) nom donné à la structure e) lien de parenté f) modalités de paiement g) Autres (à préciser)_____	1 2 3 4 5 6 9	
Q205	Que savez-vous du responsable de la structure ?			
Q206	Combien de fois êtes-vous venu aux soins dans cette structure ?	a) Une fois b) Deux fois c) Trois fois d) Quatre fois e) Cinq fois f) Six fois g) Plus six fois (à préciser)_____	1 2 3 4 5 6 9	
Q207	Etes-vous satisfait des prestations de cette structure ?	Pas du tout satisfait Relativement satisfait Entièrement satisfait Sans avis	1 2 3 4	Si (1) et (2) aller à Q208
Q208	A quoi pourriez-vous attribuer cette satisfaction ?	Expérience Compétence Combinaison de plusieurs pratiques Autres (à préciser)	1 2 3 9	

Q209	Quelles appréciations faites-vous des activités de cette clinique ?	Ne marchent marchent un peu Fleurissent Autres (à préciser).....	1 2 3 9	Si 2 et 3, aller à Q210
Q210	A quoi pourrait-on lier la réussite des activités de ce cabinet			

**SECTION 3 :apprécier le degré de connaissance de la symbolique des noms donnés aux structures sanitaires privées.**

Q301	Quelle religion pratiquez-vous ?	Aucune Catholique Evangélique Religions endogènes Islam Synchrétique Autres (à préciser)...	1 2 3 4 5 6 9	
Q302	Quelle religion pratique votre père ?	Aucune Catholique Evangélique Religions endogènes Islam Synchrétique Autres (à préciser)...	1 2 3 4 5 6 9	
Q303	Quelle religion pratique votre mère ?	Aucune Catholique Evangélique Religions endogènes Islam Synchrétique Autres (à préciser)...	1 2 3 4 5 6 9	
Q304	Avez-vous une connaissance des saints ?	Oui Non	1 2	Si 1 aller à Q305
Q305	Quels rôles jouent-ils ?	Aucune idée Modèle Intercesseur Autres (à préciser)....	1 2 3 9	
Q306	Pourriez-vous apprécier votre itinéraire religieux?	Statique Dynamique Autres (à préciser)...	1 2 9	
Q307	Rappelez-nous trois attributs de Dieu	4- 5- 6-		

**JE VOUS REMERCIE.**

### **Annexe 3 : GUIDE D'ENTRETIEN**

#### **Aux promoteurs des structures sanitaires privées**

##### **Identification :**

Nom, prénoms, sexe, âge, qualification professionnelle, niveau d'instruction

##### **Entretien :**

1. Phénomène de prolifération des cabinets de soins
2. Processus d'installation des structures sanitaires privées dans les départements du Mono et du Couffo
3. Facteurs attirants les malades vers les structures sanitaires privées
4. Processus de dénomination des structures sanitaires privées
5. situation financière des structures sanitaires privées
6. Appréciation des soins par le promoteur et les retours des usagers
7. Autres aspects du phénomène religieux

**Tableau VIII : Récapitulatif des qualifications professionnelles des promoteurs des formations sanitaires privées**

<b>Qualifications Professionnelles</b>	<b>Nombres</b>	<b>Taux</b>
AS	91	40,44
Assistant médical	2	0,89
Délégué médical	1	0,44
Epidémiologiste	1	0,44
IB	33	14,67
IDE	30	13,33
Matrone	4	1,78
MDE	8	3,56
Missionnaire	1	0,44
Prêtres	2	0,89
SFE	5	2,22
Vétérinaire	1	0,44
ND	33	14,67
IDE AS	1	0,44
IAS AN	3	1,33
TLB	2	0,89
MDE GYNECO	3	1,33
MDE CHIRUR	2	0,89
IAS STOMATO	1	0,44
Assistant social	1	0,44
Total général	225	100

**Sources : Données de terrain, 2015**

**Tableau IX : Qualifications professionnelles des promoteurs des formations sanitaires privées**

QUALIFICATIONS	COMMUNES												TOTAL GÉNÉRAL
	Aplahoué	Athiémé	Bopa	Comé	Djakotomey	Dogbo	Grand-Popo	Houéyogbé	Klouékanmey	Lalo	Lokossa	Toviklin	
AS	20	2	2	3	3	21		2	22	6	4	6	91
Assistant médical			1								1		2
Délégué médical	1												1
Epidémiologiste								1					1
IB	6		2	4	3	1	3	1	1	1	11		33
IDE	5	2	5	3	2	2	1	1	3	2	4		30
Matrone								1	1	2			4
MDE	2		1			2			1		2		8
Missionnaire	1												1
Prêtres			2										2
SFE	1			1				1	1	1			5
Vétérinaire					1								1
ND	11				4	2	4	2	8	1	1		33
IDE AS										1			1
IAS AN		1							1		1		3
TLB	1										1		2
MDE GYNECO				1				1			1		3
MDE CHIRUR								1			1		2
IAS STOMATO				1									1
Assistant social				1									1
<b>TOTAL GÉNÉRAL</b>	<b>48</b>	<b>5</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>13</b>	<b>28</b>	<b>8</b>	<b>11</b>	<b>38</b>	<b>14</b>	<b>27</b>	<b>6</b>	<b>225</b>

Sources : Données de terrain, 2015

**Tableau X : Répartition des formations sanitaires privées selon l'année d'ouverture**

<b>Années d'ouverture</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
[1980 ; 1986[	43	19,11
[1986 ; 1996[	96	42,67
[1996 ; 2006]	38	16,89
[2006 ; 2015]	48	21,33
<b>TOTAL</b>	<b>225</b>	<b>100</b>

**Sources : Données de terrain, 2015**

Annexe 4 :

**Tableau XI : Liste des formations sanitaires privées des départements du Mono et du Couffo**

N°	Dénominations	Départements	Communes	Arrondissements	Villages	Promoteurs	Qualification	Autorisation d'exercice
1	ONG ENTRAIDE	Mono	Athiémé	Athiémé	Zounhouè	AKPO Appolinaire <b>DOSSA Maurice</b>	IDE	
2	Cabin. de Soins HOZIANA	Mono	Athiémé	Adohoun	Kpodji	FATON Théophile	IAS AN	
3	Cabin. de Soins CHEMIN DE VIE	Mono	Athiémé	Ouèdèmè-Adja	Kinwédji	BOKONON Paul	AS	
4	Cabin. de Soins RAPHA	Mono	Lokossa	Lokossa	Akodédjro	SAYENOU Justin	AS	
5	ONG NOUVIDEES	Mono	Lokossa	Houin	Tokpa	AGOSSA Nicéphore	IB	
6	ONG GRADH	Mono	Lokossa	Houin	Vèha	GBODJINO Alexis	IB	
7	Cabin. de Soins BON SECOURS	Mono	Lokossa	Hoiun	Dessa	HOUESSO Adrien	IB	
8	ONG GRADH	Mono	Lokossa	Koudo	Agnito/Gbèti	GBODJINO Z. Edith	IB	
9	Cabin. de Soins VINAGAN	Mono	Lokossa	Koudo	Agnito/Hèkpo	FATIOU Seydou	IB	
10	Cabin. de Soins JESUS SAUVE	Mono	Lokossa	Koudo	Kpolgodomè	BALLO Emma	AS	
11	Cabin. de Soins GBODJINO Alexis	Mono	Lokossa	Koudo	Kpolgodomè	GBODJINO Alexis	IB	
12	Cabin. de Soins TOUT POUR L'AFRIQUE	Mono	Lokossa	Agamè	Aligoudo	AHOSSI Emilienne	AS	
13	Centre Méd.S. ESPOIR	Mono	Lokossa	Koudo	Tozoumè	HOUSSOU Gaston	ND	
14	Cabin. de Soins SEDJRO	Mono	Lokossa	Agamè	Aligoudo	METO Alexis	IB	
15	Cabin. de Soins MAHUSSI	Mono	Lokossa	Lokossa	Fongba	HODONOU Emmanuel	IAS AN	

*Le religieux dans les dénominations des formations sanitaires privées des départements du Mono-Couffo*

16	Cabin. de Soins St Antoine de PADOU	Mono	Lokossa	Lokossa	Fongba	Mme HOUNTON Thérèse née TOHOUE	IB	
17	ONG APROFEMIR	Mono	Lokossa	Lokossa	Fongba	YANOU Codjo Alexis	TLB	
18	ONG ACTION EMS	Mono	Lokossa	Lokossa	Agnwédji	METOGBE Dègnon	IB	
19	Centre de soins médico	Mono	Lokossa	Lokossa	Ouèdèmè-Adja	KPOTCHOUNFIN Lazare	AS	
20	ONG NOUVIDEES MON ESPOIR	Mono	Lokossa	Lokossa	Guinhounkon	DAH SEMEGAN	IDE	
21	ONG APDS	Mono	Lokossa	Lokossa	Agonvè	ATCHESSI Jean Pierre	Assistant médical	
22	Clinique St Michel	Mono	Lokossa	Lokossa	Agonvè	HOUNGBO Comlan Michel	MDE GYNECO	
23	Cabin. de Soins GBENA PLUS	Mono	Lokossa	Lokossa	Ahouamey	MEHOBA Justin	IB	
24	ONG CEBADESCAP	Mono	Lokossa	Lokossa	Ahouamey	DENAKPO	MDE	
25	ONG la colombe SAINT PADRE PIO	Mono	Lokossa	Lokossa	Guincomey	HOUESSO Raoul	MDE CHIRUR	Année 2009/8335/MS/DC/SGM/DNPS du ???
26	ONG GRADIB	Mono	Lokossa	Lokossa	Guincomey	Mouazime O. THIAMIYOU	IDE	
27	Cabin. de Soins DIEU DE SOINS	Mono	Lokossa	Lokossa	Agonvè	SAHENOU Justin	IB	
28	Cabin. de Soins ?	Mono	Athiémé	Kpinnou	Avédji	EDOH Aristide	AS	
29	Cabin. de Soins SEDOVIKON	Mono	Lokossa	Lokossa	Adjakomey	HODONOU Francis	IDE	
30	Dispensaire DELPHINE	Mono	Athiémé	Kpinnou	Kondji-Ougba	Sœur DAWODO Léontine Soeur Yvette NUTSUGAN	IDE	
31	Cabin. de Soins ASPM	Mono	Lokossa	Lokossa	Agnivédji	ABO Grégoire	IDE	

*Le religieux dans les dénominations des formations sanitaires privées des départements du Mono-Couffo*

32	Cabinet Médical SAINT GLORY	Mono	Lokossa	Lokossa	Ahouamey	GUEZO-MEVO Angélique	MDE	
33	Sans dénomination	Mono	Bopa	Lobogo	Akéhoué	SOSSA Quirin	IDE	
34	Bon Accueil	Mono	Bopa	Lobogo	Gbèdècomè	DEGBE Pierre	IB	
35	Grâce de Dieu	Mono	Bopa	Lobogo	Dhodho	ASSAH Mesmin	IDE	
36	Ste Thérèse de l'Enfant Jésus-Christ	Mono	Bopa	Lobogo	Gbozèhouè	KPATIN Jeanne	IB	
37	CMI Florence Derlin ZINSOU	Mono	Bopa	Lobogo	Gbozèhouè	AMOUSSOUVI Joachim	MDE	<b>Oui</b>
38	St LOUIS	Mono	Bopa	Lobogo	Hounvè	SOSSA H. Louis	IDE	<b>Oui</b>
39	Cabinet de soins Wenceslas	Mono	Bopa	Lobogo	Hounvè Towahoué	TOSSOU K. Janvier	IDE	
40	Ste MARIE	Mono	Bopa	Lobogo	Hounvè Towahoué	Clergé Bopa Conf. Religieuse	Prêtres	
41	St BLAISE	Mono	Bopa	Badazouin	Kpavè	KAKPO Blaise	AS	
42	Bon Pasteur d'Akpéhoué	Mono	Bopa	Badazouin	Zoungbo	Clergé Bopa Conf. Religieu	Prêtres	
43	St FRANCOIS	Mono	Bopa	Yègodoé	Tèkozo	AMOUSSOUGBO François	AS	
44	CS Gloire à Dieu	Mono	Bopa	Yègodoé	Tèkozo	ATCHESSI Florent	Assistant médical	
45	Diacono Luciano Montéfusco	Mono	Bopa	Yègodoé	Tèkozo	Sœur EDITH D.	IDE	
46	Les Grâces de Comé	Mono	Comé	Comé	Hongodoé	BOKO Aristide	IAS STOMATO	
47	Grâce Divine	Mono	Comé	Comé	Hongodoé	HOUNDETE Roger	IB	
48	La délivrance	Mono	Comé	Comé	Gadomé	ADEROMOU Antoinette	AS	
49	Fraternité	Mono	Comé	Comé	Hongodoé	GOLOU Comlan	IB	<b>Oui</b>

*Le religieux dans les dénominations des formations sanitaires privées des départements du Mono-Couffo*

50	BETHEL	Mono	Comé	Comé	Hongodoé	GBETOHO Etienne	IDE	Oui
51	Cabinet Dr AYIGAN	Mono	Comé	Comé	Hongodoé	AYIVIGAN Goodfried	MDE GYNECO	
52	St Augustin 95816267	Mono	Comé	Comè	Comè	YEDE Marcel	IB	oui
53	Bethel Lanminsin	Mono	Comé	Comè	Djakoté	ANATO Ludovic	IDE	oui
54	Mon Espérance Barlif	Mono	Comé	Comè	Hongodoé	WOROU Françoise	IDE	oui
55	Ste Thérèse de Lisieux	Mono	Comé	Akodéha	Bowé Gbédji	HOUNNOUENOU Dénise	SFE	oui
56	Sans dénomination	Mono	Comé	Akodéha	Mongnonhoui	BIAOU Sara	AS	
57	CMSN/ONG/GARDH	Mono	Comé	Oumako	Siavamè	EZIN Yves	Assistant social	
58	Puissance Divine	Mono	Comé	Agatogbo	Agatogbo	AHOLOU Adrien	IB	
59	St Emmanuel	Mono	Comé	Agatogbo	Guézin	MEHOU François	AS	
60	CS TODJONOUKOUN	Mono	Grand-Popo	Adjaha	Todjonoukoun	AMEHOU K. Benjamin	ND	
61	FAFA ONG Perspective Globale	Mono	Grand-Popo	Agoué	Hilla condji	LOUKPE M. Joseph	IDE	
62	Bon Berger 95401275	Mono	Grand-Popo	Agoué	Hilla condji	ZOLA Tibo	ND	
63	Bon Accueil	Mono	Grand-Popo	Agoué	Hilla condji	DEGBE Pierre	IB	
64	Le Soleil 97841311	Mono	Grand-Popo	Agoué	Hilla condji	DAGO Sylvain	IB	
65	Sans dénomination	Mono	Grand-Popo	Agoué	Hilla condji	??	ND	
66	Sans dénomination	Mono	Grand-Popo	Agoué	Agoué	GOLOU Comlan Nestor	IB	
67	Bethel et Vie	Mono	Grand-Popo	Grand-Popo	Grand-Popo		ND	

*Le religieux dans les dénominations des formations sanitaires privées des départements du Mono-Couffo*

68	Soins Infirmiers St Michel	Mono	Houéyogbé	Sè	Honnougbo	TOHINNOU Appolinaire	IB	Oui
69	Ste MILKA/PSPE ONG	Mono	Houéyogbé	Sè	Gbadagli	HADONOU Armel	MDE CHIRUR	
70	Don de Dieu	Mono	Houéyogbé	Sè	Gonfiocomè	HOUNGBO Michel	MDE GYNECO	oui
71	St BASILE	Mono	Houéyogbé	Sè	Gbadagli	DASANOU Basile	IDE	
72	La Divinité	Mono	Houéyogbé	Sè	Gbadagli	TOSSOU Léa	SFE	oui
73	Croix Rouge de Sè	Mono	Houéyogbé	Sè	Gbadagli	KOUNOUKPO Yaovi	ND	
74	Centre Médico-Social Entraide	Mono	Houéyogbé	Zoungbonou	Zoungbonou	KASSEHIN Hortence	AS	oui
75	Ste Raphaël	Mono	Houéyogbé	Doutou	Djidongbomè	KINDAGNIN Dominique	ND	
76	Cabinet la joie de vivre de Doutou	Mono	Houéyogbé	Doutou	Djidongbomè	AMOUSSOU Virginie	Matrone	
77	Le Saveur	Mono	Houéyogbé	Doutou	Gahoué	HEDJE Jeanne	AS	
78	St Benoît DANHO	Mono	Houéyogbé	Doutou	Doutou	ZOCLI Didier	Epidémiologiste	
79	Cabinet de soins le miracle	Couffo	Dogbo	Lokoghoué	Touléoudji	NOUTEHOU Albertine1	AS	Néant
80	Cabinet de soins la providence	Couffo	Dogbo	Lokoghoué	Véhidji	HOUNNOU Pauline1	AS	<b>03/024/PDM/SG/STCCDC du</b>
81	Cabinet de soins Dieu merci	Couffo	Dogbo	Lokoghoué	Hèdjamè	KPADOE Richard	AS	
82	CS à vocation humanitaire	Couffo	Dogbo	Tota	Zaphi 2	HOUSSOU S. Valerie	AS	
83	Cabinet de soins Ste Providence	Couffo	Dogbo	Tota	Zaphi 1	HOUNNOU Pauline2	AS	<b>03/024/PDM/SG/STCCDC du</b>
84	Cabinet de soins St Emmanuel	Couffo	Dogbo	Tota	Houédjamey	EDAH Amanvi	AS	
85	Cabinet de soins la Résurrection	Couffo	Dogbo	Tota	Foncomè 2	AKPOVO Bernadette	IDE	6544/6606/ du 18/11/2008

*Le religieux dans les dénominations des formations sanitaires privées des départements du Mono-Couffo*

86	Cabinet de soins la Paix	Couffo	Dogbo	Tota	Dahouè	KPOTO Noël	IB	
87	Cabinet de soins Main de Dieu	Couffo	Dogbo	Tota	Kpodavè	<b>SOSSOU Yvette</b>	AS	
88	Cabinet de soins PSPT Caritas de l'enfant Jésus	Couffo	Dogbo	Tota	Kpodavè	AGBEBANOU Jean	MDE	
89	Cabinet de soins la Fraternité	Couffo	Dogbo	Tota	Kpodavè	AKOUEGNONHOU Pélagie	AS	
90	Clinique centrale de Dogbo	Couffo	Dogbo	Tota	Mitonhoué	MONLEME Norbert	MDE	
91	Cabinet de soins mon Avenir	Couffo	Dogbo	Tota	Gouhoun	MEGNONHOU Nestor	AS	
92	Cabinet de soins Ste Yabavi	Couffo	Dogbo	Tota	Dékandji	BLEOSSI Philomène	AS	
93	Cabinet de soins St Kaka	Couffo	Dogbo	Tota	Lokogba	KAKA Nestor	AS	
94	Cabinet de soins St le Miracle	Couffo	Dogbo	Totchangni	Gnigbé	NOUTEHOU Albertine2	AS	Néant
95	Cabinet de soins Bon Berger	Couffo	Dogbo	Ayomi	Yanouhoué	AGOSSOU Kocou	AS	
96	Cabinet de soins Ste Félicité	Couffo	Dogbo	Ayomi	Hounvi	TOHOUE Nestor	IDE	8395/MSP/DC/SGM/DNPS/SR 31/12/2010
97	Cabinet de soins mon Destin	Couffo	Dogbo	Ayomi	Gbannavè	DAKE Georgette	AS	
98	Cabinet de soins St Jean	Couffo	Dogbo	Ayomi	Zohoudji	EKE Noël	AS	
99	Cabinet de soins St Bernard	Couffo	Dogbo	Ayomi	Zohoudji	FANBO Bernard	AS	
100	Cabinet de soins SPT	Couffo	Dogbo	Ayomi	Agbédranfo	ALLOMA Roger	AS	
101	Cabinet de soins St Marcellin	Couffo	Dogbo	Ayomi	Kpodaha 1	SAKOU Marcellin	AS	
102	Cabinet de soins FANGNIGBE	Couffo	Dogbo	Ayomi	Kpodaha 1	FANGNIGBE Théodore	AS	

*Le religieux dans les dénominations des formations sanitaires privées des départements du Mono-Couffo*

103	Cabinet de soins St Gildas	Couffo	Dogbo	Dévé	Gbakéhoué	SAKPONON Gildas	AS
104	Cabinet de soins Gloria	Couffo	Dogbo	Dévé	Gbakéhoué	ATOSSA Anatole	AS
105	Cabinet de soins Dougninnignon	Couffo	Dogbo	Dévé	Agnanvo	KOUSSI Etienne	ND
106	UNISATAN	Couffo	Aplahoué	Dékpo	Bozinkpé	EHOUE Bertin	ND
107	Sans dénomination	Couffo	Aplahoué	Dékpo	Dékpo	DOKOUI Bchirou	ND
108	Sans dénomination	Couffo	Aplahoué	Dékpo	Dékpo	KATA Wawa	ND
109	WADEAGAN	Couffo	Aplahoué	Dékpo	Sèhonouhoué	NINI Mahouna	ND
110	Sans dénomination	Couffo	Aplahoué	Dékpo	Hontomè	NOUMONVI Dévi	ND
111	Sans dénomination	Couffo	Aplahoué	Dékpo	Lagbavè	Basile	ND
112	Sans dénomination	Couffo	Aplahoué	Dékpo	Lagbavè	Théodore	ND
113	Sans dénomination	Couffo	Aplahoué	Dékpo	Adandéhoué	Sans nom	ND
114	Sans dénomination	Couffo	Aplahoué	Dékpo	Ahohoué	Sans nom	ND
115	Sans dénomination	Couffo	Aplahoué	Dékpo	Agbanatè	Richard Chowing	Missionnaire
116	Sans dénomination	Couffo	Aplahoué	Lonkly	Eglimè	François	AS
117	Sans dénomination	Couffo	Aplahoué	Lonkly	Eglimè	Déhoto	ND
118	Sans dénomination	Couffo	Aplahoué	Lonkly	Badjamè	Jeanne	AS
119	Centre confessionnel Ste Famille	Couffo	Aplahoué	Lonkly	Hoky	Les Religieuses	AS
120	Cabinet de soins Ste Grace Aristide	Couffo	Aplahoué	Atomey	Hévi	ATHANASSO Tossa	IDE

*Le religieux dans les dénominations des formations sanitaires privées des départements du Mono-Couffo*

121	Sans dénomination	Couffo	Aplahoué	Atomey	Hévi	Jacob	AS	
122	Sans dénomination	Couffo	Aplahoué	Atomey	Vivimè	FANGNIGBE Albert 1	AS	
123	Sans dénomination	Couffo	Aplahoué	Atomey	Tchihoundrouhé		AS	
124	Sans dénomination	Couffo	Aplahoué	Atomey	Tchihoundrouhé		AS	
125	Sans dénomination	Couffo	Aplahoué	Atomey	Agbohoulé	FANGNIGBE Albert 2	AS	
126	Sans dénomination	Couffo	Aplahoué	Atomey	Vincent-houlé		AS	
127	Sans dénomination	Couffo	Aplahoué	Atomey	Agodogoui	TOSSOU Alphonse	IDE	
128	Sans dénomination	Couffo	Aplahoué	Atomey	Kpédjihoun	Justine DEKENOU	AS	
129	Sans dénomination	Couffo	Aplahoué	Atomey	Déhoué		AS	
130	Sans dénomination	Couffo	Aplahoué	Atomey	Hontonou		AS	
131	Clinique Coopérative	Couffo	Aplahoué	Kissamey	Kissamey		ND	
132	Domicile	Couffo	Aplahoué	Kissamey	Hélétomey	TOMETCHI Prisca	AS	
133	Sans dénomination	Couffo	Aplahoué	Kissamey	Hélétomey	AISSAN Yao	AS	
134	Domicile	Couffo	Aplahoué	Kissamey	Hélétomey	MELOGO Koudzo	AS	
135	Domicile	Couffo	Aplahoué	Kissamey	Hélétomey	Michel	AS	
136	Sans dénomination	Couffo	Aplahoué	Kissamey	Kodjahoulé		IB	
137	Sans dénomination	Couffo	Aplahoué	Kissamey	Hédjimawa		AS	
138	Cabinet de soins Béraka	Couffo	Aplahoué	Azové	Chioundèhoué	HOGBONOUTO Yvette	IB	ARN 2027

*Le religieux dans les dénominations des formations sanitaires privées des départements du Mono-Couffo*

139	Croix Rouge	Couffo	Aplahoué	Azové	Gboffoly	GNANCADJA Pauline	IB	N° 8127
140	Croix Rouge	Couffo	Aplahoué	Azové	Gboffoly	AZANDOSSESSI F. Chantal	IDE	N° 8134
141	Cabinet de soins Source de vie	Couffo	Aplahoué	Azové	Dokponouhoué	AKOUSSON Cécile	IB	N° 6528
142	Cabinet de soins Bien Etre Social	Couffo	Aplahoué	Azové	Egnèhoué	KOUNASSO D. Janvier	IDE	N° 8128
143	Cabinet de soins Ste Trinité	Couffo	Aplahoué	Azové	Itouhoué	LISSA Sabine	SFE	
144	Cabinet de soins SANGO	Couffo	Aplahoué	Azové	Dokponouhoué	Edouard	IDE	
145	Cabinet de soins Bon Secours	Couffo	Aplahoué	Azové	Houétognonhoué	ALLOSSOGBE Marius	TLB	
146	Cabinet Médical Excellence	Couffo	Aplahoué	Azové	Gboffoly	AISSAN Julien	MDE	
147	Cabinet Médical Espoir Vie	Couffo	Aplahoué	Azové	Kpakomè	NOUKOUI Elis	MDE	
148	Cabinet de soins Ste Anne	Couffo	Aplahoué	Azové	Atchouhoué	MENSANH Eliane	IB	
149	Cabinet de soins Action d'aide Médical	Couffo	Aplahoué	Azové	Chioundèhoué	ZANKOU Hilaire	AS	
150	Cabinet de soins La Patience	Couffo	Aplahoué	Azové	Avétouimè	TCHOGBE Cathérine	AS	
151	ABPIB/ONG	Couffo	Aplahoué	Azové	Chioundèhoué	AGOSSOU Philippe	AS	
152	Chemin de vie	Couffo	Djakotomey	Adjintimey	Balimey	SOSSOU Adrien	IB	
153	Don de Dieu	Couffo	Djakotomey	Adjintimey	Hèkpè	MIANIKPON S. Hubert	AS	
154	ONG CAPED-ST FLAUGUST Salomon	Couffo	Djakotomey	Houégamey	Djonouhoué	GANGBEDJI Augustin	AS	
155	La Renaissance	Couffo	Djakotomey	Bétoumey	Bétoumey	WEWE Julien	IDE	Année 2003/N° 0662/MSP/DC/SGM/DNPS/S du ???

*Le religieux dans les dénominations des formations sanitaires privées des départements du Mono-Couffo*

156	Le Secours	Couffo	Djakotomey	Bétoumey	Zohoudji	MHOUCHI Pascal	AS	
157	Groupe de Recherche et d'Appui Conseils en Santé Familiale GRACES Fa-ONG	Couffo	Djakotomey	Bétoumey	Kpatohoué	ACAKPO Kocou Gratien	IDE	Année 2008/N° 3180/MS/DC/SGM/DNPS/SR
158	Hôpital St Camille	Couffo	Dogbo	Tota	Tota centre	Religieux catholiques	ND	
159	Epicentre de Kissamey	Couffo	Aplahoué	Kissamey	Kisaamey	DJOHOSSOU	IB	
160	Centre Médical d'Aflantan	Couffo	Aplahoué	Aplahoué	Aflantan	DAVI Patrick	Délégué médical	
161	Cabinet de soins CCPMS-ESAR-ONG	Couffo	Djakotomey	Bétoumey	Hagoumey		ND	
162	Centre Médical APH	Couffo	Djakotomey	Gohomè		Religieux catholiques	ND	
163	Santé de santé des servantes de la lumière du Christ	Couffo	Djakotomey	Djakotomey	Mèganhoué	Religieux catholiques	ND	
164	Centre médico-social	Couffo	Djakotomey	Djakotomey	Hagoumey	DAHOU Séraphin	Vétérinaire	
165	Cabinet St Jean	Couffo	Djakotomey	Gohomey	Lokoatoui	KPOKPOYA Placide	IB	
166	ONG CETET SATA 2000	Couffo	Djakotomey	Djakotomey 2	Lokui Bédjamè	EGUE Nogbédji	ND	
167	Clinique Lomnava	Couffo	Djakotomey	Djakotomey 1	Béotchi	ETCHE Richard	IB	
168	Pas à pas	Couffo	Klouékanmey	Adjahonmè	Adjahonmè	AZIGUITA Cyprien	IB	
169	ST Michel Bon secours	Couffo	Klouékanmey	Adjahonmè	Kpévidji/Tchédéhoué	DAHOUE Brigitte	AS	
170	Dieu Bénit	Couffo	Klouékanmey	Adjahonmè	Dayéhoué	KADAÏ Maurice	AS	
171	Sans nom	Couffo	Klouékanmey	Ahogbèya	Madémè/Tangléta	HOUNLI Vivo	ND	
172	St Emmanuel	Couffo	Klouékanmey	Ahogbèya	Klossou/Bossouhoué	LOKOSSOU Marie-Rose	IAS AN	

*Le religieux dans les dénominations des formations sanitaires privées des départements du Mono-Couffo*

173	Bon Berger	Couffo	Klouékanmey	Ahogbèya	Ganhayadji/Edahoué	TCHIDIKOFAN Octave	IDE
174	OASH	Couffo	Klouékanmey	Ayahohoué	Avégandji	AVE Martin	AS
175	La Bénédiction	Couffo	Klouékanmey	Ayahohoué	Noutangnihoué	KOWE François Ali Sim	AS
176	Croix Rouge la Patience de Nigbogan	Couffo	Klouékanmey	Djotto	Nigbogan	SEGBEDJI Kouèssiba	ND
177	La Lumière	Couffo	Klouékanmey	Djotto	Dékandji3/Gbéssihoué	SOGNIGBAN K. Félicien	AS
178	La Confiance	Couffo	Klouékanmey	Djotto	Avéganmè/Essèhoué	KAKPO Nicolas	AS
179	Sans dénomination	Couffo	Klouékanmey	Djotto	Avéganmè/Gbéhounkochihoué	HOUNFIN Georgette	AS
180	Sans dénomination	Couffo	Klouékanmey	Djotto	Avéganmè/Sogbavihoué	Anicet	ND
181	Sèdékon	Couffo	Klouékanmey	Hondjin	Soglonouhoué	MIGAN Agnès	AS
182	Soins Sauveteurs	Couffo	Klouékanmey	Hondjin	Soglonouhoué/Kouèssihoué	DAAVO Roger	AS
183	Sans dénomination	Couffo	Klouékanmey	Klouékanmey	Klouékanmè/Ehuzu	WITCHEKPO Denis	AS
184	Sans dénomination	Couffo	Klouékanmey	Klouékanmey	Klouékanmè/Tchanvèdji II	GBOYOU Léocadie épse Agossou	AS
185	Chez Jolinon	Couffo	Klouékanmey	Klouékanmey	Klouékanmè/Honhlonmitonwou	DEGBEY Louise	Matrone
186	Alléluia	Couffo	Klouékanmey	Klouékanmey	Klouékanmè/Ehuzu	DANGNONCHI Antoine	AS
187	La Prudencia	Couffo	Klouékanmey	Klouékanmey	Zouvou/Gbétohouhoué	DOHOU Paulin	AS
188	La Lumière de Dieu	Couffo	Klouékanmey	Klouékanmey	Klouékanmè/Ehuzu	DONKPEGAN Cyrille	ND
189	GNLD Shen Hai	Couffo	Klouékanmey	Klouékanmey	Klouékanmè/Ehuzu	NEGLO Comlan	ND
190	Sans dénomination	Couffo	Klouékanmey	Klouékanmey	Klouékanmè/Ehuzu	AGBEGNIDO Justin	AS

*Le religieux dans les dénominations des formations sanitaires privées des départements du Mono-Couffo*

191	ST Salomon	Couffo	Klouékanmey	Klouékanmey	Klouékanmè/Egbohoulé/Orphelinat	AGOH Félicien	AS	
192	La Référence	Couffo	Klouékanmey	Klouékanmey	Klouékanmè/Séglahoulé	HESSOU Adjovi Irène	AS	
193	Sans dénomination	Couffo	Klouékanmey	Klouékanmey	Klouékanmè/Ehuzu /mission catholique	Sœur TRINNOU Colette	AS	
194	St Jean-Eude	Couffo	Klouékanmey	Klouékanmey	Klouékanmè/Agblécomè	DANSIGA Gobydins Constantin	IDE	3082/08/MS/DC/SGM/DNPS/S
195	Clinique Espérance	Couffo	Klouékanmey	Klouékanmey	Klouékanmè/Totroyouyou	DOSSOU Angèle épouse DANSI	SFE	3257/03/MSP/DC/SGM/DNPS/S
196	Soins Médicaux Sociaux	Couffo	Klouékanmey	Lanta	Lanta	GBEBLE Raymond	AS	
197	COMINTES-ONG	Couffo	Klouékanmey	Lanta	Lanta /voie de Tohougodohoulé	SOGADJI Macaire Raymond	AS	
198	Espoir	Couffo	Klouékanmey	Lanta	Sawamè/Houéyiho	KADAÏ Félix	AS	
199	Espérance	Couffo	Klouékanmey	Lanta	Tohougodohoulé		AS	
200	Pharmacie Chinoise	Couffo	Klouékanmey	Lanta	Tokanmè Aliho	AGOSSOU Mètognon	ND	
201	Bon Berger	Couffo	Klouékanmey	Lanta	Gbowimè	AYIDJI Marcien	MDE	
202	Sans dénomination	Couffo	Klouékanmey	Lanta	Dékandji/Montchoulé	MONTCHO Emmanuel	ND	
203	Santé sang de Jésus	Couffo	Klouékanmey	Tchikpé	Agbago/zodiblahoulé	SOGADJI M. Raymond	AS	
204	Clinique St Mathieu	Couffo	Klouékanmey	Tchikpé	Akouègbadja/Agbohoulé	AMINOU Nadyath épouse AGBO	IDE	
205	Sans dénomination	Couffo	Klouékanmey	Tchikpé	Akouègbadja/Agbogbéhoulé	AGBOGBE Firmine	ND	
206	St Joseph	Couffo	Toviklin	Toviklin centre	Toviklin 2	Sœur YETOHOU Delphine	AS	
207	Je soigne, Dieu guérit	Couffo	Toviklin	Doko	Tchègnonhoulé	KAYA Robert	AS	
208	La Différence	Couffo	Toviklin	Doko	Gogbayahoulé	DJIDJI Vincent	AS	

*Le religieux dans les dénominations des formations sanitaires privées des départements du Mono-Couffo*

209	Santé pour tous	Couffo	Toviklin	Toviklin	Sohizounhoué	SOHIZOUN N. Jacques	AS
210	U.DE.ZOR-ONG	Couffo	Toviklin	Doko	Hountondjohoué	AMOUZOUN Nestor	AS
211	Sans dénomination	Couffo	Toviklin	Tannou-Gola	Dawahoué	TCHEDJI Bertine	AS
212	Sacré Cœur de Jésus et de Marie	Couffo	Lalo	Hlassamè	Adjaglimè	Sœur Bernadette HONDOKODO	SFE
213	ONG CRAO	Couffo	Lalo	Hlassamè	Adjaglimè	WEWE Dèyi Marie	AS
214	St Gérard de Kpassakanmè	Couffo	Lalo	Hlassamè	Kpassakanmè	ATCHA Madeleine	Matrone
215	Sans dénomination	Couffo	Lalo	Adoukandji	Kigninouhoué/Tchikohoué	SOSSA Jeanine	Matrone
216	Dieu Béni	Couffo	Lalo	Tohou	Bayékpa/Tchi-lokossa	GANDJI Simon	AS
217	Bon Secours CADEB-ONG	Couffo	Lalo	Tohou	Lalo-Lokovi	TOHOUN François	IB
218	Ste Marie	Couffo	Lalo	Tohou	Koutimè Yeyehoué	SOSSA Louis/SOWANOU Suzanne	IDE AS
219	Lumière bleue/OBEBIES-ONG	Couffo	Lalo	Tohou	Gouloko	VIDEGLA Léonie née EDAH	AS
220	St Marcel de Tandji	Couffo	Lalo	Gnizoumè	Tandji/Gnonou	TACLOME Marcel	IDE
221	Sans dénomination	Couffo	Lalo	Gnizoumè	Gnizoumè centre	MONTCHO Djiman	AS
222	CS ASSOGBAHOUE	Couffo	Lalo	Gnizoumè	Assogbahoué/Edahoué	ADOHOUN Justine	AS
223	Cabinet du Carrefour	Couffo	Lalo	Lokogba	Kaîhoué/Houdjigbonou	HOUENSOU Gaston	IDE
224	Sans dénomination	Couffo	Lalo	Lokogba	Kaîhoué maison Mouvi	MOUVI Alfred	ND
225	Case de soins de santé primaires	Couffo	Lalo	Lokogba	Kuivonhoué/Eguéhoué	KOSSI Komi	AS

**Source :** *Données de terrain 2015*

**Annexe 5 : Tableau XII : Liste des formations sanitaires privées à dénominations d'inspiration religieuse**

N°	Dénominations	Départements	Communes	Promoteurs
1	Cabin. de Soins HOZIANA	Mono	Athiémé	FATON Théophile
2	Cabin. de Soins RAPHA	Mono	Lokossa	SAHENOU Justin
3	Cabin. de Soins JESUS SAUVE	Mono	Lokossa	BALLO Emma
4	Cabin. de Soins MAHUSSI	Mono	Lokossa	HODONOU Emmanuel
5	Cabin. de Soins St Antoine de PADOU	Mono	Lokossa	Mme HOUNTON Thérèse née TOHOUE
6	Clinique St Michel	Mono	Lokossa	HOUNGBO Comlan Michel
7	ONG la colombe SAINT PADRE PIO	Mono	Lokossa	HOUSSOU Raoul
8	Cabin. de Soins DIEU DE SOINS	Mono	Lokossa	SAHENOU Justin
9	Cabinet Médical SAINT GLORY	Mono	Lokossa	GUEZO-MEVO Angélique
10	Grâce de Dieu	Mono	Bopa	ASSAH Mesmin
11	Ste Thérèse de l'Enfant Jésus-Christ	Mono	Bopa	KPATIN Jeanne
12	St LOUIS	Mono	Bopa	SOSSA H. Louis
13	Ste MARIE	Mono	Bopa	Clergé Bopa Conf. Religieuse
14	St BLAISE	Mono	Bopa	KAKPO Blaise
15	Bon Pasteur d'Akpéhoué	Mono	Bopa	Clergé Bopa Conf. Religieu
16	St FRANCOIS	Mono	Bopa	AMOUSSOUGBO François
17	CS Gloire à Dieu	Mono	Bopa	ATCHESSI Florent
18	Grâce Divine	Mono	Comé	HOUNDETE Roger
19	BETHEL	Mono	Comé	GBETOHO Etienne
20	St Augustin	Mono	Comè	YEDE Marcel

21	Bethel Lanminsin	Mono	Comè	ANATO Ludovic
22	Ste Thérèse de Lisieux	Mono	Comè	HOUNNOUENOU Dénise
23	Puissance Divine	Mono	Comè	AHOLOU Adrien
24	St Emmanuel	Mono	Comè	MEHOU François
25	Bon Berger	Mono	Grand-Popo	ZOLA Tibo
26	Bethel et Vie	Mono	Grand-Popo	
27	Soins Infirmiers St Michel	Mono	Houéyogbé	TOHINNOU Appolinaire
28	Ste MILKA/PSPE ONG	Mono	Houéyogbé	HADONOU Arnel
29	Don de Dieu	Mono	Houéyogbé	HOUNGBO Michel
30	St BASILE	Mono	Houéyogbé	DASANOU Basile
31	La Divinité	Mono	Houéyogbé	TOSSOU Léa
32	Ste Raphaël	Mono	Houéyogbé	KINDAGNIN Dominique
33	Cabinet la joie de vivre de Doutou	Mono	Houéyogbé	AMOUSSOU Virginie
34	Le Saveur	Mono	Houéyogbé	HEDJE Jeanne
35	St Benoît DANHO	Mono	Houéyogbé	ZOCLI Didier
36	Cabinet de soins Dieu merci	Couffo	Dogbo	KPADOE Richard
37	Cabinet de soins Ste Providence	Couffo	Dogbo	HOUNNOU Pauline2
38	Cabinet de soins St Emmanuel	Couffo	Dogbo	EDAH Amanvi
39	Cabinet de soins la Résurrection	Couffo	Dogbo	AKPOVO Bernadette
40	Cabinet de soins Main de Dieu	Couffo	Dogbo	SOSSOU Yvette
41	Cabinet de soins PSPT Caritas de l'enfant Jésus	Couffo	Dogbo	AGBEBANOU Jean
42	Cabinet de soins Ste Yabavi	Couffo	Dogbo	BLEOSSI Philomène

43	Cabinet de soins St Kaka	Couffo	Dogbo	KAKA Nestor
44	Cabinet de soins St le Miracle	Couffo	Dogbo	NOUTEHOU Albertine2
45	Cabinet de soins Bon Berger	Couffo	Dogbo	AGOSSOU Kocou
46	Cabinet de soins Ste Félicité	Couffo	Dogbo	TOHOUE Nestor
47	Cabinet de soins St Jean	Couffo	Dogbo	EKE Noël
48	Cabinet de soins St Bernard	Couffo	Dogbo	FANBO Bernard
49	Cabinet de soins St Marcellin	Couffo	Dogbo	SAKOU Marcellin
50	Cabinet de soins St Gildas	Couffo	Dogbo	SAKPONON Gildas
51	Centre confessionnel Ste Famille	Couffo	Aplahoué	Les Religieuses
52	Cabinet de soins Ste Grace Aristide	Couffo	Aplahoué	ATHANASSO Tossa
53	Cabinet de soins Ste Trinité	Couffo	Aplahoué	LISSA Sabine
54	Cabinet de soins Ste Anne	Couffo	Aplahoué	MENSANH Eliane
55	Don de Dieu	Couffo	Djakotomey	MIANIKPON S. Hubert
56	ONG CAPEL-ST FLAUGUST Salomon	Couffo	Djakotomey	GANGBEDJI Augustin
57	Hôpital St Camille	Couffo	Dogbo	Religieux catholiques
58	Santé de santé des servantes de la lumière du Christ	Couffo	Djakotomey	Religieux catholiques
59	Centre médico-social	Couffo	Djakotomey	DAHOU Séraphin
60	Cabinet St Jean	Couffo	Djakotomey	KPOKPOYA Placide
61	ONG CETET SATA 2000	Couffo	Djakotomey	EGUE Nogbédji
62	ST Michel Bon secours	Couffo	Klouékanmey	DAHOU Brigitte
63	Dieu Bénit	Couffo	Klouékanmey	KADAÏ Maurice
64	St Emmanuel	Couffo	Klouékanmey	LOKOSSOU Marie-Rose
65	Bon Berger	Couffo	Klouékanmey	TCHIDIKOFAN Octave
66	Alléluia	Couffo	Klouékanmey	DANGNONCHI Antoine

67	La Lumière de Dieu	Couffo	Klouékanmey	DONKPEGAN Cyrille
68	ST Salomon	Couffo	Klouékanmey	AGOH Félicien
69	St Jean-Eude	Couffo	Klouékanmey	DANSIGA Gobydins Constantin
70	Bon Berger	Couffo	Klouékanmey	AYIDJI Marcien
71	Santé sang de Jésus	Couffo	Klouékanmey	SOGADJI M. Raymond
72	Clinique St Mathieu	Couffo	Klouékanmey	AMINOUE Nadyath épouse AGBO
73	St Joseph	Couffo	Toviklin	Sœur YETOHOU Delphine
74	Je soigne, Dieu guérit	Couffo	Toviklin	KAYA Robert
75	Sacré Cœur de Jésus et de Marie	Couffo	Lalo	Sœur Bernadette HONDOKODO
76	St Gérard de Kpassakanmè	Couffo	Lalo	ATCHA Madeleine
77	Dieu Béni	Couffo	Lalo	GANDJI Simon
78	Ste Marie	Couffo	Lalo	SOSSA Louis/SOWANOUE Suzanne
79	St Marcel de Tandji	Couffo	Lalo	TACLOME Marcel

**Sources :** Données de terrain, 2015

**Tableau XIII : Liste des formations sanitaires privées à dénominations neutre**

N°	Dénominations	Départements	Communes	Promoteurs
1	ONG ENTRAIDE	Mono	Athiémé	AKPO Appolinaire <b>DOSSA Maurice</b>
2	Cabin. de Soins CHEMIN DE VIE	Mono	Athiémé	BOKONON Paul
3	ONG NOUVIDEES	Mono	Lokossa	AGOSSA Nicéphore
4	ONG GRADH	Mono	Lokossa	GBODJINOU Alexis
5	Cabin. de Soins BON SECOURS	Mono	Lokossa	HOUSSOU Adrien
6	ONG GRADH	Mono	Lokossa	GBODJINOU Z. Edith
7	Cabin. de Soins VINAGAN	Mono	Lokossa	FATIOU Seydou
8	Cabin. de Soins GBODJINOU Alexis	Mono	Lokossa	GBODJINOU Alexis
9	Cabin. de Soins TOUT POUR L'AFRIQUE	Mono	Lokossa	AHOSSI Emilienne
10	Centre Méd.S. ESPOIR	Mono	Lokossa	HOUSSOU Gaston
11	Cabin. de Soins SEDJRO	Mono	Lokossa	METO Alexis
12	Cabin. de Soins MAHUSSI	Mono	Lokossa	HODONOU Emmanuel
13	ONG APROFEMIR	Mono	Lokossa	YANOU Codjo Alexis
14	ONG ACTION EMS	Mono	Lokossa	METOGBE Dègnon
15	Centre de soins médico	Mono	Lokossa	KPOTCHOUNFIN Lazare
16	ONG NOUVIDEES MON ESPOIR	Mono	Lokossa	DAH SEMEGAN
17	ONG APDS	Mono	Lokossa	ATCHESSI Jean Pierre
18	Cabin. de Soins GBENA PLUS	Mono	Lokossa	MEHOBA Justin
19	ONG CEBADESCAP	Mono	Lokossa	DENAKPO
20	ONG GRADIB	Mono	Lokossa	Mouazime O. THIAMIYOU
21	Cabin. de Soins ?	Mono	Athiémé	EDOH Aristide

22 Cabin. de Soins SEDOVIKON	Mono	Lokossa	HODONOU Francis
23 Dispensaire DELPHINE	Mono	Athiémé	Sœur DAWODO Léontine Soeur Yvette NUTSUGAN
24 Cabin. de Soins ASPM	Mono	Lokossa	ABO Grégoire
25 Sans dénomination	Mono	Bopa	SOSSA Quirin
26 Bon Accueil	Mono	Bopa	DEGBE Pierre
27 CMI Florence Derlin ZINSOU	Mono	Bopa	AMOUSSOUVI Joachim
28 Cabinet de soins Wenceslas	Mono	Bopa	TOSSOU K. Janvier
29 Diacono Luciano Montéfusco	Mono	Bopa	Sœur EDITH D.
30 Les Grâces de Comé	Mono	Comé	BOKO Aristide
31 La délivrance	Mono	Comé	ADEROMOU Antoinette
32 Fraternité	Mono	Comé	GOLOU Comlan
33 Cabinet Dr AYIGAN	Mono	Comé	AYIVIGAN Goodfried
34 Mon Espérance Barlif	Mono	Comè	WOROU Françoise
35 Sans dénomination	Mono	Comè	BIAOU Sara
36 CMSN/ONG/GARDH	Mono	Comè	EZIN Yves
37 CS TODJONOUKOUN	Mono	Grand-Popo	AMEHOU K. Benjamin
38 FAFA ONG Perspective Globale	Mono	Grand-Popo	LOUKPE M. Joseph
39 Bon Accueil	Mono	Grand-Popo	DEGBE Pierre
40 Le Soleil 97841311	Mono	Grand-Popo	DAGO Sylvain
41 Sans dénomination	Mono	Grand-Popo	
42 Sans dénomination	Mono	Grand-Popo	GOLOU Comlan Nestor
43 Bethel et Vie	Mono	Grand-Popo	

44 Croix Rouge de Sè	Mono	Houéyogbé	KOUNOUKPO Yaovi
45 Centre Médico-Social Entraide	Mono	Houéyogbé	KASSEHIN Hortence
46 Cabinet la joie de vivre de Doutou	Mono	Houéyogbé	AMOUSSOU Virginie
47 Le Saveur	Mono	Houéyogbé	HEDJE Jeanne
48 Cabinet de soins le miracle	Couffo	Dogbo	NOUTEHOU Albertine1
49 Cabinet de soins la providence	Couffo	Dogbo	HOUNNOU Pauline1
50 CS à vocation humanitaire	Couffo	Dogbo	HOUSSOU S. Valerie
51 Cabinet de soins la Paix	Couffo	Dogbo	KPOTO Noël
52 Cabinet de soins la Fraternité	Couffo	Dogbo	AKOUEGNONHOU Pélagie
53 Clinique centrale de Dogbo	Couffo	Dogbo	MONLEME Norbert
54 Cabinet de soins mon Avenir	Couffo	Dogbo	MEGNONHOU Nestor
55 Cabinet de soins mon Destin	Couffo	Dogbo	DAKE Georgette
56 Cabinet de soins SPT	Couffo	Dogbo	ALLOMA Roger
57 Cabinet de soins FANGNIGBE	Couffo	Dogbo	FANGNIGBE Théodore
58 Cabinet de soins Gloria	Couffo	Dogbo	ATOSSA Anatole
59 Cabinet de soins Dougninnignon	Couffo	Dogbo	KOUSSI Etienne
60 UNISATAN	Couffo	Aplahoué	EHOU Bertin
61 Sans dénomination	Couffo	Aplahoué	DOKOUI Bchirou
62 Sans dénomination	Couffo	Aplahoué	KATA Wawa
63 WADEAGAN	Couffo	Aplahoué	NINI Mahouna
64 Sans dénomination	Couffo	Aplahoué	NOUMONVI Dévi
65 Sans dénomination	Couffo	Aplahoué	Basile

66 Sans dénomination	Couffo	Aplahoué	Théodore
67 Sans dénomination	Couffo	Aplahoué	Sans nom
68 Sans dénomination	Couffo	Aplahoué	Sans nom
69 Sans dénomination	Couffo	Aplahoué	Richard Chowing
70 Sans dénomination	Couffo	Aplahoué	François
71 Sans dénomination	Couffo	Aplahoué	Déhoto
72 Sans dénomination	Couffo	Aplahoué	Jeanne
73 Sans dénomination	Couffo	Aplahoué	Jacob
74 Sans dénomination	Couffo	Aplahoué	FANGNIGBE Albert 1
75 Sans dénomination	Couffo	Aplahoué	
76 Sans dénomination	Couffo	Aplahoué	
77 Sans dénomination	Couffo	Aplahoué	FANGNIGBE Albert 2
78 Sans dénomination	Couffo	Aplahoué	
79 Sans dénomination	Couffo	Aplahoué	TOSSOU Alphonse
80 Sans dénomination	Couffo	Aplahoué	Justine DEKENOU
81 Sans dénomination	Couffo	Aplahoué	
82 Sans dénomination	Couffo	Aplahoué	
83 Clinique Coopérative	Couffo	Aplahoué	
84 Domicile	Couffo	Aplahoué	TOMETCHI Prisca
85 Sans dénomination	Couffo	Aplahoué	AISSAN Yao
86 Domicile	Couffo	Aplahoué	MELOGO Koudzo
87 Domicile	Couffo	Aplahoué	Michel

88 Sans dénomination	Couffo	Aplahoué	
89 Sans dénomination	Couffo	Aplahoué	
90 Cabinet de soins Béraka	Couffo	Aplahoué	HOGBONOUTO Yvette
91 Croix Rouge	Couffo	Aplahoué	GNANCADJA Pauline
92 Croix Rouge	Couffo	Aplahoué	AZANDOSSESSI F. Chantal
93 Cabinet de soins Source de vie	Couffo	Aplahoué	AKOUSSON Cécile
94 Cabinet de soins Bien Etre Social	Couffo	Aplahoué	KOUNASSO D. Janvier
95 Cabinet de soins SANGO	Couffo	Aplahoué	Edouard
96 Cabinet de soins Bon Secours	Couffo	Aplahoué	ALLOSSOGBE Marius
97 Cabinet Médical Excellence	Couffo	Aplahoué	AISSAN Julien
98 Cabinet Médical Espoir Vie	Couffo	Aplahoué	NOUKOUI Elis
99 Cabinet de soins Action d'aide Médical	Couffo	Aplahoué	ZANKOU Hilaire
100 Cabinet de soins La Patience	Couffo	Aplahoué	TCHOGBE Cathérine
101 ABPIB/ONG	Couffo	Aplahoué	AGOSSOU Philippe
102 Chemin de vie	Couffo	Djakotomey	SOSSOU Adrien
103 La Renaissance	Couffo	Djakotomey	WEWE Julien
104 Le Secours	Couffo	Djakotomey	MHOUCHI Pascal
105 Groupe de Recherche et d'Appui Conseils en Santé Familiale GRACES Fa-ONG	Couffo	Djakotomey	ACAKPO Kocou Gratien
106 Epicentre de Kissamey	Couffo	Aplahoué	DJOHOSSOU
107 Centre Médical d'Aflantan	Couffo	Aplahoué	DAVI Patrick
108 Cabinet de soins CCPMS-ESAR-ONG	Couffo	Djakotomey	
109 Centre Médical APH	Couffo	Djakotomey	Religieux catholiques

110 Centre médico-social	Couffo	Djakotomey	DAHOU Séraphin
111 ONG CETET SATA 2000	Couffo	Djakotomey	EGUE Noglobédji
112 Clinique Lomnava	Couffo	Djakotomey	ETCHE Richard
113 Pas à pas	Couffo	Klouékanmey	AZIGUITA Cyprien
114 Sans nom	Couffo	Klouékanmey	HOUNLI Vivo
115 OASH	Couffo	Klouékanmey	AVE Martin
116 La Bénédiction	Couffo	Klouékanmey	KOWE François Ali Sim
117 Croix Rouge la Patience de Nigbogan	Couffo	Klouékanmey	SEGBEDJI Kouèssiba
118 La Lumière	Couffo	Klouékanmey	SOGNIGBAN K. Félicien
119 La Confiance	Couffo	Klouékanmey	KAKPO Nicolas
120 Sans dénomination	Couffo	Klouékanmey	HOUNFIN Georgette
121 Sans dénomination	Couffo	Klouékanmey	Anicet
122 Sèdékon	Couffo	Klouékanmey	MIGAN Agnès
123 Soins Sauveurs	Couffo	Klouékanmey	DAAVO Roger
124 Sans dénomination	Couffo	Klouékanmey	WITCHEKPO Dénis
125 Sans dénomination	Couffo	Klouékanmey	GBOYOU Léocadie épse Agossou
126 Chez Jolinon	Couffo	Klouékanmey	DEGBEY Louise
127 La Prudencia	Couffo	Klouékanmey	DOHOU Paulin
128 GNLD Shen Hai	Couffo	Klouékanmey	NEGLO Comlan
129 Sans dénomination	Couffo	Klouékanmey	AGBEGNIDO Justin
130 La Référence	Couffo	Klouékanmey	HESSOU Adjovi Irène
131 Sans dénomination	Couffo	Klouékanmey	Sœur TRINNOU Colette

132 Clinique Espérance	Couffo	Klouékanmey	DOSSOU Angèle épouse DANSI
133 Soins Médicaux Sociaux	Couffo	Klouékanmey	GBEBLE Raymond
134 COMINTES-ONG	Couffo	Klouékanmey	SOGADJI Macaire Raymond
135 Espoir	Couffo	Klouékanmey	KADAÏ Félix
136 Espérance	Couffo	Klouékanmey	
137 Pharmacie Chinoise	Couffo	Klouékanmey	AGOSSOU Mètognon
138 Sans dénomination	Couffo	Klouékanmey	MONTCHO Emmanuel
139 Sans dénomination	Couffo	Klouékanmey	AGBOGBE Firmine
140 La Différence	Couffo	Toviklin	DJIDI Vincent
141 Santé pour tous	Couffo	Toviklin	SOHIZOUN N. Jacques
142 U.DE.ZOR-ONG	Couffo	Toviklin	AMOUZOUN Nestor
143 Sans dénomination	Couffo	Toviklin	TCHEDEJI Bertine
144 ONG CRAO	Couffo	Lalo	WEWE Dèyi Marie
145 Sans dénomination	Couffo	Lalo	SOSSA Jeanine
146 Bon Secours CADEB-ONG	Couffo	Lalo	TOHOUN François
147 Lumière bleue/OBEBIES-ONG	Couffo	Lalo	VIDEGLA Léonie née EDAH
148 Sans dénomination	Couffo	Lalo	MONTCHO Djiman
149 CS ASSOGBAHOUE	Couffo	Lalo	ADOHOUN Justine
150 Cabinet du Carrefour	Couffo	Lalo	HOUENSOU Gaston
151 Sans dénomination	Couffo	Lalo	MOUVI Alfred
152 Case de soins de santé primaires	Couffo	Lalo	KOSSI Komi

**Sources :** Données de terrain, 2015

## TABLE DES MATIÈRES

DÉDICACE .....	2
REMERCIEMENTS.....	4
LISTE DES TABLEAUX.....	5
LISTE DES FIGURES.....	6
RÉSUMÉ .....	7
INTRODUCTION GÉNÉRALE .....	8
PREMIÈRE PARTIE.....	10
LES FORMATIONS SANITAIRES DU MONO ET DU COUFFO : CADRE THEORIQUE DE RECHERCHE DU SECTEUR PRIVE MÉDICAL.....	10
CHAPITRE I : DIEU AU CŒUR DES DÉNOMINATIONS DES FORMATIONS SANITAIRES PRIVÉES DANS LE MONO-COUFFO .....	11
1.1. Problématique .....	11
1.1.1. Hypothèses de la recherche .....	15
1.1.2. Objectifs de la recherche .....	15
1.2. Clarification conceptuelle.....	16
1.3. La pertinence du sujet .....	18
1.4. Délimitation thématique .....	19
1.5. Axes actuels de la discussion .....	19
CHAPITRE II : CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES DE L' RECHERCHE.....	26
2.1. Justification du choix du sujet.....	26
2.1.1. Raisons subjectives.....	26
2.1.2. Raisons objectives .....	27
2.2. Monographie des départements du Mono et du Couffo .....	27
2.2.1. Caractéristiques physiques .....	28
2.2.2. Caractéristiques socio-économiques .....	28
2.3. Nature de l' recherche .....	32
2.4. Groupes cibles et techniques d'échantillonnage.....	33
2.4.1. Les personnes enquêtées .....	33
2.4.2. Les informations recherchées .....	37

Tableau I : Centres de documentation parcourus et types d'informations recueillies.....	39
2.4.4.2. Sources orales .....	36
2.5. Techniques de collectes des données .....	37
2.5.1. Recherche documentaire.....	37
2.5.2. Observation.....	38
2.5.3. Entretien individuel .....	38
2.5.4. Le questionnaire.....	39
2.6. Traitement des données.....	39
2.7. Modèle théorique d'analyse : l'interactionnisme comme démarche générale.....	40
2.8. Les limites du travail et les difficultés rencontrées .....	42
<b>DEUXIÈME PARTIE.....</b>	<b>44</b>
<b>DÉNOMINATIONS INNOMBRABLES, SYMBOLISMES BIGARRES.....</b>	<b>44</b>
<b>CHAPITRE III : DES MOTIFS DE CRÉATION AUX DÉNOMINATIONS DES FORMATIONS SANITAIRES PRIVÉES DU MONO-COUFFO .....</b>	<b>45</b>
3.1. Le Bénin de la renaissance religieuse .....	45
3.2. Système de santé et ratios dans les départements du Mono-Couffo .....	47
3.3. Statut religieux dans le département du Mono-Couffo.....	48
3.4. Motifs de création des formations privées.....	53
3.4.1. Statut académique et professionnel des promoteurs .....	54
3.4.2. Statut religieux hybride des promoteurs .....	55
Graphique 3 : Statut religieux des promoteurs .....	55
3.5. Processus de dénomination des centres de santé privés .....	56
3.5.1. Fonctions du nom .....	56
3.5.1.1. Fonction d'identification .....	56
3.5.1.2. Fonction classificatoire.....	56
3.5.1.3. Fonction de désignation.....	57
3.6. Profondeurs de quelques noms de formations sanitaires privées .....	59
3.6.1. Les saints dans les églises catholiques et orthodoxes .....	59

3.6.2.Cabinet de Soins <i>HOZIANA</i> .....	60
3.6.3.Cabinet de soins Ste Anne.....	62
3.6.4.Cabinet de soins Ste <i>Yabavi</i> .....	63
3.7. Une connaissance presque parfaite des saints.....	64
CHAPITRE IV : DU MONDE ACADEMIQUE BIGARRÉ, DES ORIGINES DES MALADIES DES CLIENTS AUX CHOIX DES CENTRES DE SANTÉS.....	<b>65</b>
4.1. Statut académique des clients des formations sanitaires privées.....	65
4.2. Des causes des maladies selon les clients.....	66
Graphique 5 : Des origines des maladies selon les clients.....	66
4.3. Du parcours thérapeutique au choix des centres de santé dans le Monon-Couffo.	67
4.4. Vers un marché de la santé en milieu religieux chrétien au Bénin ?.....	68
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	<b>77</b>
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	<b>718</b>
ANNEXES.....	<b>742</b>