République du Bénin

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

ECOLE DOCTORALE PLURIDISCIPLINAIRE

« Espaces, Cultures et Développement »

Thèse pour l'obtention du grade de Docteur
de l'Université d'Abomey-Calavi

Spécialité : **Sociologie-Anthropologie** Option : **Sociologie du Développement**

SUJET :

Médecine moderne et Fâ face à la « maladie »

(Pistes de collaboration pour une synergie de l'action médicale à partir du Bénin)

Réalisé par **Pierre ADJOTIN**

Sous la direction de **:**
Roch L. MONGBO
Professeur titulaire/CAMES/UAC-Bénin

Soutenance publique, *le 07 Octobre 2017 à l'Ecole Doctorale Pluridisciplinaire*

Appréciations du Jury de soutenance : ***Mention Très Honorable***

Président : Professeur Albert J. NOUHOUAYI (Université d'Abomey-Calavi : Philosophie)
Rapporteur : Professeur Roch L. MONGBO (Université d'Abomey-Calavi : Sociologie)
Membres examinateurs :

1. Professeur Komi KOSSI-TITRIKOU (Université de Lomé : Anthropologie)
2. Professeur Rokia SANOGO (Université de Bamako : Pharmacognosie)
3. Professeur Dismand HOUINATO (Université d'Abomey-Calavi : Médecine)
4. Professeur Edgard-Marius OUENDO (Université d'Abomey-Calavi : Santé publique)

Année académique : 2016-2017

République du Bénin

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

ECOLE DOCTORALE PLURIDISCIPLINAIRE

« Espaces, Cultures et Développement »

Thèse pour l'obtention du grade de Docteur
de l'Université d'Abomey-Calavi

Spécialité : **Sociologie-Anthropologie** Option : **Sociologie du Développement**

SUJET :

Médecine moderne et Fâ face à la « maladie »

(Pistes de collaboration pour une synergie de l'action médicale à partir du Bénin)

Réalisé par **Pierre ADJOTIN**

Sous la direction de **:**
Roch L. MONGBO
Professeur titulaire/CAMES/UAC-Bénin

Soutenance publique, *le 07 Octobre 2017 à l'Ecole Doctorale Pluridisciplinaire*

Appréciations du Jury de soutenance : ***Mention Très Honorable***

Président : Professeur Albert J. NOUHOUAYI (Université d'Abomey-Calavi : Philosophie)
Rapporteur : Professeur Roch L. MONGBO (Université d'Abomey-Calavi : Sociologie)
Membres examinateurs :

1. Professeur Komi KOSSI-TITRIKOU (Université de Lomé : Anthropologie)
2. Professeur Rokia SANOGO (Université de Bamako : Pharmacognosie)
3. Professeur Dismand HOUINATO (Université d'Abomey-Calavi : Médecine)
4. Professeur Edgard-Marius OUENDO (Université d'Abomey-Calavi : Santé publique)

Année académique : 2016-2017

Sommaire

Dédicace	4
Remerciements	5
Résumé	6
Summary	7
Planches	8
Carte et schémas	9
Graphiques et tableaux	10
Introduction	11
Première Partie : Les bases de la recherche et des systèmes de soins	17
Chapitre 1 : Les éléments d'approche du problème de la recherche	18
Chapitre 2 : Les composantes factuelles du problème de la recherche	26
Chapitre 3 : La méthodologie appliquée à la recherche	75
Chapitre 4 : Les caractéristiques et la nature des systèmes de soins	86
Deuxième Partie : De l'évaluation des systèmes de soins à l'aune des représentations	104
Chapitre 5 : La médecine moderne en phase ou non avec la « *santé* » ?	105
Chapitre 6 : Les thérapies traditionnelles en phase ou non avec la « *santé* » ?	114
Chapitre 7 : Jésus, Allah et les ancrages de Fâ-Lègba dans la tradithérapie	132
Chapitre 8 : Pour l'examen critique des préjugés sur la tradithérapie	150
Troisième Partie : L'inadéquation des politiques et le besoin d'un dispositif mixte	182
Chapitre 9 : La collaboration entre modèles de soins en question	183
Chapitre 10 : Les leçons de faisabilité pour la collaboration entre médecines	199
Chapitre 11 : Les résultats et suggestions pour la légitimité et la légalité à réconcilier	214
Conclusion	263
Bibliographie et sitographie	267
Annexes	286
Table des matières	331

Dédicace

A ma fille, Sessi Destina, afin qu'elle n'oublie rien de sa trajectoire thérapeutique en août 2009 ;

Aux décideurs des politiques de santé publique dans les pays en développement et aux populations dont ils visent, comme l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'« *état de complet bien-être physique, mental et social* ».

Remerciements

Cette Thèse n'aurait pas pu voir le jour si le Professeur Brice A. Sinsin, Recteur de l'Université d'Abomey-Calavi, qui fut mon camarade de classe au Cours Secondaire, ne m'avait pas révélé que j'en avais le potentiel. Je le remercie sincèrement d'être le tout premier à me motiver.

Et certainement que ce potentiel révélé n'aurait pas pu se déployer convenablement s'il n'avait joui de l'encadrement scientifique de Monsieur Roch L. Mongbo. Je le remercie sincèrement, surtout pour ses diverses formes de sollicitude à l'égard de ma personne.

Les importantes contributions scientifiques, au sein des Comités de Thèse animés par d'éminents Enseignants/Professeurs des Universités du Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur (CAMES) dont Madame Anne Floquet, Messieurs Albert Tingbé Azalou, Mouléro Dodji Amouzouvi, Dismand Houinato, Charles Atiyihwè Awesso, Euloge Agbossou et Rigobert C. Tossou, m'ont beaucoup aidé dans cette entreprise. Que ces évaluateurs du travail à mi-parcours, ainsi que ceux du pré-Jury et du présent Jury de soutenance, me permettent ici de leur en savoir gré.

Résumé

Pendant que « *santé* » et « *maladie* » sont vécues et comprises par les communautés de même que par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme conditions extensibles systémiquement à plusieurs aspects autres que l'aspect biologique, les pouvoirs publics continuent d'opérer par réductionnisme médical. Ils font la part belle à la biomédecine au détriment des médecines endogènes comme *Fâ* qui est une pratique multiséculaire de divination, de prévention et de soins de santé. La Thèse met à nu le fossé entre les politiques de santé publique calquées sur la biomédecine dans sa vision rationaliste de la vie et du monde et la requête communautaire de collaboration entre tous les modèles de soins pour une synergie de l'action médicale. Cette requête est sous-tendue par les représentations complexes que les communautés béninoises ont de la « *maladie* » en fonction de leur vision multidimensionnelle de la vie et de l'existence sur lesquelles *Fâ* offre les instruments nécessaires à un décryptage conséquent.

En dépit de la diversité syncrétique des itinéraires thérapeutiques choisis par les usagers, la médecine formelle se maintient biologique, absorbant de surcroît la quasi-totalité des ressources publiques allouées au secteur de la Santé au Bénin. Par exemple en 2015, 98,67% du budget national pour le secteur de la Santé lui ont été octroyés contre seulement 1,33% aux médecines traditionnelles. Pourtant, les enquêtes à Abomey, Ouidah et Cotonou révèlent que pour 82% des enquêtés, « *la maladie ne concerne pas que les organes du corps* ». Pour 71% parmi eux, « *la malchance est une maladie* » tandis que pour 90%, « *la médecine moderne ne traite que la dimension organique des maladies* », ignorant la « *sorcellerie* » et le « *destin* ».

Les réalités observées et discutées ici attestent que la couverture sanitaire du Bénin souffre d'une impertinence et d'une extraversion des politiques de santé. Après une évaluation de la portée et des limites de chaque modèle de soins, la Thèse plaide pour une officialité médicale plus ouverte et conclut sur la nécessité de déconstruire le système de santé actuel du Bénin et des pays en développement, conformément aux attentes de 80% de ses usagers (OMS, 2002). Il s'agit du reste d'un courant qui frappe aussi aux portes de l'Occident : plus de 40% de la population française auraient recours aux médecines non hospitalières (Boukris, 2014 : 13). A cet effet, les enquêtés en focus groups ont suscité, dans leurs réponses, des pistes de collaboration assorties d'un dispositif institutionnel approprié.

Mots-clés : Monde visible, monde invisible, santé, maladie, approches de soins, *Fâ*, *Lègba*, réductionnisme, systémique, collaboration, synergie de l'action médicale, couverture sanitaire existentielle, refonte des dispositifs et politiques sanitaires.

Summary

While "*health*" and "*disease*" are lived and understood by the communities just as by the World Health Organization (WHO) like extensible conditions in a systemic with several aspects other than the biological aspect, the authorities continue to operate by medical reductionnism. They make the beautiful share for the biomedecine to the detriment of endogenous medicines as *Fâ* which is a multisecular practice of divination, prevention and care of health. The Thesis exposes the gap between the policies of public health copied on biomedecine in its rationalist vision of life and world and the communautary request of collaboration between all the models of care for a synergy of the medical action. This request is based on complex representations that the Benin's communities have about "*disease*" according to their multidimensional vision of life and existence on which *Fâ* offers the instruments necessary to a consequent decoding.

In spite of the syncretic diversity of the therapeutic itineraries chosen by the users, formal medicine is maintained biological, absorbing in addition the near-total of the public resources allocated to the sector of Health in Benin. For example in 2015, 98, 67% of the national budget for the sector of Health were granted to that formal medicine against only 1, 33% to traditional medicines. However, the investigations in Abomey, Ouidah and Cotonou reveal that for 82% of people surveyed, "*the disease does not relate to only component parts of the body*". For 71% among them, "*the bad luck is a disease*" while for 90%, "*modern medicine treats only organic dimension of the diseases*", being unaware of "*witchcraft*" and "*destiny*".

The realities observed and discussed here attest that the medical cover of Benin suffers from impertinence and extraversion of the policies of health. After the scope and limits'evaluation of each model of care, the Thesis pleads for a more open medical officiality and concludes on the need to deconstruct the current health's system of Benin and the developing countries, in accordance with waitings of 80% of its users (OMS, 2002). It is by the fact a trend which also knocks on Occident's doors : more than 40% of the french population would have recourse to non hospital medicines (Boukris, 2014: 13). On that point, respondents surveyed in focus groups generated, in their answers, tracks of collaboration accompanied by a suitable institutional device.

Keywords: Visible world, invisible world, health, disease, approaches of care, *Fâ*, *Lègba*, reductionnism, systemic, collaboration, synergy of the medical action, existential medical cover, recasting of medical devices and policies.

Planches

Planche 1 : Aveux publics de sorcières et de sorciers 64
Planche 2 : Suite des aveux publics de sorcières et de sorciers 65
Planche 3 : Objets insolites dans l'organisme humain 66
Planche 4 : Faits de sorcellerie en Côte-d'Ivoire 67
Planche 5 : Deux systèmes de divination contre le paranormal 68
Planche 6 : Consultation divinatoire et conjuration de sort par *Fâ* 100
Planche 7 : Sorcières passées aux aveux et exorcisme en christianisme céleste 101
Planche 8 : Myome surdimensionné, présumé de cause sorcière 102
Planche 9 : Deux lieux de culte animiste pour conjurer le sort et soigner 118
Planche 10 : *Lègba* en grandeur nature et en version abrégée 119
Planche 11 : Paysage de *To-Lègba* et plateau technique des *bokônon* 155
Planche 12 : *Fâ* alias *Orunmila* serait plus âgé que Jésus-Christ de 622 ans 156
Planche 13 : *Minon-nan*, principe femelle de *Lègba* dans le système de *Fâ* 157
Planche 14 : Gris-gris de malheurs dont prostatisme et incapacité sexuelle 249

Carte et schémas

Configuration synthétique et cadre logique des trajectoires thérapeutiques au Bénin 22
Carte du Bénin 77
L'univers existentiel dans les représentations des populations négro-africaines (…)..... 144
L'univers existentiel dans les représentations des populations occidentales (…)..... 145
Cadre conceptuel de la Santé publique en Afrique..... 180
Dispositif institutionnel systémique, mixte, de collaboration (…) mise en synergie (…)..... 242

Graphiques et tableaux

Graphique sur les taux de fréquentation de la médecine moderne 218
Graphique sur les taux de fréquentation des médecines traditionnelles dont *Fâ* 218
Graphique sur le financement public de la Santé au Bénin en 2015 220
Tableau du ratio tradithérapeutes et médecins selon le docteur Chatora 221
Tableau sur l'état de succession des *bokônon* morts à Abomey et environs (…) 224
Tableau préfigurant le risque de non transmission et de perte des savoirs (…) 225
Tableau des Coûts de consultation et traitement dans les modèles de soins de santé 261

Introduction

Aller au-delà de la démarche analytique de la biomédecine pour aborder systémiquement la « *santé* » et la « *maladie* » comme états complexes.

« *Un malade ne peut se résumer à des chiffres (température, tension artérielle, etc.), à des données biologiques ou à des signes de radio ou de scanner. Un malade, c'est aussi un esprit, une âme, une foi, une volonté, un mental, une force intérieure, une énergie vitale. Tout cela n'est pas mesurable, n'est pas objectivé, mais existe bel et bien et a une importance capitale* »

(Boukris, 2014 : 237-238).

Un rapide coup d'œil jeté sur l'histoire de la médecine universelle nous fait savoir qu'à des étapes de rupture épistémologique, Hippocrate De Cos (460-377 avant J-C) avait rejeté toute référence au surnaturel en se servant de palpation du corps et d'observation des excrétions du malade ; Galien (131-201 après J-C) s'était investi dans l'anatomie ; Paracelse (1493-1541 après J-C) avait travaillé pour l'avènement de la thérapeutique chimique ; Jenner (1749-1823 après J-C) initia la prévention en mettant au point le vaccin antivariolique. D'autres savants ont poursuivi la modernisation de la médecine jusqu'à ce qu'aujourd'hui, nous ayions des avancées et des dispositifs sophistiqués comme l'imagerie au scanner, la greffe de cœur, la chimiothérapie, etc.

Mais en dépit de ces valeurs ajoutées considérables par lesquelles elle pourrait se targuer d'épuiser la complexité de la santé et de la maladie de l'être humain, la médecine, devenue ainsi savante, reste défiée par des cas de morbidité liés à la sorcellerie, à la violation d'interdits alimentaires, sexuels, ethniques, claniques, comportementaux, etc., ou au destin de ses usagers. Elle ne parvient pas à décourager les velléités de fréquentaion des médecines traditionnelles dont l'origine remonte à la préhistoire de l'humanité.

En effet, le paradoxe est que, de nos jours et malgré les avancées de la science médicale moderne, nombre de malades ont recours à des « *guérisseurs, voyants et rebouteux devenus de nouveaux interlocuteurs* »[1]. Car, comme Jean-Pierre Peter[2] (1978 : 178) l'a souligné dans la même revue *Autrement*, « *voici bientôt trois siècles que la science positive se trouve ainsi confrontée, sur ses marges, à des phénomènes qui paraissent constamment défier la raison et donc l'explication ; qui mettent même en cause l'affirmation d'une nature foncièrement rationnelle de l'homme. Malaise !* ».

[1] Cf. Sous-titre de « *Panseurs de secrets et de douleurs* », *in* : revue ***Autrement***, N° 15, Paris, septembre 1978.

[2] Cf. son article intitulé : « *Quiconque n'est pas docteur, n'est-il qu'un charlatan ?* », *ibid.*

Et il semble que c'est pour vider ce malaise qu'il y a eu, de par le monde, « *retour aux particularismes, nostalgie des origines, prise de conscience de l'existence de racines* » (Peter, 1978 : 176) à travers la résurgence des médecines traditionnelles. Celles-ci n'hésitent point à porter chacune une étiquette culturelle comme « *médecine chinoise* » ; « *médecine indienne* » ; « *médecine traditionnelle africaine* », etc., par différenciation à l'égard de la « *médecine occidentale* » dite « *médecine moderne* ».

Le problème est que, de plus en plus aujourd'hui, les thérapies traditionnelles comme *Fâ*, très souvent ridiculisées sous l'arrogance des agents modernes de santé et écartées des hôpitaux par les pouvoirs publics, probablement pour leur irrationalité prétendue, développent au sein des populations une forte légitimité. Cette légitimité remet en cause la forte légalité accordée à la médecine moderne par les politiques internationales ou nationales de santé publique comme c'est le cas au Bénin. Les résultats d'enquête, mis en exergue au dernier chapitre de ce travail de recherche, l'illustrent davantage.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « *la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité* » (OMS et FISE, 1978 : 2). Cette définition de la santé est systémique en elle-même comme, nous le verrons, l'est aussi la perception que les populations en ont.

Il se révèle que le concept de « *maladie* » ainsi que celui de « *santé* » s'appréhendent différemment selon que l'on passe de l'approche réductionniste ou analytique de la biomédecine à l'approche holistique ou systémique des médecines traditionnelles. Mais l'approche systémique, qu'il y a dans les perceptions de l'OMS et des populations enquêtées ici, a toutes les chances d'être la mieux adaptée à la complexité des réalités de morbidité au sein des sociétés non occidentales ou des pays en développement.

Aussi, face à cet état de choses qui justifieraient la faible fréquentation des hôpitaux modernes de clientèle publique ou privée par rapport aux lieux où soignent les tradithérapeutes, se demanderait-on comment la biomédecine est parvenue à devenir la seule médecine légale au mépris des autres médecines qui ont quand même plus de légitimité. D'autres questions, dans ce sens, mériteraient d'être posées :

- Les pouvoirs publics ne voient-ils pas que la collaboration pour la synergie de l'action médicale, entre tous les modèles de soins, rendrait la couverture sanitaire vraiment représentative de leur interaction sur les pathologies à causes visibles ou invisibles ?

- Les différences de fondement entre la médecine moderne et les médecines traditionnelles sont-elles si irréductibles pour les empêcher de se compléter en allant à cette collaboration ?
- Quels sont les paramètres ou facteurs dont tient compte chacun des modèles pour poser le diagnostic et faire des choix thérapeutiques ?
- Quelles sont la portée et les limites de chaque modèle de soins au chevet du patient ?
- Quelle est la place de *Fâ* au sein de la thérapie traditionnelle et pourquoi est-il la référence la plus récurrente en la matière ?
- Quelle rationalité cache l'irrationalité dont on semble accuser les médecines traditionnelles ?
- Quel est le niveau actuel de fréquentation des médecines traditionnelles par les usagers et quels en sont les facteurs explicatifs au-delà de la satisfaction thérapeutique ?
- En dépit des conflits qui paraissent parfois opposer certains tenants des deux médecines (la moderne et les traditionnelles), quelles complémentarités peuvent-elles les concilier et quelles différences leur confèrent-elles des incompatibilités irréductibles ?
- Concernant le régime de légalité et d'allocation des ressources, quelles sont les conséquences médicales, financières et sociales liées au clivage entre la médecine des hôpitaux et les médecines traditionnelles ?

Ces différentes questions, ainsi soulevées, structurent explicitement ou implicitement la problématique, l'objectif et l'hypothèse de la présente Thèse. Des cas de maladie observés, rapportés ou vécus personnellement du point de vue du diagnostic, de la prévention et du traitement sont exploités dans les analyses et discussions. Ces cas sont illustratifs des différences d'approche entre le modèle de la médecine moderne et celui des médecines traditionnelles. La documentation ainsi que les enquêtes menées à Abomey, Ouidah et Cotonou[3] auprès des soignants, des malades non alités et des communautés à la base permettent d'approfondir les analyses et de dégager les pistes potentielles de collaboration entre médecins et tradithérapeutes dont, en particulier, les praticiens de *Fâ*.

La Thèse soutient que si la collaboration souhaitée d'ailleurs par les populations elles-mêmes se réalisait, elle conduirait à une couverture sanitaire intégrale[4], existentielle ou multidimensionnelle qui réponde mieux aux réalités des pays comme le Bénin. Une telle couverture, dans le sens systémique du concept, mettrait fin au moins à quatre difficultés d'accessibilité qu'éprouvent les communautés à la base pour jouir des services de santé :

[3] Trois Communes de la République du Bénin, situées la première au Centre du pays, la seconde et la troisième au Sud du pays. Ce sont les trois sites de la présente recherche. On y reviendra.

[4] Cette couverture intégrale ne se départit pas du projet « *Santé pour tous d'ici l'an 2000* », lancé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans l'attente du concours des médecines traditionnelles, en 1978, au Sommet d'Alma Ata (Russie) sur les soins de santé primaires.

1. Accessibilité socioculturelle (poids des traditions, croyances, réalités de vie, vision sur la santé et la maladie, trajectoires thérapeutiques héritées ou acquises) ;

2. Accessibilité économique ou financière (insuffisance de pouvoir d'achat des prestations de consultation, d'analyses de laboratoire, de médicaments, de soins, de conjurations de sort, etc.) ;

3. Accessibilité géographique ou spatiale (éloignement et pénibilité du parcours pour trouver des services de santé) ;

4. Accessibilité quantitative, qualitative ou efficiente (non pluralité et diversité de l'offre de services de santé ne facilitant pas : le choix d'un itinéraire thérapeutique adéquat aux patients, le bon accueil de la part des soignants, l'efficacité à moindre coût des traitements dispensés, l'assurance-guérison).

Le système de santé, actuellement en vigueur au Bénin et dans d'autres pays en développement, peut-il résoudre ces difficultés de couverture sanitaire sans qu'il y ait une « *rupture épistémologique* » (Bachelard, 1938)[5] d'avec la conception étriquée de la « *santé* » et de la « *maladie* » qui anime la médecine autorisée par les pouvoirs publics dans les hôpitaux ?

Les réalités observées et soutenues par les enquêtes imposent cette rupture qui correspondrait à une sortie de l'extraversion ou de l'influence dominatrice de l'Occident (Dégbèlo, 1992 ; Stengers, 1994 ; Dormael, 1997 ; Moulin, 2005). Et cette sortie impliquerait un réel dépassement du réductionnisme de la médecine officielle d'emprunt vers la systémique des médecines endogènes, laquelle est aimée des populations et qui, fort heureusement, se trouve dans la définition que l'OMS, elle-même, a donnée au concept de santé. C'est pourquoi, étant d'envergure internationale et tête de pont[6] des médecines traditionnelles au Bénin, notamment à Abomey et à Ouidah, *Fâ* est choisi ici dans la perspective de cette rupture, en comparaison à la médecine moderne.

La Thèse montre, comme les résultats le stipulent à son dernier chapitre, qu'en plus et au-delà de l'ontothérapie et de la sociothérapie, c'est aussi une cosmothérapie qui s'opère dans *Fâ* et les médecines traditionnelles. Car chaque être ou groupe d'êtres à soigner y est toujours vu en

[5] Le concept d'« *obstacle épistémologique* » ainsi que celui de « *rupture épistémologique* » ont été approfondis par Gaston BACHELARD dans son ouvrage *La formation de l'esprit scientifique*. Ce dernier y a montré comme dans *La philosophie du non* que toute vérité, en science, peut connaître des limites, s'invalider peu ou prou et postuler un dépassement vers d'autres vérités ayant plus de portée scientifique.

[6] Dans les traditions au bas-Bénin, *Fâ* est la mancie qu'on consulte officiellement, depuis le XVIIIème siècle après J-C., pour voir la faisabilité et l'issue de tout projet qu'on veut concevoir ou réaliser. Dans le domaine de la santé, avant ou au cours de leur entreprise thérapeutique, beaucoup de soignants (phytothérapeutes, réducteurs de fracture, sorciers désenvoûteurs, psychiatres traditionnels, etc.) le consultent pour connaître les autres dispositions à prendre aux fins d'une bonne issue de leurs prestations de soins. Mais n'en doutons pas : on y donne aussi des soins, contrairement à ce que certaines personnes non averties peuvent en penser.

relation dialectique avec le système cosmique, le système écologique, le système social, le système mental ou spirituel, etc. Et ces systèmes détermineraient avec lui, dans un jeu de « *comportements* » réciproques, bons ou mauvais, tout équilibre qu'on appellerait « *santé* » ou tout déséquilibre qu'on appellerait « *maladie* ».

Ces considérations ci-dessus réunies motivent la présente comparaison entre médecine moderne et *Fâ* face à la « *maladie* », dans la perspective d'une identification des pistes de leur collaboration pour une synergie de l'action médicale qui est la condition *sine qua non* de l'atteinte d'une couverture sanitaire systémique et mesurable sous tous les aspects. C'est pourquoi la Thèse s'articule, par conséquent, en trois parties :

- La **Première Partie**, tout en posant le problème de la recherche menée, indique l'objectif et l'hypothèse qui la sous-tendent ainsi que la méthodologie qui lui est appliquée. Elle fait un exposé analytique des ressources géographiques de cartographie que présente aujourd'hui la médecine moderne et *Fâ* dans le monde, en mettant en exergue le décor de ce qui est appelé « *maladie* » au Bénin et en Afrique, le décor du comportement des acteurs du secteur « *santé* ». Elle procède à une clarification des concepts utilisés dans la Thèse puis à un essai de revue de littérature pour en faciliter la compréhension. Elle explore, images à l'appui, les bases du problème de cette recherche et celles des systèmes de soins en les illustrant par des témoignages sur deux trajectoires thérapeutiques ayant servi dans l'analyse de la complexité des morbidités ;

- En se fondant, après les enquêtes de terrain, sur l'évaluation des systèmes de soins à l'aune des représentations que l'OMS et les populations ont de la « *santé* » et de la « *maladie* », la **Deuxième Partie** confronte la pratique médicale qui a cours en médecine moderne à celle qui existe dans *Fâ* et les médecines traditionnelles. Elle évoque l'inadéquation des dispositifs et des politiques de santé publique par rapport aux attentes des populations et tente de prouver la scientificité de la tradithérapie en invalidant les préjugés qui lui sont défavorables, puis recentre le débat sur la pertinence de chaque modèle de soins au regard des représentations de l'OMS et des populations, tantôt énoncées, qui semblent trahies par les politiques de santé publique ;

- La **Troisième Partie** ou dernière, en partant des résultats chiffrés des enquêtes comme des *desiderata* formulés par les populations, indique les pistes de collaboration entre biomédecine et tradithérapie ainsi que les défis à relever au moyen de la refonte des politiques actuelles de santé publique, si l'on veut d'une couverture sanitaire intégrale à partir d'une mise en synergie de l'action médicale. Le dispositif institutionnel de refonte, mixte, proposé en focus groups par les enquêtés eux-mêmes pour cette collaboration et cette couverture, y est mis en relief. Au nombre des défis à relever pour construire un système de santé plus adapté aux réalités des populations qui sont les cibles des politiques publiques, elle dénonce la rationalité absurde à supprimer au cœur du financement public du secteur de la Santé en comparant analytiquement le cas des budgets alloués à la promotion de la médecine moderne au cas des budgets concédés à la promotion des médecines traditionnelles et de la pharmacopée au Bénin. On y voit une mise en rapport desdits budgets avec les taux de fréquentation des deux grands modèles de soins en présence. Ce qui a conduit à formuler la nécessité de renverser la loi[7] de Pareto au

[7] Elle est dite loi des 80/20 et s'applique à des formes de distribution inégalitaire. C'est un principe qui doit son nom à Pareto, économiste italien du XIX ème siècle. On y reviendra.

profit de la tradithérapie par des efforts de souveraineté pour un véritable développement du secteur Santé.

Pour conclure par un bilan de la recherche effectuée, il s'est agi de confirmer sa révélation, à savoir que **le système mondial de santé publique, monopolisé en légalité par la médecine moderne, est inadéquat et a besoin d'une correction.** Cette correction s'impose d'ailleurs au vu de la complexité des étiologies, faite souvent de l'invisible qui y agit au-delà du visible.

Car, de la même manière qu'aujourd'hui, en France ou ailleurs en Occident, « *les magnétiseurs traitent un grand nombre de malades abandonnés par les médecins* », « *par des procédés qui ne font pas appel à des médicaments* » (Boukris, 2014 : 104), les praticiens de *Fâ* comme ceux des autres tradithérapies du Bénin traitent eux-aussi des patients qui reviennent bredouilles des hôpitaux. Ils le font sans une sophistication coûteuse de leur approche médicale. Aussi, les décideurs de politique sanitaire devraient-ils respecter et exploiter les représentations que l'OMS et les populations ont de la santé et de la maladie, prendre en compte les forces et les faiblesses de chaque type de médecine pour bien gérer le champ et la complexité de tout ce qui n'est pas « *état de complet bien-être physique, mental et social* »[8].

[8] Cf. aussi le Préambule à la Constitution de l'OMS, où la santé fut ainsi définie avec la précision complémentaire : « *et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité* ». Ce préambule a été signé le 22 juillet 1946 par 61 Etats et la définition n'a pas connu de modification jusqu'à ce jour.

Première Partie :

Les bases de la recherche et des systèmes de soins

Chapitre 1 : Les éléments d'approche du problème de la recherche

Tout problème scientifique, qui fait l'objet d'une recherche fondamentale ou opérationnelle, impose au chercheur une organisation. Dans la présente investigation relevant de la Sociologie du développement de la santé, l'organisation se met en place globalement en termes d'objectif, d'hypothèse, de méthodologie, d'outils conceptuels ou pratiques de travail. Sans elle, aucun résultat assuré ne peut être atteint comme solution au problème de la recherche engagée.

1.1. Contextes et justifications

Le problème au cœur de la Thèse a pris corps à partir de la contradiction de fond qui est observée entre les politiques de santé publique au Bénin et les représentations de la « *santé* » et de la « *maladie* » qu'ont les populations ainsi que l'OMS. En effet, les efforts en politiques de santé publique et les résultats de couverture sanitaire des pays comme le Bénin ne paraissent pas en phase avec les éléments de contenu de ces représentations où, par exemple, cette même couverture est envisagée comme systémique, multidimensionnelle ou intégrale.

Est-ce la fréquentation à 100% des Centres de santé de type biomédical qui résoudra le problème de l'insuffisance d'une telle couverture sanitaire existentielle, laquelle, selon les populations, semble être la marque finale du sous-développement du secteur de la santé ? Pourquoi au lieu de promouvoir aussi les tradithérapies systémiques, pour être en conformité avec les représentations que les populations et l'OMS ont de la santé et de la maladie, les pouvoirs publics nationaux et internationaux ne promeuvent-ils fondamentalement que la médecine moderne ? Pourquoi ne semblent-ils pas choqués par le réductionnisme insatisfaisant de cette biomédecine qui ne s'arrime pas suffisamment avec ces représentations-là ?

L'inadéquation des politiques de santé publique et de ce réductionnisme biomédical par rapport auxdites représentations, si elle est ainsi établie, doit être corrigée aux fins d'une mise en collaboration de tous les modèles de soins pour une synergie de l'action médicale, à partir du Bénin. C'est à ce prix que pourrait être atteinte une couverture sanitaire systémique, existentielle en définitive, attendue par les populations et l'OMS. Et cela suppose que les pouvoirs publics décident de ne plus faire la part belle à la promotion de la médecine moderne seule. Cela suppose qu'ils décident de favoriser aussi l'émergence des médecines

traditionnelles au sein desquelles *Fâ* est d'une grande importance comme le souligne pourtant le document de Politique nationale de santé, 2009-2018, édité par le Ministère de la Santé du Bénin. Car toute politique de santé, qui ne tient aucun compte des éléments de son contexte, risque d'être vouée à l'échec.

- **Le contexte général du Bénin**

D'après les statistiques mondiales (http://www.statistiques-mondiales.com/) qui les ont validées, le Bénin affiche les données générales suivantes :

> Un taux d'accroissement naturel de population en 2014 qui est de 2,81% ; un indice de développement humain (IDH) en 2012 qui est de 0.436 contre 0.955 en Norvège, pays occupant, en ce temps, le premier rang en Occident. Comme indicateur de pauvreté humaine (IPH) en 2006, il a affiché 47,8 avec un rang de 90ème sur un échantillon de 102 pays en développement. En 2007, il a été établi que les 37% de sa population vivaient dans la pauvreté. Le taux de sous-alimentation dans la population en 2011 y est de 8% tandis que le taux de croissance économique en 2014 y est de 5,5%.

Dans ce pays comme dans d'autres, colonisés par la France, il était enseigné aux citoyens que leurs ancêtres étaient des Gaulois. Les colonisateurs dont la mission était faussement civilisatrice (Césaire, 1955 et 2004) y faisaient perdre confiance aux citoyens en la valeur de leur patrimoine ancestral et en leur génie créateur, fussent-ils dans le secteur médical. Au nom du « *Grand partage* » (Stengers, 1994), une dépendance vis-à-vis de l'Occident avait cours et dans le cas d'espèce, toute médecine endogène traditionnelle ou populaire était ridiculisée et même persécutée afin que fût promue, sans embuches, la médecine moderne apportée de l'étranger et imposée par le « *Blanc* » (Dégbèlo, 1992 ; Dormael, 1997).

Au lieu de reconnaître aussi la valeur ajoutée à celle des médecines ancestrales locales par cette médecine moderne, dans la violence coloniale certains auteurs se sont abstenus de positiver l'apport des nouveautés thérapeutiques et la possibilité d'un dialogue interculturel entre les différentes approches médicales en présence. Ils n'ont pu voir aussi l'enrichissement sectoriel que constituerait la formation d'un Personnel sanitaire d'une autre dimension technique. C'est le cas d'Aimé Césaire qui, dans son *Discours sur la négritude*, prononcé en 1987 à l'Université Internationale de Floride à Miami, avait taxé l'intention de toute l'action coloniale de « *réductionnisme européen* ». Il l'avait explicitée en ces termes, pour le moins, saisissants : « *On voit et on n'a que trop vu les conséquences que cela entraîne : couper l'homme de lui-même, couper l'homme de ses racines, couper l'homme de l'univers, couper*

l'homme de l'humain, et l'isoler, en définitive, dans un orgueil suicidaire sinon dans une forme rationnelle et scientifique de la barbarie » (Césaire, 2004 : 84-85).

La logique coloniale était de dévaloriser, au profit de l'exogène, tout ce qui était endogène. Alors, une chasse contre l'utilisation locale des recettes médicinales était récurrente, en même temps que l'intention inavouée, du colon, de gruger, de déposséder les nationaux de leurs valeurs de développement endogène ou d'autonomisation. A ce sujet, l'on peut se rappeler le cri éloquent de Walter Rodney (1972) à travers son ouvrage intitulé *Et l'Europe sous-développa l'Afrique*. A cela s'ajoute une acculturation dans le secteur de la Santé où le colonisateur a pu configurer, en sa faveur, la mentalité des agents non occidentaux, formés dans les écoles et universités de type occidental. Monique Van Dormael, sociologue de la santé, a levé un coin de voile sur cette acculturation, allant jusqu'à indiquer ce qu'il y a lieu de faire dans le secteur de la Santé :

> « *La médecine telle que pratiquée en Occident*, a-t-elle écrit, *demeure largement la référence pour bon nombre de professionnels de santé du Tiers Monde. Leur formation d'inspiration occidentale est généralement étrangère aux logiques propres de la société à laquelle ils appartiennent. (…). On constate souvent chez les professionnels de santé une difficulté de concilier leur identité professionnelle fondée dans des représentations empruntées à l'Occident, et leur identité sociale telle que définie par la société. (…). Plutôt que de penser le développement de la médecine moderne en termes de déculturation-acculturation, il s'agit de l'inculturer* »
>
> (Dormael, 1997 : 34).

Ce fut, en effet, de cette façon-là qu'une « *anthropologie asymétrique* » de développement (Latour, 1994 ; Stengers, 1994) se mit en place au Bénin et dans les pays sous domination occidentale. Or, si la médecine moderne occidentale ainsi imposée n'arrive pas jusqu'ici à assurer convenablement la couverture sanitaire des pays conquis, l'alternative qui resterait, dans un cas de bon sens, devrait être celle de laisser les médecines locales assurer la compensation. Car, de la définition ci-dessus donnée par l'OMS à la santé, l'on est en droit de déduire logiquement que :

> - La santé est un équilibre à partir de la contribution du physique et du mental qui sont biologiques, puis du social qui est multidimensionnel (culture, économie, politique, environnement, etc.) ;
>
> - La médecine occidentale moderne, qui ne traite que de la dimension organique de l'être humain, entretient un réductionnisme incapable de satisfaire le contenu de la santé telle que définie par l'OMS ;
>
> - Les médecines traditionnelles ou populaires, dont relève *Fâ*, ainsi que toutes les autres médecines non occidentales, qui traitent des dimensions biologiques, spirituelles, mentales, sociales, cosmiques ou existentielles de l'être humain, portent par là un holisme ou une systémique capable de satisfaire le contenu de la santé telle que définie par l'OMS, en harmonie avec la perception qu'en ont les communautés à la base ;

- Par ricochet enfin, toute politique nationale ou internationale de santé qui est soucieuse d'une couverture sanitaire multidimensionnelle devrait beaucoup appuyer les médecines traditionnelles, populaires et *Fâ*, eu égard à leur holisme ou systémique adaptée aux **problèmes existentiels assimilés tous à des maladies** dans les « *sociétés à univers multiples* » (Nathan, 1994) parmi lesquelles figure le Bénin.

Or, ce n'est pas le cas sur le terrain. En effet, le contexte où doit prendre corps le développement de la santé, la couverture sanitaire notamment, pour ne point contredire la perception existentielle intégrée ou holistique que les populations du Bénin en ont, est un contexte à problème d'inadéquation entre les difficultés de santé et les politiques de santé. Posons-nous donc ces questions : les Etats africains, ou ceux en développement dont le Bénin fait partie, pourront-ils obtenir une couverture sanitaire multidimensionnelle, au profit de leurs populations, en laissant pour compte les tradithérapies holistiques ? Et en ne promouvant que la médecine moderne d'emprunt, qui est réductionniste, notamment dans un contexte spécifique où la santé affiche des résultats très peu reluisants ?

- **Le contexte spécifique de la santé au Bénin**

La situation sanitaire du Bénin laisse à désirer, notamment sa **couverture sanitaire**. Celle-ci reste **médiocre**, **au lieu d'être satisfaisante ou intégrale**, par **défaut de synergie d'une action médicale quantitative comme qualitative où médecine moderne réductionniste et médecines traditionnelles systémiques soigneraient au coude à coude les patients**. Hormis les résultats qui se trouvent au dernier chapitre de cette thèse, les données suivantes, fournies par les Statistiques nationales et mondiales, en témoignent ainsi qu'elles devraient susciter de nouvelles politiques de santé publique pour le pays :

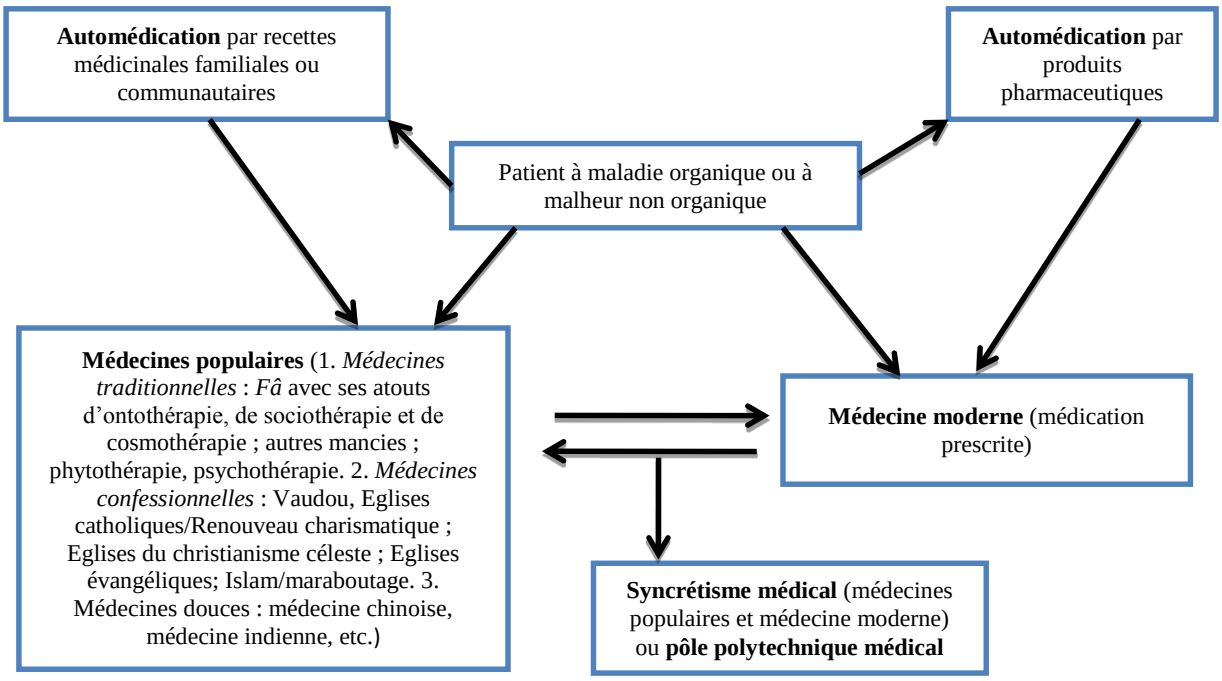
> Les dépenses de santé du pays, par habitant en 2012, équivalent à 33 dollars, soit 16.500 FCFA. **Le nombre de médecins pour 10.000 habitants en 2013 y est de 1,6 selon le Ministère de la Santé et de 0,6 selon l'OMS, sur une population totale de 9.671.592 habitants tandis que le nombre de tradithérapeutes pour 800 habitants, en 2012, y est de 1, pendant que dans toute l'Afrique, « *on dénombre 1 guérisseur pour 500 personnes, contre 1 médecin pour 40.000 personnes* » (OMS, 2013 : 27).** Quant à l'espérance de vie à la naissance en 2014, elle est évaluée à 61,07 ans face à un taux de natalité équivalant à 37,56‰ en 2012 contre un taux de mortalité globale de 8,79‰. Au sein de ce taux, il s'est avéré que le taux de mortalité infantile en 2013 est de 58,54‰.
>
> En dépit des 34 zones sanitaires qui constituent les maillons de la cartographie sanitaire, **le taux d'accessibilité à la santé publique reste trop faible** : **« *les 13% de la population vivent à plus de 30 km d'un hôpital de référence* »**. En conséquence, **la couverture sanitaire du pays par les zones sanitaires varie entre 100.000 et 200.000 habitants, chiffre de l'année 2012 qui risquerait d'être encore valable en 2015 pour une population totale qui est de 10.448.647 habitants et qui irait au-delà les années suivantes**.

En effet, selon Attinwassonou (Blog of Health Economist, juillet 2012), « *l'évaluation de la mise en œuvre du dernier document de Politique a cependant mis en exergue la persistance de*

certains problèmes, notamment ***la mortalité maternelle et infantile inquiétante, la marginalisation d'une couche non négligeable de la population du système de soins et l'insuffisance de ressources humaines, matérielles et financières. (…), la qualité peu satisfaisante des soins de santé****…, toutes choses qui ne sont pas de nature à améliorer la performance du système de santé* ». Pourtant il y a eu des efforts pour faire progresser la carte sanitaire à travers une forme pyramidale comportant un niveau central ou national, composé du Ministère de la Santé et des Centres de référence ; un niveau intermédiaire ou départemental, constitué des Directions Départementales de la Santé (DDS). A cela s'ajoutent des Centres Hospitaliers Départementaux (CHD) ; et enfin un niveau périphérique ou opérationnel, représenté par les Zones Sanitaires (ZS). Ces zones étant vues comme niveaux les plus décentralisés du système de santé qu'anime un réseau de services publics de premier contact que sont maternités, dispensaires, cliniques et cabinets privés.

La surprise est que ces efforts n'ont jamais pu tenir la promesse des fleurs, en ce sens que l'on observe, par exemple, la très faible utilisation des services biomédicaux de santé. Et cette faible utilisation de la médecine moderne, induisant le grand déficit de la couverture sanitaire quantitative et qualitative du pays, il se trouve que d'autres facteurs sont à élucider pour comprendre les raisons du sauve-qui-peut perceptible dans les trajectoires thérapeutiques.

Configuration synthétique et cadre logique des trajectoires thérapeutiques actuelles au Bénin



Source : réalisation personnelle sur la base des observations et du vécu directs.

Ces trajectoires thérapeutiques vont de l'automédication tous azimuts aux médecines populaires et/ou à la médecine moderne comme le montre, ci-dessus, leur configuration synthétique.

A l'analyse du comportement des malades d'après cette configuration, il s'est avéré que l'image de sauve-qui-peut générée par la quête de guérison est déterminée notamment par l'inadéquation entre l'offre moderne de soins et la demande culturelle de soins au sein des communautés à la base. Et cette demande elle-même est liée à **une variabilité de représentations où toutes les formes de déséquilibre existentiel (organique, mental, spirituel, cosmique, social, …) sont posées et vécues comme des maladies, contrairement à ce qui se passe dans les cultures occidentales**. Aussi, chaque réflexe de choix d'un parcours thérapeutique, ou de plusieurs parcours, vise-t-il l'intérêt du patient.

C'est dans ce contexte spécifique de contenu, très élargi, donné aux concepts de « *santé* » et de « *maladie* », où les usagers des unités de soins postulent tous les jours une collaboration entre toutes les différentes approches thérapeutiques pour une synergie de l'action médicale, que le document de Politique Nationale de Santé au Bénin a fini par reconnaître que :

> « *La pharmacopée et la médecine traditionnelle occupent une grande place dans l'offre de soins aux populations* ».

Il sera vu plus loin, dans la présentation des résultats de cette recherche, que cette reconnaissance ne contredit pas celle émanant de l'OMS, depuis 1978, à son Sommet d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires.

Les réponses, dans ce sens, au questionnaire auto-administré déployé à Abomey, Ouidah et Cotonou, ont confirmé cette hauteur élevée de recours dans un échantillon non probabiliste de 37 lettrés (dont 21 dispensateurs de soins en médecine moderne) ainsi que dans un échantillon non probabiliste de 38 illettrés sur les trois sites de recherche : Cf. les résultats au Chapitre 11. Donc la primauté de la fréquentation des médecines traditionnelles ou populaires par rapport à celle de la médecine moderne est empiriquement confirmée, aussi dans le contexte spécifique de la santé au Bénin. Alors, parvenu à ce niveau de présentation des contextes où baignent les composants du problème et ceux qui justifient le thème de recherche, il s'avère utile de se questionner à leur égard.

1.2. Problématisation thématique

Les éléments d'appréciation, qui précèdent, doivent normalement servir à recommander une réforme du système de santé au Bénin, qui soit de nature à favoriser l'avènement d'une couverture sanitaire satisfaisante ou intégrale dont n'est pas capable, à elle seule, la médecine moderne d'emprunt. Or en approchant la « *santé* » et la « *maladie* », comme concepts éclatés ou élargis, selon les perceptions de l'OMS et des communautés à la base qui sont dictées par leur culture et leur vécu au quotidien, puis en approchant également *Fâ*, l'on s'aperçoit que ce dernier jouit d'un potentiel thérapeutique systémique suffisamment compatible avec ces concepts-là. Et l'on se dit que cette compatibilité peut garantir une couverture sanitaire adéquate, lorsqu'on va mettre en collaboration *Fâ* et les modèles endogènes de soins avec la médecine moderne, pour une synergie de l'action médicale, à partir du Bénin.

Dès cet instant, il convient d'investiguer afin de répondre socio-anthropologiquement à cette question de recherche qui procède de la problématique :

> Si tant est que la santé est un équilibre holistique intégrant le physique, le mental, le social ou tout l'existentiel comme se la représentent les populations ainsi que l'OMS et comme l'opérationnalisent *Fâ* et les médecines populaires en général, pourquoi les politiques de santé publique, notamment celles du Bénin, ne changent-elles pas le paradigme de couverture sanitaire biologique pour le remplacer par celui d'une couverture sanitaire holistique qui sera le fruit de la mise en collaboration officielle de tous les modèles de soins en présence, en termes de synergie de l'action médicale ?

Il s'agira ici d'examiner la portée et les limites de la médecine moderne et de *Fâ* ou de la tradithérapie, de même que l'inadéquation socioculturelle, conceptuelle, technique, financière, éthique et managériale entre la demande de soins par les populations et l'offre de soins par les pouvoirs publics. Aussi, cette recherche en Socio-anthropologie du Développement postulera-t-elle une mise en collaboration entre les modèles thérapeutiques en présence et s'ouvrira à des apports pluridisciplinaires. C'est pourquoi la Santé publique, l'Histoire, l'Economie de la santé, la Philosophie, l'Idéologie, la Gouvernance politique, la Coopération Nord-Sud dans son volet de Diplomatie de la santé, la Systémique et le Management des systèmes de santé y seront mis à contribution.

1.3. Objectif de la recherche

L'objectif de la présente recherche est d'identifier les voies et moyens pour harmoniser les politiques de santé publique avec les représentations que les populations ont de la « *santé* » et de la « *maladie* » dans l'attente d'une couverture sanitaire existentielle ou systémique et non pas seulement biologique comme l'assure la biomédecine.

Pour l'atteindre, il s'agira de procéder à :

- une analyse de l'architecture de l'offre face à celle de la demande de soins ; des approches de la médecine moderne et de *Fâ* au regard des représentations que les populations et l'OMS ont de la « *santé* » et de la « *maladie* » ;

- un décryptage des trajectoires thérapeutiques empruntées par les populations en quête de soins ; des usages qu'elles font des instruments de la médecine moderne et de *Fâ*, par exemple ;

- une identification des espaces d'hybridation, de complémentation ainsi délimités par les acteurs dans leurs interactions et qui pourraient offrir les bases d'une synergie dans l'action médicale en vue d'une couverture sanitaire systémique ou existentielle, sans oublier les insuffisances du financement public du secteur de la Santé au Bénin.

1.4. Hypothèse de la recherche

En prenant appui sur deux observations, l'une indiquant que chaque approche de soins, qu'elle soit moderne ou traditionnelle, a sa portée et ses limites ; l'autre corroborant le fait que les fondements et tâtonnements des trajectoires thérapeutiques, identifiées au cours des enquêtes, remettent en cause les politiques publiques dont le financement public de la santé, la Thèse émet l'hypothèse suivante :

Seule une politique publique de reconnaissance et de promotion équitable des médecines traditionnelles comme *Fâ*, aux côtés de la médecine moderne, peut assurer aux pays en développement, auquel appartient le Bénin, une couverture sanitaire non pas biologique seulement mais plutôt existentielle ou multidimensionnelle, préfigurée par les représentations que les populations et l'OMS ont de la « *santé* » et de la « *maladie* ».

Si cette hypothèse se vérifiait à la fin de la présente recherche, elle pourrait être l'une des lois devant régir le développement du secteur de la Santé au Bénin, en Afrique et dans le monde.

Chapitre 2 : Les composantes factuelles du problème de la recherche

Eu égard à ces prolégomènes tantôt posés, une clarification par ordre didactique et non alphabétique des concepts à utiliser, de façon récurrente dans le corps de cette Thèse, s'impose. S'impose également un essai de revue de littérature, relative à la thématique.

2.1. Glossaire didactique pour la compréhension des concepts importants

La présente Thèse, comme tout travail de spécialité, comporte des notions lexicales qu'il est nécessaire d'élucider techniquement aux fins d'en faciliter la lecture et la compréhension. Aussi, une clarification s'avère-t-elle nécessaire maintenant pour des concepts spéciaux, récurrents et importants. L'étendue de cette clarification varie d'un concept à un autre selon le degré de rareté, de fréquence ou de familiarité que ledit concept a dans l'entendement universel ou dans l'usage de la culture universelle, notamment dans la langue française utilisée ici.

Ainsi les notions de *bokônon* ou *babalawo*, de *Fâ* et de *Lègba* par exemple font, à cette entrée principale qu'est ce sous-chapitre, l'objet d'une plus large explication. Ce déséquilibre imprimé à la clarification conceptuelle l'est donc à dessein, celui d'aider le lecteur non averti à accéder aux rapports entre signifiants et signifiés dans la socio-culture qui les a produits.

Médecine : selon le site web https://fr.wikipedia.org/wiki/Médecine_moderne, « *la médecine est la science et la pratique étudiant l'organisation du corps humain, son fonctionnement normal, et cherchant à restaurer la santé par le traitement et la prévention des pathologies* ». Cette définition, comme on le sent, pose la médecine en soi comme étant la médecine moderne et c'est le site web https://fr.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9decine qui en a apporté la justification ainsi qu'il suit : « *les innovations majeures apportées par la médecine occidentale à partir du XIXème siècle (anesthésie et asepsie puis vaccination et antibiotiques au XXème siècle), ses succès, ainsi que sa diffusion à travers le monde par le biais notamment de la colonisation par l'Occident vont inciter à poser, dans la première moitié du XXème siècle, la médecine scientifique occidentale comme modèle unique au niveau mondial* ».

En tant qu'activité dont l'origine se trouve ainsi dans l'histoire de l'humanité, la **médecine moderne**, promue de cette manière comme médecine en soi, a sous sa forme actuelle une systématisation qui date, en ce qui concerne l'existant et le vivant humains, du fameux serment d'Hippocrate le Grand (médecin grec, originaire de Cos, 460-356 av. J-C.) :

« *J'exercerai mon art dans l'innocence et la pureté* ». Et l'histoire universelle révèle que la médecine est évolutive en ce sens qu'on différencie, de nos jours, les médecines traditionnelles de la biomédecine, qui est dite médecine moderne.

Selon l'OMS, **la médecine traditionnelle** est « *l'ensemble de toutes les connaissances et pratiques explicables ou non à l'état actuel de la science, pour diagnostiquer, prévenir ou éliminer un déséquilibre physique, mental ou social, en s'appuyant exclusivement sur l'expérience vécue et l'observation transmise de génération en génération oralement ou par écrit* »[9]. Cette définition a été constamment améliorée par la même OMS jusqu'à ce jour. Car en 2017, elle a fait noter que « *la **médecine traditionnelle** est la somme des connaissances, compétences et pratiques qui reposent sur les théories, croyances et expériences propres à une culture et qui sont utilisées pour maintenir les êtres humains en bonne santé ainsi que pour prévenir, diagnostiquer, traiter et guérir des maladies physiques et mentales. Elle est parfois qualifiée de médecine 'parallèle' ou 'douce'. Utilisée depuis des millions d'années, ses praticiens ont beaucoup apporté à la santé humaine, surtout en tant que prestataires de soins de santé primaires au niveau communautaire. Elle reste très populaire dans le monde. Depuis 1990, elle fait une apparition remarquée dans de nombreux pays développés et en développement* »[10]. Mais il est utile de retenir qu'en 2013, dans une mise en relation entre médecine traditionnelle et médecine complémentaire, elle a souligné que « *la **médecine traditionnelle** est très ancienne. C'est la somme de toutes les connaissances, compétences et pratiques reposant sur les théories, croyances et expériences propres à différentes cultures, qu'elles soient explicables ou non, et qui sont utilisées dans la préservation de la santé, ainsi que dans la prévention, le diagnostic, l'amélioration ou le traitement de maladies physiques ou mentales* » (OMS, 2013 : 27). Elle a précisé que « *les **termes 'médecine complémentaire'** ou '**médecine alternative**' font référence à un vaste ensemble de pratiques de santé qui ne font pas partie de la tradition ni de la médecine conventionnelle du pays et ne sont pas pleinement intégrées à son système de santé prédominant* ». « *Dans certains pays,* a souligné encore l'OMS, *ils **sont utilisés de manière interchangeable avec le terme 'médecine traditionnelle'*** » (OMS, 2013 : 27). C'est d'ailleurs ce caractère interchangeable de la relation entre médecine traditionnelle et médecine complémentaire qui conforterait, dans la présente

[9] Définition produite par l'OMS elle-même. Cf. MS du Bénin (2012 : 12).

[10] Cf. http://www.who.int/topics/traditional_medicine/fr/, consulté le 3 avril 2017.

Thèse, l'insertion du **christianisme céleste,** du **christianisme catholique**, de l'**évangélisme,** du **maraboutage islamique**, etc., **dans le corpus des médecines traditionnelles**.

En étudiant l'environnement socioculturel et économique de la santé et de la maladie, **on ne saurait les opposer à *Fâ* qui leur sert de tête de pont**. Dans ledit corpus, l'usage que *Fâ* fait des ingrédients végétaux, animaux et minéraux ainsi que des incantations et/ou des prières en diagnostic, prévention ou traitement des maladies d'ordre physique, mental ou social, est presque le même usage que celui des chrétiens célestes, parfois de certains évangélistes et des marabouts. Par exemple des bougies jetées au carrefour, de l'encens brûlé en chambre, du sel de cuisine exorcisé pour la douche, de l'huile d'onction pour le corps, des tisanes ou des prières de combat contre la maladie. **En fait, la divination (*Fâ-kinkan*) comme diagnostic médical et la conjuration de sort (*vô-sissa*) comme prévention médicale ou comme traitement médical sont les pratiques où les *bokônon*, contrairement aux chrétiens catholiques/protestants par exemple, se rapprochent naturellement, en chefs de file de la tradithérapie, des chrétiens célestes, des évangélistes et des marabouts chez qui on parle plutôt de « *vision* » ou « *prophétie* »** .

La médecine traditionnelle fait partie des médecines dites « *non conventionnelles* » qui, d'après *wikipédia* (2016), « *sont utilisées par 20 à 50% des populations de la communauté européenne selon une statistique de la fin du XX*^{ème} *siècle* ». Elle rivalise donc, de beaucoup, avec la médecine dite « *conventionnelle* » ou moderne. C'est pourquoi la présence des médecines traditionnelles et de la médecine moderne induit des choix d'itinéraires ou de trajectoires thérapeutiques, étudiées par plusieurs chercheurs déjà, dans le contexte africain, béninois notamment et dans d'autres contextes : récemment par Marcellini et al., (2000) ; Nkoum et al., (2011) ; Kpatchavi (2011) ; Yoro (2012).

Fâ (en langue *fon* du Bénin) ou **Géomancie** (en langue française) : système de divination diagnostique sur la terre, de prévention et de guérison, selon ce que j'en infère de mon expérience. Selon Abimbola, *Fâ* est « *un corpus de connaissances et une discipline académique* »[11], dans le contexte du Nigeria. Pour Albert de Surgy (1981) aussi, « *Afa, au sens le plus élevé du terme, n'est que le père ou le principe de la connaissance* ». Maupoil (1981) le définit comme une « *métagnomie* ».

[11] « *Ifa as a body of knowledge and an academic discipline* »: Abimbola (1968).

En effet, de la lecture et de l'interprétation des figures produites par un chapelet divinatoire (Cf. **Planches N° 5**, **6**, **11**, **12** et Annexes) sur la terre[12], se dégagent des révélations de sort ou de maladies existentielles (physiques, mentales, sociales, cosmiques, etc.). Une action médicale suit cette divination, car après elle, il y a prévention ou traitement des maladies physiques, mentales, sociales, cosmiques, etc., diagnostiquées. Quiconque en a fait une expérience attentive dirait que *Fâ* est détecteur, annonciateur, conjurateur ou soignant du mal total (malheur multidimensionnel inhérent au destin) ou partiel (maladie provoquée ou non) en chaque être, chose ou situation.

Après une profonde réflexion sur la survenue des signes géomantiques, avec leur pertinence par rapport aux préoccupations que quelqu'un amène en consultation chez le *bokônon* ou prêtre de *Fâ*, l'on n'aurait pas tort de soupçonner l'effet de rencontre entre les ondes. Il s'agit des ondes telluriques (terre, sol), des ondes du plateau technique divinatoire (chapelet *agunmaga*, éléments-hypothèses ou *vo*), des ondes purement humaines (celles du consultant et du devin). Bref, la rencontre de toutes les ondes indispensables à la délivrance du message oraculaire. En fait, la géomancie partirait de la croyance selon laquelle « *la terre ne ment jamais* ». Selon des informations écrites sur une plaque métallique au sein du Jardin des Plantes de la Nature (JPN) à Porto-Novo, capitale politique du Bénin, *Fâ*, de son autre nom *yorouba* d'*Orunmila*, existerait depuis 622 avant Jésus-Christ (Cf. **Planche N° 12**).

Au cours des enquêtes qui sous-tendent la présente Thèse, un informateur se fiant aux sources orales à Kétou a rapporté que : « *Fâ aurait été consulté en début de grossesse de la mère de Jésus-Christ et les prédictions auraient annoncé la singularité existentielle et la célébrité spirituelle planétaire du personnage qui naîtra* ». Il a ajouté que Thomas Mouléro a eu le premier baptême de chrétien catholique du Dahomey[13] le 11 août 1909 à Kétou où les prêtres catholiques, avec leur foi en Jésus-Christ, ont pu l'arracher à l'emprise de son tuteur

[12] *Géo* = terre ; *mancie* = divination, si l'on se réfère aux étymologies latines. C'est la terre qui fonde largement la géomancie, surtout dans l'activité de consultation, de prévention et de guérison/conjuration. Car autant le chapelet divinatoire est lancé sur terre, autant les produits de conjuration (*vô*) et le plateau divinatoire, portant l'inscription des signes dans la poudre de kaolin, sont aussi posés par terre. Ceci, après avoir servi comme instrument à toucher la tête et le corps du consultant. La formule verbale « *agban kpin ota ô ayi wê non hin* », c'est-à-dire « *quand la tête n'en peut plus de porter un fardeau, c'est la terre qui s'en charge* », traduite du *fon* en français, est prononcée par le consultant en écho après le géomancien. Il semble qu'il y a là plusieurs ondes, dont les « *ondes telluriques* », qui agissent dans divination, prévention et cure. Des recherches restent à faire pour élucider scientifiquement l'existence et l'interaction de ces ondes.

[13] C'est déjà connu de tous qu'on dit Bénin aujourd'hui et non plus Dahomey : Père Thomas Houessou Mouléro DJOGBENOU, né à Gbécandji (Bénin) en 1888, a été ordonné le 15 août 1928 à 40 ans. Il mourut à 87 ans.

babalawo, prêtre géomantique à foi en *Fâ*. Aussi, l'ascendance de *Fâ* sur le christianisme pourrait-t-elle s'établir avec ces éléments d'appréciation. Et au-delà de la religiosité que l'on pourrait lui conférer à la lumière de la pratique locale qui en est faite, ***Fâ* semble également avoir des atouts qui le crédibiliseraient sur le plan scientifique et sur le plan utilitaire jusqu'à nos jours**. D'autant que **son utilité est même reconnue publiquement par le Ministère de la Santé du Bénin, en ces termes** :

> « *Tout chercheur, Africain ou non, désireux de mieux connaître l''Homme' dans son environnement pour mieux le servir, doit apprendre les notions élémentaires du Fâ, quelles que soient ses croyances et sa religion. Il n'est pas obligé de s'initier en la matière, mais l'approcher comme une matière scientifique, en connaître les règles et leurs applications à l'Homme. Le Fâ permet de soigner avec succès l'Homme malade et de prévenir les maladies* »
>
> (MS du Bénin : 2012).

Pour enrichir ce qui en a été déjà mentionné dans l'*Introduction*, il est à rajouter que *Fâ* est une géomancie aux fonctions divinatoires ou diagnostiques, préventives et curatives se déployant au travers de deux cent cinquante six (256) signes appelés *Fâ-dou*. Chacun de ces signes est porteur de récits, de légendes et de formules de thérapie ou de conjuration de sort.

Les généralités de *Fâ* ont été étudiées en 1936 par Bernard Maupoil[14]. Sa pratique, notamment la construction du « *thème géomantique* », les significations, aspects et passations dans les « *maisons géomantiques* » ainsi que les techniques de l'interprétation ont été explicités par Gascon (1990). Sa moralité a été examinée récemment par le médecin retraité Adjou-Moumouni (2007). Son origine, sa nature, sa fonction, sa scientificité dont la médecine, ont été investiguées par Abimbola (1975) ; Adjotin (1992, 1996 et 2011). Le mathématicien Houndonougbo y a étudié le processus stochastique (Cf. Hountondji, 1994) relevant des probabilités mathématiques. Au cours des enquêtes, certaines personnes averties ont déclaré que les deux cent cinquante-six (256) signes de *Fâ* sont équivalents au nombre constitutif du langage binaire de l'informatique, actuellement en vogue. Au total, *Fâ* s'occupe d'ontothérapie, de sociothérapie et de cosmothérapie en ce sens que, selon les enquêtés, c'est l'un des rares systèmes divinatoires et thérapeutiques à exhaustivité panoramique et à objectivité véridique, reconnues par tout le monde, c'est-à-dire par prestataires, clients et observateurs, sur la base des signes géomantiques universels ou *Fâ-dou* aux interprétations vérifiables d'une source professionnelle à l'autre. Ces signes sont dotés de langage en parabole, en métaphore et de formules thérapeutiques qui coïncident en intelligibilité avec la

[14] C'est la publication de 1981 qui est utilisée ici et non celle de 1936 qui en est la première.

question du consultant. Lorsque ce langage presqu'initiatique est converti dans le langage courant en relation avec les réalités passées, présentes ou de l'avenir possible du consultant, il est vite compris. *Fâ* ou géomancie équivaut ainsi à un système de voyance qui, comme l'a écrit Gascon (1990 : 12), ne se sert pas de médium[15]. Car le médium risque d'y introduire ses propres sentences, subjectivement, alors qu'il est question d'objectivité divinatoire à travers la survenue de signes précis, aux messages péremptoires. Les signes ou figures qui apparaissent à chaque manipulation du chapelet divinatoire, par exemple, ont une qualité objective et universelle pour être lus et interprétés impartialement. Aucune intentionnalité humaine ne peut déformer subjectivement leurs significations, sans être mise à nu.

Au Bénin, *Fâ* n'intervient pas que dans la santé, pour des questions de diagnostic, de prévention et de traitement. Il est sur chaque terrain de préoccupation humaine. Car, pour l'intronisation d'un roi, l'érection d'une divinité ou vaudou, la naissance d'un enfant, l'enterrement d'un mort, la célébration d'un mariage, la correction de la gravité d'une sécheresse, *Fâ* est très souvent consulté. Il en est de même pour la création d'un marché ou d'une unité de production, la rectification d'un destin austère (*sè-gbé-soussou* en *fon*), la lutte contre la sorcellerie (*azé* en *fon*), l'annulation de la malchance (dite « *tête-moribonde* » ou « *ta-koukou* » en *fon*, par opposition à « *tête-vivante/chanceuse* » ou « *ta-nogbè/ta-yingnon* »), etc. Bref, pour toute question existentielle, le recours à *Fâ* se fait ainsi rassurant comme la précaution des précautions. C'est pourquoi Gascon s'est permis de souligner que l'on peut en attendre tout : « *tous les tracas et problèmes quotidiens, que ce soit une décision à prendre ou tout autre question, trouvera sa réponse par la géomancie* ». Et d'en rajouter avec cette exhortation, au regard des complexités de notre vie et existence : « *Nous ne pouvons nous permettre de nous diriger à l'aveuglette dans notre société. La chute serait non seulement longue, dure, mais surtout inutile. Nous avons des outils pour savoir. Etudions donc. La géomancie est un de ces moyens d'investigation. Utilisons notre intelligence au service de notre volonté, celle-ci ne s'en trouvera que plus raffinée* » (Gascon, 1990 : 11 et 14). Ces clarifications sur *Fâ* seront poursuivies, sans redondance véritable, dans celles des concepts de *bokônon* et de *Lègba* avec lesquels il partage des éléments de contenu.

Santé : pour les besoins de démonstration le long des analyses, permettez qu'on revienne plusieurs fois sur la définition qu'en donne l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

[15] « *La géomancie est beaucoup plus précise que la voyance conventionnelle, car elle ne passe pas par le truchement d'un médium* ».

D'après cette institution onusienne, la santé est « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité* ». Visiblement, il ne s'agit-là que de santé humaine. Et cette Thèse n'aborde ni le domaine de la santé des animaux (médecine vétérinaire) ni celui de la santé des plantes (protection des végétaux). En ce qui concerne la biomédecine, selon *Le Petit Robert*, la santé est le « *bon état* ***physiologique*** *d'un être vivant* », le « *fonctionnement régulier et harmonieux de l'****organisme*** » (1996 : 2034). Cette définition, produite par ce dictionnaire, souffre de **réductionnisme** comparativement à celle donnée par l'OMS. La santé, pour l'OMS, est un concept à teneur **systémique** qui est irréductible à cette seule dimension physiologique ou organique. La santé est, pour elle, multidimensionnelle dans les aspects de « *physique* », de « *mental* » et de « *social* » comme cela doit se noter dans sa définition, à chaque moment où l'on y revient.

Toutefois, en voulant aller à une comparaison, l'on noterait que dans la plupart des médecines traditionnelles, notamment dans *Fâ*, la santé est l'état de bien-être de l'existant matériel et immatériel, vivant ou non : un parent décédé peut avoir faim au « *pays des morts* » dit « *kou-to-mè* » chez les populations *fon* et assimilées du Bénin. Donc la « *santé* » ne concerne pas seulement le règne végétal voire le règne animal auquel l'être humain appartient, mais également le règne minéral et les réalités du monde invisible. Multidimensionnelle, la santé constitue alors un concept éclaté ou ramifié, qui intègre non pas seulement le bon fonctionnement du corps et de l'âme, mais tout ce qui fait l'équilibre existentiel d'un existant en termes de bonheur matériel et moral, de chance ou autres. Cet élargissement du concept devra induire une rupture épistémologique qui sera observée dans la Thèse.

Maladie : d'après *Le Petit Larousse illustré* (2013 : 653), « *c'est l'altération de la santé des êtres vivants, animaux et végétaux* ». Se définissant ainsi tout à fait dans le sens contraire à « *santé* », vue sous les représentations de l'OMS et des populations, elle devrait être comprise comme un dérèglement qui perturbe le bien-être systémique de l'existant. Et dans le cadre des médecines humaines qui font l'objet de la présente recherche, elle est relative au vivant humain, existant parmi d'autres existants. Elle n'a été considérée jusqu'ici, par la biomédecine, que comme le mal-être du corps (*soma*) et de l'esprit (*psyché*), le tout participant de l'organisme. Alors que la plupart des médecines traditionnelles, *Fâ* en l'occurrence, l'appréhendent au-delà de ce qui est psychosomatique ou organique pour y intégrer d'autres perturbations ayant des causes d'ordre spirituel, socioculturel, cosmique, etc.

En effet, d'après les représentations qu'en ont l'OMS et les populations de culture autre que celle de l'Occident (africaine, chinoise, indienne, etc.), son absence physique, biologique ou organique chez un être humain n'est pas synonyme de santé. Elle est multidimensionnelle comme la santé, selon cette logique desdites représentations, parce qu'elle intègre tout ce qui constitue un déséquilibre existentiel tels que la pauvreté ; la faillite ; les calamités naturelles ; le célibat adulte involontaire ; la malchance[16] (de Rosny, 1992) ; la guerre ; la famine. Elle intègre également l'échec dans la connaissance ; le malheur dans l'être ou l'action ; les conflits ; les affres du destin ; la culpabilité ; les problèmes de législation et de gouvernance ; la jalousie féminine et les mésententes dans les rapports genre ; l'injustice ; les perturbations du mérite, du pouvoir et de la gloire (Adjotin, 2011). Même **l'actuel Pontife du Vatican, le Pape François, dans sa récente présentation des vœux de Noël à la Curie romaine, n'a pas pu éviter, à travers son « *Discours des quinze (15) maladies* »[17], une large ouverture au concept de maladie suivant un éclatement et une taxonomie que voici** :

> 1. *« la maladie de celui qui se sent 'immortel', 'immunisé' ou tout à fait 'indispensable' » ; 2. « autre maladie : le 'marthalisme' (qui vient de Marthe) ou l'activité excessive » ; 3. « la maladie de la 'pétrification' mentale et spirituelle » ; 4. « la maladie de la planification excessive et du fonctionnarisme » ; 5. « la maladie de la mauvaise coordination » ; 6. « la maladie d''Alzheimer spirituelle' » ; 7. « la maladie de la rivalité et de la vanité » ; 8. « la maladie de la schizophrénie existentielle » ; 9. « la maladie de la rumeur, de la médisance, et du commérage » ; 10. « la maladie qui consiste à diviser les chefs » ; 11. « la maladie de l'indifférence envers les autres » ; 12. « la maladie du visage lugubre » ; 13. « la maladie qui consiste à accumuler » 14. « la maladie des cercles fermés » ; 15. « la maladie du profit mondain, des exhibitionnismes* ». Et de conclure, en ce qui le concerne, que *« seul l'Esprit Saint guérit toute maladie* ».

Cet élargissement et ce classement au sein du concept, comme le révèlent les enquêtes de terrain à Abomey, Ouidah et Cotonou au titre de la présente recherche, **devront induire eux aussi une rupture épistémologique dans la présente Thèse. Cela d'autant qu'on verra que « *le profil épidémiologique* » des « *malades* » qui fréquentent *Fâ* ou toute autre médecine populaire est un profil qui n'est pas réduit. Qu'il est plutôt très large, systémique** et dominé apparemment par des pathologies spirituelles, psycho-sociales, existentielles et non transmissibles pour la plupart, avec des causes invisibles au microscope ou au scanner.

---

[16] Commentons-le ici : lorsque la malchance chez les populations *fon* et assimilées du Bénin se dit « *ta-koukou* » ou même « *afô-koukou* », c'est-à-dire « *tête-moribonde* » ou « *pied-moribond* », elle est donc un état pathologique vers une certaine « *mort sociale* » à venir. Il faut y prendre garde par conjuration, prévention ou traitement, car elle est ressentie notamment en termes d'échecs fréquents de la victime dans son milieu social.

[17] Cf. *La Nation*, Quotidien national d'information de la République du Bénin, N° 6148 du lundi 5 janvier 2015, pp. 6 et 7.

Réductionnisme : concept épistémologique selon *Le Petit Larousse illustré* (2013 : 933), le réductionnisme est la « *tendance qui consiste à réduire les phénomènes complexes à leurs composants plus simples, considérés comme plus fondamentaux* ». C'est ici l'attitude qui, en se fondant sur la rationalité cartésienne ou scientifique de l'Occident, fait de la médecine une science forcément analytique, laquelle réduit les troubles psychosomatiques seulement à leurs dimensions physiques et chimiques, c'est-à-dire organiques, en s'abstenant d'y voir des dimensions concernant le spirituel, le cosmique, le social et le culturel par exemple. Selon Meyer et Triadou, c'est Jean-Nicolas Corvisart (1755-1821), Professeur de médecine à son époque, qui a donné corps au réductionnisme en fondant une méthode au-delà de celle de Cnide[18] :

> « *La méthode de Corvisart est issue de celle de Cnide avec la volonté de ne s'intéresser qu'à la maladie et à ses dégâts et d'ignorer la personne et la personnalité qui la subissent. Avec elle, naît le réductionnisme* » (1996 : 89).

A en croire ces deux chercheurs, c'est avec « *l'instrumentation* » présente dans sa médecine expérimentale, appliquée à l'organisme du vivant, que Claude Bernard (1865 ; 2008) a mis en place « *un réductionnisme extrême* ». Mais Edgar Morin (1996), à travers **«** *Le besoin d'une pensée complexe* **»**, dans *La passion des idées*[19], a fustigé cette attitude du réductionnisme, en disant d'elle « *qu'il s'agit là d'une intelligence à la fois myope, presbyte, daltonienne, borgne ; qui finit le plus souvent par être aveugle* ».

Holisme : ce concept a été créé en 1926 par le Sud-Africain Jean Christian Smuts dans l'ouvrage intitulé *Holism and evolution***.** Il est une attitude opposée au réductionnisme qui l'accuse de « *peu de résultats pratiques* »[20]. Pour *Le Petit Robert*, c'est « *la théorie selon laquelle l'homme est un tout indivisible qui ne peut être expliqué par ses différents composants isolés les uns des autres* » (1996 : 1095), tandis que pour *Le Petit Larousse Illustré*, c'est la « *doctrine qui ramène la connaissance du particulier, de l'individuel à celle de l'ensemble, du tout dans lequel il s'inscrit* » (2013 : 544). Dans la vision du monde et de l'être qui anime le système de *Fâ* et de la thérapie traditionnelle en général, rien n'est vraiment séparable l'un de l'autre comme la science moderne, sous certaines conceptions, tente de le faire croire. Le tout d'un être, qu'il soit humain ou autre, est fait de parties

[18] Cnide, localité de la Grèce antique, est passée aujourd'hui sur le territoire de la Turquie. Ce fut le siège de la première école de médecine du pays, en l'an 700 avant notre ère.

[19] Cf. Site web, moteur de recherche Google, *Encyclopaedia Universalis* et *Wikipédia, 2013.*

[20] *Ibid.*

interconnectées structurellement et fonctionnellement comme le tout de la nature, de la société, du cosmos, du monde invisible et du monde visible. Par conséquent, tout déséquilibre de ce tout ou maladie de ce tout ne pourrait être corrigé véritablement que par une approche thérapeutique qui traite la partie dans ses rapports avec l'ensemble ou l'ensemble dans ses rapports avec les parties qu'il totalise.

Mais en médecine moderne, de plus en plus, cette approche de la tradithérapie et de *Fâ* s'approprierait déjà, dit-on, dans le sens d'un début de remise en cause de soi. C'est ainsi que la WONCA (World Organisation of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians[21]) se serait proposé, depuis l'année 2002, de suivre un « *modèle holistique* » fait de « *soins intégrés centrés sur le patient* ». En nourrissant cette intention, elle se devrait de mettre les thérapeutiques en adéquation avec la Déclaration-cadre adoptée par l'OMS en 1998 et qui est favorable à l'holisme :

> « *Une **approche** : ***Globale** : Des soins intégrés impliquant : la promotion de la santé, la prévention des maladies, les soins curatifs, de réhabilitation et de support, des aspects physiques, psychologiques et sociaux, les aspects cliniques, humains et éthiques de la relation médecin-patient. **Orientée** vers la famille : S'adressant aux problèmes individuels dans le contexte : des circonstances familiales, des réseaux sociaux et culturels, des circonstances liées à l'emploi et au lieu de vie. **Orientée** vers la communauté : Considérant les problèmes individuels dans un contexte qui prend en compte : les besoins en soins de santé de la communauté, les autres professionnels et les organisations* » (OMS Europe : 1998. Cf. https://fr.wikipedia.org/wiki/holisme. Consulté le 7 mars 2016).

Mais cette intention tarde à être convertie en acte concret, car le constat, en effet, est que les soins de la médecine moderne restent centrés sur la maladie et non sur le malade, contrairement à ce qui se passe dans la tradithérapie en général et dans *Fâ* en particulier.

Systémique : désignée aussi par « *analyse systémique* » dans *Le Petit Larousse illustré* (2013 : 1064), la systémique est l'« *analyse qui envisage les éléments d'une conformation complexe, les faits (notamment les faits économiques ou les interactions relationnelles) non pas isolément mais globalement, en tant que parties intégrantes d'un ensemble dont les différents composants sont dans la relation de dépendance réciproque* ». Elle émane de l'attitude holistique, et est une approche permettant d'élargir le champ des recherches réduites au biomédical. Elle représente un nouveau paradigme qui considère, comme le biologiste

[21] On pourrait définir, en langue française, la WONGA comme une Organisation Mondiale regroupant les Collèges, Académies et Associations de Praticiens en médecine générale et familiale des pays membres. La WONGA Europe est la Société européenne de médecine générale/médecine de famille. Elle est dérivée de la WONGA internationale qui a vu le jour en 1972.

franco-américain René Dubois, que « *l'étiologie multifactorielle* »[22] devrait être « *la règle plutôt que l'exception* » dans la praxis médicale.

En y considérant les variables qualitatives, les disciplines comme l'éthique, la psychologie, l'anthropologie, la sociologie, l'économie et les sciences politiques, par exemple, s'harmonisent au mieux avec les représentations que les communautés à la base ainsi que l'OMS ont de la « *santé* » et de la « *maladie* ». Leur prise en compte de ces variables tient d'une reconnaissance de la complexité du réel qui se vit à travers ces deux concepts et impose de leur part une reconnaissance du besoin d'une approche conceptuelle systémique. Cette approche systémique étant déjà présente dans l'opérationnel de *Fâ* comme dans celui d'autres thérapies populaires, il serait permis de croire comme Pierre Saulnier, en attendant les approfondissements ultérieurs de la Thèse, que **c'est de la complexité des maladies que l'on part pour la systémique[23]de leur traitement** :

> « *Dans les cultures où bien des maladies sont vues comme le signe d'un dérèglement des relations entre les personnes et le monde socio-religieux, les soins visent à restaurer l'harmonie entre eux, la thérapie, à base de plantes, d'eau, de feu, de sacrifices éventuels, et aussi de palabre, aura un but à la fois physique et psychique, social et religieux. Il ne s'agit pas seulement de guérir un corps, mais de remettre en ordre un système de relations socio-religieuses perturbées, également de se protéger, d'obtenir la 'force' de réussir. Ne s'intéresser qu'à la phytothérapie, c'est limiter les soins au seul aspect somatique, alors que la maladie concerne la totalité de la personne, corps, esprit, et relations* »
>
> (Saulnier, 2009 : 67-68).

Dans le cadre de la sociologie par exemple, le courant pro-systémique transparaît chez Emile **Durkheim** pour qui l'on ne peut étudier et expliquer le fait de l'homme qu'en rapport avec son environnement social et historique. Aux antipodes de cela se trouve le courant pro-réductionniste de l'école de Max **Weber**, son contemporain, qui considère que toute compréhension des actes de l'homme dans la société passe par la compréhension de ses motivations personnelles. Eu égard à ces prises de position, il paraît nécessaire de faire remarquer que le paradigme de **la « *pensée complexe* » de Morin transcende ce clivage conceptuel en faisant compléter le réductionnisme par la systémique**. Et cette systémique, selon les analyses de cet auteur, est appelée à être dépassée à cause de « *l'incomplétude* » et

[22] Cf. Site web, moteur de recherche Google, précédemment cité.

[23] *Fâ* participe de la systémicité du traitement des maladies en fonction de leur complexité. Des preuves en ont été données (Cf. ADJOTIN, 2011).

de « *l'incertitude* » qui caractériseraient « *la préhistoire de l'esprit humain* » où « *nous sommes toujours* »[24].

Systémisme : contraire au réductionnisme, le systémisme, terme très peu utilisé dans le langage courant, est l'attitude qui sous-tend les approches systémiques. Idéologie traduisant, comme toute autre, une constance de tendance, d'adaptation et d'enfermement, le systémisme fait de façon doctrinaire le pari « *qu'il n'y a d'intelligence possible du monde qu'à condition de saisir les relations que tissent entre elles les différentes parties des ensembles organisés* »[25]. Ici, il convient de préciser que, postérieures au holisme, les approches systémiques datent des années 1940, grâce aux travaux de Norbert Wiener. Leur formalisation décisive aurait été obtenue sous l'impulsion, en 1968, du biologiste Ludwig Von Bertalanffy dans *La théorie générale des systèmes*. Pour ce dernier, les systèmes sont comme des « *ensembles d'éléments en interaction* », où pourraient trouver leurs centres d'intérêt plusieurs sciences, que ce soit les mathématiques, les sciences de la nature, les sciences de la société, à ne citer que celles-là.

Politiques de santé publique : pour *wikipédia* (consulté le 13 octobre 2016)), *« les politiques de santé (ou politiques sanitaires, ou encore politiques de santé publique) comprennent l'ensemble des choix stratégiques des pouvoirs publics et privés pour améliorer l'état de santé des populations dont ils ont la responsabilité* » : https://fr.wikipedia.org/wiki/Politique_de_sant%C3%A9. Pour moi, c'est l'ensemble des visions, stratégies et actions conçues et/ou mises en œuvre à travers projets, programmes puis budgets pour le développement du secteur de la Santé en vue du bien-être physique, mental ainsi que social des individus et des populations. Elles s'opèrent sans faire une distinction de l'appartenance ethnique, religieuse, philosophique ou géographique de ces individus et populations. La **politique** est à la fois, depuis sa création conceptuelle dans l'antiquité grecque, théorie et action de construction d'une cité épanouie. Et c'est bien dans ce sens que le philosophe Aristote définissait l'être humain comme un « *zoon politikon* », un « *animal politique* ». Quant à la **santé publique,** elle a trait à l'état de santé des populations d'un ou de plusieurs pays et aux activités y concourant : le tout pouvant être évalué à travers des indicateurs quantitatifs et qualitatifs pour avoir une image précise de la couverture sanitaire.

[24] Cf. Site web, moteur de recherche Google, précédemment cité. Notamment : https://fr.wikipedia.org/wiki/Holisme, consulté le 7 mars 2016.

[25] *Ibid.*

Couverture sanitaire : à l'échelle d'un pays, d'une région ou du monde, elle peut être définie comme le degré de satisfaction des populations dans le rapport entre l'expression de leurs besoins de santé et l'offre des services de santé. La couverture sanitaire universelle par exemple, selon l'OMS, « *consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, palliatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers* » : http : www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/fr/ (consulté le 13 octobre 2016).

La remarque que quiconque peut faire est qu'elle se mesure souvent statistiquement (évaluation quantitative), alors qu'elle devrait aussi se mesurer moralement auprès des usagers des services modernes ou unités populaires/traditionnelles de soins (évaluation qualitative). Dans la plupart des pays, notamment ceux en voie de développement, cette couverture reste en deçà des attentes. Au Bénin par exemple, en ce qui concerne les prestations de la médecine moderne suivant la carte sanitaire nationale répartie en « *zones sanitaires* », on aurait un (01) médecin pour dix mille (10.000) habitants (MS du Bénin, 2012 : 25), comme les normes de l'OMS l'indiquent. Mais cela semble faux à la lumière des réalités empiriques ou factuelles découvertes grâce à une étude socio-statistique au sein des populations-cibles vivant dans l'une des zones sanitaires du pays : ce serait plutôt un (01) médecin pour quarante six mille (46.000)[26] habitants, ou même moins de cela pour certains cas de région sur le terrain.

Partant, la prise en compte des médecines endogènes adaptées systémiquement aux réalités socioculturelles des populations et leur collaboration avec la médecine moderne, pour la synergie de l'action médicale prônée ici, pourraient servir à réduire suffisamment l'écart entre le taux de la capacité des pays comme le Bénin à offrir de bons services de santé et le taux des besoins de santé à satisfaire au profit des populations. La réalité de la couverture sanitaire au Bénin comme dans le monde paraît inconfortable, d'autant que l'objectif de « *santé pour tous*

[26] Cheikh S. A. MBENGUE, Albert TINGBE-AZALOU et Pascal OMYALE, « *Zones sanitaires, cogestion et décentralisation au Bénin* », *in* : PHR, USAID, *Rapport technique N°52*, Bethesda, MD, 2000, p. 11 : « *L'insuffisance et la mauvaise répartition des ressources humaines limitent sérieusement la mise en œuvre de la réforme du système de santé en zones sanitaires. En effet, le personnel nécessaire au développement des zones sanitaires manque de manière cruciale. Par exemple, pour une population de 230.000 habitants, la zone sanitaire de Kétou-Pobè-Adja Ouèrè ne compte que 5 médecins, y compris le médecin-Coordonnateur de zone, soit un (1) médecin pour 46.000 habitants* ».

d'ici l'an 2000 »[27], fixé antérieurement par l'OMS et fondé sur sa définition de la santé, semblerait être un objectif discutable que *« certains jugeront utopique puisqu'elle* (l'OMS) *classe, selon le pays étudié, de 70 à 99% des gens comme n'étant pas en bonne santé ou malade* » (Wikipédia, 2013).

Etiologie : étude des causes qui sous-tendent telle ou telle maladie. Pour le dictionnaire *Le Petit Larousse illustré* (2013 : 429), par abus de langage, l'étiolgie désigne aussi les « *causes d'une maladie* ». En médecine moderne, les causes des maladies ne sortent que de l'environnement ou du contexte physique (bactéries, virus, microbes en général ; intoxication de l'eau, de l'air, de l'alimentation ; malformation ou défaillance organique ; insuffisance de sang, de globules rouges ou blancs, d'oligo-éléments ; excès de travail physique ou intellectuel, etc.). Prise de tension artérielle ou de température du corps, radiographie des organes ou scanner, analyses bio-médicales de sang, d'urine, de selles, de crachat, etc., servent à déceler ces causes. En médecines populaires ou traditionnelles, il s'agit souvent d'aller au-delà de cette causalité plate pour voir ce qui y serait caché. Est-ce une divinité fâchée ; un interdit alimentaire ou moral violé (viande de porc, arachide…, adultère, avarice, calomnie, meurtre…) ; la sorcellerie ; le destin… ? La divination, qu'elle soit géomantique comme *Fâ*, hydromantique, pyromantique, aéromantique, catoptromantique, astrologique, etc., permet de détecter l'une et/ou l'autre de ces causes cachées, pour mieux affronter ladite maladie extériorisée. Elle permet aussi d'infirmer leur présence ou responsabilité dans le mal.

Nosologie : classement des maladies à partir de leur définition et catégorisation, selon *Le Petit Larousse illustré* (2013 : 742). Par exemple, les maladies transmissibles (Sida, malaria, tuberculose, blennorragie, herpès, Ebola, etc.), en opposition aux maladies non transmissibles (cirrhose du foie, tabagisme, traumatisme, surmenage, délire de possession, délire de persécution, fracture d'os liée à un accident de la circulation, etc.). Selon la culture des populations *fon* du Bénin, notamment à Abomey, Ouidah et Cotonou, il y a les maladies du monde visible (*wého-zon*) qui, pour la plupart, sont des maladies transmissibles et celles du monde invisible (*yessuimè-zon*) qui, pour la plupart, sont non transmissibles. A l'analyse des croyances africaines, la santé a une dimension plurielle, faite d'hétérogénéité indicielle, et les maladies baignent dans des complexités impensables en termes d'étiologie, de symptomatologie et donc de nosologie. Les pathologies du monde visible relèvent, pour la

[27] Cf. Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : objectif fixé par consensus des Etats membres et formulé dans la Déclaration d'Alma-Ata, en 1978, sur les soins de santé primaires.

plupart, de la compétence des phytothérapeutes traditionnels ou des soignants en médecine moderne. On les appelle « *dotoxwé-zon* » dans ce dernier cas, c'est-à-dire « *maladies de l'hôpital* » tandis que celles du monde invisible sont appelées « *Minwui-mè-zon* », c'est-à-dire « *maladies propres aux Noirs* ». Ces dernières ne seraient traitables que par les autres tradithérapeutes (occultistes, sorciers protecteurs, *bokônon* ou géomanciens, marabouts, évangélistes, exorcistes chrétiens, ...).

Diagnostic : c'est « *l'identification d'une maladie par ses symptômes* », selon *Le Petit Larousse illustré* (2013 : 342). De façon précise, c'est l'exploration empirique et/ou analytique pour l'identification d'une maladie à partir des plaintes d'un patient voire des signes pathologiques, c'est-à-dire des symptômes qui sont observés sur lui. Dans la médecine moderne, cette exploration se fait au moyen de certains outils dont le thermomètre pour la température, le tensiomètre pour la tension artérielle, les réactifs et le microscope pour les analyses sérologiques ; les examens chimiques sur l'urine, les selles, les crachats, etc. Dans le système de *Fâ* au contraire, elle se fait à travers la divination sur la base de l'interprétation de l'un des deux cent cinquante six (256) signes du corpus géomantique, qui survient lors de la consultation pour le malade virtuel ou réel. Cette divination y est un diagnostic traditionnel[28]. Au début de l'opération, le consultant prend la graine de bonduc[29] et en la frottant à la tête, la porte vers ses lèvres ouvertes où il formule ses questions pour savoir les causes de son problème et les remèdes à y appliquer. Ici, causes (étiologie), remèdes (thérapie) et finalité (téléologie) sont décelées et peuvent être de l'ordre du biologique, du psychologique, de l'environnemental matériel ou spirituel, du social, du culturel, du cosmique, etc., pris séparément ou en interaction dans le compte de l'équilibre existentiel à sauvegarder. De là, il peut être permis d'affirmer que les considérations diagnostiques sont réductives en médecine moderne tandis qu'elles sont systémiques dans *Fâ*.

Prévention : c'est l'action de prévenir, de devancer la survenue d'une maladie qui menace l'individu ou le groupe. En médecine moderne, la distribution des moustiquaires imprégnées et des préservatifs, la vaccination et la sensibilisation des populations sur paludisme, Sida, fièvre Ebola, choléra, fièvre Lassa, etc., à travers l'IEC/CC (information, éducation et communication/ pour un changement de comportement) participent d'un système de

[28] Tobie NATHAN (1994) attribue « *divination* » aux « *sociétés à univers multiples* » et « *diagnostic* » à celles à « *univers unique* ». Mais à l'analyse, la divination par *Fâ* peut être au contraire considérée comme un diagnostic traditionnel, parce qu'elle se sert aussi d'outils matériels dont l'« *agunmaga* », vecteur des signes géomantiques.

[29] Son nom scientifique est *caesalpinia crista/caesalpinia bonduc*.

prévention. Dans *Fâ*, on note les scarifications, les ablutions, les tisanes, les sacrifices aux divinités, les conjurations de sort ou *vô*, au titre de la prévention de tout ce qui peut causer un déséquilibre existentiel. Il y a même, toujours dans *Fâ*, la prévention de la mort ou sa métamorphose en vie (*kou niyô*) comme les *Fon* du Bénin le disent. De là, il peut être également permis d'affirmer que les considérations préventives sont réductives à l'organisme biologique en médecine moderne tandis qu'elles sont systémiques dans *Fâ*, étendues à toute l'existence du malade potentiel. Se fondant sur des considérations générales, *Le Petit Larousse illustré* (2013 : 882) a noté que c'est l'« *ensemble des moyens médicaux et médico-sociaux mis en œuvre pour empêcher l'apparition, l'aggravation ou l'extension des maladies, ou leurs conséquences à long terme* ».

Thérapeutique : *wikipédia* (consulté le 13 octobre 2016) signale qu'« *en médecine, un traitement, ou encore une thérapie, ou plus généralement la thérapeutique, est un ensemble de mesures appliquées par un professionnel de la santé (ou thérapeute) à une personne vis-à-vis d'une maladie, afin de l'aider à en guérir, de soulager ses symptômes, ou encore d'en prévenir l'apparition* » : https://fr.wikipedia.org/wiki/Traitement_(m%C3%A9decine. Ici, l'on dirait que c'est l'ensemble des approches de traitement d'une maladie ou d'un déséquilibre existentiel en vue de sa guérison ou de sa correction totale. Ces approches sont appelées thérapies. Dans toutes les médecines humaines, elles sont mises en œuvre au profit d'un individu ou d'une communauté. Si le champ des thérapies est réduit et fondé sur l'analytique au sein de la médecine moderne, il est, au contraire, large et fondé sur la systémique dans *Fâ* comme dans les médecines populaires ou traditionnelles.

Lègba : divinité anthropomorphe, sexuée, dotée d'un phallus impressionnant : (Cf. **Planches N° 10** et **11**). Bâti sur des ingrédients végétaux, animaux et minéraux qui détermineraient sa puissance spirituelle (Adjotin, 1992), *Lègba* est le maillon le plus important dans *Fâ* et dans le panthéon vaudou. Il y jouerait des rôles de guide, de porte-parole, de messager, de protecteur, de metteur de l'ordre, de gestionnaire des conflits ou d'allumeur des conflits, en fonction de l'esprit de justice. Car les informateurs disent de lui qu'il est capable d'ambivalence entre le bien et le mal selon sa jugeote comme selon la teneur des dossiers où il se trouve enrôlé. Il est au centre de tout le système de *Fâ*, et l'on croit qu'il en assure l'orchestration. On le trouve, selon les observations et informations sur le terrain, au front de la divination, au front de la prévention et au front du traitement des maladies biologiques, spirituelles, psycho-sociales, existentielles.

Du point de vue comportemental, chaque être humain serait lui-même son propre *Lègba* avec des possibilités de dérive ou de déviance, qu'il ne faut jamais favoriser en servant de l'huile palmiste ou de l'alcool éthylique à l'idole. Selon les traditions orales, l'huile palmiste et les boissons alcoolisées lui feraient perdre le contrôle de lui-même et il risquerait de libérer de leurs chaînes qu'il représenterait à lui seul, tous les démons qui guettent l'individu ou la communauté. De l'avis des *bokônon* ou *babalawo* enquêtés, chacun des deux cent cinquante-six (256) signes géomantiques ou *Fâ-dou* possède son *Lègba*, ce qui équivaut à deux cent cinquante-six (256) *Lègba* ou personnalités/psychologies, susceptibles de bon sens ou de folie selon qu'elles évitent ou non la consommation de l'alcool ainsi que de l'huile palmiste.

Au regard de la fonction de chaque ange dans *La Bible*, *Lègba* serait assimilable à Antoine et surtout à l'archange Michel. Il est connu au Brésil sous le nom d'*Elegbara*, à Haïti sous le nom de *Papa Lègba*, au Nigeria sous le nom d'*Eshu*, etc. A l'échelle d'un village, quartier ou pays, un *Lègba* peut être érigé pour représenter la synthèse du comportement ou de la personnalité des habitants : on l'appelle donc *To-Lègba* chez les *Fon* du Bénin. C'est surtout lui qui reçoit la plupart des produits de conjuration de sort individuel ou collectif destinés à assurer la guérison d'une « *maladie* » ou la conservation d'une « *santé* » menacée (Cf. **Planches N° 10** et **11**) : ces notions de maladie et de santé étant multidimensionnelles comme on l'a vu précédemment. *Lègba* protègerait l'individu ou la communauté de l'extérieur de sa résidence, au moyen de son arme mystique représentée par une « *mentule* » (Maupoil, 1981) ou un phallus surdimensionné que caractérise un « *priapisme* » (*ibid*.) permanent. Ce sexe toujours en érection symboliserait sa vigilance permanente vis-à-vis de tout esprit agresseur ou malfaiteur. Encore au profit de la santé, *Lègba* servirait souvent dans les thérapies où doit intervenir une mise en relation entre monde visible et monde invisible. C'est ainsi qu'agissant en relation pérenne avec les signes géomantiques *Gouda-Gbé*, *Tchè-Toula* et *Di-Fou* dans *Fâ*, il délivrerait les âmes et les corps enchaînés par n'importe quel mal d'origine naturelle ou surnaturelle. Il transmettrait les messages (vœux de protection ou de malédiction, etc.) des humains, par exemple, aux forces vivantes du monde des Esprits ; transporterait et remettrait à ces Esprits tous les sacrifices qui leur sont faits ici-bas. Et de ce point de vue, comme l'a écrit le Professeur Honorat Aguessy (1970), cité par Pierre Saulnier (2009), « *Lêgba inspire… plutôt l'affection. C'est la divinité la plus proche (des hommes). L'animal qui lui est consacré est le chien et quand les Danhômênou voient un chien manger la nourriture offerte à Lêgba, ils sont ravis…* ».

Pendant différentes cérémonies d'incarnation, faites de chants et de danses appropriées à Abomey et à Ouidah, l'adepte homme ou femme en transe, possédé par *Lègba*, est souvent remarqué dans une pluralité de rôles. Des études plus récentes ont mis en relief l'importance de ces rôles : Aguessy (1970, 1973) ; Abimbola (1975) ; Adjotin (1992 et 2011). Il s'agirait là d'une sorte de réhabilitation scientifique par opposition à sa diabolisation de la part de certains prêtres chrétiens des premières heures de la colonisation comme de la part de certains pasteurs des églises évangéliques d'aujourd'hui. A ce sujet, Pierre Saulnier (2009) rapporta que « *l'abbé Laffite en 1872, puis l'abbé Bouche en 1885 ne sont pas tendres envers ces images* », de *Lègba* s'entend ! Pour Bouche, « *Elegbara est l'esprit du mal* ». Enfin, la réccurrence des développements à son sujet, dans cette Thèse, pourrait paraître une redondance pour quiconque n'est pas averti : il n'en est rien en vérité. Cependant, principe mâle, il est suivi d'un principe femelle, anthropomorphe aussi, qui a pour nom ***Minon-nan*** (Cf. **Planche N° 13**).

Minon-nan : c'est, par excellence, le sexe opposé à celui de ***Lègba*** dont il est d'office le principe femelle. On ne prête à ce principe femelle qu'un rôle spécifique. Son envergure n'atteint pas le degré de centralité de *Lègba* dans l'opérationnalité divinatoire, préventive et curative au sein du système de *Fâ*. En effet, *Minon-nan* n'est érigée qu'au milieu des maisons. Elle serait spécialisée dans la facilitation des accouchements, le désensorcellement et la protection intérieure des maisons. Dans sa version négative qui traduirait son ambivalence fonctionnelle, c'est une divinité capable d'être utilisée comme vecteur des offensives sorcières (*azé*), puisque les populations *fon* assimilent la sorcellerie (*azé*) à *Minon-nan* et désignent par euphémisme les sorcières du nom de *minon-lè* (nos mères).

Bokônon, ***babalawo***, ***bikéarou*** ou ***gobakpè*** : c'est le nom en langues *fon*, *nago/yorouba*, *bariba* ou *dendi* du ***géomancien*** (en français) ; du prêtre de *Fâ*[30](***géomancie*** en français), d'*Afâ*[31], d'*Ifâ*[32], d'*Ikéarou*[33], de *Goba*[34] ou d'*Oubaboula*[35] selon les langues des contrées de sa

[30] Dénomination de cette géomancie chez les populations *fon*, *goun*, etc., au Sud-Est du Bénin.

[31] *Idem* chez les populations *adja*, *mina*, etc., au Sud-Ouest du Bénin.

[32] *Idem* quant aux populations *yorouba/tchabè/idatcha/nago*, etc., au Centre du Bénin. La variante de *Fâ* chez ces populations du Sud au Centre est faite de jets de noix de palme *elaeis guineensis*, variété *idolatrica* ou de chapelet divinatoire sur le sol.

[33] Nom de *Fâ*, dans sa variante faite de jets sur le sol de tranches de cola, de petits cailloux ou de cauris chez les populations *bariba* au Nord du Bénin.

pratique au Bénin, du Sud au Nord en passant par le Centre. Véritable intellectuel polyvalent reconnu d'utilité publique et privée au sein des populations de ce pays et d'ailleurs, on l'appelle aussi, en abrégé chez les *Fon*, « *awonon* » (propriétaire du secret[36]). *Awonon* n'est pas un mot entièrement *fon*, mais plutôt d'emprunt, tiré par les *Fon* du substantif « *babalawo* » (« *père du secret* », en langue *yorouba* ou *nago* : *baba = père* et *awo = secret*). Il ne signifie nullement « *menteur* » comme le souligne, par erreur, Paulin Hounsounon-Tolin[37].

Selon les informateurs, septuagénaires pour la plupart, qui connaissent par expérience *Fâ* et ses professionnels, *awonon* est le maître des sagesses[38]. En effet, ce n'est pas par une intuition ou par un sixième sens qu'il fait des révélations au consultant, mais plutôt par l'utilisation d'outils de divination qui sont des vecteurs de la vérité oraculaire. Donc vérité ou mensonge, ce n'est pas le *bokônon* qui doit en endosser la responsabilité, mais plutôt les signes géomantiques survenus. D'autant que si l'interprétation d'un signe ne convainc pas un consultant, il a la liberté ou la latitude d'aller chez un autre *bokônon* pour faire le recoupement des interprétations du même signe, dégager par lui-même la vérité recherchée à l'opposé du mensonge.

> « *Le véritable bokônon agit pour le bien, en cherchant l'origine sociale, religieuse… des troubles divers, physiques ou psychiques, dont souffre la personne, et en la soignant ; quant au sorcier/azétô, il agit au contraire pour le mal* », ajouta Pierre Saulnier (2009 : 65)[39].

A priori donc et au regard de la déontologie, tout le monde prend le *bokônon* pour un agent de service public traditionnel, qui doit avoir des qualités humaines.

---

[34] *Idem* chez les populations *dendi* au Nord du Bénin.

[35] Nom de *Fâ*, dans une variante pareille, chez les populations *gourmantché* au Nord-Ouest du Bénin.

[36] Selon les ressortissants de culture *nago/yorouba/idatcha*, le « *secret* » ou « *awo* » est une sagesse capitalisée en termes de savoir, savoir-faire et savoir-être vis-à-vis d'ici-bas et de l'au-delà. Etant intrinsèquement hostile à tout mensonge ou vice, le *babalawo*, c'est-à-dire le *bokônon*, est détenteur de vérités qu'on ne profane pas.

[37] « *Le awonon chez les Fon est celui qui dit gentiment des choses ou fait des promesses dont on sait qu'il ne les tiendra pas… Celui qui dit des balivernes, des propos dont il ne faut pas toujours tenir compte. (…). En tout cas, le bokonon n'est pas le sage dont nous parlent certains chercheurs africains* » : Paulin HOUNSOUNON-TOLIN cité par SAULNIER (2009 : 55).

[38]Notamment par opposition à *awoo-notô/lèloo-notô/adigban-notô*/*adigbannon* (mensonge-poseur ou menteur) dans la langue *fon* elle-même. « *Awo* » est sémantiquement différent de « *awoo* ». L'intonation est basse dans la prononciation du premier mot alors qu'elle est haute dans celle du second. Un collègue de Service qui porte le patronyme AWO l'a souligné : « *'awo' est le secret tandis que 'awoo' est le mensonge* ».

[39] Les accents, hors alphabet français, utilisés par l'auteur, n'ont pu être reproduits ici dans les citations faites à partir de son livre, faute d'équipements orthographiques appropriés. C'est le cas pour les mots locaux de « *bokônon* » et de « *azétô* » par exemple.

***Fâ-zô* :** c'est le métier du *bokônon* ou *babalawo*. Ce métier consiste à mener les activités[40] suivantes :

- Le *Fâ-kikan* ou consultation/fouille de *Fâ*, pour les clients, est en fait la divination diagnostique pour révéler causes, problèmes et solutions adaptées à n'importe quelle préoccupation. Dans cette activité, il se sert d'*agunmaga* (chapelet divinatoire) pour l'apparition de l'un des 256 signes géomantiques qui viendrait éclairer le client sur ses soucis. Il se sert aussi des *vo* qui sont des objets-hypothèses. Ceux-ci sont chargés de significations précises selon la langue et la culture où on les utilise dans *Fâ*. Ce sont les cauris, les graines de bonduc, les colas, les graines de faux-acajou, les rachis de maïs, les os d'animal, les tessons de bouteille ou de calebasse, les perles, les coquillages, etc., pour déterminer les réponses qui conviennent aux interrogations du client ;
- Le *Vô-sissa* ou conjuration de sort dans *Fâ*, pour les clients, est en fait la prévention ou le traitement du malheur/maladie selon les cas. Le produit de cette conjuration est appelé *vô* et est souvent fait de matériaux divers pris dans le règne animal (poulets, pigeons, cabris, cheveu du client, etc.), minéral (eau, terre, kaolin, pierre, etc.) ou végétal (feuilles liturgiques et médicinales, racines et écorces d'arbres, huile, alcool, pagne du client, etc.). Ce produit dit *vô* peut être utilisé sur le corps du client ou déposé à son profit à des endroits comme l'autel de *Lègba*, la croisée de chemins, les quatre points cardinaux, etc. Il est toujours porteur d'un symbolisme signifiant ;

- Le *yin-niné* est une consultation de *Fâ* pour déterminer le nom de l'ancêtre tutélaire (défunt/défunte ou divinité de la maison paternelle voire maternelle du nouveau-né) qui, par métempsycose, préside à son destin. C'est donc une opération d'identification et d'étiquetage de l'individu dans ses rapports invisibles avec des acteurs spirituels de la collectivité familiale, qui influenceraient son existence et sa santé;

- Le *Fâ-sissin* ou révélation oraculaire du signe géomantique présidant au destin du client, pendant son enfance ou son adolescence, est une étape d'initiation pour l'éclairer sur les forces, faiblesses, menaces et opportunités de ce destin, le permis et le non permis dans sa jeune vie (interdits alimentaires, comportementaux, vestimentaires, sexuels, etc.) ;

[40] Les dénominations de ces activités sont ici en langue *fon* du Bénin, langue parlée à Abomey, Ouidah et Cotonou.

- Le *Fâ-titè* ou révélation oraculaire du signe présidant au destin du client, pendant son âge adulte notamment, est une étape d'initiation, la seconde, pour l'éclairer sur les forces, faiblesses, menaces et opportunités de ce destin, le permis et le non permis dans sa vie adulte (interdits complémentaires de ceux du *Fâ-sissin*) ;

- Le *Fâ-lilè*, c'est-à-dire cérémonie de bain purificatoire de *Fâ* ou du signe géomantique du destin de l'individu, est une opération pour son renforcement spirituel où chansons, danses, prières, divers rituels et cocktails interviennent ;

- Le *Boné-ninan,* c'est-à-dire cérénomie d'intronisation d'un client qui a franchi toutes les étapes d'initiation à *Fâ* et qui veut exercer le métier de *bokônon*, est une activité peu fréquente. Cela consiste à trouver le signe géomantique qui préside à cette fonction sociale de l'individu et à lui mettre un bonnet blanc sur la tête, pour le consacrer comme tel ;

- Le *Fa-yiyi* et le *Lègba-yiyi* sont des opérations qui consistent à reprendre et à détruire au moyen de rituels, le *Kpôli* (*Fâ* individuel matérialisé) et le *Lègba* (divinité protectrice individualisée et matérialisée) après le décès d'un adepte. *Idem*, si l'adepte détenait aussi une divinité *Minon-nan* érigée. A cette étape, les activités du *bokônon/babalawo* montrent qu'il est omniprésent dans la prise en charge existentielle de tout individu adepte de *Fâ*, depuis la naissance de ce dernier jusqu'à la fin de sa vie, en milieu *fon* d'Abomey, d'Ouidah et de Cotonou.

Cependant, il conviendrait de souligner qu'à l'observation sur la durée et aux enquêtes recoupées sur toutes ces activités qui constituent le travail ou le métier de *bokônon*, le *Fâ-kikan* et le *vô-sissa* sont récurrents dans son emploi du temps. Ces deux sont des activités médicales journalières.

Catoptromancie : c'est une « *méthode de voyance qui permet, par le biais d'un* ***miroir****, de percevoir des images concernant le passé, le présent ou le futur. Cette mancie, qui fait appel à la puissance du subconscient et dont le support est un objet magique au symbole fort (le miroir), doit être pratiquée avec précaution* ». Elle est, a-t-on certifié, « *issue de* ***l'hydromancie****, divination qui utilise la surface réfléchissante de l'élément* ***eau*** *pour délivrer des présages* » et est « *née en Mésopotamie et en Chaldée avec l'apparition des premiers miroirs fabriqués en métal poli (bronze, cuivre, argent ou or) dont se servaient les mages*

pour délivrer des prédictions »[41]. Son praticien est appelé **catoptromancien**. Nous y reviendrons, avec des illustrations.

Accoucheuse traditionnelle ou **Matrone** : parmi ces deux termes, c'est celui d'***accoucheuse traditionnelle*** qui est le plus usité de nos jours. Pour l'OMS, il s'agit d'« *une personne réputée dans son entourage pour aider les parturientes* (femmes qui accouchent) *et dont la compétence provient d'un héritage familial ou de son apprentissage auprès d'autres accoucheuses traditionnelles* ». Au Mali par exemple et dans le creuset de l'Organisation Non Gouvernementale dénommée AIDEMET, le Professeur Rokia Sanogo qui en est la Présidente a souvent souligné le rôle des accoucheuses traditionnelles dans la réduction de la mortalité maternelle et néonatale en tant que premiers recours des populations avant l'intervention des agents de santé légalement reconnus, les sages-femmes notamment[42]. Au Bénin, c'est plutôt le terme ***matrone*** qui s'utilise souvent, et comme l'indique le *Wiktionnaire* sur Internet, « *'matrone' est le 'nom donné aux accoucheuses traditionnelles, notamment dans les pays où il n'existe pas de formation de sage-femme'* »[43]. Selon Leedam (*Traditional Birth Attendants*, 1985), les accoucheuses traditionnelles comme les matrones ont des qualités culturelles et humaines pour conduire l'accouchement. Reconnaissons que ces qualités de socio-culture manquent souvent aux sages-femmes formées comme « *agents modernes de santé* » pour les Maternités.

Psychothérapie : ce mot désigne le *traitement médical du psyché, de l'âme, du mental ou de l'esprit* dans le sens de la correction du dysfonctionnement du cerveau ou de l'âme, etc. Les conjurations de sort au moyen des *vô-sissa* de *Fâ* participent de la psychothérapie qui, d'ailleurs, apparaît comme l'intersection de toutes les thérapies appliquées à l'être humain.

Ontothérapie : ici, ce concept doit être compris comme le *traitement médical de l'être* dans tout ce qui fait son entité et entièreté d'être existant parmi d'autres. « *Ontothérapie* » est un mot formé ici à partir de « *onto* », préfixe référant à l'être, lui-même étant un concept qui, selon *Wikimini* sur Internet, désigne « *tout ce qui existe – vivant ou non, visible ou non,*

[41] Cf. http://www.journaldelavoyance.com/art-divinatoire/la-ca

[42] Cf. http://www.slateafrique.com/11949/mali-formation-accoucheuses-traditionnelles-qui-..., consulté le 28 mars 2017.

[43] Le Bénin est pourtant un pays où il existe la formation de sage-femme. Selon *Wikipédia*, « *matrone est un vieux mot qui désigne la femme exerçant illégalement le métier d'accoucheuse* » ; « *matrone* » a un sens étymologique de « *mèrre de famille puis de divinité de la fertilité et de la fécondité dans l'Antiquité romaine* ».

palpable ou non, réel ou non ». Il s'agit, dans cette Thèse, de l'être humain dont *Fâ* et les médecines traditionnelles s'occupent de la santé totale dans une approche systémique. Et de ce point de vue, l'ontothérapie inclut parfois une sociothérapie et une cosmothérapie, avant de déboucher nécessairement sur une psychothérapie où se prend la conscience d'être traité ; d'être guéri ou pas.

Sociothérapie : référant au préfixe « *socio* », dont émane « *société* », ce concept doit être appréhendé comme le *traitement médical de la société* dans laquelle l'être humain naît, grandit et meurt en interdépendance vitale. *Fâ* et les médecines traditionnelles ne s'investissent pas que dans le traitement de l'être de l'individu. Le traitement de l'environnement social humain de cet être fait aussi l'objet de leur préoccupation, vu que la maladie de l'un peut affecter l'autre et vice-versa. Le « *To-kplôkplô* » qui est un nettoyage purificatoire du « *village* » ou du « *pays* », par le biais des conjurations de sort dans *Fâ*, relève de cette sociothérapie en cas de malheurs qui viennent y frapper les populations. Dans une perception complémentaire, *sociothérapie* est définie comme « *toutes les formes d'activité de groupe organisées pour les malades dans un but thérapeutique d'occupation, de réadaptation au travail, d'amélioration ou de restauration des communications interpersonnelles* » (Cf. *Wikipédia*). La sociothérapie dans *Fâ* et les médecines traditionnelles débouche sur une psychothérapie collective où se prend la conscience d'être traité ensemble ; d'être guéri ou non ensemble.

Cosmothérapie : ayant pour préfixe « *cosmo* » qui réfère à « *cosmos* », « *univers* » ou « *monde* », la cosmothérapie est un concept utilisé dans cette Thèse pour désigner le *traitement médical* qu'opèrent *Fâ* et les médecines traditionnelles *sur l'environnement naturel, astral, cosmique ou même spirituel* avec des impondérables relevant de l'invisible et qui sont en interconnexion avec l'être humain lui aussi. La conjuration de sort contre la sécheresse ou les innondations ; les épidémies ou les pandémies, etc., dans *Fâ*, relève de cette cosmothérapie, qui, pour être féconde, a besoin d'être validée dans l'esprit ou la psychologie de l'être humain qui délibère avoir été ainsi traité ; guéri ou non.

Modélisation : un modèle étant ce qui est parfait en son genre et qui inspire l'envie d'être imité, la modélisation n'est donc rien d'autre que la conception et la mise en place de modèle dans le sens du vrai, du bien et du beau par exemple. La rigueur hypothético-déductive des mathématiques surtout et la rigueur inductive de la physique et de la chimie font d'elles des sciences de modélisation qui impactent toutes les normes de scientificité cartésienne. La

question se pose ici de savoir si ces normes sont recevables dans tout le réel que le philosophe Hegel ne dissocie guère du rationnel ; si le droit d'échapper à ces normes n'existe pas déjà dans les sciences dites occultes, desquelles participent de beaucoup les médecines traditionnelles.

Modèle de soins : ce concept n'est pas différent de « *type de soins* » ou d'« *approche de soins* ». En dépit de la diversité des modèles de soins, tout modèle se reconnaît par une conception ou une représentation de son **sujet** (ici le patient/malade humain, potentiel ou réel) et de son **objet** (la maladie/mal-être à prévenir/soigner ou la santé/bien-être à sauvegarder pour continuer de vivre). Il se reconnaît surtout par son **mode opératoire** (plateau technique, pratique ou exercice technique de la part du soignant). Voici quelques exemples utiles :

- **Le modèle de soins de la médecine moderne** fait voir un soignant qui reçoit un malade potentiel ou réel. Dans ce modèle, le sujet est réduit à sa pathologie, descriptible par la parole et susceptible d'être diagnostiquée à l'œil nu ou au moyen d'instruments modernes (gants, désinfectants, microscope, réactifs, tensiomètre, balance, tomodensitomètre, etc.). Cette pathologie est également analysable et traitable par des procédés thérapeutiques consacrés (théories, hospitalisation, prescription d'ordonnances, interventions de généralistes ou de spécialistes, médication, chirurgie, etc.). A l'étape du diagnostic, le patient formule d'abord sa plainte de mauvaise santé ou sa crainte de perdre la bonne qu'il a. Il est examiné par palpation, pesage, prise de température, examens biomédicaux divers suivant son cas spécifique qui fait l'objet d'une délibération, à la fois pour donner lieu à des prescriptions d'ordonnances et à des traitements médicaux.

  A l'étape de la prévention ou du traitement de la maladie, les médicaments prescrits s'utilisent par l'usager à leur dose selon le poids, l'âge, les antécédents médicamenteux, etc., qu'il a. En cas de nécessité, une hospitalisation est imposée pour un meilleur suivi clinique du patient en cours de traitement. Il s'agit donc - comme on le verra amplement - d'un modèle analytique et réductionniste qui ne valide que les causes et manifestations visibles et mesurables de la pathologie *stricto sensu*. Aucune interférence, des forces du monde invisible, spirituel, métaphysique, etc., n'est soupçonnée afin d'être prise en considération dans l'intervention médicale.

- **Le modèle de soins des médecines populaires ou traditionnelles** fait aussi voir un soignant qui reçoit un malade potentiel ou réel. Mais dans ce modèle, le sujet est

examiné de sa pathologie *stricto sensu* à tout le champ de causalités et de manifestations possibles, extérieures ou non, invisibles ou non, impondérables ou non. Autrement dit, il s'agit de ces causalités imputables à lui-même, à son histoire, à son milieu physique, socioculturel, spirituel, cosmique, etc. Aussi, ingrédients végétaux, animaux, minéraux de même qu'incantations occultes, sacrifices d'animaux ou offrandes d'aliments aux forces invisibles ; conjurations de mauvais sort, exorcisme, prières, etc., sont-ils utilisés après l'identification visuelle, divinatoire ou prophétique pour cerner et soigner la pathologie. Il s'agit donc d'un modèle holistique ou systémique, qui ne valide souvent le patient et sa maladie que dans des interrelations sans lesquelles ni l'un ni l'autre n'aurait de sens dans l'existence.

- **Le modèle de soins de *Fâ*** : participant du modèle des médecines populaires ou traditionnelles, ce modèle fait aussi voir un soignant qui reçoit un malade potentiel ou réel :

  A l'étape de la divination ou du diagnostic traditionnel, ce dernier parle à voix basse à une graine de bonduc associée à une pièce d'argent[44]ou à un billet de banque en y soumettant sa préoccupation à l'examen de *Fâ*. Le géomancien pose son chapelet divinatoire dit *agunmaga* et la sacoche de son attirail divinatoire (plateau technique) sur le bonduc et l'argent. Il fait tout le cérémonial d'invocation des forces véridiques de la culture, de l'existence et du cosmos ; dévoile le tout quelques minutes après ; prend le chapelet divinatoire (Cf. **Planches N° 5**, **11** et **12**) et le lance devant lui, face au questionneur. Un signe divinatoire (Cf. **Tableaux du croisement génétique des signes de *Fâ*** en **Annexes**) apparaît et n'est élucidable en termes de oui ou de non que si deux autres signes divinatoires venaient le préciser à sa droite et à sa gauche, par le jeu manipulatoire du chapelet.

  A l'étape de la prévention ou du traitement, le patient se présente au géomancien avec les matériaux prescrits. L'action de délivrance ou *vô-sissa* est réalisée avec ces matériaux et le produit fini dit *vô* a souvent pour destination l'autel de *Lègba* ou de toute autre divinité identifiée, voire l'un des quatre points cardinaux, le milieu d'un marché ou le bord d'un fleuve, le sommet d'une termitière ou d'une montagne, etc.

[44] Avant l'usage, en consultation géomantique, de la pièce de monnaie et du billet de banque introduits par la colonisation occidentale, c'est le cauris seul qui s'utilisait en lieu et place pour accompagner la graine de bonduc au cours du questionnement adressé à *Fâ*.

- **Le modèle de soins du christianisme céleste**[45] : participant des médecines populaires, ce modèle met également en relation soignants et malades potentiels ou réels (Cf. **Planche N° 7**).

  A l'étape de la vision ou du diagnostic prophétique, une bougie allumée ou non est tenue par l'usager. Quelques gouttes d'eau bénite des lieux lui sont jetées sur le corps et après une ou deux minutes de concentration, les yeux fermés, le visionnaire entame les « *révélations spirituelles* » sur la maladie ou le malheur qui sera là ou qui est déjà là, dans le camp de l'usager. Une prescription de matériaux souvent vendus dans l'église est faite. Aux dires des enquêtés, ce qui est souvent reproché à ce modèle, c'est le « *caractère passe-partout* » de certaines révélations où « *accident* », « *empoisonnement* », « *soulèvements sataniques* », etc., pullulent dans les déclarations conclusives de vision ou de prophétie, face à n'importe quel usager.

  A l'étape de la prévention ou du traitement, des bougies, des rameaux de palme, des psaumes de *La Bible*, du parfum Saint Michel, de l'huile sainte dite « *loeloe* », des œufs et la pierre sont utilisés. Dans les cas graves, le patient est ligoté par les nervures de rameaux de palme, chicoté par des brindilles de rameaux, puis, délivré, dit-on, par arrachement de tout ce qui avait servi à le ligoter. Des bougies sont allumées autour de lui, aux quatre points cardinaux, dans l'église ou dans sa chambre à coucher la nuit. Cela s'appelle combat d'exorcisme contre les démons qui ont noms sorcellerie ou *azé*, mauvais sort jeté ou *bo*, les sirènes ou *mami* et autres mauvaises divinités relevant de l'idolâtrie. Mais si c'est un cas de bonheur à consolider ou de bonheur dont la survenue est à accélérer (*zédaga*), des fruits et des repas sont prescrits à ce patient pour être consommés en partage avec toute une assistance.

Sauf pour la phytothérapie ou d'autres thérapies qui utilisent les ingrédients végétaux, animaux ou minéraux dans l'affrontement des maladies somatiques ou psychiques, à l'analyse, ces modèles précédemment décrits s'occupent de psychothérapie particulière, d'ontothérapie, de sociothérapie et de cosmothérapie en renforçant l'aura du patient dans ses

[45] Le christianisme céleste est en vérité une adaptation spirituelle du christianisme universel aux réalités culturelles de l'Afrique, notamment du Bénin où il a vu le jour.

relations avec lui-même, sa communauté, l'univers visible et invisible de son existence. Autrement dit, le sujet qui fait l'objet des soins est placé dans une interrelation des forces causales de sa santé ou de sa maladie. Et cette interrelation-là constitue également la systémique qui caractérise ces modèles de soins.

Une revue des travaux ou de la littérature thématique enrichira probablement cette clarification des concepts.

2.2. Généralités sur les recherches affiliées à la thématique : essai de revue de littérature

La médecine moderne reflète les représentations occidentales de la « *santé* » et de la « *maladie* », notamment à partir des travaux de Claude Bernard (1865) publiés dans son *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*. Pour François Laplantine (1986 : 266-267), ces travaux mettent en relief, dans le domaine de la médecine, un « *modèle épistémologique de référence qui est celui des sciences exactes* ». Et dès lors, la santé et la maladie sont perçues comme étant des états à identifier à la lumière d'un « *déterminisme physique et chimique* » (C. Bernard, cité par Laplantine, 1986 : 266-267). La colonisation aidant à l'époque comme la globalisation de nos jours, cette médecine moderne a pris ainsi une envergure planétaire, relativisant concrètement la portée des médecines traditionnelles, surtout en ce qui concerne les pathologies organiques.

Or, tout l'existant en l'être humain ne saurait être réduit à l'organique. Il y a bien d'autres dimensions existentielles relevant du spirituel, du social, du cosmique, etc., qui peuvent être affectées en termes de « *maladies* ». Ces dimensions, qui échappent au « *modèle épistémologique de référence* » à l'occidentale, existent néanmoins. C'est ce qu'a souligné Henry-Valère Kiniffo, médecin chirurgien béninois, en rendant compte de l'une de ses expériences professionnelles : « *Dans l'exercice de ma profession, il m'est arrivé de rencontrer des choses bizarres, des objets, des corps étrangers qui se sont trouvés de manière indue dans l'organisme de mes patients. (…). Comme je le dis aux Européens, ce n'est pas cartésien, c'est-à-dire scientifique. Cela n'empêche pas que ces corps étrangers ont séjourné dans l'organisme humain. (…). Nous sommes obligés de reconnaître qu'il y a en Afrique plus d'un mystère* » (*In* : Hountondji, 1994 : 227 et 235).

Les limites de la médecine moderne qui se veut, comme il a été noté en haut, en lien étroit avec les sciences exactes de détermination de la santé ou de la maladie, viennent d'être montrées dans l'expérience rapportée par ce médecin. Ces limites, qui fragilisent la légalité

monopolisante de la médecine moderne elle-même et renforcent la légitimité socioculturelle des médecines traditionnelles, poussent les malades à emprunter des itinéraires thérapeutiques hybrides. C'est ce qu'Anne Luxereau a constaté dans « *la perception de la santé et de la maladie en pays Hausa* » au Niger. Elle a écrit à la lumière de ses observations dans ce pays, que « *la médecine européenne bénéficie (…) d'un prestige indéniable* ». Mais qu'« *au reste, deux précautions valant mieux qu'une, lorsqu'on s'adresse à cette médecine étrange et étrangère, il est fréquent que des remèdes traditionnels soient avalés par les malades quelques minutes avant ou après les comprimés* » (*in* : Retel Laurentin, 1987 : 143). Aubain Towanou (2014), dans *Quand la médecine tue impunément*, ne s'est pas contenté de dénoncer ces limites de la biomédecine. Il est allé jusqu'à la prendre en flagrant délit de crime contre la vie qu'elle est faite pour protéger. N'est-ce pas là donner raison à Boukris Sauveur (2014) qui, dans son livre au sous-titre évocateur de *Lorsque la médecine classique ne suffit plus*, mettait à nu en quoi la médecine moderne a déjà perdu partout, notamment en France, le monopole des soins de santé publique ?

En reconnaissant les limites de cette médecine, le site web https://fr.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9decine, consulté le 10 octobre 2016, a souligné qu'elle a fini par tolérer, depuis la fin du XXème siècle, les médecines dites alternatives, douces, traditionnelles ou étrangères (homéopathie, phytothérapie, acupuncture, etc). Il rapporta en sus que « *les critiques émises vis-à-vis de la médecine moderne en Occident sont son organisation très lourde avec des spécialisations nécessitant des études très longues pour les futures praticiens, le fait que le patient ne se sent pas pris en compte globalement comme un être humain avec son environnement personnel, la technicité excessive de cette médecine suréquipée en matériel et souvent jargonneuse, et finalement un coût très important pour la collectivité* ». A partir de ces considérations et d'autres qui seront examinées ci-dessous, elle ne parvient pas à être le seul recours de la plupart des populations.

Si le mélange de la médecine moderne aux médecines traditionnelles est devenu ainsi un mode d'adaptation des malades ou des patients pour mieux affronter la complexité des pathologies, qui ne sont pas qu'organiques, mais parfois ou souvent d'ordre spirituel, mental, social, cosmique, etc., force est de se rendre compte que c'est *Fâ* seule qui prend systémiquement en charge l'ensemble des dimensions de l'existence pouvant connaître des perturbations. Beaucoup de recherches l'attestent dont celle de Maupoil (1981) qui en a présenté une vue panoramique ; celles d'Abimbola (1968 et 1975) qui en ont décrit les connaissances intrinsèques dont la médecine.

Mais contrairement à la médecine moderne dont l'origine occidentale est connue pour ne pas être objet de débats, des chercheurs ont établi diversement que *Fâ* n'est pas d'une seule et même souche. Il serait venu du monde arabe, d'Egypte (Maupoil, 1981 ; Ambelain, 1984) ou de « *la lointaine Chaldée* » (Falcon, 1970 ; Maupoil, 1981). Albert de Surgy (1981 : 18, 19 et 30), pense plutôt à contre-courant, qu'il est un produit archaïque, endogène à la culture « *adjatado* » en Afrique de l'Ouest, d'où émanent toutes ses autres formes ultérieures, les mieux élaborées : « *Afa ne serait donc pas, comme on l'a jusqu'alors si volontiers présenté, un culte étranger importé depuis (...). Il s'agirait d'un culte associé depuis les temps les plus reculés au plus haut niveau de la religion Adja-Evhé* ». Et d'avoir souligné que : « *s'il fallait choisir, ce serait plutôt le système 'arabe' plus sophistiqué, qui dériverait de celui d'Afa, plus archaïque, non pas l'inverse* ». De ce point de vue qui est le sien, *Fâ* est un produit du génie africain, mondialisé par la suite, dans le domaine des croyances et des soins de santé. Toutefois, le flou sur son origine peut se comprendre du fait de « *diffusion qui s'étale sur plusieurs siècles (...) suivant un phénomène de réappropriations successives* » allant d'une contrée à une autre dans le monde (Adè, 1983-1984 : 90a).

Quant à sa dimension sanitaire polyvalente et systémique, dans les faits, Maupoil (1981 : 116) l'a nettement révélée : « *A la fois devin, prêtre, sacrificateur, prescripteur d'ordonnances et doseur de charmes, médecin et parfois pharmacien* », le *bokônon* praticien de *Fâ*, « *n'était pas considéré dans sa vie privée, comme un simple sujet du roi* ». Et c'est ce potentiel thérapeutique systémique de grande densité dans *Fâ* et les autres médecines traditionnelles qu'est venue voir en lieu et place la médecine moderne d'emprunt, laquelle ne donne pas entière satisfaction aux besoins en cure adaptée, ressentis par les populations cibles, autochtones (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003).

En effet, à côté des problèmes d'accessibilité géographique et financière aux soins modernes dans le système de santé régenté par la biomédecine, il existe de façon cruciale le problème d'inadaptation ou d'incompatibilité culturelle qu'y vivent ces populations (Dournes, 1987 ; de Rosny, 1994 ; Yangni-Angaté, 2004). Ces dernières naissent et grandissent dans des cultures où les perceptions de la santé et de la maladie sont autres, comparées à celles des populations occidentales. En Afrique par exemple, au Bénin notamment, la santé et la maladie sont des concepts éclatés, alors qu'en Occident, ce sont des concepts « *monolithiques* » comme des « *galets* » (Nathan, 1994). Etant donné que les communautés béninoises ou africaines font partie des « *sociétés à univers multiples* » tandis que celles qui sont occidentales participent des « *sociétés à univers unique* » (Nathan, 1994), leurs représentations de la santé et de la

maladie diffèrent en conséquence les unes des autres. Les premières se représentent la « *maladie* » comme un déséquilibre existentiel et la « *santé* » comme un équilibre existentiel. Les secondes, au contraire, ramènent tout cela au biologique. **Or, à l'évidence, le biologique n'est qu'un tout petit sous-ensemble de l'existentiel**.

Approche holistique donc dans *Fâ*, où en plus des maladies du corps comme le tétanos, la malaria, le diabète, etc. ; de l'âme comme l'hystérie, la dépression psychique, la paranoïa, etc., tout autre déséquilibre d'ordre socioculturel, économique ou cosmique est assimilé à une maladie. C'est le cas par exemple pour le célibat adulte, l'échec entrepreneurial, la pauvreté, la sécheresse démesurée, la malchance, la guerre, etc., qui sont considérés aussi comme des maladies, c'est-à-dire comme des dysfonctionnements existentiels. La mise entre guillemets du mot « *maladie* », déjà à partir du titre de la présente Thèse, est le reflet de sa polysémie et de son extension représentative, au Bénin, en Afrique ou ailleurs, à des réalités que la biomédecine ne considère pas comme maladies.

Le positivisme[46] d'Auguste Comte et le rationalisme[47] de Descartes semblent avoir balisé implacablement l'entendement de la plupart des Occidentaux pour les rendre incrédules à la *multiplicité de l'univers*, identifiée par Tobie Nathan (1994) chez les non Occidentaux. Ces perceptions de la « *santé* » et de la « *maladie* » ne paraissent-elles pas bizarres à l'Occident, voire irrecevables parce que ne répondant pas à des critères de mesure, d'universalité et de déterminisme scientifique (Claude Bernard, 1865) ? En effet, selon le site web http://www.dematice.org/ressources/PCEM1/psychiatrie/P1_psy_007/co/Histoire_medecine_47.html, la médecine moderne est fondée sur quatre principes : *« 1. Les faits ; 2. L'expérience ; 3. Le naturalisme ; 4. La lutte contre toute idée dogmatique ou croyance scientifiquement non prouvée* ». Les discordes entre la médecine moderne et les médecines différentes d'elle peuvent être mieux comprises à partir de ces principes-là. Toutefois, il se fait nécessaire de dépasser ces discordes pour relativiser la science au regard de la diversité de la nature et de la culture où vit l'être humain sur la planète terre. Pierre Claver Rwangabo (1993 : 62-65) a pu faire la part des choses face à certains éléments de discorde entre médecine moderne et médecines traditionnelles à partir du cas africain, rwandais notamment :

[46] Pour Auguste COMTE, fondateur de ce courant philosophique appelé aussi scientisme, *l'homme doit se borner à ce qu'il peut savoir de manière certaine, grâce à la science*. Et il y a là, comme chez Emmanuel KANT après, *le refus à l'homme de toute prétention métaphysique* (Cf. Google, Wikipédia).

[47] Doctrine qui pose *la raison discursive comme seule source possible de toute connaissance*, le rationnalisme moderne, chez René DESCARTES, met en relief la force de la méthode et du bon sens pour atteindre la vérité la plus sûre qui fonde la science (Cf. Google, Wikipédia).

> En effet, il a remarqué que « *la médecine traditionnelle prend souvent pour vers intestinaux certaines gastrites, toutes les maladies gastro-intestinales, la majorité des ulcères d'estomac* ». Et qu'on reproche à cette médecine-là de s'appuyer « *pour son diagnostic beaucoup plus sur l'intuition que sur les manifestations physiologiques réelles de telle ou telle pathologie* ». Mais en dépit de sa remarque, comme pour souligner que la dévalorisation de la médecine traditionnelle tient d'une discrimination occidentale, il a réagi en ajoutant *:* « *Cependant, nous déplorons tout autant l'égocentrisme de la médecine européenne qui qualifie de non valide tout autre procédé* ».

Selon Tobie Nathan, dans la logique d'« *univers unique* » qui régit la biomédecine et l'entendement de l'Occident, rien ne serait du monde invisible pour mériter qu'on ait une logique d'« *univers multiples* ». Par conséquent, pour cet Occident-là, tout ce qui sort de sa rationalité est forcément irrationnel, superstitieux, enfantin, inadmissible, répressible, répudiable (Dégbèlo, 1992 ; Dormael, 1997). N'est-il pas alors surprenant et encourageant à la fois que Tobie Nathan (1994), pourtant occidental de culture et de civilisation, reconnaisse « *les bienfaits des thérapies sauvages* » en dépit de leurs limites par rapport à la « *thérapie scientifique* » ?

Mais l'on doit se rappeler que le mépris pour ce que l'on considère comme faux et l'attachement à ce que l'on prend pour vrai semblent dater de l'Antiquité grecque, avec la philosophie de Platon. C'est ce qu'a mis en exergue Isabelle Stengers (1994) dans son analyse de l'opposition entre tradithérapie et biomédecine, lorsqu'elle souligne qu'il y a « *partage entre ceux qui se complaisent parmi les ombres changeantes et peu fiables de la caverne et celui qui sait, d'en être sorti, pourquoi ces ombres sont trompeuses* ». Or, ces ombres changeantes, auxquelles le nom d'irrationalité est donné par l'Occident, pourraient se dissiper un jour pour exhiber la rationalité lumineuse qu'elles dissimulaient. Cette dissipation ne paraît-elle pas d'ailleurs amorcée avec la reconnaissance de la portée des médecines traditionnelles dans les soins de santé primaires (OMS, 1978) ? Si oui, le « *Grand partage* » dont a parlé Stengers (1994), et qui est l'expression d'une « *anthropologie asymétrique* », mériterait d'être corrigé afin que naisse une « *anthropologie symétrique* » (Latour, 1994). Cette dernière, parce qu'elle est dite « *symétrique* », ne devra plus invalider *a priori* d'autres formes de rationalité dans le domaine sanitaire.

En effet, comme l'ont montré Jaffré et Olivier de Sardan (1999), « *la construction sociale des maladies* » et les « *entités nosologiques* » varient d'une culture à une autre et cela d'autant que : « *Jamais, nulle part, les représentations populaires des maladies ne coïncident avec les représentations savantes, biomédicales* ». Les concepts de santé et de maladie témoignent donc d'une polysémie, d'une extensibilité et d'une complexité qui postulent « *une pensée*

complexe » (Morin, 1990) en termes d'approche théorique et opérationnelle pour des politiques adéquates de santé n'imposant plus le réductionnisme de la biomédecine, mais faisant plutôt seconder ce dernier par la systémique des « *thérapies* » endogènes, celles de *Fâ* par exemple, où se trouvent « *sciences, lettres et arts au chevet du malade* » (Adjotin, 2011). Et si ce n'est pas pour la première fois qu'une recherche a signalé la proximité de *Fâ* avec la médecine, c'est probablement la première fois, à répertorier la littérature spécialisée, que des investigations sur la mise en relation de *Fâ* avec la médecine moderne, pour une synergie de l'action médicale, sont entreprises.

Sachons que le rapport entre géomancie/*Fâ*, médecine et université fut déjà établi par Ambelain (1984 : 33-34) qui écrivit que « *la tradition géomancique, souvent associée à celles de la philosophie et de la médecine, va se fixer autour des célèbres universités de Gondé-Shapour et de Bagdad (…)* ». Par ailleurs, les études menées par Dossou Tchouba (1985) et celles spécifiques sur *Fâ* comme tête de pont des médecines traditionnelles chez les « *fonnu d'Abomey*» par Capo-Chichi, médecin généraliste (1992), corroborent la nécessité d'une collaboration entre les modèles différents de soins de santé. Et c'est bien l'OMS elle-même (1978) qui, à Alma-Ata, a donné le top de cette collaboration en décidant de faire intervenir, partout dans le monde, les guérisseurs traditionnels aux côtés des médecins modernes, dans « *Les soins de santé primaires* ». Cette conjugaison des recours thérapeutiques viserait une couverture sanitaire multidimensionnelle, existentielle ou intégrale. Elle équivaudrait à une démarche « *symétrique* » qui validerait une association du réductionnisme de la biomédecine et de la systémique de la tradithérapie. Elle irait ensuite au-delà de cette association, pour cause de « *complexité* » des réalités (Morin, 1990) de la santé et de la maladie et corrigerait ainsi les affres du « *Grand partage* » (Stengers, 1994).

Toutefois, en prenant appui sur ces recherches affiliées à la thématique, l'on se permettrait de faire un constat et de se poser des questions. Pour dire qu'à l'analyse, la démarche symétrique existe théoriquement déjà, et semble recommandée opérationnellement aux acteurs médicaux dans la définition donnée à la santé par l'OMS. N'est-elle pas frappée de symétrie, la santé que l'on définit comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social* », et qui « *ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité* » ? Par hypothèse à vérifier en profondeur, n'est-elle pas également frappée de symétrie, l'approche médicale systémique qui caractérise *Fâ* et les autres thérapies traditionnelles ?

En répondant par l'affirmative à ces questions, l'on pourrait conclure que l'effort à faire pour obtenir une « *anthropologie symétrique* » porteuse d'une couverture sanitaire systémique, conforme aux représentations que les populations africaines et l'OMS elle-même ont de la « *santé* » et de la « *maladie* », concerne les politiques publiques nationales et internationales, dans leur rapport avec la biomédecine. Ce rapport-là est-il animé par un souci de symétrie dans le champ des modèles de soins et des valeurs socioculturelles qui les déterminent ? En effet, comment pourrait-on obtenir une telle couverture sanitaire, attendue des « *sociétés à univers multiples* », si l'on maintenait cette dysharmonie entre les représentations au cœur des systèmes de soins endogènes et du système de soins étranger imposé par la colonisation, puis entretenu à ce jour par des mécanismes qui méritent d'être décryptés ?

S'il est établi que la biomédecine est incapable, à elle seule, d'atteindre cette couverture sanitaire souhaitée, ne faudrait-il pas envisager de lui associer fonctionnellement les médecines locales, dont *Fâ* apparaît au Bénin comme le maillon le plus important[48] ? Si oui, cette approche intégrée est-elle faisable et assurerait-elle la couverture sanitaire systémique et existentielle comme besoin des populations cibles ? Peut-on mettre en collaboration effective les différents modèles de soins pour cette couverture sanitaire sans engager « *La revalorisation de la médecine traditionnelle* », comme l'a proposée un collectif de chercheurs sous la direction scientifique du Professeur Yangni-Angaté en Côte-d'Ivoire ? Collectif pour lequel l'une des idées capitales, qui sous-tendent ladite revalorisation de la tradithérapie, est de souligner qu'« *au lendemain de l'indépendance, le système médical laissé en place et étoffé par les gouvernements africains s'est révélé pour une large part inadapté, cher et insuffisant* » (*in* : Yangni-Angaté, 2004 : 42). Alors, appuyons-nous maintenant sur les faits.

2.3. Géographie pour une cartographie de la médecine moderne et de *Fâ*

A défaut de l'affirmer, l'on peut émettre l'hypothèse qu'il n'y a que deux modèles thérapeutiques au Bénin, en Afrique et dans le monde. Il s'agit du modèle moderne universel, basé sur les principes de déterminisme scientifique, de mesure et de justification rationnelle

[48] Il a déjà été signalé que *Fâ* est consulté à chaque fois qu'il s'agit de voir la faisabilité de n'importe quel projet dans les sociétés traditionnelles du bas-Bénin, y comprise celle des actions thérapeutiques à entreprendre. Les enquêtes montrent qu'aucune divinité, interférant dans la santé ou la maladie, ne se prend en considération chez les populations *fon*, *adja*, *sahouè*, *mahi*, *nago-yorouba*, *idatcha*, *tchabè*, *goun*, *mina*, etc. du Bénin, sans être révélée par *Fâ* : cf. Etude du Révérend Père Paul FALCON (1970). Et il est une lapalissade que même les fondateurs des églises évangéliques, et d'autres cultes nouveaux, fréquentent nuitamment les praticiens de *Fâ* pour mieux élucider certaines difficultés et issues de leurs initiatives et projets. De plus, **quand bien même *Fâ* a des pouvoirs thérapeutiques en lui, il lui arrive aussi à travers la consultation, par humilité et reconnaissance de ses limites, d'orienter un malade vers d'autres sources de thérapie parmi lesquelles figure la médecine moderne**.

des résultats (Claude Bernard, 1865 et 2008) par opposition au modèle traditionnel particulier où les principes précités semblent absents, en dépit de ses résultats réels. La cartographie physique de ces deux modèles n'étant pas encore tracée ou établie à l'échelle des pays et du monde, l'on ne peut que l'imaginer potentiellement, à la lumière de la dissémination spatiale desdites pratiques médicales.

Le modèle thérapeutique moderne a pu gagner, avec légalité, tous les cinq continents du monde ainsi que l'a reconnu le « *Forum AG4 sur la santé* », animé par l'Etat-major de Claire Pinto Dos Santos Almeida : « *... En Europe, en Océanie et en Amérique la médecine moderne a pris le pas sur la médecine traditionnelle, c'est pourquoi celle-ci est bien souvent oubliée ou mise de côté. De nos jours, la médecine traditionnelle qui subsiste et qui est la plus répandue provient bien souvent d'Asie ou d'Afrique* ». Existant également sur ces deux derniers continents, le modèle thérapeutique moderne y est donc en concurrence avec les médecines traditionnelles, dénombrables à « *plus de 400 dans le monde* » : (Cf. : https ://mfgnu.files.wordpress.com/2015/12/ag4-santc3a9-medecinestraditionnelles-claire.pdf), site consulté le 10 novembre 2016.

Ce modèle, transféré comme technologie[49], a pu gagner les pays en voie de développement, dont le Bénin fait partie, par le biais des conquêtes coloniales qu'avaient opérées notamment Français, Anglais, Italiens, Allemands, Espagnols et Portugais. Favorisé dans les pays colonisés au moyen d'une politique assimilationniste voire répressive hautement financée pour lui faire avoir et garder coûte que coûte le monopole des usages médicaux, il demeure néanmoins confronté à la légitimité et à la résistance du modèle endogène ou traditionnel. Or, en comparaison à la médecine scientifique moderne, le modèle traditionnel ne peut qu'être traité d'irrationnel, d'archaïque et de peu convaincant par les pouvoirs publics transformés politiquement, idéologiquement et économiquement en caisses de résonnance des puissances hégémonistes. Autrement dit, la cartographie des modèles de soins au Bénin, en Afrique et dans le monde, si on la réalisait matériellement, serait faite de **présence légale** contre **exercice légitime** qui sont en concurrence par rapport à la finalité de la couverture sanitaire de l'humanité.

[49] Selon Google/Wikipédia, l'institutionnalisation du transfert des technologies s'est effectuée surtout entre 1980 et 1990 où il fut question de transférer des connaissances brevetées d'un propriétaire au profit d'un acquéreur. Dans le cas présent, l'Occident diffuse ses connaissances biomédicales et les fait acquérir de gré ou de force par les pays conquis.

De façon concrète, si l'on se permet de concevoir cette cartographie à l'échelle du Bénin, l'image serait constituée, d'un côté, de Centres de santé modernes dotés de médecins généralistes ou spécialistes, d'infirmiers, de sages-femmes, de pharmaciens, de laborantins et de paramédicaux et, de l'autre côté, des espaces modestes et multiformes d'exercice de médecine traditionnelle. Celle-ci se trouve sous un régime d'« *illégalité* », fonctionnant sans aucune dotation publique et dont le personnel, sans apparât distinctif, est réduit au strict minimum, à la limite du volontariat et du dénuement matériel.

Les Centres modernes de santé, régentés et financés par une gouvernance nationale (l'Etat) et internationale (les Partenaires techniques et financiers/PTF bilatéraux ou multilatéraux dont les Nations Unies/l'OMS), sont disséminés en pyramide du niveau central en passant par le niveau intermédiaire jusqu'au niveau périphérique dans tout le Bénin. Leur visibilité infrastructurelle force l'admiration tandis que leur sous-fréquentation choque la curiosité du chercheur qui risque d'en déduire que la légalité de la médecine moderne est mise à mal par la légitimité des thérapies traditionnelles ou populaires. Il faut noter que la légitimité des thérapies populaires, en effet, est conservée parce que, malgré la puissance de la machine assimilationniste des différentes colonisations pour imposer le modèle moderne ou scientifique de soins, les statistiques lui restent favorables : Cf. les résultats de la présente recherche au dernier chapitre.

Devant un agent de santé moderne lettré et diplômé, dans sa blouse blanche, bleue, verte ou rose, que vaudrait un « *guérisseur traditionnel* », analphabète parfois en haillons, aux pieds nus et sales, incapable d'expliquer, avec des mesures et autres repères de « *scientificité* », les mécanismes de la réussite de ses traitements ? Aussi, assisterait-on, sur cette cartographie, à des localisations d'acteurs sanitaires moins visibles, disséminés « *illégalement* » dans tout le pays et jouissant pourtant d'un taux très élevé[50] de fréquentation de jour comme de nuit. Et s'il faut matérialiser les points d'implantation des unités, non légales, de soins populaires, l'on

[50] Entre 1997 et 1998, le Programme Médico-Sanitaire Bénino-Suisse (PMSBS) m'avait confié une étude sur la qualité des soins à Cana, ancien village dépendant du royaume du Danxomè ayant Agbomè (Abomey) pour capitale ; actuellement Arrondissement/Commune de Zogbodomey. Le besoin de cette étude était parti du constat, par la Suisse, du grand déficit de fréquentation de la Maternité de Cana, construite à grands frais par elle. L'étude a révélé que si dame Nan, la matrone de la localité, jouissait d'une sur-fréquentation contre la sous-fréquentation de la Maternité, c'est parce qu'à côté de son savoir traditionnel d'accouchement où sa chatte grimperait les grossesses difficiles pour faciliter leur délivrance, elle avait surtout l'art d'accueillir les parturientes ou des qualités humaines. Et aussi la maîtrise des plantes médicinales locales, même des plantes de désenvoûtement sorcier, contrairement aux sages-femmes de la Maternité de luxe. (Cf. P. ADJOTIN pour le PMSBS, *La qualité des soins à Cana*, document interne de la Coopération sanitaire suisse, 1997-1998). C'est cette étude qui avait incité la Suisse à construire l'Unité Villageoise de Santé (UVS), gérée par ladite matrone, jusqu'à sa mort.

constaterait que ces points sont plus nombreux que ceux des unités légales de la médecine moderne. Au sein de ces unités de thérapies endogènes populaires, non reconnues légalement[51], mais légitimement utilisées par les communautés à la base, se trouve *Fâ*, variant en appellation d'un point d'implantation à un autre.

A l'échelle de la carte du monde, on rencontre la géomancie sur presque tous les continents : elle se dit *Fâ*, *Afâ* et *Ifâ* au Bénin, au Togo et au Nigeria (Adjotin, 1992, 2011) ; *Laturu* chez les Bambara du Mali ; *Gara* chez les Sara du Tchad ; *Ig'eham* chez les Touareg ; *Khet't er* ou *Darb el Remel* chez les Arabes ; *Ramouli* au Soudan ; *Ramli* aux Comores ; *Ramplion* ou *Rabolion* à Byzance ; *Sikidy* à Madagascar (Jaulin, 1988). Cela se rapproche du *Fen Shui*, du *Luoban* ou du *Yi-King* des Chinois et se dit *Geomantia* chez les Latins en Occident. Et selon Robert Ambelain (1984 : 33-34) qu'il convient de répéter avec plus d'étendue, la « *tradition géomantique* (…) *va se fixer autour des célèbres universités de Gondé-Shapour et de Bagdad (…) et de là, véhiculée par les devins itinérants, elle va gagner les villes de Damas, Alexandrie, Le Caire (…), gagnera tout le Maghreb (Lybie, Tunisie, Algérie, Maroc). Puis pénétra en Espagne. (…). Elle pénétrait en Afrique noire, (…), par le fait d'immigrants berbères (…). Elle va s'associer au culte des fétiches africains (…). Mais auparavant, venue probablement d'Egypte, elle est passée à Madagascar, avec les comptoirs arabes établis dès le XVI*^{ème}*siècle* ». Roger Gascon (1990 : 11), parlant de cette géomancie, a été plus affirmatif en disant qu'« *on la retrouve sous différentes formes aux quatre coins de la terre* » et que dans les pays scandinaves, elle[52]a pour nom *Runes* tandis que Bernard Maupoil (1981 : 49) avait souligné que « *la traite a permis à Fa de franchir l'Atlantique*. *Sa présence est attestée au moins au Brésil et à Cuba* ».

On peut à juste titre, à cause de la déportation et de la traite des Noirs, étendre cette considération à toute la diaspora noire dont celle de la Floride aux Etats-Unis, de la Jamaïque, de la Martinique, de la Guadeloupe, de la Guyane, d'Haïti et autres. Donc *Fâ* est vraiment présent dans le monde et d'utilité planétaire comme la médecine moderne ainsi que le témoignent d'ailleurs sa reconnaissance internationale et son inscription, depuis 2005 à l'UNESCO, sur la liste du patrimoine mondial immatériel. Soit cinq ans avant l'acupuncture,

[51] Des tradithérapeutes sont nombreux à dénoncer « *l'injustice dans la Justice* », au cours des enquêtes de terrain à Abomey, Ouidah et Cotonou, en soulignant comment un agent de santé moderne, dont le patient meurt du fait de ses erreurs techniques, serait à l'abri de grandes poursuites judiciaires contrairement à eux, si le cas malheureux survenait.

[52] L'auteur a précisé ceci : « *l'usage le plus répandu en Occident consiste à tracer des petits bâtonnets sur une feuille de papier. Cette dernière façon de procéder est devenue courante dès le XVI*^{e} *siècle* ».

« *introduite dans les pratiques médicales des nations occidentales sans que ses fondements théoriques aient été pour autant reconnus. (…) Sans pour autant que la réalité de son action et la preuve de son utilité soient établies* »[53].

A la lumière de cette configuration théorique où sa géomancie est présente aux côtés de la médecine moderne, le Bénin dispose d'une diversité de modèles de soins pour enrichir sa couverture sanitaire. Alors pourquoi semble-t-il tarder, en dépit de son Programme National de la Pharmacopée et de la Médecine Traditionnelles (PNPMT) ainsi que de son statut religieux de « *berceau du vaudou* », à développer une mise en valeur de *Fâ* ? A investir des ressources concrètes et adéquates dans la collaboration entre médecine moderne et médecines traditionnelles ? Et puis, comment pourrait-il investir dans cette collaboration sans qu'on ait, au préalable, identifié les pistes devant y conduire ?

Après cette présentation des ressources géographiques pour la cartographie des modèles de soins en présence, intéressons-nous maintenant aux pathologies dont ils ont la charge et aux comportements qui s'y rapportent.

2.4. Décor des pathologies et des comportements

La cartographie théorique, ci-dessus pensée en fonction des ressources géographiques identitaires de la médecine moderne comme des médecines traditionnelles et notamment de *Fâ* au Bénin, en Afrique et dans le monde, ne tourne pas à vide. Elle tient son contenu réel des interactions entre la société, la culture, l'économie et la politique en tant que champ mixte où sont attaquées les pathologies, quelle que soit l'étiologie qui les sous-tend.

- **Au sujet des pathologies**

Le décor des pathologies, en l'occurrence au Bénin et en Afrique, est truffé de paranormal à telle enseigne que même certains cas que la biomédecine considère comme troubles d'ordre biologique sont souvent des manipulations dues à des facteurs spirituels négatifs. Au bilan, on en conclut souvent que c'est un mauvais sort qui est jeté, un envoûtement par la sorcellerie, bref, une maladie provoquée qui relève du domaine de compétence des médecines populaires. Celles-ci regroupent les médecines traditionnelles dont *Fâ*, les médecines confessionnelles, les médecines douces, etc., c'est-à-dire toutes choses qui ne sont pas du ressort de rationalité et de compétence de la médecine moderne des hôpitaux. Le récit, ci-après, du **sauvetage de**

[53] Extrait, par BOUKRIS (2014), du Rapport de l'Académie de médecine en France.

Nan Lodé d'une mystérieuse noyade, témoigne de la complexité des causes de malheur ou de maladie dans certaines cultures et civilisations, en dehors de celles de l'Occident :

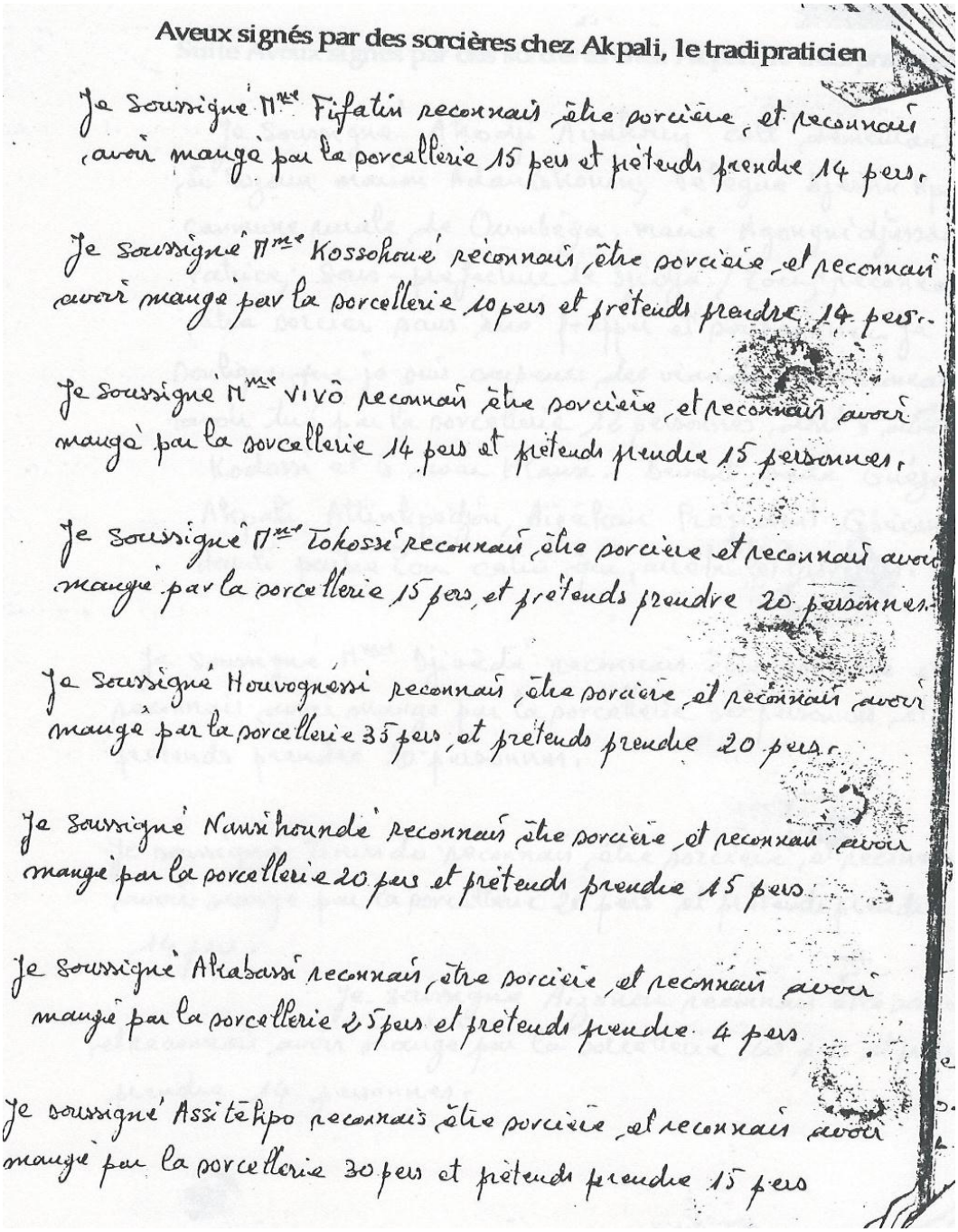
> Nan Lodé, plus d'une soixantaine d'âge passé en 2016, est native du quartier Ahouaga, dans la Commune d'Abomey. En juillet 1980, elle tomba dans une citerne d'environ douze mètres de profondeur, remplie d'eau de pluie à hauteur de dix sur les douze. Cette citerne était à ciel ouvert, c'est-à-dire non couverte à la surface. Mais elle avait quand même une haute margelle de protection contre animaux, enfants et malades mentaux. Selon l'informateur, « *c'est sous l'effet d'une force démoniaque du monde invisible que Nan Lodé a été projetée dans ladite citerne* ».
>
> Le bruit produit par sa chute dans l'eau attira l'attention du voisinage. Elle gisait au fond de l'eau. Des cris de détresse fusèrent dès lors de toutes parts, quémandant un sauvetage hypothétique, vu que c'était à une dizaine de kilomètres que se trouvait le seul Service de sapeurs pompiers de la zone. Les populations parvinrent à l'extraire, saine et sauve, de cette citerne. La crainte de sa mort par noyade a pu être ainsi évacuée devant une foule de curieux, hébétée par le mystère de sa projection dans l'eau profonde ainsi que par le miracle que représentait son sauvetage.

De tels faits génèrent chez les populations la foi, en termes de confiance ou de méfiance, en des forces immatérielles capables de leur faire vivre bonheur ou malheur, santé ou maladie, invulnérabilité ou vulnérabilité. En conséquence, après son accident que l'on croit être provoqué par les forces du mal, Nan Lodé fut désenvoûtée par des tradithérapeutes avant d'être transférée d'Abomey sur Godomey, près de Cotonou, dans la maison de son petit-frère.

Afin de parachever les enquêtes sur le terrain, j'ai pu la rencontrer vivante comme un charme. Et auprès de l'un de ses proches parents, les tenants et aboutissants du drame avorté furent sus : selon les consultations de *Fâ* et la divination par le miroir magique de la catoptromancie, Nan Lodé aurait été catapultée dans la citerne par la sorcellerie et n'aurait échappé à la mort par noyade que grâce à une divinité appelée '*vaudou Dan*' de sa famille. A l'analyse de ce cas, la piste médicale en psychopathologie poserait le diagnostic d'un dérèglement mental engendrant une volonté de suicide de Nan Lodé, quand bien même aucun facteur visible n'avait suscité cette hypothèse.

Contrairement au récit figurant dans l'encart ci-dessus relatif à Nan Lodé, **les illustrations pour le décor des pathologies sont souvent macabres, comme l'indiquent ci-après les aveux de sorciers, les images d'objets insolites et les faits des Planches N° 1, 2, 3 et 4 qui suivent**. **Ces illustrations mettent aussi en évidence la complexité étiologique qu'affrontent les agents de santé des thérapies traditionnelles** (**Planche N° 5**), souvent là où la thérapie moderne qu'apporte la biomédecine révèle ses limites.

Planche 1 : Aveux[54] publics de sorcières et de sorciers



Aveux signés par des sorcières chez Akpali, le tradipraticien

Je Soussigné Mme Fifatin reconnais être sorcière, et reconnais avoir mangé par la sorcellerie 15 pers et prétends prendre 14 pers.

Je Soussigné Mme Kossohoué reconnais être sorcière, et reconnais avoir mangé par la sorcellerie 10 pers et prétends prendre 14 pers.

Je Soussigné Mme Vivô reconnais être sorcière, et reconnais avoir mangé par la sorcellerie 14 pers et prétends prendre 15 personnes.

Je Soussigné Mme Tokossi reconnais être sorcière et reconnais avoir mangé par la sorcellerie 15 pers, et prétends prendre 20 personnes.

Je Soussigné Houvognessi reconnais être sorcière, et reconnais avoir mangé par la sorcellerie 35 pers, et prétends prendre 20 pers.

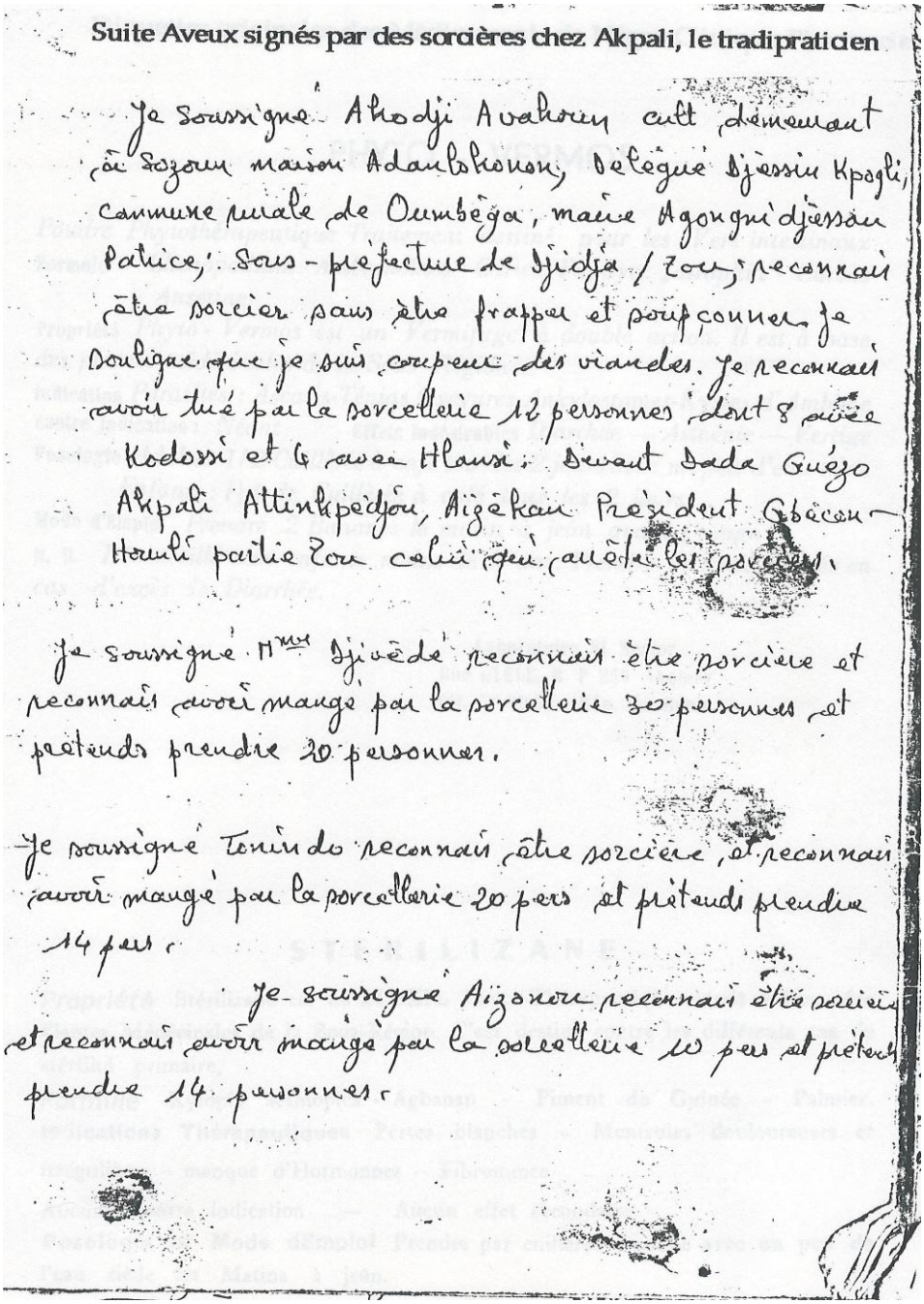
Je Soussigné Nansihoundé reconnais être sorcière, et reconnais avoir mangé par la sorcellerie 20 pers et prétends prendre 15 pers

Je Soussigné Akabassi reconnais, être sorcière, et reconnais avoir mangé par la sorcellerie 25 pers et prétends prendre 4 pers

Je soussigné Assitêhpo reconnais être sorcière, et reconnais avoir mangé par la sorcellerie 30 pers et prétends prendre 15 pers

[54] Ces aveux, obtenus prétendument sans sévices et tortures, ont été notés dans le cahier du Secrétariat d'Akpali, tradithérapeute résidant à Gbècon-Hounli, Commune d'Abomey. En effet, au cours des enquêtes, en septembre 1995, pour mon Mémoire du Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées (DESS, 1996) à Genève, Akpali, septuagénaire illettré, a autorisé son secrétaire, qui lui écrivait tout, de me laisser photocopier les pages de son « *cahier des aveux publics* ». Signées « *librement* » par empreintes digitales des concernés, les déclarations que contient ce cahier préfigurent la complexité des causes et notamment du décor des pathologies qui, au Bénin et ailleurs, est truffé de paranormal.

Planche 2 : Suite des aveux publics de sorcières et de sorciers



Suite Aveux signés par des sorcières chez Akpali, le tradipraticien

Je soussigné Akodji Avahoun cult demeurant à Sozoun maison Adanlokonon, Délégué Djessin Kpogli, commune rurale de Oumbéga, mairie Agongni djessin Patrice, Sous-préfecture de Djidja / Zou, reconnais être sorcier sans être frappé et soupçonné je déclare que je suis coupeur des viandes. Je reconnais avoir tué par la sorcellerie 12 personnes dont 8 avec Kodossi et 4 avec Hlansi. Devant Dada Guézo Akpali Attinkpédjou, Aizékan Président Gbécon-Hounli partie Zou celui qui aveugle les sorciers.

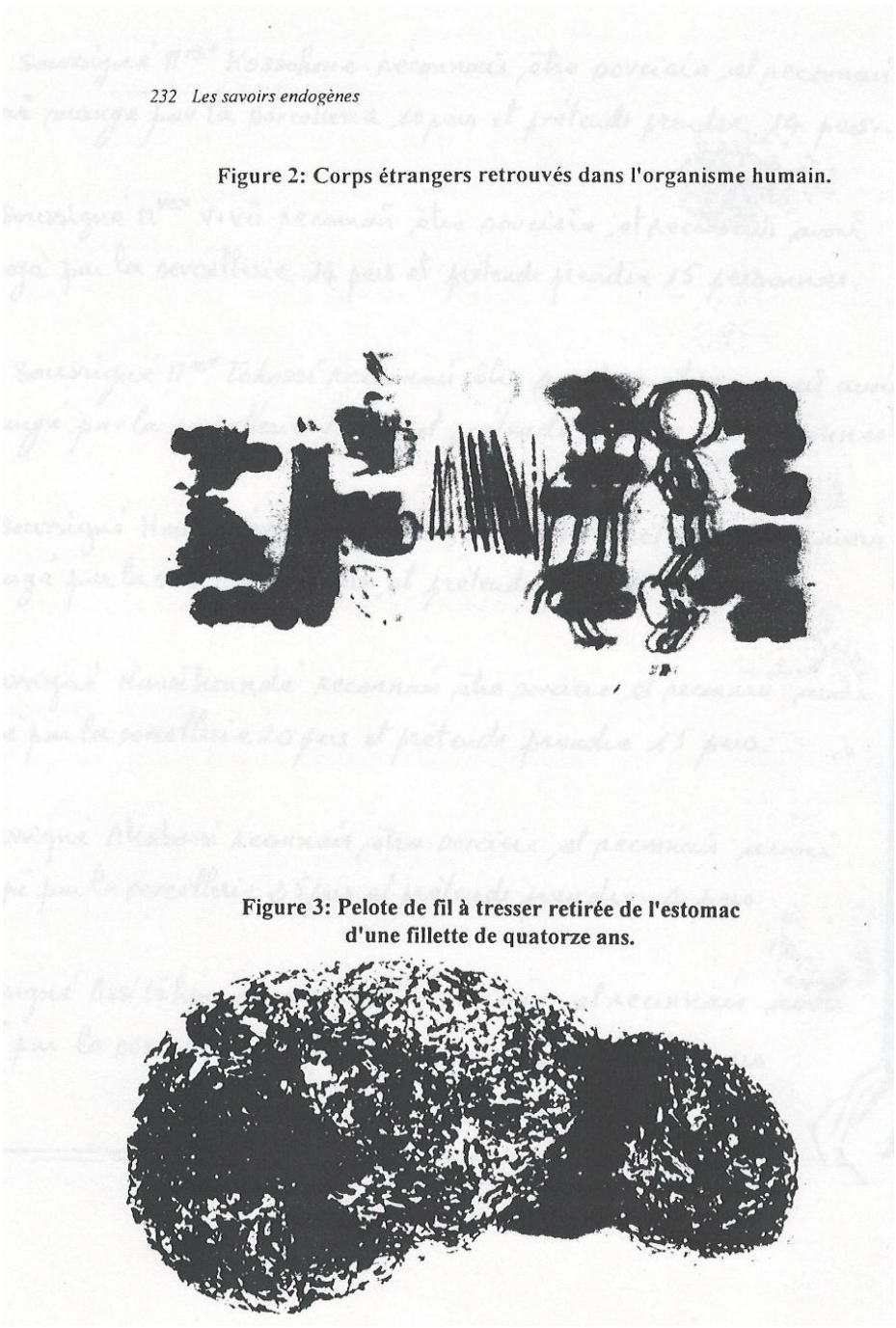
Je soussigné Mme Djivèdé reconnais être sorcière et reconnais avoir mangé par la sorcellerie 30 personnes et prétends prendre 20 personnes.

Je soussigné Tonindo reconnais être sorcière, et reconnais avoir mangé par la sorcellerie 20 pers et prétends prendre 14 pers.

Je soussigné Aizonon reconnais être sorcière et reconnais avoir mangé par la sorcellerie 10 pers et prétends prendre 14 personnes.

1. Planches extraites de Adjotin, P. (1996). Médecines traditionnelles et médecine moderne au Bénin. Collaboration ou conflits ?

Planche 3 : Objets insolites[55] dans l'organisme humain



2. Planche extraite de Hountondji, J. P., sous la dir. (1994). Les savoirs endogènes.

[55] Au cours de sa carrière, comme il l'a rapporté lui-même par écrit, le Professeur Henri-Valère Kiniffo, chirurgien de renom, intervenant au Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU) de Cotonou, a extrait chirurgicalement du corps de certains patients des objets de nature insolite (aiguilles, tessons de bouteilles, pelote de fil à tresser), dont voilà les images sur la présente planche. Le médecin n'a pu trouver aucun mécanisme biologique qui puisse expliquer la présence de ces objets à l'intérieur du corps humain. Il y a là également l'une des preuves de la complexité du décor des pathologies qui, au Bénin et ailleurs, est truffé de paranormal.

Planche 4 : Faits de sorcellerie[56] en Côte-d'Ivoire



Cocody offre 70 bourses aux étudiants

La commune de Cocody accorde une bourse de 50 mille francs à 70 étudiants. Cinq d'entre eux ont déjà reçu leurs enveloppes vendredi dernier.
Les conditions pour recevoir cette aide sont: être de la commune de Cocody et dans des conditions sociales difficiles.
P. 8

Ivoir'Soir
LE QUOTIDIEN IVOIRIEN DU SOIR
N° 1490 — 100 F — LUNDI 26 AVRIL 1993

Sorcellerie en COTE-D'IVOIRE aussi. Article de journal sur le vif

La sorcière de Bin-Houyé confesse

JE N'AI EU QUE LA CUISSE DE MON FILS
P. 12

(Photo: K'OUESSAN N'GUESSAN)

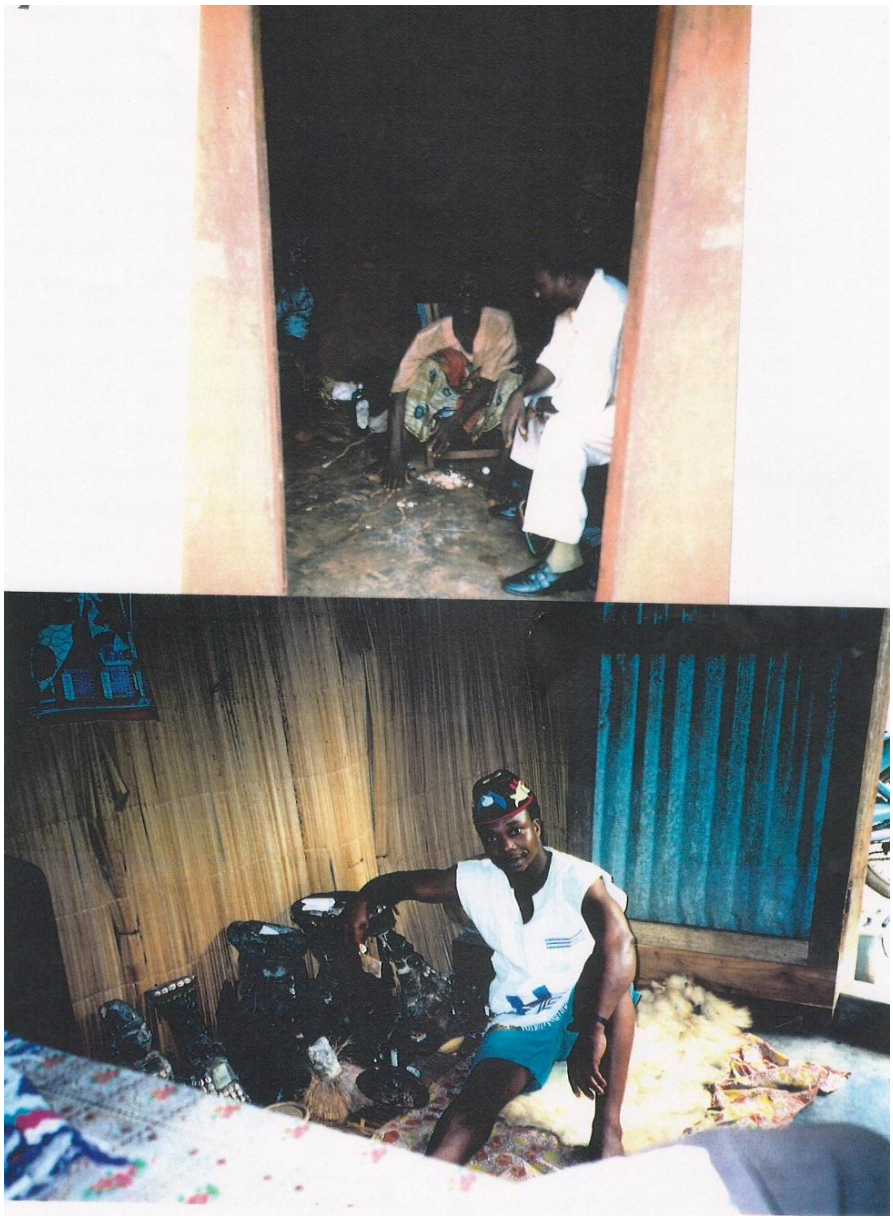
Okolossi [illegible] de Tina Spencer

La mère venge son fils dans le sang

Un couteau dans le dos, Amadou Bokoum a été blessé par Samaké Sata. Cette dernière vengeait son fils que la victime aurait frappé. L'auteur du coup (Sata) dit avoir désarmé Amadou qui la menaçait avec son couteau. Le tribunal, après délibération, a condamné Samaké Sata à six mois de prison avec sursis et 50 mille francs d'amende. Elle payera en outre cent mille francs de dommages et intérêts.
P. 12

[56] Le titre macabre, en caractère gras ci-dessus, résume une scène qui s'est passée dans la Sous-Préfecture de Bin-Houyé, en Côte-d'Ivoire. Appartenant à un trio de trois sorciers selon le quotidien « *Ivoir'Soir* » du lundi 26 avril 1993, Toun Manou Hélène a livré au sabbat du groupe son propre fils, Oulaï. Mais, lésée lors du partage de ce repas de chair humaine dans leur monde invisible aux non initiés, elle a dû avouer de façon plaintive à la Gendarmerie de la localité : « *Je n'ai eu que la cuisse de mon fils* ». Le titre de cet article de presse prouve que la sorcellerie n'est pas un phénomène du Bénin seul.

Planche 5 : Deux systèmes de divination[57] contre le paranormal



3. Planche extraite de Adjotin, P. (1996). Médecines traditionnelles et médecine moderne au Bénin. Collaboration ou conflits ?

[57] Dans l'image du haut, Gbatcho Adoho, géomancien praticien de *Fâ*, se sert de ses instruments de divination (chapelet divinatoire dit *agunmaga* et objets-hypothèses dits *vo* en langue *fon*). Il est en train de m'interpréter ici, lors d'une recherche, les signes géomantiques matériels, survenus à la suite de mon questionnement adressé à *Fâ*. Dans l'image du bas, le catoptromancien Victor Koussoukpo exhibe des statuettes anthropomorphes à miroir magique au moyen desquelles il révèle les faits cachés comme les causes de maladie paranormale, leurs tenants et aboutissants. Sa différence d'avec le *bokônon* ou le géomancien de *Fâ* est qu'il n'émet pas de signes matériels universels de divination pouvant faire l'objet d'interprétation par d'autres connaisseurs.

Revenons sur le cas de Nan Lodé. La piste médicale en médecines populaires, tout en considérant cette possibilité de dérèglement mental envisageable par la médecine moderne, irait au-delà pour en interroger d'autres facteurs. La preuve en est qu'un praticien de *Fâ* trouva dans le diagnostic de l'accident de cette dame que la sorcellerie était la force du mal à laquelle se fut opposé avec succès *vaudou Dan* pour la sauver. Le résultat fut le même, dit-on, lorsque les parents de dame Lodé allèrent interroger un spécialiste de catoptromancie[58] : (Cf. **Planche N° 5**, Photo du bas).

Les cas sont légion où la science médicale officielle, la biomédecine s'entend, perd son latin. Tenez ! Un informateur, lors des recherches à Ouidah, a évoqué le cas d'un jeune mécanicien de trente ans, qui aurait eu une bizarre maladie de ventre se développant comme une grossesse vers terme. Chez les *Fon*, cette maladie est appelée « *agon-hoo* », c'est-à-dire « *grossesse de tourterelle* »[59]. Les soignants des hôpitaux modernes n'y auraient rien pu. Des tradithérapeutes auraient également échoué à le guérir. Mais finalement, son destin aidant, un tradithérapeute « *humble* », disait-il, réussit à l'en débarrasser. Le jeune aurait survécu pendant plus de trente-cinq (35) ans avant de mourir d'une autre pathologie. Que dire de cette complexité ?

Selon **Tobie Nathan** (1994 : 42-48), il a fallu la naissance de l'ethnopsychiatrie pour mettre à nu, devant la rationalité analytique occidentale, la complexité empirique des pathologies, laquelle complexité rend évidentes les limites de la médecine savante et à partir de ces limites, la portée d'autres types de thérapie dont les médecines dites « *parallèles* », « *irrationnelles* », « *traditionnelles* », « *populaires* », « *endogènes* », « *alternatives* », « *complémentaires* », « *non conventionnelles* », etc., d'après le vocabulaire consacré.

En effet, psychiatre et professeur de psychologie clinique et pathologique à l'Université de Paris VIII, Centre Georges-Devereux, ce chercheur déclara avec force, **contre le monopole biomédical**, dans un article scientifique :

> « *J'ai récemment découvert que la recherche scientifique ne cherche jamais à découvrir des mondes, elle tend seulement à étendre le sien. (…). C'est pour cette raison que tous les mondes culturels à univers multiples recourent à la divination, tous ceux à univers unique au diagnostic. (…). Le but du 'savant', en revanche, est toujours de couper le sujet de ses univers, de ses affiliations possibles, de le soumettre lui aussi, lui comme tout le monde, de le*

[58] Divination par miroir magique.

[59] Un proverbe chez les *Fon* du Bénin dit : « *Agon mon hoo ma dji* » (*La tourterelle agon qui contracte une grossesse n'accouche jamais*). Il s'agit d'une allusion à la masse proéminente de sa poitrine qui ne s'avorte jamais de son vivant et d'où est tiré un symbolisme pour désigner cette maladie provoquée par occultisme.

soumettre, et surtout en tant qu'individu seul, à l'implacable et aveugle 'loi de la nature'. Mais à quoi travaille ainsi le savant ? Quel but poursuit-il donc à supprimer tous ces groupes réels – les jumeaux, les possédés d'Ogun, de Shango ou de Sakpaté, les sorciers, les chasseurs de sorciers, les ancêtres, tous ces groupes qui constituent d'indispensables relais dans les parcours thérapeutiques ? La réponse me paraît évidente : il s'agit simplement pour lui d'accroître sa clientèle. Car la médecine (…) a toujours pour conséquence, partout où elle installe ses soldats (les médecins), son intendance (les laboratoires pharmaceutiques), ses juges (les savants qui décident du 'vrai' et du 'faux', de ce qui existe et de ce qui est 'imaginaire'), a toujours pour conséquence, disais-je, de démanteler les appartenances. Imaginez un dispensaire à Bamako et vous ne verrez plus aucun Bambara, plus aucun Dogon, plus aucun Peul – seulement des 'sujets', qui deviendront très vite des enveloppes vides, des assujettis, des 'accros' de l'ordonnance, des 'toxicos' du Largactil-Nozinan-Anafranil-Prozac… ».

Et de conclure par un verdict troublant, à impartialité rarissime, devant l'évidence prolifique du paranormal dans les pathologies, que :

« *Ces personnes, qu'avec condescendance nous nommons 'guérisseurs', alors que nous nous réservons le noble terme de 'docteurs', sont en fait :*

1. *nos confrères ;*
2. *dépositaires des connaissances que nous devons d'abord acquérir avant d'accéder à un peu de scientificité* »

(Nathan, 1994 : 42, 43 et 48).

Eu égard à une telle réaction venant d'un scientifique, néanmoins appartenant à la civilisation occidentale de par ses origines, les praticiens de la médecine moderne, dans les pays à civilisation autre, devraient éviter d'avoir des préjugés à l'égard des médecines non occidentales afin de prendre en respect les tradithérapeutes. Ce réglage de comportement ouvrirait la voie à une franche collaboration technique des divers soignants au chevet des patients.

- **Au sujet des comportements**

Le décor éthique des malades, de leur famille et des garde-patients est souvent fait d'incertitude sur la cause du mal. Cette incertitude induit plusieurs précautions en termes d'options thérapeutiques que l'observateur de type cartésien décrirait, du point de vue de ses repères, comme allant du « *rationnel* » à l'« *irrationnel* », lesquels se mélangent souvent pour être du « *syncrétique* ».

Ce n'est pas du tout rare, en dépit de l'opposition de certains agents du Personnel soignant à l'intérieur des hôpitaux publics ou privés, de voir des patients qui, en plus des médicaments de pharmacie, ont des tisanes d'herbes médicinales locales sous leur lit, des poudres à scarifier ou à avaler, des piquets magiques à enterrer nuitamment. A cela s'ajoutent des objets

sacrificiels, des bougies, des débris de rameaux de palmier, des œufs, des piécettes d'argent, etc., à poser contre les mauvais Esprits à des endroits cosmiques comme les quatre points cardinaux ; des talismans en collier ou ceinture, des psaumes et autres prières à réciter, etc. Tout cela ne participerait-il pas de la phytothérapie, de l'occultisme thérapeutique et de la psychothérapie ?

Le décor déontologique des soignants au sein des Centres thérapeutiques, que ce soit en médecine moderne ou en médecines traditionnelles, est souvent fait d'actes irresponsables, désinvoltes, véreux, inhumains, etc., qui sont en porte-à-faux avec le serment d'Hippocrate par exemple. En se prêtant aux questions d'enquêtes lors de la présente recherche, le Professeur Albert Nouhouayi a mis un accent sur le besoin d'« *amour du prochain* » dans le rapport de l'homme à l'homme qu'est le rapport soignant-soigné. De ses expériences, cet amour du prochain y serait souvent absent. De plus, aux difficultés d'accessibilité géographique et financière que les populations rencontrent très souvent sur leurs parcours thérapeutiques, se grefferaient malheureusement des méchancetés à peine voilées. A titre illustratif, cet enquêté déplore les conditions alimentaires défectueuses qui sont les lots quotidiens des patients mentaux, pensionnaires du Centre Psychiatrique Jacquot de Fidjrossè à Cotonou ainsi que les cabris, les poulets et les sommes parfois faramineuses que certains tradithérapeutes exigent des malades avant de les soigner.

En vérité, personne ne nierait la récurrence de cette corruption et du mauvais accueil réservé aux malades dans les Centres modernes de santé en Afrique de l'Ouest (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003) ; les ordonnances parfois fantaisistes, la surmédicalisation ou des formes de déshumanisation dans le rapport soignant-soigné. De nos jours, au Bénin, les malades allant vers les Services publics de santé seraient fréquemment détournés par leurs propres agents au profit des Centres de santé privés, plus onéreux, qu'ils ont fondés. Mais parfois, les malades ne se laissent pas détourner et choisissent d'eux-mêmes d'aller vers les soignants qui leur semblent avoir plus d'humanité. Les résultats d'enquêtes, déjà cités plus haut, ont montré comment la Maternité de Cana, pour déficit de bon accueil, de bonne qualité des soins et de bonnes pratiques sociales, était sous-fréquentée par les parturientes tandis que Nan, la matrone de la localité, jouissait d'une sur-fréquentation de l'Unité Villageoise de Santé (UVS) qu'elle avait sous sa responsabilté. On y reviendra sous d'autres aspects d'analyse.

Aux endroits d'exercice des médecines traditionnelles, personne ne nierait aussi les prescriptions abusives et récurrentes d'animaux sacrificiels (poulets, cabris, autres ingrédients

coûteux) aux malades ou aux patients. Chez certains prêtres de *Fâ*, c'est-à-dire les *bokônon* comme chez les *hounnon*[60], des abus sont observés. De même, sont légion les montants fantaisistes d'argent (dîme et autres) que des patients ou leurs proches payent à des Pasteurs évangélistes pour la délivrance ; les paquets de bougies et autres objets (encens, œufs, parfum Saint Michel, fruits divers) que demandent les églises du Christianisme céleste.

Au total, indépendamment de leurs dénominations gnostiques, il se trouve partout des soignants qui abusent inhumainement de personnes en détresse physique et psychologique, pour s'octroyer des faveurs matérielles et financières dans le cadre de leurs rapports avec les patients. A l'analyse, les épisodes de dysfonctionnement du corps et de l'âme deviennent des opportunités pour ces traitants, dans la résolution de leurs propres problèmes de faim, de pauvreté et également pour la satisfaction de leurs ambitions de mobilité sociale dont ils déplacent les bornes au cours de l'exercice de leur art. Ceci, aux dépens de leurs clients, patients en péril, auxquels ils prétendent apporter secours. A ce sujet, **les révélations écrites de Towanou**, victime d'une fracture d'os plusieurs fois mal réduite dans un hôpital du Bénin, **en diraient long, pour souligner les limites de la biomédecine, telles qu'il les a vécues** :

> « *(…). Je décide de négocier avec le spécialiste qui a proposé le dernier protocole afin qu'il accepte de venir au bloc pour une intervention corrective. (…). Le spécialiste de l'extérieur rejette la demande et propose de me prendre dans un centre privé, alors que lui-même est un fonctionnaire en service au CNHU, centre de l'excellence du service public. Il produit un devis comptant pour dix jours d'hospitalisation. Dix jours au bout desquels il promet de pouvoir résoudre l'énigme. Au bas du devis, on lit 'Un million cinq cent mille francs CFA'. Et une précision suit : 'Ceci est susceptible de connaître des modifications au moment de la prise en charge effective du malade'. (…). Entre-temps, un infirmier me propose de faire venir un spécialiste en 'science occulte' pour s'assurer que tout ce qui m'arrive est naturel. Etrange*. »
>
> (Towanou, 2014 : 44-46).

Pourtant, il est supposé connu de tout soignant qu'« *un malade bien accueilli est à moitié guéri* ». Et que si le mauvais accueil voire le rançonnement, les démonstrations d'incompétence, les propos de haine ou les trafics d'influence à leur endroit, le détournement de la clientèle publique vers les Centres de santé de clientèle privée, etc., devraient s'ajouter à des difficultés d'accessibilité géographique et financière aux soins, les malades ne seraient qu'en désarroi. Aussi peut-on affirmer, en conséquence, que la diversité et le zigzag des trajectoires thérapeutiques (Cf. Schéma de **Configuration synthétique** au Chapitre 1) sont

[60] D'un point de vue étymologique, ceci signifie prêtre de divinité/vaudou. En l'occurrence, de nos jours et chez les locuteurs *fon*, il s'agit souvent de *vaudou Tron* ou *Adjavaudou* qui sont des divinités pour la protection spirituelle, la paix et le bonheur matériel de leurs adeptes

engendrés par ce désarroi pluriel où les malades s'efforcent de survivre en sauve-qui-peut comme dans une jungle.

Dans ces conditions, la diversité des offres thérapeutiques risque de créer l'illusion d'une chance pour l'accroissement du taux de couverture sanitaire, puisqu'elle pourrait cacher l'évidence d'une restriction délibérée de cette couverture. Car n'est-ce pas seulement le taux formel[61]de mortalité du pays qui est pris arbitrairement pour la réalité totale ? On aurait pu permettre au taux informel[62]de mortalité de se révéler aussi pour confirmer, de science sûre, que la situation s'améliore ou non d'année en année. On en déduirait donc que cette diversité-là, qui aurait pu combler lesdites lacunes d'accessibilité matérielle, financière et notamment morale aux soins, reprochées surtout à la médecine moderne, ne parvient pas à avoir un impact mesurable sur la couverture sanitaire du pays. Le drame de ces comportements semble favorisé par l'impunité. Et les pouvoirs publics paraissent mieux indiqués pour mettre fin à cette impunité-là.

Mais, ce n'est pas à ce niveau seul que des problèmes se posent :

- Au niveau de la formulation des politiques de santé publique, le bon sens de la souveraineté nationale semble ne pas exister suffisamment. Sinon, comment comprendre la forte promotion des médications modernes d'origine occidentale par les pouvoirs publics du Bénin, au détriment de celles qui sont endogènes ? Cela est-il dû à l'influence idéologico-scientifique, politique et économique des firmes internationales portées par divers impérialismes[63] ? Comment comprendre le déficit de volonté d'indépendance réelle ou d'autosuffisance sanitaire du pays vis-à-vis de l'extérieur ?

- Au niveau de la prise en compte de l'impact d'action des forces médicales en présence, le bon sens de la souveraineté nationale semble également manquer. Sinon, comment comprendre que la promotion active de la recherche scientifique sur les savoirs médicaux endogènes au moyen de financements, surtout sur fonds propres du Bénin, ne soit pas encore une réalité ? Pourquoi l'Etat entretient la vulnérabilité juridique des tradithérapeutes dans l'exercice de leur métier, au même moment où il assure la protection dont jouissent les agents de la médecine moderne ? Pourquoi doit-il continuer, en tant qu'Etat, à laisser tout se passer, comme si

[61] Ces dernières années (de 2010 à 2015), le taux de mortalité pour 1000 habitants, qui a été calculé à partir des décès dans les hôpitaux formels du Bénin, a connu l'évolution améliorée qui est la suivante : 9,84 ; 9,71 ; 9,59 ; 9,49 ; 9,36 (estimation) ; 9,25 (estimation). Cf. http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/tend/BEN/fr/SP.DYN.CDRT JN.html.

[62] Les patients qui meurent à la maison, chez les tradithérapeutes, dans les Centres de santé privés ou autres du genre, **échappent aux statistiques officielles du taux de mortalité du pays ainsi qu'à la quantification officielle de son taux de couverture sanitaire**. On peut parler de « ***taux illusoire*** » en pensant à la « *couverture sanitaire* » que brandit souvent, en statistiques, le Ministère de la Santé au Bénin.

[63] Le Général Charles de GAULLE (1890-1970) disait, et cela reflète l'éthique de la Coopération internationale régentée à ce jour par les pays du Nord, que *« la France n'a pas d'amis, elle n'a que des intérêts* ». Antérieurement à cette adoration des intérêts ou « *plus-value* » au détriment de la saine amitié, Vladimir Ilitch Oulianov LENINE (1870-1924) avait découvert en son temps, que « *l'impérialisme est le stade suprême du capitalisme* ».

> l'arbitrage des « *contraintes* » vécues par tous les acteurs du « *système* » de l'« *action collective* » (Crozier et Friedberg, 1977) n'avait pas besoin de lui, le plus grand acteur de gouvernance ?

En réalité, l'on peut convenir que si le rapport moral ou déontologique qui lie le soignant au soigné est pollué de déviances aux dépens de ce dernier, c'est alors le rapport du soignant à son métier, à Dieu (si l'on n'est pas athée) et au serment[64]d'Hippocrate qui est aussi pollué, trahi, perverti, déshumanisé, désacralisé, faussé à jamais. Et de là, si le présent travail de recherche, qui vise l'avènement d'une couverture sanitaire intégrale, systémique ou existentielle au moyen d'une synergie de l'action médicale, ne mettait pas à nu une telle contradiction, il trahirait sa vocation profonde. Sur ce, examinons maintenant quelques éléments de méthodologie sur lesquels s'appuie cette Thèse.

[64]« *J'exercerai mon art dans l'innocence et la pureté* ».

Chapitre 3 : La méthodologie appliquée à la recherche

L'approche méthodologique qui sous-tend la présente recherche consiste à présenter puis à analyser comparativement, pour plus de compréhension, les présupposés et pratiques de la biomédecine d'une part, et de *Fâ* d'autre part, parmi les modèles de soins engagés peu ou prou dans la couverture sanitaire du Bénin. La démarche utilisée est fondamentalement qualitative. Mais elle comporte quelques incursions dans le quantitatif. Ce dernier est engendré notamment par les réponses numériques des enquêtés au questionnaire, par le nombre des enquêtés et par l'analyse effectuée ici sur le financement de la santé publique du pays.

Situé en Afrique de l'Ouest, sur le golfe de Guinée, le Bénin a en 2015 une population de 10. 448. 647 habitants dont la densité est de 92,7 habitants/km2 avec un taux de croissance démographique qui est de 3,51%. Il est limité au Nord par le Niger, au Nord-Ouest par le Burkina Faso, à l'Ouest par le Togo, à l'Est par le Nigeria et au Sud par l'océan Atlantique, couvrant une superficie de 112.622 km2. Cette superficie s'étend sur une longueur de 700 km et sur une largeur entre 125 et 325 km. Divisé en 12 Départements administratifs à ce jour, il est subdivisé en 77 Communes, 546 Arrondissements et 3.557 Villages ou Quartiers de ville, selon les données recueillies (Cf. Google, Bénin-Wikipédia, 2013).

3.1. Sites d'enquête

Trois localités au Bénin ont été choisies pour conduire les enquêtes dans le cadre de cette recherche. Il s'agit des Communes d'Abomey, d'Ouidah et de Cotonou sur la base des considérations suivantes :

> - **Abomey** (Cf. la *Carte du Bénin* ci-dessous), comme porte d'entrée officielle[65] de *Fâ* au Bénin, est aussi la principale ville historique du Danxomè, devenu Bénin le 30 novembre 1975. D'une population de 78.341 habitants au total avec 551,7 habitants au km^2 en 2002, c'est une ville[66] à dominance d'ethnie *fon* sur les autres qui sont en minorité comme les *Adja*, les *Yorouba*, les *Mina* et les *Haoussa*, installés surtout pour le commerce. Abomey couvre une superficie de 142 km^2. Sous le règne du roi Agadja, au XVIIIème siècle après J-C., elle a connu l'introduction officielle de *Fâ*, lequel y aurait séduit plus d'un par sa compétence systémique de divination diagnostique, de prévention et de traitement de tout ce qui, relevant du

[65] Une telle nuance est nécessaire, selon les remarques de Roch MONGBO, mon Directeur de Thèse, d'autant que venant du Nigeria pour s'introduire au Danxomè au XVIIIème siècle sous le roi AGADJA, *Fâ* pourrait avoir eu une présence informelle dans les localités frontalières *nago/yorouba* comme Kétou, Pobè, Sakété, etc. qui font partie du Bénin actuel.

[66] Cf. *Carte de potentialités d'emplois des jeunes et des femmes dans les Communes du Bénin*, Ed. MMFPMEEJF/PNUD, 1ère édition, juin 2008, p. 177.

déséquilibre existentiel, était assimilé, comme maintenant encore, par les populations autochtones à une maladie, en plus du déséquilibre biologique. Malheureusement, la *Monographie de la Commune d'Abomey*, réalisée par Adéyèmi Achamou Fahala au Cabinet « *Afrique Conseil* » pour l'Association Nationale des Communes du Bénin (ANCB)[67], en 2006, n'a pu apporter, comme pour Ouidah et Cotonou, les données ethniques et religieuses qui pourraient davantage éclairer sur cette Commune. Sauf qu'elle a mentionné que « *le taux moyen de fréquentation des centres de santé d'arrondissement est d'environ 17%* ». Toutefois, « *Bénin guide voyage* », sur son site http://www.benin-tourisme.com/decouvrir/ville/abomey, en 2014, a noté qu'Abomey dispose d'une adhésion de 67% à la religion traditionnelle, de 2 3,1% au catholicisme, de 0,9% au protestantisme, de 2,5% à l'islam et de 6,5% aux autres confessions religieuses ;

- Ouidah (Cf. la *Carte du Bénin* ci-dessous), comme porte essentielle d'entrée de la civilisation et de la biomédecine occidentales au Danxomè (fin XIXème siècle après J-C.), est la plus importante ville historique dont les négriers puis colonisateurs portugais[68], hollandais, danois, anglais et français surtout, ont foulé le sol à leur arrivée. D'une population totale de 76.555 âmes avec 228 habitants au km^2 en 2002, elle[69] couvre une superficie de 336 km^2. Selon la *Monographie de la Commune de Ouidah*, réalisée par Yénakpondji J. Capo-Chichi au Cabinet « *Afrique Conseil* », en 2006, pour l'Association Nationale des Communes du Bénin (ANCB)[70], c'est une ville qui présente les données ethniques et religieuses suivantes : « *Fon 69,8% ; Adja 16,5% ; Yoruba 9,0% ; Bariba 0,5% ; Dendi 0,3%. Les Fon et apparentés sont majoritaires dans tous les arrondissements. Il s'agit essentiellement des Fon, des Aïzo, des Xueda, des Afro-brésiliens et des Métis* ». Les populations sont donc en majorité des locuteurs *fon*. La monographie citée ci-dessus révèle que « *Ouidah est une localité où les pratiques ancestrales communément appelées vodoun demeurent vivaces. (…). Les principales confessions religieuses des populations de la Commune sont : l'animisme (46,7%) ; le catholicisme (41,2%) ; l'islam (3,6%) ; le protestantisme (1,0%) et autres (7,5%)* ». Cette monographie souligne qu'« *au niveau de la santé coexistent deux systèmes sanitaires : l'un traditionnel basé sur la pharmacopée et l'autre moderne organisé autour d'un centre de santé. Les guérisseurs traditionnels sont partout présents dans la Commune »* et que *« selon le Médecin-Chef de la circonscription sanitaire de Ouidah, le taux moyen de fréquentation des formations sanitaires est de l'ordre de 30%* » ;

- **Cotonou** (Cf. la *Carte du Bénin* ci-dessous), comme ville-capitale économique, commerciale, cosmopolite et multiculturelle est aussi d'une grande importance. Cette ville a été choisie en troisième position pour éviter qu'il y ait des biais dans les résultats d'enquête de terrain. En effet, si on n'y avait pas mené les mêmes enquêtes, on n'aurait jamais su que contrairement à Abomey et Ouidah, la tradithérapie, par tendance inversée, y est moins fréquentée que la médecine moderne. D'une population totale de 665.100 âmes, avec 8.419 habitants au km^2 en 2002, c'est une municipalité[71] qui couvre une superficie de 79 km^2.

[67] Cf. http://www.mdscbenin.org/IMG/pdf/monographie-abomey.pdf

[68] Les dates d'implantation, par l'Europe, de Forts pour le commerce des esclaves, sont les suivantes : Hollande (1671) ; France (1676 et 1704 surtout) ; Angleterre (1682) ; Portugal (1886) …

[69] *Ibid*., p.57.

[70] Cf.http://www.ancb-benin.org/pdc-sdac-monographies/monographies_communales/Monographie%20de§20COUIDAH.pdf

[71] *Ibid*, p.125.

***Carte du Bénin* : cadre de l'étude**



Remarque : Abomey, Ouidah et Cotonou, les trois cas étudiés/marqués aux points rouges, sont des Communes du bas-Bénin, comme le montre cette carte publique.

C'est aussi une ville internationale où siègent le gouvernement et les représentations diplomatiques. Selon la *Monographie de la Commune de Cotonou*, réalisée par Lazare Akomagni au Cabinet « *Afrique Conseil* » pour l'Association Nationale des Communes du Bénin (ANCB)[72] en 2006, les données ethniques et religieuses y sont les suivantes : les locuteurs de la langue *fon* et langues apparentées y représentent 56.7% contre 18.3% pour la langue *adja* et apparentées et 11.5% pour *yorouba*. Le Christianisme y est la religion prédominante avec « *57.8% de Catholiques, 5.7% de Protestants, 4.4% de Célestes et 7.8% d'autres chrétiens* ». Tandis que « *l'Islam vient en seconde position avec 14.2% suivi du Vodoun avec 2.3%* ». A l'égard de la maladie, la même monographie précise que « *généralement les patients vont dans les hôpitaux de la place. Certains se proposent d'aller vers la médecine tradirionnelle ou les deux à la fois* ».

Cette dominance de l'ethnie *fon* et de la locution *fon* sur les autres à l'intérieur de ces trois sites ainsi que mon appartenance à cette ethnie constituent deux facteurs qui expliquent le choix des enquêtés exclusivement *fon* par ethnie ou adoptant la locution *fon* par emprunt. Mais à cela s'ajoute également le souci d'avoir une représentativité socioculturelle et une homogénéité linguistique des personnes enquêtées.

3.2. Outils d'enquête et collecte des données

Echantillonnage, questionnaires d'enquêtes, enquêtes, entretiens, saturation, focus groups, dépouillement et calculs statistiques participent des outils d'enquête utilisés et du processus de la collecte des données.

Comme on peut le constater dans les documents en **Annexes**, les questions thématiques de questionnaires ne sont ni directives ni semi-directives. Elles sont ouvertes, offrant aux enquêtés la possibilité de répondre par « *oui* », « *non* », « *ne sait pas* » ou par « *abstention* », surtout que la recherche qui les interpelle ici se mène dans une perspective comparative entre la médecine moderne et *Fâ* au sein de la tradithérapie, pour leur mise en collaboration. Ces enquêtés ont été choisis en fonction de leur proximité socioculturelle et factuelle à l'égard de la thématique.

Trois unités (Kohler, 2014) d'enquête ont été utilisées :

- L'« ***unité d'échantillonnage*** ». Elle est faite ici de deux sous-unités : les personnes illettrées et les personnes lettrées. La sous-unité des personnes lettrées a été constituée d'aides-soignants, d'infirmiers, de sages-femmes, de cinq (5) malades et d'autres qui savent parler, lire et écrire la langue française pour répondre par leur propre écriture au questionnaire auto-administré. La deuxième sous-unité, celle des personnes illettrées a été constituée par les tradithérapeutes, c'est-à-dire les soignants par *Fâ*, les chrétiens célestes/ évangélistes, les marabouts et dix-huit (18) malades qui n'ont jamais été à l'école et qui ne savent donc ni parler, ni lire ou écrire la langue française pour répondre en remplissant par eux-mêmes le questionnaire. Donc ce dernier leur a été administré sous la forme d'un

[72] Cf.http://wwww.ancb-benin.org/pdc-sdac-monographies_communales/Monographie%20de%20Cotonou.pdf

guide d'entretien dont le rapport a rendu fidlélement compte de leurs réponses orales. Ces deux sous-unités ciblées jouissent d'une grande représentativité populationnelle. Elles ont été visées en échantillonnage, au regard de l'impact possible de la tradition socioculturelle endogène par opposition à l'impact de la modernité apportée par l'école coloniale ou postcoloniale de l'écrit, concernant leurs comportements et choix thérapeutiques ;

- L'« ***unité déclarante*** ». Chaque illettré ou lettré enquêté s'est réellement comporté comme une « *unité déclarante* », puisqu'il s'agit ici d'un échantillonnage non probabiliste ou non aléatoire, sur la base du volontariat à dire ce que l'on sait des questions posées ;

- L'« ***unité d'analyse ou de référence*** ». Exploitée ici, elle est constituée de plusieurs sous-unités représentées par la santé ; la maladie ; la portée et les limites des modèles de soins en présence (médecine moderne, médecines populaires ou traditionnelles, *Fâ*) ; les taux de fréquentation de ces modèles ; les politiques sanitaires mises en œuvre ; le besoin d'une synergie de collaboration entre toutes les approches thérapeutiques aux fins de la couverture sanitaire intégrale ou systémique souhaitée ; l'investissement public déséquilibré dans la santé des populations.

  La structuration du questionnaire (en **Annexes**), administré ou auto-administré, reflète l'intention d'avoir toutes ces unités pour cette recherche. Elle est configurée en quatre parties : a/ la présentation de l'enquêté(e) ; b/ sa connaissance de la médecine moderne et de *Fâ* au sein des médecines traditionnelles ; c/ son évaluation des modèles de soins modernes ou traditionnels en présence, sous l'aspect taux de fréquentation notamment ; d/ son point de vue sur un éventuel projet de mise en collaboration clinique entre lesdits modèles de soins, en l'occurrence entre la médecine moderne et *Fâ*. Ces axes du questionnaire visent à dégager la tendance des perceptions de la santé et de la maladie, le degré de réceptivité des populations à un modèle de soins par rapport à l'autre, l'ancrage socioculturel de chaque modèle de soins, la faisabilité sociopolitique de la collaboration entre médecine moderne et médecines traditionnelles dont *Fâ* se trouve en tête dans les localités enquêtées.

Les cadres de vie professionnelle et sociale à préciser au sein des trois sites d'enquêtes sont les suivants : **1. Abomey** (Centre de Santé d'Arrondissement d'Agbokpa, Centre Hospitalier Départemental du Zou et des Collines à Goho, Maison de la Collectivité familiale Aïdoté à Dokon 2, Maison du géomancien *bokônon* Dah Dansi Kinkpé à Wémè, Eglise du Christianisme céleste de Sèhoun et Mosquée de Zongo). **2. Ouidah** (Hôpital de Zone à Gbènan, Palais de Daagbo Hounon comme Maison de Daagbo Zonon à Sogbadji et Temple de Pythons à Dangbéhouè). **3. Cotonou** (Centre de Santé de la Circonscription Urbaine de Cotonou, Zone 5 à Saint Michel-Scoa Gbéto, Mission Evangélique de la Foi de Kouhounou et Maison louée à Gbégamey où vit provisoirement le catoptromancien Victor Koussoukpo).

Les enquêtes à Abomey et Ouidah ont été menées durant la période de décembre 2013 à mai 2014, soit six (6) mois. Un va-et-vient s'est imposé à moi entre les milieux de médecine moderne et les milieux de médecines traditionnelles. Ce va-et-vient était fait d'observations directes et d'entretiens conduits à l'aide de guides d'entretien ou de questionnaires selon le cas et les circonstances. Dans ces deux cas de site évoqués, ce sont des volontaires qui ont été observés et enquêtés en fonction de leur connaissance de la thématique et de l'outil

d'entretien, puis en fonction de leur disponibilité à répondre au questionnaire. A Cotonou qui n'était pas un site identifié au départ comme troisième besoin de site d'enquêtes, les investigations ont été faites plus tard dans cette démarche, intensivement durant un (1) mois, celui d'octobre 2016, suite aux recommandations de l'une des pré-évaluations de la Thèse visant à **lui épargner des biais** qui seraient possibles avec deux sites exclusivement. C'est en effet ce troisième site qui a permis de noter l'incidence de la « *différence des réalités et des accessibilités* » sur le taux de fréquentation des divers modèles de soins en présence. Il s'agit des réalités culturelles et pesanteurs sociologiques subies par les populations, des difficultés ou facilités d'accessibilité financière voire géographique de ces populations aux soins d'un médecin ou d'un tradithérapeute. Rester à Abomey et à Ouidah ne permettrait pas d'éluder le biais que représenterait l'extension arbitraire par extrapolation, à la ville de Cotonou et à tout le territoire du Bénin, de leurs « *réalités et accessibilités* ».

Elaboré pour le premier groupe qui est le groupe des illettrés, le questionnaire administré comme guide d'entretien en langue locale *fon* n'a pas été distribué aux enquêtés. Mais il a le même contenu et la même forme que le « *questionnaire auto-administré* » distribué aux lettrés et rempli d'eux-mêmes en langue française. De ce fait, il imposait de recueillir les réponses des enquêtés dans un cahier de notes pour les traduire ensuite de la langue *fon* du Bénin en français. Ce groupe des illettrés est hétérogène en ce sens qu'on y retrouve les bénéficiaires des soins de médecine moderne comme ceux des soins de médecines traditionnelles, les praticiens de *Fâ* ou d'autres modèles thérapeutiques, etc. Il constitue donc « *l'échantillon des illettrés* », au nombre de trente-huit (38), parmi lesquels ont été identifiés un (1) phytothérapeute professionnel ; quatre (4) *bokônon* ou prêtres de *Fâ* ; deux (2) chrétiens célestes ; un (1) exorciste chrétien évangéliste ; deux (2) marabouts et dix-huit (18) malades.

Quant au questionnaire administré au second groupe, il a été adressé aux lettrés, au nombre de trente sept (37), représentant le second échantillon. Dans ce dernier groupe, on compte vingt-et-un (21) praticiens de la médecine moderne dont huit (8) aides-soignantes ; huit (8) infirmières ; un (1) pharmacien d'Etat ; une (1) animatrice de santé ; un (1) chirurgien ; deux (2) sages-femmes d'Etat[73] et cinq (5) malades. Ces lettrés, comme pour les illettrés, ont eu à la faveur des entretiens à apporter leurs avis, non seulement sur le modèle de soins qui est le leur, mais aussi sur celui de *Fâ* : (Cf. en **Annexes**, les **questionnaires** puis les résultats

[73] Dans le rapport « *genre* », les dix-neuf (19) femmes enquêtées font environ 52% de l'échantillon des lettrés.

quantitatifs et qualitatifs de leur **dépouillement**). Ainsi, sur les sites d'Abomey, Ouidah et Cotonou, géomanciens de *Fâ* ; exorcistes chrétiens ; marabouts ; phytothérapeutes ; évangélistes ; agents de médecine moderne (infirmiers, sages-femmes, médecins, aides-soignants…) ; malades bénéficiaires de l'un et/ou de l'autre modèle de soins de santé en présence ont été enquêtés.

Aux résultats de ces enquêtes sur les trois sites évoqués, s'ajoutent des résultats d'observations participantes, de vécus directs ou d'entretiens, obtenus pour résoudre la problématique posée. Ce sont par exemple les observations participantes par rapport à l'évolution de la maladie de Sèna puis de Rita ainsi que mes vécus pathologiques personnels, utilisés comme études de cas dans ce travail. Ces cas sont choisis pour illustrer et justifier, à l'aide de faits probants, la complexité des causes de morbidité dans les « *sociétés à univers multiples* » (Nathan, 1994), comme celles du Bénin.

3.3. Modèles d'analyse exploités

L'approche utilisée est fondamentalement qualitative[74] et les analyses sont à la fois « *émiques* », « *étiques* » et « *écologiques* ». « *Emiques* » parce qu'elles se servent « *de récits, de descriptions de faits relevant de la société et de la culture* ». « *Etiques* » parce qu'elles se servent aussi « *d'études scientifiques menées par des spécialistes de la question* »[75]. « *Ecologiques* » parce qu'elles abordent « *le processus dynamique déclenché par la rencontre des systèmes médicaux non occidentaux avec la médecine occidentale* »[76].

Deux modèles de théorie et d'analyse ont servi à développer cette Thèse :

- Le **modèle d'analyse stratégique de Michel Crozier et d'Enhard Friedberg** (1977 et 1981), pour comprendre la trame et la dynamique organisationnelles dans le secteur de la santé[77]au Bénin. Notamment les « *contraintes* » affrontées par chaque « *acteur* » dans le « *système* » de construction de la santé individuelle ou collective, lesquelles contraintes

[74] Bien entendu, contrairement aux idées généralement reçues en cette matière, une étude qualitative n'est pas antinomique de la collecte de données numériques sur les phénomènes de son objet, ni de portions de quêtes quantitatives sur certains aspects desdits phénomènes (FLOQUET et MONGBO, 2000).

[75] Cf. Lett JAMES, "*Emics and etics. Notes on epistemology of anthropology*", *in* : T.N. Headland, K.I.PIKE and M. HARRIS (Eds), *Emics and etics: the insider/outsider debate* (pp.127-142). Newbury Park: Sage, (cité par YORO, 2012).

[76] Cf. Paul BENJAMIN, *Health, culture and community*: case studies of public reactions to health programs. New York. Russell Sage Foundation (cité par YORO, 2012).

[77] Il conviendrait de noter que Paul R. BELANGER, en 1988, s'est servi du même modèle d'analyse. Cf. « *Santé et services sociaux au Québec : un système en otage ou en crise*. *De l'analyse stratégique aux modes de régulation* », *in* : *Revue internationale d'action communautaire*, 20 (60) : 145-156.

justifieraient les trajectoires thérapeutiques des populations et les politiques de l'Etat en matière de santé publique ;

- Le **modèle de la pensée complexe d'Edgar Morin** (1990), pour montrer que la santé et la maladie sont des réalités complexes qui ne peuvent être objectivement étudiées et efficacement gérées qu'au moyen d'une « *pensée complexe* ». Cette dernière tirerait leçon de l'« *incomplétude* » et de l'« *incertitude* » de toute approche du réel en s'ouvrant plus que systémiquement à toutes les intelligences. Car le décor des pathologies en Afrique et au Bénin, peut-être dans d'autres contrées du monde, présente une complexité à dominance de paranormal. Et ce paranormal ne peut être élucidé rien qu'avec une approche analytique réductrice, celle de la biomédecine. Il faudrait lui appliquer aussi une approche systémique, humble et réceptive à des remises en cause ou à des investigations scientifiques ultérieures, comme celle des tradithérapies.

Si un ample exposé va être fait ici sur ce modèle de Morin, c'est parce qu'il est celui dont s'est largement servi l'analyse des réalités investiguées.

En effet Morin souligne, dans sa théorie, que toute réalité complexe (et celle de la santé/maladie dont cette recherche s'occupe en est une[78]) ne peut être efficacement étudiée qu'au moyen d'« *une pensée complexe* », laquelle, selon lui, « *comporte la reconnaissance d'un principe d'incomplétude et d'incertitude* » dans toute approche cognitive du réel. Ce modèle ou « *paradigme de la complexité* » éloignerait la pensée de toute « *intelligence aveugle* » qui, pourtant, se croirait sortie de la « *préhistoire de l'esprit humain* », alors qu'elle y demeure encore. Un tel modèle va au-delà de l'approche analytique propre à la biomédecine, et également au-delà de l'approche systémique propre aux médecines populaires ou traditionnelles. Il postule une ouverture à toutes les intelligences pouvant éclairer et faire évacuer l'obscurité qui caractérise parfois le réel. D'où son usage envisagé dans la collaboration pour une mise en synergie d'action entre biomédecine et *Fâ*[79], à partir du Bénin, aux fins d'une couverture sanitaire adaptée, c'est-à-dire systémique ou conforme aux représentations que l'OMS et les populations ont de la « *santé* » et de la « *maladie* ».

[78] La complexité des trajectoires thérapeutiques matérialisées dans le tracé ci-dessus, relatif à leur configuration synthétique et à leur cadre logique, en témoigne.

[79] Il conviendrait de révéler, clairement ici, que ***Fâ* fonctionne en harmonie avec le « *paradigme de la complexité* » de MORIN**. En effet (Cf. le sous-titre ***Glossaire didactique pour la compréhension des concepts importants*** ci-dessus), parmi les *vo* ou objets-hypothèses de *Fâ* qu'utilise le *bokônon* lors d'une consultation géomantique, la **graine noire du faux-acajou** (***lissèkwi)*** peut être retenue dans la manipulation sélectionneuse du chapelet divinatoire. Or, **cette graine incarne, en symbole signifiant, la complexité de l'invisible dans l'obscurité ou de l'inconnaissable actuel comme problème/cause du malheur/maladie à identifier et à soigner**. Aux investigations pour soigner cette maladie, une fois identifiée, c'est l'**os** (***xwu***) de n'importe quel animal qui est souvent pris comme objet-hypothèse, incarnant la solution à engager. Cette hypothèse, représentée par l'os, signifie : en *fon*, « ***alô no numbi wu kpaaa*** » ; en français, « ***toucher à tout tous azimuts*** ». Par ailleurs, l'os est aussi utilisé comme objet-hypothèse pour incarner la mort, dans la divination par *Fâ*. Est-ce donc à dire que « ***inconnaissable*** » et « ***mort*** » s'équivaudraient et témoigneraient de cette « ***complexité de l'invisible*** » ?

Un essai sur l'*Introduction à la pensée complexe* de Morin, disponible en fichier électronique[80] et que le site web Psychaanalyse.com a publié sous la direction de Pierre-Etienne Gautier, a affirmé que l'on peut « *penser le monde selon trois théorèmes* ». Ces théorèmes[81], identifiés dans le modèle d'analyse pris à Morin, ont une grande importance pour faire comprendre la portée et les limites des systèmes de soins dont il est question dans cette Thèse :

Théorème 1	**Théorème 2**	**Théorème 3**
La rationalité est une simplification.	*Le simple fait partie du complexe et n'est pas contraire au complexe.*	*La contradiction est au cœur de la complexité, elle ne se dépasse pas, elle s'assume.*

Le **premier théorème** pourrait s'appliquer au réductionnisme de la biomédecine et servir à souligner que la rationalité dont cette médecine prétend avoir le monopole est un sous-ensemble de l'irrationalité qu'elle soupçonne chez les médecines populaires. Le **deuxième théorème** semble indiquer, dans le cas d'espèce, que la simplification opérée dans sa représentation de la santé ou de la maladie, réduite à l'organisme en biomédecine, ne saurait être un handicap à la systémique/complexité des médecines populaires dites irrationnelles. Le **troisième théorème** soutiendrait qu'en dépit du réductionnisme de la médecine moderne et de la systémique de *Fâ* par exemple, les contradictions conceptuelles et opérationnelles entre les deux sont le reflet de la complexité de leurs cibles communes[82]et qu'une collaboration synergique, au coude à coude, serait la meilleure manière d'assumer lesdites contradictions.

Il conviendrait d'ajouter à l'avantage de ces considérations méthodologiques que des images autorisées par les acteurs ont été prises pour illustrer certaines réalités, pratiques et affirmations (Cf. **Planches** utilisées dans cette Thèse).

[80]Cf. http://psychaanalyse.com/pdf/EDGAR_MORIN_INTRODUCTION_A_LA_PENSEE_COMPLEXE_1990-pdf consulté à nouveau, le mercredi 11 mai 2016.

[81] Le fichier électronique a présenté les trois théorèmes dans un tableau. Ce tableau est reproduit ici, extrait de la page 6 dudit fichier.

[82] Ces cibles, communes à ces modèles différents de soins, sont la « *santé* » et la « *maladie* ».

3.4. Rupture épistémologique et difficultés méthodologiques

Suite aux lectures dans le compte de l'état des lieux de la question, aux observations relatives à la diversité des recours thérapeutiques adoptés par les populations[83]ainsi que par les malades enquêtés ; suite également au constat de disponibilité puis de volonté à collaborer affichées par les soignants interrogés, une faisabilité de la recherche a été assurée. Mais cette faisabilité fait continuité avec des enquêtes menées au cours de travaux antérieurement conduits (Adjotin, 1992, 1996 et 2011), qui ont été soutenus ou publiés. Toutefois, par rapport à ces anciens travaux, il y a la valeur ajoutée des nouvelles pistes ouvertes par les questions et centres d'intérêts scientifiques qu'induit la présente Thèse.

La méthodologie suivie est de l'ordre d'une logique de « *rupture épistémologique* » (Bachelard, 1938, 1983)[84], moteur des « *révolutions scientifiques* » (Kuhn, 1983). Elle sous-tend une réflexion peut-être subversive à la limite, qui rompt avec la conception « *moderne* » étriquée de la « *santé* » et de la « *maladie* » pour ouvrir le débat sur l'inadéquation des politiques de santé publique au regard des représentations que les communautés et l'OMS elle-même ont du bien-être. De plus, le choix du thème de la présente Thèse est en lien logique de continuité avec mes travaux antérieurs évoqués ci-dessus. Ceux-ci sont relatifs à l'épistémologie et à l'esthétique dans *Fâ* ; aux conflits entre médecines traditionnelles et médecine moderne au Bénin ; aux thérapies de *Fâ* sur l'univers ; au *Fâ* comme outil spécifique de diagnostic et de thérapie, etc. (Adjotin, *ibid*. ; Mongbo et Adjotin, 2012).

C'est le lieu de signaler que les difficultés n'ont pas manqué de se faire sentir dans cette démarche méthodologique. Au départ, j'avais l'intention d'enquêter quatre-vingt (80) lettrés à l'aide des questionnaires auto-administrés, de même que quatre-vingt (80) illettrés à l'aide du questionnaire administré, utilisé comme guide d'entretien. Malheureusement, seuls trente-sept (37) questionnaires auto-administrés ont été remplis par les lettrés (contre les 80 attendus), tandis que les entretiens avec les informateurs illettrés n'ont pu se faire qu'avec trente-huit (38) d'entre les quatre vingt (80), également prévus. C'est à cette hauteur-là que le volontariat des enquêtés, sur fond de leurs connaissances thématiques et de leur disponibilité en temps

[83] Voir, ci-dessus, le tracé de la configuration synthétique et du cadre logique des trajectoires thérapeutiques au Bénin.

[84] Cette même « *rupture épistémologique* » sera créée ici afin d'invalider le « *Grand partage* » opéré par l'idéologie occidentale de domination pour dévaloriser les médecines des pays assujettis et valoriser sa biomédecine. En d'autres termes, elle servira ici à construire une « *anthropologie symétrique* », respectueuse des cultures non occidentales et des médecines traditionnelles ou populaires dites « *irrationnelles* ».

matériel pour répondre aux questionnaires, a tari comme un puits[85]. J'ai alors évité la tentation de forcer leur volonté de répondre ou de collaborer au prix d'intéressement de quelque nature que ce soit (cadeaux, argent, etc.), sinon les résultats risqueraient d'être biaisés. En conséquence, à la place des réponses normales attendues, des copies de questionnaire ont été retournées vierges ou bâclées par tout le reste des lettrés chez qui le volontariat a fait défaut. Du côté des illettrés, les attentes de réponse au questionnaire administré, c'est-à-dire au guide d'entretien, ont été abondamment bredouilles, leur volontariat faisant certainement défaut.

Quant aux focus groups réunis en marge de l'usage du guide d'entretien administré aux illettrés[86], l'un a été tenu à Abomey, dans la collectivité familiale Aïdoté et l'autre à Ouidah, dans la collectivité familiale Daagbo-Zonon. C'était au sujet du dispositif à mettre en place au titre de la collaboration pour une mise en synergie d'action entre la médecine moderne et les médecines populaires dont *Fâ* fait partie. Le premier était composé de sept (7) personnes, hommes et femmes, âgées entre 30 et 65 ans. Le second était composé de six (6) personnes, hommes et femmes, âgées entre 30 et 57 ans.

Ces fondements de la présente recherche ayant servi à prendre l'élan qu'il faut pour mieux en déblayer l'intention, abordons-y maintenant les caractéristiques et la nature des systèmes de soins.

[85]En réalité, il ne s'agit donc pas d'une saturation en termes d'épuisement du répertoire factuel ou discursif sur le sujet (OLIVIER de SARDAN : 2000), mais plutôt d'un épuisement du résiduel de « *connaisseurs* » d'une matière, elle-même inépuisable alors que ces « *connaisseurs* » seraient encore capables ou désireux d'en rendre compte.

[86]Aucun focus group au sein des lettrés, ayant eu le questionnaire auto-administré, n'a pu être constitué, faute d'harmonisation de leur disponibilité en temps matériel.

Chapitre 4 : Les caractéristiques et la nature des systèmes de soins

Aux origines de l'humanité, aucune société n'a été identifiée, même jusqu'ici, comme résolument athée. Le débat philosophique entre le matérialisme et l'idéalisme n'est non plus tranché. Les croyances d'ordre religieux en Dieu, aux divinités et aux Esprits divers subsistent. La Grèce, l'Empire romain, l'Occident en un mot, étaient fortement attachés à des dieux : *Zeus*, *Apollon*, la *Pythie*, etc., comme l'Afrique[87]. A l'échelle planétaire, c'était bien rationnel, et non irrationnel comme l'Occident le dirait de nos jours, de croire aux forces ou aux êtres du monde invisible. Au Bénin, subsistent aussi des croyances à des divinités comme *Lègba*, *Sakpata*, *Chango* ou *Hêbiosso*…, malgré l'évangélisation continue qui date surtout de sa colonisation par les Français en 1894, suite à la défaite du roi Gbêhanzin (francisé Béhanzin) dans la guerre contre eux. Et dans ces croyances, ces Esprits divers demeurent des forces qui, entre autres, seraient à la base des malheurs ou des bonheurs que les humains rencontrent dans leur existence.

Les causes de la santé et de la maladie, sous n'importe quel contenu, restent souvent attribuées à ces Esprits du monde invisible : la divination par la *Pythie* les révèle aux Grecs ; la divination par *Luoban*[88] les révèle aux Chinois ; la divination par *Fâ* continue de les révéler aux populations de l'Afrique et de la diaspora africaine qui y croient. Et cela, à un point tel que la satisfaction du besoin individuel et social de santé semble ne pouvoir s'obtenir sans compter avec l'emprise de ces forces du monde invisible sur la vie des êtres du monde visible dont fait partie l'être humain. Ce dernier, dans les sociétés africaines et semblables, sait qu'il est à la fois corps et esprit, système vivant dans un corpus de systèmes au sein desquels il vit en interrelation et interdépendance.

La **« *maladie* » dans la cosmogonie du Noir**, selon Yangni-Angaté[89] **tient de plus de complexité contrairement à ce qu'on croirait en Occident** :

> « *En milieu africain, la maladie ne résulte pas d'un simple dérèglement d'organe, d'un ou de plusieurs systèmes du corps humain, que ce dérèglement soit d'origine microbienne, parasitaire ou métabolique, héréditaire ou acquise, … Pour l'Africain, la notion moderne de maladie conserve un caractère par trop fragmentaire qui s'oppose à la notion plus globale de la maladie, conçue selon la cosmogonie du Noir* ».

[87] L'Egypte, de la première grande civilisation de l'Afrique et du monde, avait *Osiris*, *Thot*, *Horus*, etc.

[88] C'est une géomancie pratiquée par les Chinois, encore de nos jours. On la désigne aussi par *Luo Pan.*

[89] Doyen honoraire de la Faculté de médecine de l'Université d'Abidjan.

Mais, comprenons bien, tout de suite, le mot « *fragmentaire* » en lui donnant le sens de « *réducteur* » par rapport à la « *globalité de la maladie* » qui est en fait la somme de ses éclatements en physique, mental, social, spirituel et cosmique comme cela sera ultérieurement montré à travers la systémique des approches diagnostiques, préventives et curatives inhérentes aux thérapies traditionnelles, à *Fâ* en l'occurrence.

Et au Professeur Antoine Yangni-Angaté de poursuivre son affirmation, en ces termes, à la même page :

> « *L'homme est un être créé par Dieu pour vivre en harmonie avec le monde visible et invisible avec l'obligation quasi sacrée de connaître et de respecter les lois de ce monde, la société où il vit* »
>
> (Yangni-Angaté, 2004 : 18).

C'est ce contexte aux fondements philosophico-socio-anthropologiques différents de celui de la modernité, que la biomédecine promue par l'Occident est venue trouver dans les pays colonisés. Il s'agit d'un contexte que rien de cartésien ne régente rigoureusement et où les expérimentations médicales n'ont rien d'aussi rigoureux que chez Claude Bernard[90].

4.1. Diversité des rationalités

Ce qui vient d'être dit n'est que pour réitérer qu'il n'y a pas qu'un seul type de médecine dans le monde. La médecine humaine est au pluriel à travers sa diversité de méthodologies diagnostique, préventive et curative sur fond de diversité de paradigmes, de philosophies ou de rationalités, de conceptions de l'homme dans ses rapports avec lui-même et dans ses rapports avec son milieu physique, cosmique, spirituel, social et culturel.

Ce qui vient d'être dit indique également qu'aux fondements de toutes les médecines se trouvent des croyances avouées ou inavouées en des forces non matérielles (Esprits, Dieu, divinités, diable, destin, sorcellerie, etc.). Comme il a été signalé tantôt, les pratiques magico-religieuses avaient cours dans ces médecines, qu'elles fussent de l'Egypte, de la Grèce, de l'Empire romain, des Amériques, de la Chine, de l'Inde... A cet effet, Jacques Lovichi (1980 : 5) rappelle :

> « *Mais si le chaman, le sorcier ou le mage exercent leur activité dans l'ombre, ils sont personnages de grand soleil, maîtres de la religion officielle, redoutés, vénérés, couverts de titres et d'honneurs.*

[90] Père de la médecine expérimentale. Cf. Bibliographie : *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*.

Arrive la religion chrétienne. Un brutal renversement se produit. Lorsqu'elle ne peut intégrer la pratique ancestrale au nouveau culte, elle la chasse et l'anathèmise. C'est une véritable inversion des valeurs ».

La rationalité scientifique, datant de 1619 à la faveur du cartésianisme naissant, apparaît aujourd'hui, avec ce christianisme dont Lovichi vient de parler, comme la dernière naissance survenue à la suite des rationalités premières. Nonobstant, elle considère ces rationalités premières comme « *non scientifiques* » ou comme des irrationalités s'empêtrant dans des croyances obscurantistes où il n'y aurait ni objectivité, ni mesurabilité, ni déterminisme récurrent, ni universalité, ni précision, qui sont des critères de scientificité !

Mais actuellement, l'on constate encore que ces irrationalités prétendues parviennent pourtant à avoir de l'efficacité là où échoue la rationalité scientifique, en dépit du contexte « *moderne* », « *civilisé* » ou non « *primitif* » qui la sous-tend. En effet, dans la médecine africaine et en général dans les médecines traditionnelles à l'instar de *Fâ*, l'être humain est considéré comme une entité complexe, vivant en interrelation avec ses semblables qui sont aussi des entités complexes, dans un univers naturel, social et spirituel également complexe.

Ici, les notions de santé (bien) et de maladie (mal) sont consubstantielles à l'existence dans sa globalité. D'une part, si ce n'est pas l'une, c'est l'autre : premier élément du *credo* des populations. D'autre part, les facteurs de santé et de maladie n'appartiennent pas qu'au monde visible (matériel) ; ils appartiennent aussi au monde invisible (immatériel) : deuxième élément du *credo* des populations. C'est ce qui fait que le champ d'intervention de *Fâ* et des médecines populaires endogènes est celui d'une étiologie souvent plurielle et complexe. La santé et la maladie, vues sur ce champ d'intervention, ne se réduisent donc pas au corps, au psychisme, aux organes, aux facultés, c'est-à-dire à l'unique réalité biologique de l'être humain.

Ici, il s'agit d'une rationalité systémique impliquant souvent une sorte de syncrétisme médical. D'où des thérapeutiques qui trempent à la fois dans le spirituel et le magico-religieux aux fins d'affronter, comme étant des maladies, tous les maux existentiels. A côté des vertus d'herbes, de minéraux et autres principes actifs ou alcaloïdes que la biomédecine allopathique exploite en molécules, les populations croient fermement que les prières, les paroles magiques, les passes magnétiques, les impositions de mains et les scarifications, fumigations, sacrifices, rites et cérémonies propitiatoires ont aussi leurs principes actifs contre la maladie. Que celle-ci soit organique, spirituelle, cosmique ou globalement existentielle, ces moyens ne sont pas à sous-estimer, vu que selon la rationalité présente dans *Fâ*, l'énervement d'une

divinité ou d'un sorcier contre quelqu'un peut troubler sa santé biologique voire psychique et le faire passer de vie à trépas.

La rationalité scientifique qui fonde la médecine moderne ne croit pas à cette relation systémique d'une telle cause avec un tel effet. Pour elle, l'entité organique de l'être humain a une autonomie inaliénable vis-à-vis de toute influence de cette nature-là. Aussi, en se focalisant et en s'investissant dans le concret ou le palpable qui relève de l'« *évidence* » ; dans l'analysable ou le mesurable qui relève de l'« *analyse* » (Descartes, 1637, 1984)[91] - toutes choses que permet la matérialité de l'organisme humain - cette rationalité réductionniste a pu, dans les limites choisies par elle, engranger d'énormes progrès médicaux. Elle a permis à la biomédecine, malgré ses limites concernant d'autres dimensions des soins de santé, d'avoir des performances extraordinaires qui forcent le respect et l'admiration de tout le monde. Mais il ne pouvait en être autrement lorsqu'on sait que c'est une médecine dotée d'équipements sophistiqués, de savoirs et savoir-faire soucieux de précision, d'exactitude et d'efficacité.

Cependant, du côté de *Fâ* et des médecines traditionnelles, la rationalité systémique ne manque pas aussi de résultats sauf que ceux-ci, au plan expérimental, ne dégagent pas suffisamment de mesurabilité, d'objectivité, de précision et d'universalité. Ce handicap serait dû à leurs incursions sanitaires, tous azimuts, sur le terrain physique, social, spirituel et cosmique de la vie de l'individu et des communautés. Et ce terrain de diverses complexités réunies serait fait de trop d'impondérables, de subjectivités, de fluctuations, d'opacités pour les non initiés, dépourvus de sixième sens ou d'équipements occultes. Or, mesurabilité, objectivité, précision, régularité de lois et universalité sont des critères que la science moderne exige des résultats de médecines traditionnelles comme si elle leur refusait le droit à la différence. Un enquêté travaillant au Centre Hospitalier Départemental du Zou (CHD/Zou) à Goho/Abomey, soumis au questionnaire auto-administré à ce sujet, révéla à juste titre que l'une des causes de conflits entre tradithérapeutes et médecins est « *la non croyance en l'efficacité des méthodes des uns par les autres* ».

Pourtant, il est reconnu par les populations, qui en font usage, que cette rationalité systémique a, à son actif, des traitements réussis d'envoûtements sorciers ou de troubles existentiels :

> **Exemple 1** : le « *zangban* » qui est un « *don de substitution/remplacement du malade, fait aux sorciers* » dans la conjuration de l'un des 256 signes de *Fâ* ;

[91] Avec René DESCARTES, la science a trouvé sa source de rigueur fondée sur des critères comme l'évidence du fait scientifique et la possibilité de l'analyser, de le mesurer, etc.

Exemple 2 : le « *sègbé-soussou* » qui est le « *rejet de la volonté du destin* » dans la conjuration de l'un des 256 signes de *Fâ* ;

Exemple 3 : le « *kou niyô*[92] » qui est l'« *avortement de l'imminence d'une mort* » ou la « *métamorphose de la mort en vie* », toujours dans la conjuration de l'un des 256 signes de *Fâ*.

C'est aussi par de telles conjurations de mauvais sorts révélés dans l'un ou l'autre des 256 signes de *Fâ* que des problèmes de stérilité mystérieuse, d'anémie bizarre ou de pathologie organique sans issue bio-analytique, d'échec social impensable, de malchance, de haine gratuite subie, de conflits interminables, etc., sont réglés au profit des populations qui y croient, par milliers, dans les pays non occidentaux comme le Bénin.

Au fond, il n'y a que deux types de rationalité médicale en présence : le type **systémique** et le type **réductionniste**. Mais eu égard à la portée et aux limites de chacun de ces deux types de rationalité médicale, un troisième type de rationalité, **mixte** comme il apparaît, postule désormais son droit à l'existence pour assouvir les besoins insatisfaits des « *malades* ». Il s'agit du **syncrétisme médical informel dont les enquêtés, en focus groups, ont souhaité la formalisation**[93]. C'est un syncrétisme qui s'opère dans un mélange d'usages, insuffisamment étudié ou insuffisamment contrôlé, entre les produits des médecines traditionnelles endogènes, dotées seulement de légitimité, et la médecine savante exogène, dotée seulement de légalité. C'est aussi un syncrétisme qui postule ainsi la réconciliation entre légitimité et légalité des modèles de soins en conflits.

De surcroît, les pays colonisés, dans l'**hybridisme culturel** (Kane, 1961) survenu au cours de leur histoire, semblent avoir besoin d'une « ***médecine différentielle*** »[94] qui ne serait ni exclusivement endogène ou traditionnelle, ni exclusivement exogène ou moderne, mais un mélange des deux. Cette rationalité mixte, hybride ou syncrétique ayant force de dépassement bénéfique, pourrait réconcilier le type systémique et le type réductionniste souvent en conflits. C'est probablement à ce prix que sera atteinte **« *la santé pour tous* »** que **« *l'an 2000* » a manqué d'atteindre**, en dépit de la projection et de la proclamation de l'OMS depuis 1978 à Alma-Ata.

[92] Ces mots en italique sont de la langue des populations *fon* du Bénin.

[93] Cf. en **Troisième Partie**, dernier Sous-Chapitre, le **schéma** du *Dispositif institutionnel systémique, mixte, de collaboration pour une mise en synergie entre médecine moderne et Fâ/médecines populaires, fâce à la « maladie »*.

[94] Concept créé et utilisé par ADJOTIN (1996).

La **rationalité syncrétique**, mieux organisée, exploitée et contrôlée, éradiquerait éventuellement les clivages entre modèles de soins et assurerait le développement socio-économique et socio-sanitaire des pays concernés. Car, elle s'approprierait toutes les portées dont recèlent chaque médecine et chaque rationalité, pour faire disparaître, de ce fait, les limites intrinsèques identifiées de part et d'autre. C'est dans cette nouvelle adaptation stratégique des politiques de santé publique que pourrait se mettre en place, suivant le modèle d'analyse stratégique de Crozier et de Friedberg (1977, 1981), une nouvelle trame pour la dynamique organisationnelle postulée par la complexité de la santé et de la maladie. Cette nouvelle trame, si elle était implémentée dans des réformes opérationnelles, ne manquerait pas d'être compatible avec le paradigme de la pensée complexe de Morin (1990) et de régler le problème du défaut de symétrie dans l'anthropologie de la santé et de la maladie dont Latour (1994) a réclamé la correction.

4.2. Diversité des approches de soins

Les approches de soins, qu'elles soient réduites au biologique ou élargies au socioculturel, au spirituel et au cosmique, reflètent la diversité des rationalités précédemment abordées. En effet, les approches biomédicales de soins utilisent des instruments d'identification de l'anormal ou du pathologique par opposition au normal représenté par la bonne santé. Au regard de cette identification, le diagnostic, partant de l'anamnèse, accorde une grande attention aux plaintes. Il émet des hypothèses parfois au moyen d'outils de laboratoire :

- Analyse de sang, d'urine, de selles, de crachats, etc., par des réactifs chimiques, des instruments de quantification et de qualification ; analyse du taux de sucre, de sel, de calcium, de magnésium, etc., dans le sang, par les mêmes procédés ; auscultation du rythme cardiaque au tensiomètre, son examen à l'électrocardiogramme pour identifier des anomalies en termes d'hypotension ou d'hypertension artérielles, de tachycardie ou, au contraire, de bradycardie ;
- Analyse de l'état et de la mobilité des spermatozoïdes par un spermogramme ; de l'état de l'embryon ou du fœtus par une échographie ; etc.

Bref, ce sont là des analyses organiques où aucune main invisible ou cause d'ordre occulte voire spirituel n'est suspectée. La biomédecine ne considère de monde que celui qui présente une réalité évidente au sens commun, une visibilité, une objectivité et une analysabilité ou mesurabilité universelles. En plus du diagnostic pour déterminer les maladies organiques et supposer leurs causes matérielles ou physico-chimiques, les approches biomédicales de soins s'occupent aussi de les prévenir à une échelle de masse pour empêcher endémie, épidémie et pandémie. Dans ce cadre, peuvent être citées les vaccinations contre la rougeole, la fièvre jaune, la fièvre typhoïde, la méningite, la poliomyélite, la tuberculose, le tétanos, les hépatites et autres maladies ; la distribution des moustiquaires imprégnées contre le paludisme, de

préservatifs contre le VIH/Sida... Ces préventions prennent également le style de sensibilisations de masse au moyen de l'information, de l'éducation et de la communication (*IEC*) pour un changement de comportement (*CC*) comme en ce qui concerne la prévention du Sida, du choléra, du paludisme, etc.

Ensuite, ces approches biomédicales franchissent le pas clinique en opérationnalisant les traitements des pathologies, au chevet des patients. Activement ici, des médicaments sous forme de comprimés, de pommades, de gélules, de potions et d'ampoules buvables ou injectables leur sont administrés par voie orale ou par pansements, piqûres musculaires, veineuses ou intraveineuses. A cela peuvent être ajoutées aussi des corrections organiques par interventions chirurgicales, réanimations, rééducations… L'objectif global est de résoudre, par des interventions biomédicales, les problèmes de dysfonctionnement organique qui relèvent de l'anormal. Et ce rétablissement du normal contre l'anormal arrive à réussir ou, au contraire, à échouer comme toute œuvre humaine.

Ce sont ces situations d'échecs biomédicaux, sauf en cas de mort, qui sont celles vite récupérées ou traitées par *Fâ* et les médecines traditionnelles en tant que recours ou secours thérapeutiques dans la trajectoire suivie par le patient. Ces médecines non officielles qui deviennent, de ce fait, des médecines alternatives ou complémentaires, ont aussi leurs approches qui reflètent, comme on le verra davantage, leur rationalité propre où aucune maladie ne se réduit systématiquement à l'organique tout court, que ce soit dans les actes de diagnostic, de prévention ou de cure. Des mains invisibles[95]déterminent souvent la survenue des malheurs qui, dans la socio-culture des pays africains et semblables, sont tous considérés comme des maladies également, à la dimension organique, sociale, spirituelle ou existentielle.

Sur la base d'un tel *credo*, que font l'herboriste, le phytothérapeute, le chirkinésithérapeute, le psychiatre traditionnel, l'orthopédiste traditionnel, la matrone et autres intervenants censés pourtant se borner dans une croyance exclusive en l'autonomie organique du corps à soigner, comme l'agent de santé en biomédecine ? Ils recourent souvent à l'anti-sorcier, au magicien, au prêtre de *Fâ*, au prêtre de vaudou, à l'évangéliste, à l'exorciseur, au marabout, au chrétien céleste, au voyant, à l'occultiste, à tout devin… Et leur recours à ceux-là constitue un aveu d'incompétence et l'expression d'une humilité ou ouverture d'esprit. D'autant que tous ces

[95]Sorcellerie ; Esprits vaudou ; violation d'interdits alimentaires ou coutumiers ; mauvais sorts jetés ; promesse d'offrandes non tenue vis-à-vis des divinités ancestrales ; injustice commise ; adultère et acte consistant à cocufier ; avarice à l'égard du monde des Esprits tutélaires pour ne citer que ces causes et mains invisibles.

acteurs complémentaires sont, à des degrés divers, des maîtres de l'invisible qui sous-tend souvent le visible de la maladie. Leurs interventions techniques attaquent souvent le problème de santé aussi bien à la surface qu'à la racine ou en profondeur.

Certes, cette sorte de **commission polytechnique au chevet du patient** s'observe aussi dans la thérapeutique formelle, mais malheureusement par un enfermement dans le biomédical où plusieurs spécialités exclusivement biomédicales sont parfois invitées, expressément, à affronter la complexité d'une maladie. Leurs interventions semblent, à l'évaluation empirique, attaquer le problème de santé seulement à la surface et non en profondeur. En vérité, le grand biais pour la couverture sanitaire du Bénin est que la réduction à l'organique, de tout phénomène pathologique, demeure dans la thérapeutique formelle. Or cela est incompatible avec la stratégie d'extension des approches thérapeutiques à l'existentiel, observée dans la systémique de la thérapeutique informelle, celle de *Fâ*, par exemple.

Comme on se le rappellerait, cette systémique ne confère aucune autonomie absolue au corps. Elle le prend dans ses interrelations avec éléments du monde visible et éléments du monde invisible au sein du cosmos. Aussi dans *Fâ* et les médecines traditionnelles contraires à la médecine des hôpitaux, rencontre-t-on rarement une ontothérapie absolument déconnectée d'une sociothérapie, d'une psychothérapie et d'une cosmothérapie. Mieux, après l'anamnèse où le patient exprime ses malaises, plusieurs mancies[96] (hydromancie, chiromancie, nécromancie, catoptromancie, géomancie, pyromancie, aéromancie, etc.) sont mises à contribution. Ces mancies, croit-on, font parler les acteurs et facteurs étiologiques qui sont les mains invisibles ayant engendré telle maladie ou tel malheur. De pareilles approches n'ont jamais cours dans la médecine officielle allopathique. Celle-ci continue de s'accrocher comme un taon, en vertu de sa rationalité, de ses paradigmes et du soutien qu'elle reçoit des pouvoirs publics nationaux et internationaux, aux normes qui sont les siennes, par opposition aux normes dites non scientifiques des autres types de médecine.

Au sein de ces types de médecine systémique au Bénin, il y a toute une panoplie de désignations pour indiquer les facteurs ou acteurs étiologiques qui seraient à la base des maladies ou malheurs identifiés. Chez les *Fon*, les *microbes* sont appelés « *nunvinogbè* » ou « *azonkwi* » ; les *carences alimentaires* sont appelées « *nunhuédoagbaza* » ; les *Esprits du monde invisible* comme les vaudou/divinités ou la sorcellerie sont nommés

[96] Cf.*Glossaire didactique pour la compréhension des concepts importants*, en ce qui concerne la mancie qu'est *Fâ*.

« *nunnoyessuimè* ». Pour eux, les *violations d'interdits* de toutes natures sont les « *sunùnù* », etc. Ce qui veut dire qu'autant *Fâ* et les recours traditionnels de soins reconnaissent les causes physico-chimiques des maladies organiques, autant ils reconnaissent d'autres causes qui sont immatérielles. Et si des tisanes, infusions, décoctions, fumigations, pommades et incisions sont utilisées pour affronter le mal organique, c'est plutôt, comme dans *Fâ* et ces recours, des *sacrifices d'animaux à des divinités* ou « *kanlin hunu vaudou* » ; des *conjurations du mauvais sort* ou « *vô-sissa* ». Dans le même registre se trouvent l'*usage de grigris* ou « *bo zizan* » ; l'*usage des scarifications* ou « *atin jija* » ; sans oublier les *confessions* dites « *nounnohomè nunô* » ; les *prières de désenvoûtement* ou *de délivrance* dites « *nè huho* » ou « *ahouan gbigba* » ; les *offrandes diverses aux Esprits sorciers* ou « *zangban* ». Ces usages sont considérés comme des remèdes appropriés à rétablir la santé ou le bonheur existentiel.

4.3. Logiques d'où se différencient les dispositifs de prise en charge

Dans ces conditions de fonctionnement ci-dessus présentées, qui les différencient, il est tout à fait normal que médecine moderne et *Fâ* n'aient pas d'identiques dispositifs de prise en charge de la santé et de la maladie. Cette différence de dispositifs, dont la réalité factuelle sera abordée en fin de Deuxième Partie, est la conséquence logique de leur différence de rationalités et approches de soins, précédemment abordée.

La prise en charge de la santé et de la maladie des populations, qui sont les cibles des politiques publiques, est une demande de tous les instants, adressée à l'offre de soins, notamment en termes de prévention et de cure. Cette offre, dans laquelle se professionnalisent médecine moderne et thérapies traditionnelles, est un enjeu important au formel et à l'informel. Elle l'est notamment pour la légalité et la légitimité dans lesquelles se case l'un ou l'autre des deux grands modèles de soins, en présence au Bénin, chacun avec son dispositif.

Aussi, pour son offre de services, le modèle de la médecine moderne met-il en place une administration de la santé et de la maladie ; des Centres hospitaliers où ont lieu diagnostic, prévention et traitement des maladies. Des plaques d'identification indiquant ces Centres de santé modernes, très souvent, dans la langue du colonisateur. Au Bénin, devant ces Centres, des garde-vélos vous prennent de l'argent pour sécuriser votre bicyclette ou motocyclette pendant que vous y pénétrez. A l'intérieur, si vous voulez vous faire soigner comme patient, le bureau des entrées vous prend des renseignements et vous fait signer des papiers au besoin. Un carnet de soins vous est vendu. Des intermédiaires vous font payer les frais de consultation, vous prennent poids, température et tension artérielle avant de vous introduire

chez l'infirmier major ou chez le médecin. Après la consultation parfois à l'aide d'appareils sophistiqués, pendant qu'un lit vous est attribué pour votre hospitalisation, des ordonnances, aux erreurs parfois détectées *a posteriori*, font ensuite courir d'officine en officine vos parents. S'ils n'ont pas trouvé sur les lieux les médicaments prescrits, ils doivent faire prospecter leur disponibilité dans la plus grande ville commerciale du pays ou à l'étranger. Une telle figuration sommaire n'indique-t-elle pas déjà comment ce dispositif de la médecine moderne participe de la logique différentielle des rationalités et des modèles de soins ? Ne prouve-t-elle pas en sus le caractère traumatisant et marginalisant de ce modèle lettré, surtout pour les populations majoritairement analphabètes et pauvres des pays en développement ?

A l'opposé de cette figuration, l'on rencontre rarement de plaque d'identification chez les intervenants en tradithérapie. C'est la communication de bouche à oreille qui fait la publicité et l'orientation des patients vers les détenteurs de compétences avérées. Et autant cette tradithérapie n'a pas réellement de dispositif administratif, autant elle ne s'encombre non plus de dispositif opérationnel onéreux comme on en trouve dans la biomédecine. Pourtant, cette pauvreté et simplicité de dispositif des médecines traditionnelles n'induisent pas un faible taux de leur fréquentation par rapport à la médecine moderne dont l'administration et l'appareillage devraient inspirer plus de crédibilité au sein de nos sociétés actuelles, influencées par la modernité. Ce sont les médecines traditionnelles, *Fâ* en l'occurrence qui, au contraire, connaissent le taux de fréquentation le plus élevé. Ici, la clientèle ne fait abstraction ni des compétences du guérisseur en termes de savoir, savoir-faire et savoir-être ; ni de l'adéquation des soins reçus par rapport à sa culture et à sa petite économie. Autrement dit, aucun des dispositifs ne la trompe parce qu'elle a appris à en connaître la portée et les limites. Dans son entendement, elle semble considérer le savoir, le savoir-faire et le savoir-être des soignants traditionnels comme étant le vrai dispositif, incorporé déjà en eux. En effet, il y a des cas de crise de santé où des incantations occultes suffisent à désarmorcer la morbidité, en attendant d'aller à la recherche d'ingrédients médicinaux dans la nature ou au marché/herboristerie.

Au total donc, le dispositif des tradithérapies ne s'encombre pas de la lourdeur de la rationalité scientifique, de la bureaucratie et des équipements à la fois chimiques et mécaniques qu'on rencontre dans les hôpitaux. Il semble même, en vérité, être dans le pouvoir curatif que représente la qualité des rapports systémiques entre la nature, la socio-culture, le patient et le guérisseur.

4.4. Témoignages sur deux trajectoires thérapeutiques

Les témoignages ci-après émanent d'une observation participante de deux patientes sur leurs trajectoires thérapeutiques.

Le **premier cas** était, *a priori*, un dérèglement psychosomatique où Sèna, une lycéenne de la Terminale D, âgée de 19 ans, avait à la fois des convulsions, un délire de possession et un délire de persécution :

> Les convulsions, qu'elle développait, étaient des secousses musculaires et névralgiques de tout son corps tandis que les délires qui étaient les siens faisaient transparaître, pour la possession, l'emprise de « *l'Esprit saint*[97] » et pour la persécution, l'emprise de la sorcellerie. Le nom de la « *Vierge-Marie* [98]» était évoqué constamment dans le délire de possession tandis que le nom d'une sorcière, bien connue dans sa maison paternelle, était cité dans le délire de persécution. Au vu de tous ces indices physiques, psychiques et déclaratoires, les soignants de la *Clinique Sainte Denise* d'Ahouaga à Abomey avaient d'abord posé un diagnostic de causalité complexe. Néanmoins, en raison de ce qui est visiblement constaté, sédatifs et somnifères (*Diazépam*) furent administrés à la patiente. Mais ces produits n'eurent aucun effet et les agitations de Sèna continuaient toujours.
>
> Le médecin traitant avait fini par dire, devant moi à ses parents, que ce n'était pas un cas pour la médecine moderne et qu'il leur faudra faire recours aux traitements spirituels de l'Eglise catholique de Banamè[99] dans la Commune de Zangnanado. A cet endroit, une exorciste célèbre, appelée Parfaite, émerveillait des foules avec ses thérapies consistant en des prières de combat spirituel, qui désenvoûtent[100]. Les parents de Sèna la firent transférer donc à Banamè à l'aide de ma voiture. Là-bas, les délires de possession et de persécution furent guéris. Mais il restait les convulsions du corps de Sèna. Des informateurs anonymes nous avaient orientés vers l'Eglise évangélique *Cité des grâces*, sise à Bohicon qui est une ville située entre Abomey et Zangnanado où les dernières séquences de traitement eurent lieu. Entouré de trois femmes « *prophètes* » qui révélèrent que Sèna a été envoûtée chez un vaudou *Dan-Ayidohouèdo* de collectivité familiale (*hinnu-dan* en langue *fon*), le Pasteur évangéliste était serein... A cette divinité, les ennemis de son père auraient offert, au lieu du beurre de karité, de l'huile rouge de palme interdite. Mais comment le Pasteur responsable de cette Eglise évangélique l'avait-il désenvoûtée ? Il lui fit boire une jaunâtre huile d'onction et en lui donnant une violente tape sur le corps, il intima l'ordre au démon d'en sortir *illico presto*. C'est ainsi qu'en une fraction de minute, la jeune fille, dont la voix devenue animalière n'était plus intelligible dans aucune des langues qu'elle parlait, recouvra sa voix normale. C'est ainsi que le noir de la pupille oculaire, qui disparaissait fréquemment au profit du blanc de la sclérotique, recouvra sa normalité au même moment où cessèrent toutes les convulsions du corps de Sèna. Ensuite, Sèna fut soumise à une semaine entière de carême absolu et à des rituels de délivrance totale au sein de cette Eglise. Dans les rituels figuraient la prononciation à voix violente de psaumes

[97] C'est la patiente elle-même, chrétienne de religion, mais de parents animistes (vaudou), qui évoquait ce nom.

[98] *Idem.*

[99] Une crise s'est produite ultérieurement dans cette Eglise catholique, au point que les exorcistes, Père Mathias VIGAN, dames Parfaite et Nicole ont été excommuniés pour leurs pratiques et prêches contraires à l'orthodoxie chrétienne catholique, tendant à l'intolérance religieuse et à l'obscurantisme. Ces excommuniés évoluent dans leur mouvement religieux en opposition, d'emblée, à l'Eglise catholique dès l'année 2011, sous la dénomination de Très Sainte Eglise de Jésus-Christ (TSEJC). Père Mathias VIGAN y serait promu « *Pape* » et dame Parfaite, considérée comme « *Plus grand Père (Daagbo), Dieu lui-même* » sur terre !

[100] Selon Sauveur BOUKRIS (2014 : 181-182), même le docteur Alexis CARREL, prix Nobel de médecine en 1912, a reconnu le pouvoir thérapeutique de la prière : « *La prière agit sur l'esprit et sur le corps* ».

bibliques de combat et l'usage d'une huile d'onction ; la vociférations de slogans comme : « *feu, feu, feu sur Satan* », « *on est dans le sang de Jésus* », etc.

Mais deux précautions valant mieux qu'une seule, les parents de Sèna, sur insistance de leur voisinage, allèrent renforcer ces résultats évangéliques avec les apports de *Fâ*. Chez un prêtre de *Fâ*, à la question de savoir sous quel signe géomantique « *les yeux qui ont vu Sèna cette année en cours la reverront encore l'année prochaine* » (*nunkun é mon Sèna éhué é muin léhué* en langue *fon*), c'est le signe géomantique *Abla-Fou* qui apparut sur le plateau divinatoire. Ce signe émit la déclaration suivante : « *hanhan mon non han no Dan-Ayidohouèdo yonu* », c'est-à-dire « *le bruit hanhan (du feu) ne manque pas d'exister derrière la divinité Dan-Ayidohouèdo* ». Son exigence immédiate fut une conjuration de sort dont les matériaux étaient des chiendents secs (à brûler) ; un poulet femelle (à tuer pour remplacer Sèna comme proie de la sorcellerie ; des figurines en terre de barre et une boule d'akassa. Sèna étant encore à l'Eglise évangélique, son nom fut prononcé trois fois lors de la conjuration. Sur le délayé de la boule d'akassa, placé devant l'autel de la divinité *Lègba*, une motte de chiendents fut brûlée. C'était aux côtés de trois figurines en terre de barre déposées par le *bokônon*, prêtre de *Fâ*. Cette motte de chiendents fut encerclée précédemment d'une traînée de poudre de kaolin ayant reçu l'inscription des signes géomantiques *Abla-Fou*, *Gouda-Gbé*, *Tchè-Toula* et *Di-Fou*.

Résultat : Sèna a survécu puis a repris ses études avec succès au baccalauréat l'année 2011 suivante. Le seul problème survenu fut une manifestation continuelle de séquelles auxquelles le nom de « *fibromyalgie* » a été donné dans le langage scientifique de la médecine moderne. Tous les recours thérapeutiques disponibles furent mis à contribution à ce sujet. Notamment, une exorciste chrétienne de l'Eglise catholique Sainte Thérèse de Godomey, près de Cotonou, fut enrôlée dans le traitement de ce mal d'une fidèle de son Eglise. Pendant ce temps, Sèna obtint une licence universitaire lui permettant de dispenser des cours de français. Informé sur ce résultat thérapeutique émanant d'autres recours de soins, le Personnel soignant de la *Clinique Sainte Denise* d'Ahouaga à Abomey n'a pu croire à ses oreilles. Mais l'exorciste chrétienne n'a pas réussi le traitement de ce dernier mal dont Sèna souffrait depuis août 2009. Ce privilège est revenu au catoptromancien Victor Koussoukpo qui a vaincu, selon la confirmation de la soignée elle-même, ladite *fibromyalgie*. Ce fut par une poudre noirâtre infiltrée à quatre endroits croisés du buste de Sèna et par une huile de palmiste composée qu'elle a passée, à chaque nuit au coucher, sur son corps durant tout le mois d'octobre 2016. L'effet promis est, selon le soignant, de mettre définitivement fin aux irruptions négatives de *Dan-Ayidohouèdo* dans le corps et l'existence de Sèna.

Dans ces conditions, les révélations sur *Dan-Ayidohouèdo*, aussi bien par les prophètes de l'Eglise évangélique *Cité des grâces* que par le prêtre de *Fâ* et le catoptromancien ne manqueraient pas d'attirer la curiosité du chercheur en socio-anthropologie de la santé.

Le **second cas**, celui de Rita, ménagère âgée de 37 ans, avait présenté aussi des bizarreries. Mais ce cas avait connu un aboutissement différent par rapport à celui de Sèna :

Le ventre de Rita, en effet, devint gros comme si elle était en état de grossesse gémellaire à terme. Elle ne dormait plus bien, faisait des cauchemars récurrents où elle voyait l'un de ses oncles paternels, « *sorcier* », la persécuter sous prétexte qu'elle l'avait écarté de la gestion de l'héritage de son père défunt. Différentes supputations diagnostiques furent avancées par les praticiens de la médecine moderne. Ces supputations aléatoires allaient du cancer du col de l'utérus au Sida en passant par la possibilité d'une grossesse ou d'une ascite en dehors de tout test. Elles allaient également aux défaillances du cœur et des reins ; aux séquelles postérieures à la tuberculose dont elle avait soufferte et qui avait été guérie au lazaret, situé à Akpakpa-Abokicodji, municipalité de Cotonou. Puis à un moment donné, des examens biomédicaux appropriés furent prescrits et faits, en partant de ces différentes supputations diagnostiques,

surtout pour confirmer ou infirmer celles qui, fréquemment, tournaient autour d'une ascite[101]ou d'une grossesse. Ces examens, très divers et onéreux, étaient « *le test de grossesse ; l'échographie abdominale ; le télécoeur ; le test du HIV*[102] *; la glycosurie ; l'urémie ; l'uricémie ; la vitesse de Sedi ; l'azotémie ; ECG (électrocardiogramme) ; CRP (C réactive protéine) ; SDW (sérodiagnostic de Widal) ; NFS (numération formule sanguine) ; HVC (hépatite virale C ; AgHBS (hépatite B) ; créatinémie ; transaminases* », etc. Il doit être signalé qu'à ces examens, liés aux diagnostics aléatoires, avaient succédé des traitements aussi aléatoires, avec des médicaments tels que « *Nifelat Retad, Nifcal 10* », etc., qui ont pu être achetés. Mais en dépit des efforts financiers consentis par les parents de Rita, rien n'y fit. Il a été répondu à ma curiosité, par un médecin généraliste, que si les examens confirmaient l'une et/ou l'autre des maladies possibles chez Rita, l'ascite en particulier, les médicaments comme la *Digoxine* pourraient être prescrits pour traiter le cœur. La dialyse pour affronter les problèmes de reins. Les anti-rétro-viraux comme l'*Effavirenz* pour lutter contre le Sida. L'*Etambutol* ou la *Pirazinanide* pour contre-attaquer la tuberculose. La chimiothérapie pour traiter le cancer.

Pendant ce temps, la réalité dans son évolution était que le mal, très touffu, affaiblissait déjà trop Rita et imposait une course contre la montre pour lui sauver la vie. Alors que personne, dans la famille, n'avait suffisamment d'argent pour faire face aux multiples dépenses qu'imposaient ainsi l'hôpital public de Zone de Covè, puis l'hôpital confessionnel *Saint Camille* de Zinvié. En désespoir de cause par rapport à ce cas de Rita qui, dans ce modèle de l'hôpital, tend à être une impasse, le pas n'ayant pu donc être franchi pour confirmer ou infirmer l'*ascite* ou d'autres pathologies et cap fut alors mis sur la tradithérapie. Le destin suivant son cours, Rita fut transférée de Zinvié (Département de l'Atlantique) à Abomey (Département du Zou). Là, un recours *in extremis* à *Fâ* révéla d'une part que la trajectoire thérapeutique suivie antérieurement ne pouvait pas être fructueuse parce qu'inadaptée au cas de Rita et que d'autre part, la cause invisible de sa maladie n'était rien d'autre que la sorcellerie. Après avoir trouvé le signe géomantique *Gouda-Gbé* ou *Goudafligbé* à la suite de la question de savoir l'origine du mal de Rita et ce qu'il y a lieu de faire, *bokônon* Dossé, prêtre de *Fâ* au quartier Wémè (Arrondissement d'Agbokpa, Commune d'Abomey), développa un récit géomantique du signe[103] trouvé. Il prescrivit la thérapie convenable consistant à opérer une conjuration de sort destinée à « *libérer la malade des chaînes de la mort* ». A ce sujet, un bois frais de kapokier fut sculpté pour simuler, en symbole[104], une femme en état de grossesse avancée. Une poudre de kaolin portant l'inscription des signes géomantiques *Goudafligbé, Tchè-Toula* et *Di-Fou* a été versée là-dessus pour être passé sur tout le corps de Rita dont le nom fut trois fois prononcé lors de la cérémonie. Un poulet fut sacrifié à *Lègba* au moment où on lui remettait le produit de cette conjuration. Ce sacrifice de poulet viserait à obtenir pour la moribonde une délivrance immédiate de cette emprise diabolique de la sorcellerie.

Des jours après la conjuration chez le géomancien, Rita sentit une amélioration. Mais elle traînait toujours la masse critique de son ventre. Par la suite, ladite conjuration ayant réussi à apporter tout au moins beaucoup plus de lumière sur le modèle thérapeutique qui lui conviendrait, des informateurs inattendus orientèrent la famille vers une dame antisorcière du

[101] Epanchement liquidien dans la cavité abdominale. Il peut être causé par des problèmes du cœur, des reins, du foie, etc., et être aussi une manifestation du Sida, du cancer, de la tuberculose, etc.

[102] Human immunodeficiency virus (virus de l'immunodéficience humaine, traduction de l'anglais en français), responsable du Sida (syndrome de l'immunodéficience acquise).

[103] Ce signe géomantique *Goudafligbé* fera davantage l'objet d'une élucidation, dans d'autres développements de la Thèse.

[104] Au **Chapitre 8** dans la **Deuxième Partie**, *l'action thérapeutique du symbole sur le patient* sera étudiée, notamment sur sa psychologie en guise de psychothérapie.

nom de Rapido, résidant au quartier Gbèkon-Hounli, toujours à Abomey. Avec des potions, cette tradithérapeute firent défèquer, à la patiente, des caillots de sang pendant toute une journée et elle retrouva la vitalité et la viabilité perdues. Le tribut payé fut une brebis et quarante mille (40.000) francs CFA pour délivrer Rita des fameuses chaînes de la mort, révélées par le signe *Goudafligbé* de *Fâ*.

Résultat : Rita a survécu, même si ce n'était que pour peu d'années. En effet, son ventre a repris la forme normale en redevenant plat et les menstruations qu'elle n'arrivait plus à avoir ont aussi repris. Sa tension artérielle est revenue à la normale, etc. Le seul problème ultérieurement survenu est un semblant de rechute deux ans plus tard sous forme de myome et où la tradithérapie a reconnu, cette fois-là, ses propres limites au profit de la médecine moderne, puisqu'il fut finalement question d'une intervention chirurgicale à faire subir à Rita. (Cf. **Planche N° 8**, ci-dessous). D'autres rebondissements malheureux ont avili cette intervention chirurgicale d'autant que, quelques mois après elle, Rita, de plainte de maux de ventre en plainte de cauchemars, fut transportée au Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou pour des soins d'urgence sur deux semaines. Quels résultats ces soins ont-ils pu apporter ? Semblant de guérison, pourrait-on répondre ! Car elle mourut finalement à domicile, le mardi 28 octobre 2014 en hurlant, de façon intempestive, un « *au secours* » de persécutée.

Les images des planches 6, 7 et 8, ci-après, montrent certains acteurs de soins de santé que rencontrent les patients sur leurs trajectoires thérapeutiques faites d'éléments de médecines traditionnelles comme de médecine moderne.

Planche 6 : Consultation divinatoire et conjuration de sort[105] par *Fâ*





Planche extraite de Adjotin, P. (2011). L'univers sous les thérapies de Fâ. Sciences, lettres et arts au chevet du malade.

[105] Le *bokônon* ou géomancien praticien de *Fâ*, Eganhwi Batonon, utilisant ses instruments de divination (plateau divinatoire dit *fâtè*, chapelet divinatoire dit *agunmaga* et objets-hypothèses dits *vo* en langue *fon*). Il révèle ici à l'un de ses clients son signe (*Fâ-dou*) de destin ou les signes géomantiques de n'importe quelle problématique de son existence (Photo du haut).

Séance de conjuration ou de traitement des affres du destin voire d'autres troubles de santé à la lumière des signes de *Fâ*, avec un cabri de substitution au patient, des feuilles liturgiques et des figurines diverses chargées de « *vertus thérapeutiques* » (Photo du bas).

Planche 7 : Sorcières passées aux aveux et exorcisme[106] en christianisme céleste



Planche extraite de Adjotin, P. (1996). Médecines traditionnelles et médecine moderne au Bénin. Collaboration ou conflits ?

Remarque : Aucun de ces deux intervenants en diagnostic et soins de santé, à la différence des *bokônon* praticiens de *Fâ*, n'émet de signes matériels universels de divination ou de révélation pouvant faire l'objet d'interprétation par d'autres connaisseurs.

[106] Dans l'image du haut, le tradithérapeute Akpali Atinkpédjou Dada Ghézo au milieu des sorcières passées aux aveux et qu'il prétend avoir dépossédées du pouvoir maléfique.

Dans celle du bas, les guérisseurs confessionnels du christianisme céleste, en séance d'exorcisme et de traitement sur une patiente à genoux.

Planche 8 : Myome surdimensionné[107], présumé de cause sorcière



[107] Voici, après l'« *ascite* » mystérieuse de Rita et d'autres rebondissements bizarres, le myome extrait chirurgicalement de son utérus. Myome surdimensionné éventuellement par la sorcellerie et présentant, à plusieurs endroits, des éléments durs et blancs comme des fagots de bois. Elle est décédée, si l'on doit le répéter, 3 mois après l'opération, précisément le mardi 28 octobre 2014 en hurlant, de façon répétitive, un « *au secours* » de persécutée.

Dans ces conditions, ne se sentirait-on pas suffisamment choqué et éclairé à la fois sur la complexité des causalités pathologiques propres aux « *sociétés à univers multiples* », selon les termes de Tobie Nathan (1994) ? Autrement dit, aurait-on encore des raisons de se comporter comme dans les « *sociétés à univers unique* » (*Ibid*.) ? Car, force est de constater qu'il y a, dans ces longs récits suscités par le cas de Sèna et celui de Rita, des situations réelles qui indiquent que tout enfermement dans l'approche biomédicale serait fatal.

En partant de ce troublant tableau de complexité étiologique qui constitue le lot quotidien des populations de culture béninoise, africaine ou non occidentale, ne serait-il pas plus pertinent de s'attacher à la définition que l'OMS a donnée à la santé et à laquelle la biomédecine répond mal ?

Deuxième Partie :

De l'évaluation des systèmes de soins à l'aune des représentations

Chapitre 5 : La médecine moderne en phase ou non avec la « *santé* » ?

La santé, selon les représentations qu'en ont les poopulations et l'OMS, est porteuse d'une multidimension devant imposer une démarche professionnelle qui ne réduise point les interventions médicales à l'organique seul. De ce point de vue, diagnostic, prévention et traitement devraient en conséquence constituer des champs moins réduits, contrairement à ce qui s'observe en médecine moderne.

5.1. Réductionnisme du diagnostic

La médecine moderne, fondée sur la culture occidentale dont le volet scientifique est sous-tendu par le rationalisme de Descartes (1637, 1984) ou, en d'autres termes, par le cartésianisme, est une médecine qui ne traite qu'avec le réel évident, observable, analysable et mesurable. D'où sa propension à l'étude des organes biologiques, du point de vue des facteurs de leur santé ou de leur maladie. Les autres causalités qui relèvent de la réalité sociale, culturelle, spirituelle ou cosmique ne l'intéressent guère. A l'anamnèse, immédiatement, les plaintes du patient ou celles rapportées de lui par ses proches sont enregistrées dans le carnet de visite médicale ; sa température est prise au thermomètre, son poids avec la balance, ses pools cardiaques avec le tensiomètre, etc. Partant, le diagnostic médical qui apparaît comme une torche allumée pour mieux approcher la maladie, la dévisager beaucoup plus nettement pour la nommer de science sûre, au moyen complémentaire d'analyses de laboratoire par exemple, se réduit aussi au biologique.

S'agit-il d'un patient se plaignant de douleurs de ventre ? Le diagnostic pourrait soupçonner, comme causes, des vers intestinaux, une indigestion alimentaire, un ulcère gastrique ou duodénal, un empoisonnement chimique de proximité mais jamais un empoisonnement occulte à distance qui ne se révèle seulement qu'en médecines traditionnelles. Ainsi, des examens de selles, d'urine, de sang ; une fibroscopie ainsi que d'autres types d'analyse, pourraient être demandés au patient. Mais jamais une attaque sorcière ou occulte, par exemple, n'est diagnostiquée. S'agit-il de la stérilité d'un couple de mariés ? Le diagnostic pourrait envisager, pour cause, l'obstruction des trompes de Fallope, les aléas de l'ovulation, les défaillances de la glaire cervicale chez la femme, puis la faiblesse de mobilité et de viabilité des gamètes mâles ou spermatozoïdes, l'insuffisance de quantité du liquide séminal chez l'homme. Ainsi, échographie et spermogramme pourraient être requis pour mieux

identifier le mal du couple. Jamais, dans cette médecine moderne, un blocage spirituel n'est diagnostiqué et qu'il s'agirait de lever d'abord avant que ce couple ne puisse enfanter.

Les limites d'un tel réductionnisme, dans ces cas d'espèce, ont été soulignées par l'anthropologue Emmanuelle Kadya Tall qui a rapporté dans l'un de ses travaux[108]que l'on se retrouve hors du « *cadre biologique* ». Comme à travers l'exemple d'une « *femme béninoise* » qui, ayant perdu successivement tous ses enfants, s'est fait révéler par un spécialiste de *Fâ* qu'elle avait oublié de servir à la divinité « *ejo* » l'offrande qu'elle lui avait promise. Qu'elle doit faire ériger à son profit une divinité du nom de « *toxosu* » puis chérir sa propre mère avant de pouvoir avoir une progéniture qui survive !

A cet égard, le diagnostic de la médecine moderne occidentale ne devrait plus attacher les notions de santé et de maladie, seulement à l'organisme biologique vivant. Elle devrait concéder l'existence d'entités spirituelles ou immatérielles qui les influencent. Car, même les lettrés formés à l'école moderne de type occidental, notamment les médecins, infirmiers, sages-femmes et aides-soignants qui ont été soumis au questionnaire auto-administré à Abomey, Ouidah et Cotonou, ont reconnu les limites du modèle médical occidental. Pour la plupart d'entre-eux, ils sont favorables à une perception multicausale de la maladie, c'est-à-dire à la systémique et finalement à une réelle collaboration avec les tradithérapeutes. Les résultats des enquêtes de terrain, qui figurent au dernier Chapitre, en témoignent éloquemment pour confirmer le réductionnisme de la médecine moderne.

5.2. Réductionnisme de la prévention

La prévention de la maladie à titre individuel ou collectif dans le cadre de la médecine moderne se fait aussi, mais rien que par la prise en compte du biologique ou de l'organique. Chacun des cadres ou intellectuels encore vivants, qui avaient fait leurs études pendant la période coloniale ou pendant les premières années de la décolonisation, se rappellerait que des comprimés de *Nivaquine* étaient donnés à avaler à tous les écoliers ou élèves dans les écoles, lycées et collèges de l'ex-Dahomey, actuel Bénin. C'était une mesure prophylactique pour prévenir les ravages du paludisme ou de la malaria.

De nos jours, c'est l'expérience de la distribution des moustiquaires imprégnées qui a pris la place de celle de la *Nivaquine*. Ici aussi, la prévention du mal se réduit à ses effets sur/dans le

[108] Cf. « *L'interprétation du malheur et de la maladie : une consultation chez un devin du Sud-Bénin* », *In* : FASSIN (D.) et al. *Sociétés, développement et santé*, Ed. Marketing Ellipses, Paris, 1990, pp. 1991-1999.

corps ou les organes de chaque individu. On l'élargit parfois sous forme de prévention de masse à toute la population d'une localité à l'autre du pays. Et encore une fois, les mensurations qui sont de la prédilection de la science médicale moderne ainsi que des politiques publiques s'effectuent par les statisticiens de la santé. Les taux de couverture des opérations se calculent par rapport à la taille de la population attendue. Le taux de réduction de la prévalence du paludisme par rapport à un temps T1 et à un temps T2 dans un espace E pourrait être aussi calculé pour la validation des politiques et actions de promotion de la santé. *Idem* pour la prévention de la rougeole, de la poliomyélite, de la tuberculose, de la fièvre jaune, du tétanos, du choléra, etc., par des vaccinations. Dans cet entendement biomédical, les facteurs à maîtriser pour prévenir telle ou telle pathologie ne sont nullement à rechercher dans les réalités socioculturelles des populations qui croient par exemple que l'anophèle, accusé pour le paludisme, peut être une métamorphose de telle sorcière ou de tel jeteur de mauvais sort. C'est bien là un exemple qui, selon les enquêtés, ferait partie des « *maladies provoquées* ». La prévention de telles maladies dites provoquées échappe à la médecine moderne. Elle serait du ressort exclusif des médecines traditionnelles, de *Fâ* notamment. Et cette prévention ne s'obtient qu'au moyen de la conjuration de mauvais sort (*vô-sissa* en langue *fon* du Bénin), des scarifications de protection antisorcière (*azé-glo* dans la même langue).

A la notion de germe pathogène physique identifiable en biomédecine, vient s'ajouter ainsi la notion socioculturelle d'un autre germe pathogène métaphysique : *azon no yêsuimê* (en langue *fon*). Cela signifie « *maladie à cause invisible à l'œil nu* ». Et cela implique en conséquence que c'est une maladie non identifiable par la biomédecine, mais plutôt par d'autres comme *Fâ*, au paradigme différent, acceptable seulement par les « *sociétés à univers multiples* » (Nathan, 1994), comme le Bénin.

5.3. Réductionnisme du traitement

Diagnostic, prévention et thérapie constituent trois maillons logiques d'une même chaîne ou d'un même process médical. Comme rien ne doit contredire le *credo* qui sous-tend le diagnostic et la prévention en médecine moderne, la restriction au biomédical existe également dans le traitement qu'elle opère.

En effet, tous les troubles de santé physique ou psychique, attestés par des diagnostics pointus, sont soumis en médecine moderne à des thérapeutiques. Celles-ci ont divers noms selon le type de pathologie : des antitussifs contre la toux ; des analgésiques et anti-

inflammatoires contre les douleurs et les inflammations ; des antibiotiques contre les infections microbiennes. Ne sont pas à oublier les antiviraux contre les virus ; les psychotropes contre les troubles mentaux, etc. Ces éléments du mécanisme biomédical visent un impact correctif sur les dérèglements de la santé organique de la personne reçue en consultation. Et cela, abstraction faite de toute éventualité d'interférence spirituelle, métaphysique, cosmique ou socioculturelle dans la constitution du champ causal. Or, ce champ causal ou étiologique est plus vaste et plus complexe que les approches biomédicales, promues légalement par les pouvoirs publics, mais qui ne sont pas suffisamment légitimées par les populations.

Au Centre Hospitalier Départemental (CHD) du Zou, basé à Goho/Abomey, des patients enquêtés et leurs gardes ont confié plus d'un cas insolite. Par exemple, qu'un enfant anémié, à qui les infirmiers transfusaient du sang, se retrouvait vidé, au fur et à mesure, de ce sang qui se décomposerait en eau plate, sans effet correctif sur l'anémie. D'où l'idée que le mal ne serait pas gérable par l'« *hôpital du Blanc* »[109](*dotohoué-Yovo-ton*), mais plutôt par « *les maîtres positifs de la nuit* », c'est-à-dire par les anti-sorciers dont font partie les *bokônon* ou praticiens de *Fâ*. Et comme pour conforter ces révélations qui nourrissent les croyances ou le vécu des populations africaines en général, béninoises en particulier, **Ibrahim Mohamed, infirmier de santé communautaire** officiant dans l'Arrondissement d'Agbokpa, Commune d'Abomey, en a fait un long témoignage au cours de nos entretiens où il n'a pas requis l'anonymat. Voici **son vécu de la sorcellerie concernant la transfusion sanguine** :

> « *On peut être en train de faire transfusion sanguine à un malade anémié et constater que le taux d'hémoglobine n'augmente pas, même si on lui transfuse jusqu'à 4 poches de sang de 200 ou 500 ml. Les contrôles d'impact au laboratoire d'hématologie attestent parfois que le niveau de sang, en qualité, est descendu pire qu'avant. C'est du vécu parmi mes expériences professionnelles ici à Abomey. Dans ce cas, on est obligé d'autoriser que les parents du patient aillent chercher un guérisseur traditionnel. Et ce guérisseur, souvent, parvient à résoudre le problème. Je peux citer le cas de l'un de mes anciens patients qui, une fois guéri, a changé de résidence, est devenu conducteur de taxi-moto résidant dorénavant à Bohicon, loin de sa maison paternelle d'où serait venue son anémie* ».

Un tel témoignage de la part d'un praticien de la médecine moderne, au sein des communautés à la base, peut dérouter quiconque ignore la sorcellerie.

[109] Ces genres de désignations n'ont rien de raciste dans les langues locales. Les couleurs de peau y sont utilisées simplement pour faire des différenciations socioculturelles marquant l'origine de chaque modèle de soins.

5.4. OMS et contraste de survalorisation de la médecine moderne

Si elle considérait les faits de sorcellerie ci-dessus narrés, qui complexifient l'étiologie en Afrique par exemple, la médecine moderne aurait pris au sérieux toutes les dimensions que recèle la notion de santé. A ce prix, elle aurrait évité sa survalorisation par les pouvoirs publics, aux dépens des autres recours thérapeutiques dont relève *Fâ*.

- **OMS et « *Santé* » comme « *état de complet bien-être* »**[110]

Avant d'aborder les recours thérapeutiques en présence au Bénin, l'on gagnerait à évoquer, dans leur historicité, la mission de cette organisation et la déclaration de 1978 à Alma-Ata sur les soins de santé primaires. En effet, à la sortie des deux grandes guerres mondiales entre 1914 et 1945, l'idée de la construction d'une paix durable avait conduit à la mise en place de moult institutions internationales. L'on était allé, nous rappelleraient les historiens, du Système des Nations (SDN, 1919) à l'Organisation des Nations Unies (ONU, 1945). Au sein de celle-ci, avaient pu naître et grandir jusqu'à nos jours d'autres, pour constituer objectivement le système de l'unité des nations. Il s'agissait par exemple du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), de l'Organisation Mondiale du Commerce (OMC), du Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), du Programme Alimentaire Mondial (PAM), etc.

L'Organisation Mondiale de la Santé, dont il est question ici, participe aussi de ce système pour l'unité des nations dans un environnement où la paix ne peut être durable sans une dynamique internationale. Cette dynamique est nécessaire pour favoriser la satisfaction des besoins fondamentaux de l'être humain : se nourrir, se soigner, s'instruire, se loger, se vêtir. Parmi ces cinq besoins vitaux des Nations, c'est en l'occurrence « *se soigner* » qui lui incombe. Dès lors, elle a fondamentalement pour mission d'élaborer des politiques sanitaires internationales et de les faire mettre en œuvre par chacun des 194 pays membres, en 2016, qui y sont, au sein de l'Organisation des Nations Unies (ONU), dans le « *but d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible* » (Google/Wikipédia). Et c'est en vertu de cette mission que la quatorzième recommandation de sa Conférence internationale sur les soins de santé primaires, en septembre 1978, a mis un accent particulier sur le besoin d'œuvrer à ce que :

[110] Au-delà du « *bien-être* » qui est un sous-ensemble du « *bien-exister* », c'est de tout le « *bien-exister* » que *Fâ* s'occupe si l'on analyse ses récits géomantiques et ses conjurations de sort rapportés (ADJOTIN, 2011).

> « *Des remèdes traditionnels d'efficacité avérée soient utilisés* » et qu'« *un réseau efficace d'administration et de distribution soit mis sur pied* »
>
> (OMS et FISE, 1978).

En effet, la déclaration de 1978, relative à la promotion des soins de santé primaires, a réitéré la définition, par l'OMS, de la santé. Remémorons-nous cette définition pour y noter une pertinence par opposition à la maladie. Car, l'intérêt à en dégager est l'impartialité dans la perception de la santé et, par ricochet, de la maladie. Il n'y a pas été dit que la santé est un état de bien-être parcellaire ou partiel, mais plutôt un état de complet bien-être relatif au physique, au mental et au social qui font sa globalité multidimensionnelle. En d'autres termes, cet état n'est donc pas que biologique et psychologique. Il ne concerne pas que le corps, et l'esprit qui se forme dans ce corps au moyen du cerveau, des nerfs, des cinq sens et de divers éléments naturels ou culturels. Cet état, selon cette définition, est aussi social. Et point n'est besoin de souligner des sous-entendus que cache ce mot « *social* » où il y a des aspects de culture, d'économie, de politique, d'éducation, de technologie et même d'écologie pour la santé.

Bref, tous les constituants sociaux de la santé sont envisageables de droit dans ce volet ou dans cette pièce de la définition en question. Et vers la fin de celle-ci, l'organisation a semblé réduire davantage la conception d'Hippocrate et de Claude Bernard à l'impertinence ou à l'inadéquation, en insinuant ceci :

> La santé peut être perdue même si aucune maladie ou infirmité, biologique s'entend, n'était identifiée sur une personne.

La santé est ainsi devenue une notion systémique et non plus seulement biologique comme elle l'est dans la médecine moderne fondée sur la culture occidentale. Dans sa dimension autre que physique et mentale ; notamment dans sa dimension sociale, elle sort d'emblée de la rationalité cartésienne ou occidentale et prend l'empreinte culturelle, économique, politique, éducative voire environnementale de la société constituée par une population déterminée. Autrement dit, dans sa dimension sociale, la santé envisagée comme « *état de complet bien-être* » pourrait subir un anéantissement s'il y avait la pauvreté (économie) ; l'envoûtement sorcier (culture) ; la pollution de l'eau et de l'air (écologie) ; l'incohérence décisionnelle (politique du secteur), etc.

Aussi, la santé paraît-elle plus complexe que ne la perçoivent les acteurs de la biomédecine occidentale, laquelle phagocyte les politiques publiques du secteur dans les pays en développement comme le Bénin. La définition de l'OMS semble donc prendre en compte les représentations non occidentales de la santé. Elle fait de la « *santé* » un concept suffisamment

élargi et éclaté qui ne pourrait impliquer qu'une perception notionnelle tout à fait élargie et éclatée de la maladie ou de l'infirmité. Quand on l'analyse en profondeur, la santé ne participerait pas que du visible. Elle s'étendrait à des réalités plurielles allant du physique au mental ; du culturel au cosmique ou au métaphysique, etc. :

> La santé serait l'absence visible ou invisible de toutes les formes de malheur de l'être social tandis que la maladie serait, *a contrario*, la présence visible ou invisible de toutes les formes de malheur de cet être-là.

Cette définition, parce qu'elle est systémique et non réductionniste, conforte *Fâ* et les médecines traditionnelles dont les approches s'orientent vers toutes les dimensions existentielles de l'être humain. Elle s'écarte, à l'analyse, de la perception restrictive que la médecine moderne a de la santé : perception aux enjeux capitalistes qui lui feraient, de surcroît, créer plus de malades qu'on ne le pense (Boukris, 2013).

Ce réductionnisme de la biomédecine a toujours cours malgré la définition que l'OMS a donnée de la santé. A l'entrée des traitements et même des diagnostics, souvent, la prise du poids du patient, de sa tension artérielle et de la température de son corps est sous-tendue par des questions qui lui sont posées, en fonction de ses plaintes. S'ensuivent parfois des examens de sang, de selles, d'urine, de crachat ; des mesures du taux de sucre, de sel, d'azote, etc., dans l'organisme du patient. Et si l'on a affaire à des troubles d'ordre psychique, les délires ou incohérences logiques des propos et actes dudit patient sont analysés, nommés puis traités avec des psychotropes qui sont aussi des produits chimiques pour la normalisation du fonctionnement des organes biologiques de l'esprit.

Or, le corps ainsi que l'esprit qu'il porte se trouvent dans des environnements d'ordre socioculturel, mental, économique, politique, physique, cosmique ou métaphysique, c'est-à-dire visible ou invisible, etc. Et ceux-ci ne manquent pas d'influencer leur santé que l'OMS assimile à un état de bien-être. D'où l'impérieuse nécessité de sortir de ce réductionnisme biomédical, encore entretenu par les pouvoirs publics nationaux et internationaux, pour s'engager dans les approches systémiques, caractéristiques des tradithérapies comme *Fâ*. Aller à ces tradithérapies pour complèter la biomédecine, c'est mettre fin à sa survalorisation qui contraste avec les représentations que les populations des pays non occidentaux et l'OMS ont de la santé et de la maladie.

- **Quel contraste de survalorisation de la médecine moderne ?**

La médecine moderne, de par les politiques actuelles de santé publique dans le monde, notamment dans les pays sous domination occidentale, est survalorisée comme recours thérapeutique dont on ne voit que la portée et non les limites. En dépit de son caractère réductionniste, elle est le recours, prétexté « *scientifique* » qui connaît, depuis la colonisation du Bénin, une survalorisation idéologique et politique puis technique et commerciale, notamment par le biais de la coopération au développement.

En effet, dans les pays en développement comme le Bénin, elle arrache la légalité aux médecines traditionnelles endogènes dont se servent les populations depuis des centenaires voire des millénaires avant la conquête coloniale. Contre la légitimité de ces médecines, elle développe cette légalité pour devenir, contre vents et marées, la médecine officielle validée par les pouvoirs publics. Son maintien dans l'exclusivité officielle apparaît comme l'une des preuves de survivance de la domination étrangère. Les politiques de santé de nos Etats dits indépendants paraissent, jusqu'à ce jour, dictées de l'extérieur, comme pour faire avoir continûment le monopole du secteur de la santé publique à la médecine exogène, qualifiée à la fois de rationnelle, de scientifique et de moderne par rapport aux médecines traditionnelles. Pour justifier la domination du savoir médical exogène sur l'endogène, les prétextes ne manquent pas, qui semblent bien être des préjugés de pouvoirs publics sur ce dernier. **D'après le Père Cécé Kolié**[111]qui a dénoncé amplement cet état de choses, **voici ce qui se passait au temps colonial où il y avait, au moyen de la médecine moderne, une chosification des populations** :

> « *Le garde-cercle était le meilleur auxiliaire des médecins coloniaux ; c'est grâce à lui que l'on a vacciné sans aucune motivation, et contre leur gré, les populations victimes de l'épidémie de variole, de peste, de fièvre jaune et de trypanosomiase. Les soins étaient imposés sans instruction et sans explication. On obéissait sans comprendre, on se faisait vacciner sans en avoir exprimé le désir, car c'était une obligation. Un bienfait non compris du bénéficiaire est moralement et paradoxalement, source d'une frustration et d'une chosification avilissante (…). Tout se passait comme si la santé des indigènes était plus l'affaire de Blancs que celle des intéressés, eux-mêmes* » (*In* : Yangni-Angaté, 2004 : 39).

C'est par cette politique de « *chosification des indigènes* » que la médecine moderne a prospéré jusqu'à ce jour dans les pays en développement dont le Bénin. Certes, il n'y a aucun doute sur les performances de cette médecine scientifique. Comme l'a relevé le Professeur Antoine Yangni-Angaté, cette médecine à « *rationalité cartésienne* » est le fruit d'une

[111]Docteur en ethnomédecine et professeur à l'Institut Catholique d'Afrique de l'Ouest (ICAO).

évolution à partir de sa « *maîtrise* » de l'« *anatomie pathologique* », des « *altérations des cellules, des tissus, des parties du corps humain causées par des agents pathogènes qui peuvent occasionner la mort* ». Ont suivi « *la physiologie et la physiopathologie, l'auscultation, la sémiologie clinique, la nosologie, la segmentation des disciplines médicales, la microbiologie, l'hématologie, la génétique, la radiographie, la tomodensitométrie (scanner), etc*. », a-t-il fait remarquer. A l'évidence donc, comme il l'a conclu, « *sur tous les plans la Médecine moderne est une Médecine évolutive qui s'ouvre largement à la connaissance, au progrès grâce aux performances continuelles de la recherche et de l'esprit scientifique* » (2004 : 156-157).

Elle mérite, en vérité, qu'on lui rende hommage quand bien même, empêtrée dans une vision monolithique de la santé, elle ne privilégie que la dimension biologique de l'être humain, dans ses approches de la santé et de la maladie, contrairement aux médecines traditionnelles. Toutefois, ce mérite ne devrait pas engendrer sa survalorisation, d'autant qu'elle est une médecine d'emprunt pour les populations qui ont leur propre culture médicale, très antérieure à son introduction et encore en vigueur dans toute sa légitimité.

Chapitre 6 : Les thérapies traditionnelles en phase ou non avec la « *santé* » ?

Plus vieilles que la médecine moderne, les thérapies traditionnelles sont comme l'émanation de la complexité étiologique qui se ressource à la fois dans la nature, la culture et la société. C'est de leur prise en considération de cette complexité que l'OMS tire certainement les dimensions à la fois physique, mentale et sociale de la santé. Leurs champs d'action en diagnostic, en prévention comme en soins s'en ressentent, de façon systémique, pour affronter la complexité visible et invisible des causes de maladies.

6.1. Systémique du diagnostic

Avant tout diagnostic, contrairement à l'anamnèse qui est constituée des plaintes, des soucis et des questions du patient posées à l'agent de santé des hôpitaux, c'est à la graine de bonduc du praticien de *Fâ* qu'est d'abord confiée la préoccupation. Cette préoccupation peut être relative à une pathologie du corps (paludisme, mal de ventre, etc.) ; à des troubles organiques bizarres, etc., visiblement étrangers aux compétences de la biomédecine. Elle peut être relative à une pathologie de l'esprit ; à la pauvreté ; à l'échec scolaire ou social ; à la sorcellerie ; à un projet de mariage, etc. Autrement dit, elle peut concerner toutes les formes de malheur que l'on veut chasser ou toutes les formes de bonheur que l'on veut préserver.

Dans une sacoche détenue par tout praticien de *Fâ*, se trouvent trois ou au moins un chapelet divinatoire dit *agunmaga* ou *apèlè*, des objets hétéroclites chargés de signification. Au nombre de ces objets, il y a le rachis de maïs, la graine de bonduc, le cauris, la boule de kaolin, des perles, de l'os d'animal, des coquillages, etc. Ces objets sont des signifiants conventionnels dont la compréhension des signifiés est en partage entre le devin et son client. On les appelle *vo* en langue *fon* et assimilées. Et ils sont, comme on l'a déjà signalé, des objets-hypothèses que sélectionne le jeu manipulatoire du chapelet divinatoire. L'os peut signaler la mort s'il est sélectionné ; la graine de bonduc peut signifier oui, comme réponse à une interrogation tandis que le cauris signifierait non. Le rachis de maïs peut indiquer la maladie causée par les forces du monde visible tandis qu'une coquille peut indiquer une maladie non naturelle, provenant des forces maléfiques du monde invisible. Les perles peuvent s'identifier à une divinité créant problème ou apportant solution à un problème du consultant. La graine noire du faux-acajou peut signifier que la cause de la maladie ou du malheur est encore dans l'obscurité, c'est-à-dire impossible à déterminer au moment où la

divination diagnostique se tient. Un tesson de porcelaine peut indiquer l'itinéraire thérapeutique de la médecine moderne tandis qu'une gousse de poivre de Guinée orienterait vers les médecines traditionnelles autres que *Fâ*. La boule de kaolin indique, si elle est sélectionnée, une thérapie qui relève des compétences de *Fâ* lui-même. La tête du vautour charognard peut accuser la sorcellerie tandis qu'une graine de haricot peut mettre en relief le consultant lui-même comme cause de son problème ou comme solution à son problème, au moyen de son propre comportement.

Eu égard à tous ces éléments d'appréciation au symbolisme compréhensible culturellement, le diagnostic médical dans *Fâ*, en intégrant les concepts du visible et de l'invisible en termes de naturel et de spirituel puis de matériel et d'immatériel, crée un champ d'intervention plus englobant que la médecine moderne. Ce diagnostic intègre l'évidence selon laquelle le patient n'est pas que corps et qu'il est aussi esprit au milieu d'autres corps et esprits qui, en interconnexion, l'influencent constamment dans l'espace et le temps. C'est un type d'investigation étiologique qui ne différencie guère le malheur de la maladie. Il manipule la santé et la maladie comme des concepts éclatés, et dont l'éclatement ne se retrouve pas autant dans la biomédecine. Son incursion à la fois dans le matériel et le spirituel, le visible et l'invisible au moyen des objets-hypothèses ci-dessus cités illustre son caractère systémique qui s'attache aux causalités physico-chimiques, comme en médecine moderne, mais qui va au-delà de celles-ci en identifiant et en traitant des causalités métaphysiques.

Rappelons-nous ici le témoignage qui a été fait sur la maladie complexe de Rita. Empiriquement en ce qui concerne ce cas de Rita, les aides-soignants avaient parlé de grossesse que la patiente aurait contractée. Le cancer de l'utérus avait été aussi soupçonné. Avant qu'on ne la soumette au test sérologique HIV, l'hypothèse de Sida allait bon train. L'examen de sang avait invalidé, aux résultats, cette hypothèse. Mais pendant ce temps, comme rapporté par le témoignage, les parents avaient conduit parallèlement leur fille souffrante chez le géomancien Dossé. *Gouda-Gbé* ou *Goudafligbé,* signe géomantique trouvé chez ce dernier, parla de fausse grossesse qu'on prend pour une vraie grossesse et qui finira par se révéler comme le produit d'une méchanceté humaine, telle qu'elle transparaît dans le texte suivant qui illustre **la clairvoyance et la pertinence du diagnostic parabolique de *Fâ*** :

> « *Un jour, Mintôlonfin, le Maître de l'univers, demanda à un sculpteur de lui fabriquer une statuette en bois ayant la forme d'une femme enceinte. Dès que la commande fut livrée, il enterra la statuette dans sa salle d'attente à l'insu de tout le monde, en prenant soin de remettre les pierres qu'il avait enlevées avant de faire l'opération. Car tout le monde savait que le plancher de cette salle était nivelé par des pierres plates.*

Ce jour même, il envoya un émissaire de sa cour à Fâ, l'incarnation des deux cent cinquante-six signes de la géomancie, le priant de vite aller le voir pour l'aider à sortir de difficultés. Aussitôt, ce dernier se présenta à Mintôlonfin, mais pas dans son entièreté numérique : on pouvait y voir tous les signes géomantiques sauf Goudafligbé, le deux cent cinquante-sixième du nombre complet attendu. L'absent était parti faire des conjurations de mauvais sorts au profit des citoyennes et citoyens du monde qui l'avaient invité.

Néanmoins, devant ce nombre incomplet, Mintôlonfin décida de poser son problème à Fâ, se disant que le quorum était atteint. « Fâ, disait-il, je vous ai fait appel au secours parce que l'une de mes épouses, en état de grossesse, se trouve en difficultés de délivrance et risquerait de mourir en couche si votre intervention divinatoire et thérapeutique ne venait la sauver ! ».

Alors Fâ, réuni au nombre imparfait de deux cent cinquante-cinq Fâ-dou ou signes géomantiques, officia pour savoir quel est le signe qui présiderait au bon dénouement du drame. Il se fit curieusement que c'était Goudafligbé, le seul absent de l'entité de Fâ, qui fut révélé par divination, comme le seul capable de sauver la parturiente. Mais, de peur d'essuyer la honte par incompétence technique devant l'autorité qui croyait en lui, Fâ, avec le signe géomantique Gbé Mèdji en tête, se mit à tenter pêle-mêle les recettes magiques sans voir en chair et en os la prétendue malade. Rien n'y fit, d'autant que le Maître de l'univers continuait à se plaindre de l'aggravation du mal de sa femme. Et, à un moment donné, exaspéré, il ordonna ses gendarmes de ligoter Gbé Mèdji, le père de tous les signes de Fâ ; Fou Mèdji, leur mère ainsi que tous les autres signes membres de leur progéniture. L'un des gendarmes serviteurs de Mintôlonfin ligota en quelques minutes les deux cent cinquante-cinq Fâ-dou, métamorphosés en êtres humains et présents sur les lieux, puis les jeta en prison, par excès de zèle. Les heures qui suivirent, toutes les populations de l'univers apprirent avec indignation la nouvelle de l'arrestation de Fâ, leur bienfaiteur. Fâ, incarcéré pour incompétence technique à sauver une moribonde épouse du Maître de l'univers ? Incroyable, mais vrai !

Pendant ce temps, Goudafligbé qui était allé conjurer des sorts hors de ces lieux et qui ne pouvait rien savoir ni de ce qui se passait au palais de Mintôlonfin, ni de ce qui était arrivé à ses parents, à ses frères et sœurs, rencontra sur son chemin de retour, quelqu'un qui lui demanda l'aumône. Des trois poulets et des vingt et un cauris qu'il avait pu obtenir des consultants auxquels il avait conjuré les mauvais sorts, il prit un poulet et sept cauris qu'il offrit au quémandeur. Continuant son chemin, il y croisa un autre individu qui lui demanda également l'aumône. Il le satisfit en lui faisant cadeau d'un poulet et de sept cauris. Plus loin, une troisième personne vint le croiser et lui demanda aussi l'aumône. Il lui offrit tout le reste de ce qu'il avait gagné au cours de ses conjurations passées, c'est-à-dire le dernier poulet et les sept derniers cauris. C'était bien à cette occasion-là que le dernier quémandeur satisfait déclara à Goudafligbé qu'il s'appelait Lègba et qu'il était la même personne qui s'était métamorphosée tant de fois à travers trois différentes figures et corpulences humaines pour lui demander l'aumône. Le remerciant vivement pour sa générosité, Lègba qui vint de se révéler ainsi à Goudafligbé lui souffla que Mintôlonfin, le Maître de l'univers, avait fait sculpter en bois une femme enceinte et l'avait enterrée sous ses pieds dans la salle d'attente de son palais, alléguant devant toute la famille de Fâ invitée, que c'était l'une de ses épouses qui était en difficultés de délivrance et qu'il avait besoin de conjuration de mauvais sort pour la sauver. « Pour raison d'incapacité technique à bien traiter la malade prétendue, tous les tiens avaient été jetés en prison », précisa Lègba avant d'ajouter encore au profit de son interlocuteur qu'il lui suffira d'aller au palais de Mintôlonfin, d'enfoncer son assin, l'outil de divination, exactement à l'endroit où se trouveraient les pieds du Maître, pour s'en rendre compte et relever le grand défi.

Dès lors, Goudafligbé décida de rentrer immédiatement chez Mintôlonfin. Arrivé au palais, il y retrouva effectivement son père, sa mère, ses frères et sœurs attachés, puis jetés en prison pour avoir été incapables de guérir la parturiente malade. Enervé par un tel spectacle désolant, il fit irruption dans la salle d'attente du Maître, lui demanda pourquoi il avait ordonné qu'on ligotât et qu'on emprisonnât les siens. Mintôlonfin lui expliqua ce qui s'était

passé tout en requérant sa contribution pour conjurer le mauvais sort de ladite femme en difficultés.

Goudafligbé sortit majestueusement de son sac son outil de divination ; il exigea que le Maître enlevât ses pieds et l'enfonça dans la jointure des pierres étalées sur le plancher. Tout à coup, une « formidable illumination » le gagna. Il révéla à haute voix et devant tous ceux qui attendaient là Mintôlonfin pour régler chacun leurs affaires, qu'aucune épouse de l'autorité n'était ni en état de grossesse, ni en difficultés de délivrance et que le seul symbole pouvant faire croire en divination à la présence réelle d'une telle parturiente n'était que la statuette en bois enterrée sous ses pieds. Il exigea qu'on enlevât les pierres étalées et qu'on creusât à l'endroit où se trouvaient les pieds du Maître menteur. Mintôlonfin, tiraillé ainsi entre la honte provenant de son mensonge et la séduction émanant du succès divinatoire de Goudafligbé, ordonna mécaniquement à ses serviteurs de déterrer la fameuse statuette nettement dénoncée. En un tournemain, l'ordre fut exécuté devant une foule qui, en profanant le palais, eut le temps de se densifier non seulement par curiosité, mais aussi par soutien indéfectible à la famille de Fâ.

Continuant dans son élan d'indignation, de révolte et de vengeance, Goudafligbé prit son coutelas connu sous le nom de Gou, coupa toute la corde qui attachait les siens et les libéra dans un ordre de préséance. Le premier détaché de la corde fut Gbé Mèdji, le père et le grand-père de la famille de Fâ.

Mintôlonfin officialisa cette libération de la famille de Fâ, reconnut publiquement la portée du système divinatoire et thérapeutique de Fâ puis fit tirer quarante coups de canon pour célébrer l'éclatante victoire de Fâ Goudafligbé avant de lui faire cadeau d'innombrables biens, extrêmement précieux »[112].

(Texte allégorique extrait de P. Adjotin, 2011 : 99-103).

La suite des événements a montré que ce diagnostic géomantique, parabolique, est juste. Car il a été su ultérieurement qu'un sorcier, parmi ses propres parents, était à la base de la morbidité de Rita. Qu'elle était effectivement mise dans les chaînes de la mort, comme le texte ci-dessus l'insinue si bien. Qu'en d'autres termes, il ne s'agissait ni de grossesse, ni de Sida, ni de cancer, ni de pathologie de reins ou de foie, sauf d'un épanchement liquidien du ventre ou, en jargon technique, d'une ascite, mais provoquée plutôt au moyen des forces maléfiques invisibles de la sorcellerie. Alors que selon la médecine moderne, par la déclaration du médecin traitant de Rita, « *la cause de l'ascite est souvent une cirrhose due à une fibrose hépatique ou à un cancer métastatique* ». Cause relevant, souvent donc, du registre du visible, du biologique, du naturel et non du surnaturel ! Et c'est pourtant ce dont le contraire a été démontré par la causalité complexe d'où ressort l'ascite de l'intéressée.

Les planches 9 et 10, relatives à certains lieux de culte animiste pour la santé, **indiquent à quel point beaucoup de maladies ressortent d'une causalité complexe au Bénin, en Afrique et certainement ailleurs dans le monde**.

[112] Version orale, universellement rapportée de *Goudafligbé* par les géomanciens.

Planche 9 : Deux lieux de culte animiste[113] pour conjurer le sort et soigner



Planche extraite de Adjotin, P. (1996). Médecines traditionnelles et médecine…

[113] Autel des mânes (*assin*) d'ancêtres, qui reçoit sacrifices et autres produits de conjurations de sort qu'indique *Fâ* pour la santé ou le bien-être d'un malade potentiel ou réel (Photo du haut).

Temple d'une divinité vaudou *Dan-Ayidohouêdo*, où se font sacrifices et autres conjurations de sort qu'indique *Fâ* pour corriger l'infortune ou les troubles de santé d'un individu voire de toute une communauté (Photo du bas).

Planche 10 : *Lègba* en grandeur nature et en version abrégée[114]





L'image du bas est extraite de Adjotin, P. (2011). L'univers sous les thérapies de Fâ. Sciences, lettres et arts au chevet du malade.

[114] L'image du haut montre une statue anthropomorphe, sexuée « *homme* », de *Lègba* grandeur nature. Elle est prise récemment en photo au quartier Zassa à Abomey. Quant à l'image du bas, elle représente l'autel de *Lègba* en pleine adoration et prenant des promesses de sacrifices de la part de ses croyants, pour des interventions favorables à leur santé ou bien-être, recommandées par *Fâ*.

6.2. Systémique de la prévention

Au nombre des préoccupations qui amènent les consultants chez le devin *babalawo*, existent potentiellement ou réellement des maladies du corps, de l'esprit, du destin, de la conjoncture, du présent, de l'avenir, de la famille, du couple, de la condition sociale, de la condition économique, d'ambition politique, etc. Cela a été signalé déjà pour montrer qu'il y a dans la systémique de *Fâ*, un véritable élargissement ou éclatement des concepts de santé et de maladie.

Dans les cultures et civilisations où *Fâ* intervient, le concept de la santé comme celui de la maladie est, en effet, très éclaté, allant du biologique, du spirituel, du social au cosmique ; de ce qui est physique à ce qui est métaphysique. L'intervention de *Fâ* concerne également tout ce qui est potentiel, virtuel ou latent et qui peut survenir dans ce large champ de la santé et de la maladie. Autrement dit *Fâ* travaille, au profit des consultants, à la prévention du mal ou du malheur sous divers contenus, puisque les cultures et civilisations dans lesquelles il est sollicité y voient des maladies. Autant le diagnostic de *Fâ* fait un balayage panoramique et systémique du champ des causalités éventuelles où du biologique, du spirituel, du social, de l'économique, du culturel, du psychique, du cosmique et d'autres sont à investiguer, autant sa prévention couvre le même champ.

Tous les problèmes existentiels de l'être humain peuvent y être prévenus, qu'ils relèvent de son corps, de son esprit, de son environnement cosmique ou socioculturel ; de son destin personnel, familial ou communautaire. Par exemple, en tirant leçon des conséquences désastreuses de la famine qui a sévi en 1977 au Bénin, famine liée à un grave déficit pluviométrique, des paysans ont consulté un devin *bokônon* pour prévenir la sécheresse comme maladie. Le signe géomantique *Yèkou-Losso* fut trouvé. La chanson divinatoire, qui accompagnait ce signe, faisait état de ce que « *la terre avait envoyé un émissaire au ciel parce que la soif la martyrisait ; parce que personne ne trouvait de l'eau à boire* ». En langue *fon* parlée à Abomey, Ouidah et Cotonou, ladite chanson se présente ainsi : « *Odji-Hossou, yè wè né so. Aku no bô minné ma sô mon sin na nun nin odji-Hossou yè wè né sô bô ayi wa do win nô yin wa yi do hwi ni é yè wè né so* ». Reprise textuellement en français, cette chanson se traduirait ainsi : « *Roi-du ciel, l'ombre foudroie. La sécheresse sévit et personne ne trouve plus de l'eau à boire ; Roi-du ciel l'ombre foudroie et la terre me charge la commission de vous le dire* ». Selon le nonagénaire géomancien Dansi Koguè Kingbè qui a raconté cette histoire, la sécheresse de 1977 fut une grande maladie pour les populations du Bénin. Elle a entraîné déshydratation, famine, malnutrition, mort, divorce, prostitution, déperdition scolaire,

etc., à un point tel que le besoin de conjurer le mauvais sort, qui risquait de revenir en 1978 et suite, a poussé à vite le prévenir. Un coq blanc, du piment rouge et de l'huile rouge, prescrits par *Fâ* à travers la consultation qui a trouvé le signe géomantique *Yèkou-Losso*, ont été achetés pour une conjuration diligente à l'endroit de *Hêbiosso* (Roi-du ciel dans la chanson ci-dessus). Cette divinité du ciel et des phénomènes célestes détient, dit-on, le pouvoir du déclenchement des averses sur la terre (*ayi* dans la chanson ci-dessus). Le coq, prescrit par *Fâ* et acheté par lesdits paysans, a été éventré sans être déplumé, précisa l'informateur. Dans son ventre ouvert en direction du ciel étaient déversés des grains de piment rouge et des gouttes d'huile rouge. Une poudre de kaolin, où fut inscrit le signe géomantique *Yèkou-Losso*, a été répandue sur l'ensemble pour obtenir une pluviométrie optimale ou pour éviter le risque d'une sécheresse qui pourrait se répéter.

Comme complément précieux de cette information, le vieillard Dansi Koguè Kingbè confia que *Yèkou-Losso*, à conjuration déclencheuse de pluie, semblerait être le signe géomantique de naissance du premier Agoli-Agbo de la dynastie royale d'Abomey au Bénin[115]. Et qu'en dehors des interventions conjuratoires des *bokônon* pour prévenir la sécheresse anormale, les descendants de ce roi seraient à même de se servir du secret de famille pour faire tomber la pluie. En effet, des délégations étaient envoyées annuellement, par les populations d'Abomey, vers ladite famille royale aux fins de prévenir la sécheresse drastique au plan local, ainsi que la famine ou toutes les situations cosmo-spirituelles porteuses de conséquences diverses sur la santé physique et psychique des individus. Mais toujours dans le cadre de cette systémique de la prévention, il convient de mettre en relief, à nouveau, le rôle de *Lègba*. Les produits des conjurations préventives de mauvais sort (maladie biologique, maladie existentielle telles que la malchance, la pauvreté, la sécheresse, la condition de nullipare, la guerre, la sorcellerie, etc.) sont le plus souvent confiés à ce messager-coursier. Au cas où un consultant a des difficultés à retrouver l'autel d'une divinité indiquée, le centre d'un marché, le lit d'un fleuve, le pied d'un fromager, un carrefour à quatre issues, etc., prescrits comme lieux de dépôt d'un produit de conjuration (*vô*) dans le système de *Fâ*, c'est l'autel de *Lègba* qui devient le lieu-recours. C'est pourquoi cet autel (Cf. **Planches N° 10** et **11**) est toujours jonché de choses hétéroclites, de piquets de promesses à honorer quand *Lègba* parvient à faire prévenir, au profit du consultant, la maladie révélée par la divination ou le diagnostic.

[115] Il fut, à partir de 1906, le 13ème roi de la dynastie d'Abomey, au décès du roi GBEHANZIN/BEHANZIN.

Cependant, il y a lieu de signaler que si les piquets en bois sont au fur et à mesure enlevés *au prorata* des préventions ou prophylaxies réussies grâce aux promesses tenues à *Lègba*, les autres objets hétéroclites des sacrifices ne disparaissent nullement des lieux. Ils y restent parce qu'ils sont présumés libérer, d'un moment à l'autre, leurs « *âmes* » respectives que *Lègba* transporterait invisiblement comme cadeaux ou messages du monde visible vers le monde invisibles des Esprits. C'est nécessaire également de savoir que du point de vue des fonctions, trois importants signes de *Fâ*, dont il sera aussi question dans la systémique curative, enrôlent *Lègba* pour cette mise en relation entre le monde visible et le monde invisible. Il s'agit de :

- ***Goudafligbé*** ou ***Gouda-Gbé***[116]qui agirait dans l'être de *Lègba* pour lui faire délivrer les corps et les âmes envoûtés, enchaînés par les forces du mal ;
- ***Di-Fou***[117]qui agirait dans l'être de *Lègba* pour lui faire transporter les « *âmes* » des objets de conjuration préventive vers le monde des Esprits requérants ;
- ***Tchè-Toula***[118]qui agirait également dans l'être de *Lègba* pour lui faire transmettre, aux Esprits, les *desiderata* des consultants.

Ces trois signes de *Fâ* sont inscrits dans la poudre de kaolin qui est versée sur le produit final de tout sacrifice préventif qu'opère un *bokônon*. Ils serviraient à déclencher le travail de *Lègba* au profit des consultants, lorsque ceux-ci viennent honorer les prescriptions préventives qu'ils ont reçues à la fin de leur diagnostic géomantique, relatif à une maladie ou malheur du court, moyen voire long terme.

6.3. Systémique du traitement

La systémique curative est aussi, comme la préventive, un reflet de la systémique diagnostique. L'être, quel qu'il soit, est considéré comme un élément du cosmos, lequel peut être malade comme lui-même. Aussi, *Fâ* s'occupe-t-il à la fois d'ontothérapie, de sociothérapie et de cosmothérapie (Adjotin, 2011) en prenant en considération des déterminants étiologiques que ne reconnaît pas la biomédecine occidentale ou qui sortent de ses compétences.

---

[116] L'aphorisme lié à *Goudafligbé* dit : « *Gouda glagla non fli Gbé sin gokan mè* », c'est-à-dire « *Gouda (fer méchant) courageux délivre Gbé (premier signe de Fâ) ligoté* ». Au fond, *Goudafligbé* est le signe tranchant dans la délivrance qu'opère *Lègba* comme l'a amplement montré le texte ci-dessus, tiré de *L'univers sous les thérapies de Fâ* : (ADJOTIN, 2011).

[117] Selon les praticiens de *Fâ*, il y a un aphorisme du signe géomantique *Di-Fou* qui dit : « *Di-Fou a transporté les bagages jusqu'au monde invisible* » : en langue *fon*, « *Di-Fou koun houn bô agban yi olon* ».

[118] L'aphorisme de ce signe *Tchè-Toula* dit : « *Je ne fais que transmettre ce que me confient les awonon* » : en langue *fon*, « *Awonon lè gbé oun non nô* ».

En vérité, les compétences curatives de la biomédecine, qui relèvent de l'ontothérapie, ne vont pas au-delà du mal-être physiologique ou psychologique de l'être humain ou de l'animal[119]. *Fâ*, au contraire, semble avoir des compétences thérapeutiques qui englobent toute l'existence des êtres et des choses dans l'univers, y compris l'univers lui-même. Il s'agit ici d'un champ thérapeutique très élargi et éclaté, mais centré sur la cause proche ou lointaine et la cible de la maladie à soigner. Centré aussi sur l'effet proche ou lointain et la cible du malheur à évacuer. Cela signifie que ce champ n'est pas pour l'être humain seul, encore moins pour sa maladie seule. Il est aussi pour d'autres éléments existant physiquement ou métaphysiquement, et entretenant entre eux des interrelations, identifiables ou non, mesurables ou non par des instruments de la civilisation technologique moderne. Ces interrelations, qui fondent aussi la « *systémie* » des approches curatives de *Fâ*, s'établissent entre l'être humain malade[120]et sa société, son histoire, sa culture, son environnement naturel ou spirituel (ancêtre tutélaire, divinités, personne capable de bénédiction, etc.), son destin individuel ou collectif. Voici une illustration, non seulement de la dimension élargie du concept de maladie dans les cultures africaines ou semblables, mais aussi des interrelations entre monde visible et monde invisible dont s'en ressent tout traitement.

Exemple 1. Selon le signe géomantique *Woli-Gbé* ou *Wolibogbé* de *Fâ*, l'échec (*houédéou* en *fon*) est considéré comme une maladie qu'on prévient ou qu'on traite par la conjuration de sort. Et voici un récit géomantique qui montre comment *Boko-Lègba* a eu raison de la tourterelle *Agon*, dans un **test de compétence**, en passant certainement par une **conjuration de l'échec révélé comme une « *maladie* »** :

- **Description du test**

« ***'Sur un sujet identique, Agon la tourterelle avait fait de la divination qui se révéla véridique le même jour, alors que celle de Bokô-Lègba, le messager de Fâ, se révéla la seule véridique, trois années après'***.

Le signe géomantique Wolibogbé émit ces propos parce qu'un jour, Mintôlonfin, le Maître de l'univers, construisit une grande maison où il logea quinze jeunes filles et les approvisionna en des tonnes de vivres de tous genres. L'opinion publique croyant que la tourterelle Agon et la géomancie Fâ avaient tous deux la capacité de prédire, Mintôlonfin décida de tester leur compétence individuelle en matière de divination. Il les invita et leur demanda le nombre de personnes logées à leur insu dans ladite maison. A l'occasion, Fâ se fit représenter par Bokô-Lègba.

[119] La médecine vétérinaire est aussi une biomédecine.

[120] Il a été déjà signalé plusieurs fois ici, que les concepts de « *santé* » et de « *maladie* » sont éclatés dans les cultures africaines ou semblables. C'est ainsi que sécheresse, chômage, pauvreté, misère, mauvaise récolte, échec entrepreneurial, stérilité biologiquement injustifiable, guerre, etc., sont aussi des maladies et non de simples malheurs négligeables.

Avant de répondre à la question de Mintôlonfin, Agon manipula son chapelet divinatoire et trouva le signe géomantique Wolibogbé. Il en déduisit à l'interprétation qu'il n'y avait que quinze personnes. Quant à Bokô-Lègba, le messager de Fâ, il manœuvra aussi avec le chapelet divinatoire et trouva le même signe que son collègue Agon. Mais paradoxalement, il en déduisit à l'interprétation qu'il y avait seize personnes dans ladite maison. Cette divergence sur l'effectif des individus logés n'était pas visiblement en faveur de Bokô-Lègba ou de Fâ dont Mintôlonfin et son peuple commencèrent à douter de la compétence divinatoire au profit de la tourterelle. Or, il s'agissait de laisser le temps au temps dans la mesure où ce sera après trois années que Mintôlonfin fera ouvrir pour un dernier décompte de ces personnes, la maison qui les hébergeait. Le suspense s'étendra donc sur trois années au bout desquelles surgira le dénouement. Qui, entre la tourterelle et Bokô-Lègba, sera le meilleur devin ? La vérité de qui sera la reine des vérités ?

Une année passa, une deuxième année passa, trois finirent par s'écouler quand Mintôlonfin ordonna le dernier décompte. Invité à assister à l'événement, le peuple s'attroupa et se bouscula aux portes de la maison du suspense. Mintôlonfin, seul détenteur de la clé, ouvrit lesdites portes et fut surpris autant que son peuple, de constater qu'il y avait une seizième personne dans la maison. L'étonnement du public fut à son comble. Seul Bokô-Lègba pouvait au nom de Fâ, expliquer cette magie du nombre. Interpellé, il expliqua de façon convaincante comment sa force de vision lui avait permis de déceler au moment du test de compétence, que l'une des quinze personnes était en début de grossesse et qu'elle accouchera d'un enfant qui sera le seizième de l'effectif au bout des trois années à venir.

Très émerveillé, Mintôlonfin fit tirer quarante et un coups de canon pour célébrer la véridicité du système divinatoire de Fâ, sous de longs applaudissements d'innombrables témoins. Même Agon la tourterelle n'avait pas résisté à la tentation de s'incliner devant la victoire de Bokô-Lègba. Elle se mit à chanter devant la foule, l'éloge de Fâ en ces termes : ' O Fâ, agnon boé ; awonon-gbogbo, agnon boé…', c'est-à-dire traduit de la langue fon en langue française : 'Fâ, tu maîtrises bien ta science ; le grand devin, tu maîtrises bien ta science…' ».

(Texte allégorique extrait de P. Adjotin, 2011 : 87-93)

Comme sous toutes ses formes, l'échec est une maladie de l'individu ou de son groupe social selon la culture africaine ou semblable, il s'agirait de conjurer ce mauvais sort ou de traiter convenablement cette maladie représentée par l'échec de la tourterelle *Agon*. Cela se fait comme suit :

- **Description de la conjuration ou du traitement de l'échec comme « *maladie* »**

Selon la thérapie conçue dans le système *Fâ*, il faut d'abord identifier, à travers le langage du signe *Wolibogbé*, un grand trou d'où sortiraient l'échec et la honte publique qui s'ensuit ; trou qui serait dans le voisinage du consultant ayant subi l'échec. Ce trou doit être comblé pour éradiquer cet échec qui, plus précisément qu'un malheur, est plutôt une maladie.

Pour guérir cette maladie, deux feuilles liturgiques et thérapeutiques interviennent. Il s'agit de *newbouldia laevis* (feuille d'Hysope) et de l'*ocimum basilicum* (pistou). A ces feuilles s'ajoutent un coq, une poule, une des vieilles chemises portées par le consultant, quatre cauris, quelques boules de kaolin destinées à être écrasées pour recueillir l'inscription des signes conjuratoires, un panier, de la farine de maïs, de l'eau et de l'huile de palme selon les praticiens de *Fâ* enquêtés. En dehors de *Wolibogbé* et des signes conjuratoires *Tchè-Toula* et *Di-Fou* dont les fonctions ont été expliquées déjà dans la *Systémique de prévention* par rapport à l'être de *Lègba*, le signe *Goudafligbé* est incontournable, car dans toute démarche de traitement, c'est lui qui apporterait la délivrance thérapeutique au patient quel que soit le type de sa pathologie.

Le produit de la conjuration, composé de ces matériaux cités, est porté trois fois au front du sacrifiant, avant de prendre sa destination qui ne sera nulle part d'autre que le trou identifié dans son voisinage. Et le résultat serait l'accroissement de connaissances pour réussir désormais à un autre test de compétence, s'il est en vue, ainsi que l'évitement de la honte publique qui a été celle de la tourterelle *Agon*, dans le texte précédent. Mais, si aucun trou n'a pu être identifié, pour soigner l'échec du consultant, le produit de la conjuration est déposé au pied de la divinité *Lègba* dont la vocation est de le transmettre, dans le monde invisible, à qui de droit.

(*Ibid*.)

Exemple 2. Selon le signe géomantique *Gbé-Sa* de *Fâ*, l'**immanence** est **témoin déterminant de tout, y compris de la survenue et de la guérison des maladies par exemple**. Voici le récit géomantique qui la met en évidence ainsi que les **rapports du visible et de l'invisible dans le bien-être ou la maladie…** :

« ***'L'oiseau du pays Adja rencontra celui du pays Oyo et lui confia, par hypothèse, que l'homme est méchant'***.

Un jour en effet, un homme fut invité par l'un de ses amis de vieille date. Lorsqu'il répondit à l'invitation, cet ami l'accompagna dans la forêt sous prétexte de lui montrer quelque chose de très précieux. Là, il fut installé sous un iroko et l'ami l'instruisit de fermer les yeux. L'homme ferma les yeux sans la moindre suspicion sur l'opération. Son ami prétendu le maîtrisa avec une force extraordinaire et lui creva les yeux au moyen d'une aiguille, avant de s'enfuir. Or, sur l'une des branches de cet arbre, étaient perchés deux charognards, témoins du crime, l'un venu du pays Adja et l'autre du pays Oyo. Ainsi se vérifia l'hypothèse de la méchanceté de l'homme, confiée à l'oiseau d'Oyo par celui d'Adja au début de leur rencontre dans cette forêt.

Dans leur indignation à l'égard de ce cynisme opéré devant eux, ils eurent une inspiration médicale dont fit état leur conversation. Adjahê, l'oiseau du pays Adja révéla à Ayohê, l'oiseau du pays Oyo, ce qui suit : 'Chez moi, le Roi est un handicapé moteur. Mais, quand on prendra mes excréments pour lui masser les pieds malades, il recouvra la capacité de marcher normalement, sans béquilles'. A son tour, Ayohê révéla également à Adjahê ce qui suit : 'Chez moi, le Roi est un aveugle. Mais quand on prendra mes excréments pour les lui instiller dans les yeux, il recouvra toute son acuité visuelle'.

Pendant ce temps où le langage de tous les êtres se comprenait entre eux, l'homme rendu aveugle et souffrant sous l'iroko avait tout écouté de leur intéressante conversation faite d'échanges de recettes thérapeutiques. Alors, il se mit à récupérer la fiente de ces oiseaux, en l'occurrence de ces charognards, tombée coup sur coup sur sa pauvre tête. Il en instilla une partie dans ses yeux et recouvra magiquement toute son acuité visuelle. Très content d'eux, il les remercia de vive voix avant d'empocher le reste de la fiente et de s'en aller à la maison. De nature vertueuse, il considéra que Dieu, qui le fit sauver par les deux charognards, l'avait doté ainsi d'une mission, celle de guérir en retour le Roi d'Adja et le Roi d'Oyo. Ainsi, sans mot dire à sa famille, il partit pour le royaume d'Adja, y rencontra le Roi effectivement souffrant d'une infirmité motrice et lui proposa un essai de traitement. Ce dernier accepta l'essai.

La fiente de charognard déjà déguisée par notre nouveau guérisseur fut passée en massage sur les pieds malades du Roi. Quelques instants après, il se débarrassa de ses béquilles et se mit à marcher normalement, émerveillé par cette extraordinaire guérison à laquelle personne ne pouvait penser. En geste de gratitude, le Roi donna à son sauveur la moitié de son territoire et la moitié de ses richesses personnelles. Au sortir du royaume Adja, notre nouveau guérisseur devenu célèbre par cette réussite médicale partit pour le royaume Oyo, y rencontra le Roi effectivement aveugle et lui proposa un essai de traitement. Ce dernier accueillit l'essai avec enthousiasme. La fiente de charognard déjà déguisée par notre nouveau thérapeute fut

instillée dans les yeux du Roi. Quelques instants après, il découvrit des lueurs, la lumière du jour, le soleil incandescent et tout l'existant de son voisinage. Très émerveillé par cette formidable guérison à laquelle personne ne pouvait rêver, il décida dans un élan de reconnaissance infinie, d'offrir la moitié de son territoire et de ses richesses personnelles à son sauveur. Au total, l'homme vertueux devint très riche et très puissant Roi de deux territoires réunis en un, à mi-chemin entre Adja et Oyo.

Ayant appris cette mutation de destin dont jouissait désormais son ancien ami qu'il avait sauvagement rendu aveugle sous l'iroko, le méchant homme, sans scrupule et sans vergogne, lui rendit visite un beau matin. Il voulut simplement savoir comment sa victime s'en était prise pour devenir si riche et puissant Roi. Il apprit du Roi que ce fut le fait de lui crever les yeux sous l'iroko qui induisit sa puissance et son enrichissement. Alors, il supplia le Roi de le suivre sous le même iroko et de lui crever les yeux, afin qu'il parvînt à devenir autant riche et puissant que lui. Le Roi le suivit jusque sous l'iroko. Là, le demandeur lui remit une grosse aiguille et l'encouragea à le rendre impitoyablement aveugle. Avec l'aiguille, le Roi lui creva les yeux comme il l'exigeait mordicus, l'abandonna et retourna dans son somptueux palais.

Rattrapé ainsi par son péché passé, le sadique homme souffrait sous l'iroko, criant comme s'il ne l'avait pas voulu, son malheur à l'attention de quiconque voudrait l'écouter. Les deux charognards, venus encore se poser et se reposer, se dirent qu'ils n'y converseront plus sans vérifier s'il n'y avait personne en dessous. Car, ils avaient remarqué que l'homme vertueux avait écouté les recettes thérapeutiques dont ils avaient parlé en sa présence, les avait utilisées pour guérir le Roi d'Adja et le Roi d'Oyo de leurs infirmités. A la vérification, les deux oiseaux virent et reconnurent le méchant homme au pied du grand arbre. Spontanément, ils se jetèrent sur lui, défoncèrent son crâne à coups de becs, le tuèrent finalement, lui mangèrent d'abord les yeux en putréfaction, ensuite une grande partie du corps et s'envolèrent pour une destination qu'ils étaient les seuls à savoir.

Depuis ce jour, Fâ Gbé-Sa rappelle à l'attention de toute la gent humaine que le bien ou le mal est toujours récolté, par celui qui le sème ».

(Texte allégorique extrait de P. Adjotin, 2011 : 367-371)

On voit, à la lumière du récit, comment l'immanence se fait témoin déterminant du bien ou du mal et comment la vertu ou le vice se récoltent sous forme de santé ou au contraire, sous forme de maladie. Dans le cas d'espèce, les aspects du mal physique interpellent *Fâ* au même titre que la médecine moderne, sauf que celle-ci ne s'encombre pas d'immanence, de Dieu ou de destin relevant de la métaphysique.

En dehors de cette médecine moderne, aucune des tradithérapies, dont *Fâ* en l'occurrence, ne semble considérer cette métaphysique comme de la superstition, de l'obscurantisme, de l'infantilisme ou de l'irrationalité. Dans le système de *Fâ*, il y aurait même un animateur dynamique des rapports entre les êtres humains, les autres êtres, les choses du monde visible et les Esprits (âmes des morts, vaudou ou divinités, Dieu…) qui appartiennent au monde invisible. Il s'agit encore de *Lègba*. Cet animateur, déjà mis en exergue suffisamment dans la systémique préventive de *Fâ*, est aussi fortement présent dans la systémique curative, notamment en ce qui concerne les maladies ou malheurs qui échappent aux compétences biomédicales. *Lègba* reçoit la plupart des sacrifices et conjurations de sort (Cf. **Planches N°**

10 et **11**) pour les transmettre, dit-on, à d'autres acteurs, invisibles, qui détermineraient ce sort. Comme le Professeur Honorat Aguessy l'a souligné au cours des longs entretiens qu'il m'a accordés lors la présente recherche, le lundi 25 mars 2013,

> « *Partout où il y a problème, selon n'importe quel signe de Fâ, c'est Lègba qui intervient pour apporter solution. Il a une valeur nodale. Dans le panthéon, il y a une spécialisation et c'est Lègba qui a eu la responsabilité de servir de courroie de transmission pour atteindre Dieu* ».

Malgré cette utilité de *Lègba* relevée dans l'avis de ce Professeur[121], qui lui a consacré une Thèse de doctorat d'Etat, toutes les églises, qu'elles soient catholiques, protestantes, évangéliques, etc., affichent un mépris à son égard. C'est comme au temps de la colonisation où un tel mépris pouvait s'expliquer par les enjeux de l'aliénation culturelle des peuples conquis. Toutes ces églises lui dénient toute capacité de prévention de malheur ou d'intervention pour des guérisons de malades. Elles voient, au contraire en lui, un véritable générateur de malheur, d'accident, c'est-à-dire d'« *aovi* », selon le vocabulaire de la langue *fon* du Bénin et des langues dérivées. Parfois, *Lègba* est assimilé à « *aovi* » même, par ces religions. « *Je sais d'où est partie la bévue de confondre Lègba à aovi* », a réagi le Professeur Aguessy, avant de faire une incursion dans la politique et dans la culture béninoises, pour restaurer la vérité de cette utilité que *Lègba* incarne :

> « *En 1960*[122]*, quand le Président de la République, Hubert Maga, a voulu détruire Lègba du quartier Saint Michel de Cotonou, les sages du Dahomey (actuel Bénin) lui ont révélé que s'il faisait cette opération, son pouvoir s'effondrerait* ».

Autrement dit, dans l'entendement de ces sages, *Lègba* n'a rien d'offensif. Il est, au contraire, garant de l'ordre et de la sécurité ; de la stabilité et de la paix autant, sinon plus que les forces armées, la police et la gendarmerie qui sont visibles à l'œil nu. Il est le pouvoir mystique qui ne pardonnerait aucun pouvoir qui vient l'offenser au lieu de l'entretenir et de le vénérer. De plus, continua le Professeur, « *René Depestre, écrivain haïtien, dans ses poèmes, faisait souvent l'éloge de Lègba. A Cuba, le culte de Lègba existe aussi, et l'Ensemble folklorique cubain, en 1961, à Paris, chantait 'igba Agbo monjouba' en langue nago/yorouba ; ce qui, en langue française, signifie : Lègba, on s'incline* ».

En dehors de l'autel de *Lègba* qui est la destination des produits de sacrifice ou de conjuration de mauvais sort, les quatre points cardinaux du cosmos (l'Est, l'Ouest, le Nord et le Sud) sont

[121] Socio-anthropologue de grande renommée universitaire. Il serait le premier Dahoméen/Béninois ayant eu un doctorat dans cette filière.

[122] Année d'« *indépendance* » du Dahomey, devenu Bénin par la suite, en 1975.

parfois indiqués. Les fleuves, les montagnes, les vallées, les champs, les étangs, les croisements de chemins, les forêts, les cimetières, les sites de marché, les temples de différentes divinités ou vaudou, les devantures de maison, etc., constituent également des destinations possibles pour les produits de conjuration de sort. Tous ces éléments témoignent de l'implication de l'humain, du social, du culturel, du spirituel et du cosmique dans l'approche systémique du traitement ou de la thérapeutique de *Fâ* au profit des consultants malades qui lui font recours. Et dans cette thérapeutique, figurent en amont récits, chants et aphorismes thématiques que les *bokônon* ou prêtres de *Fâ* font écouter avec art et talent aux consultants, pour l'effet de psychothérapie dont ils n'ont certainement pas conscience.

6.4. OMS et contraste de sous-valorisation des tradithérapies

Les pouvoirs publics continuent d'entretenir à grands frais la biomédecine seule, en dépit du fait que l'OMS a conféré des dimensions à la fois physique, mentale et sociale à la notion de santé, soutenant ainsi la pertinence de l'approche des médecines traditionnelles. Comme par manque de considération de la causalité complexe qu'affichent nombre de maladies dans certains contextes socioculturels, il continue d'exister une sous-valorisation des tradithérapies qui contraste avec cette vision de l'OMS et l'émergence souhaitée par les pays en développement.

- **OMS et portée systémique des tradithérapies**

Donner un sens plus large ou moins restrictif à la santé en la posant comme un bien-être intégré ainsi que l'a fait l'OMS, c'est reconnaître la portée des approches systémiques tradithérapeutiques contre le réductionnisme biomédical. En effet, le bien-être, s'il ne restait que biologique, risquerait d'être parcellaire, alors qu'il s'agit d'en faire un englobant de la totalité de l'être. Et cette totalité de l'être, humain dans le cas d'espèce, intègre nécessairement sa dimension culturelle, sociale, spirituelle, métaphysique, cosmique, etc. : cet être étant un « *microcosme* » comme on se plaît à le dire.

De ce point de vue, l'enfermement de la médecine moderne dans le biologique ou l'organique ne pourrait s'harmoniser avec la systémique insinuée dans la définition impartiale que l'OMS donne de la santé. Que les approches de soins soient scientifiques ou pas, l'essentiel est qu'elles soient pertinentes avec impact positif, non seulement eu égard à la réalité socioculturelle des populations mais aussi aux phénomènes de complexité étiologique rencontrés surtout dans les pays en développement. C'est pourquoi il est curieux de constater

qu'en dépit de la présence fonctionnelle de cette institution onusienne, une part belle continue d'être faite à la biomédecine seule, accréditée par les pouvoirs publics et les firmes pharmaceutiques occidentales. Et à un point tel que rien ne paraît l'inquiéter dans ses déviances/dérives de « *surmédicalisation, sur-diagnostic, sur-traitement* » (Boukris, 2013) dans le monde d'aujourd'hui.

Les populations des pays colonisés ou en développement continuent de s'attacher aux tradithérapies où leur demande systémique de santé rencontre l'offre systémique de santé. Et dans ces conditions, aucune répression ou propagande contre les thérapies contraires à celles de la médecine moderne n'a pu les enfermer dans un *credo* univoque, en termes de trajectoire thérapeutique. Par ailleurs, en s'ouvrant aux recours alternatifs nouveaux[123], elles ne cherchent qu'à renforcer la systémique interne des tradithérapies par des apports extérieurs autres que ceux de la biomédecine. Selon par Pascal Koné Pénahouré[124], cette systémique interne s'opérait au sein de quatre groupes de tradithérapeutes, avant les apports de la biomédecine et de ces recours alternatifs nouveaux. Il s'agit des :

> « *Phytothérapeutes, psychothérapeutes, naturothérapeutes, chirkinésithérapeutes, spiritualistes (ritualistes, devins, spiritistes, voyants, occultistes, exorcistes, féticheurs, sorciers, prêtres, prophètes, marabouts)* » *;* « *herboristes* » *;* « *médico-droguistes* » *et* « *accoucheuses traditionnelles* » (*In* : Yangni-Angaté, 2004).

Le constat est que les populations ne vivent pas dans l'abstrait de la définition systémique que l'OMS donne à la santé. Elles mettent en place une adaptation sanitaire sans cesse renouvelée pour lui donner un contenu concret, qui contraste avec la sous-valorisation des tradithérapies par les politiques publiques.

- **Quel contraste de sous-valorisation des tradithérapies ?**

De toutes les tradithérapies connues au Bénin, c'est le cas de *Fâ* qui va être utilisé ici à titre d'exemple pour faire représentativité. Ce choix, en vue d'élucider le problème de sous-valorisation des tradithérapies dans les politiques publiques de santé, s'explique par le fait que *Fâ* jouit d'une primauté parmi elles, au regard de l'envergure de son champ d'action et de son ancrage dont il sera davantage question dans le prochain chapitre.

[123] Il y a nouvellement au Bénin, et certainement dans d'autres pays, des recours complémentaires variés, d'origine chinoise, indienne, américaine, etc. : *acupunture*, *ayurvéda*, *tianshi*, *forever*, *gold plus*, etc.

[124] Secrétaire de l'Association des guérisseurs et universitaires de Côte-d'Ivoire (*In* : YANGNI-ANGATE, 2004).

Pris pour un modèle thérapeutique dont nombre de soignants des hôpitaux et de décideurs politiques ne voient que les limites alors qu'il a bien une portée, *Fâ* est sous-valorisé. Cette situation est d'ailleurs celle d'autres tradithérapies dans le management d'Etat de la santé publique des pays encore sous l'influence des puissances occidentales dominantes. Et le paradoxe d'une telle sous-valorisation est que ces médecines endogènes appliquent pourtant, au quotidien, des approches de soins qui sont conformes aux représentations que les populations et l'OMS se font de la « *santé* » et de la « *maladie* ».

Au Bénin, c'est récemment, en 2012 précisément, que le Programme National de la Pharmacopée et de la Médecine Traditionnelles (PNPMT) a inscrit dans un manuel (MS du Bénin, 2012) de formation pour agents de santé en médecine moderne les *curricula* relatifs à *Fâ*, avec en exergue les seize signes géomantiques principaux. C'est un début de valorisation qui reste trop timide par rapport au taux de 80% des populations qui, selon ce même Ministère, ont recours à *Fâ* et aux médecines traditionnelles dans ce pays. Valorisation encourageable. D'autant qu'ailleurs où les réalités socioculturelles sont plus ou moins identiques à celles du Bénin, peut-être qu'il n'y a même pas ce début de valorisation de l'endogène médical.

Or, la propension des populations africaines et de la diaspora à consulter les praticiens de *Fâ* devrait imposer une démarche étatique de sa valorisation contre toute influence occidentale qui voudrait le contraire. Au sujet de cette influence à contre-courant de ce savoir médical local, l'on se demanderait dans quelle visée des chercheurs occidentaux viennent fréquenter[125] souvent des *bokônon* au Bénin. N'est-ce pas pour déceler dans leur savoir, savoir-faire et savoir-être les valeurs qui attirent les populations et qui disputent la clientèle à l'offre de soins en médecine moderne ? Probablement oui, comme permettent de l'affirmer, au dernier Chapitre où sont rassemblés les résultats statistiques, d'importants avis favorables de lettrés et surtout d'illettrés sur la portée de *Fâ* en diagnostic, prévention et traitement des maladies dans une approche holistique.

Or, malgré cette portée de *Fâ* attestée par ces statistiques d'opinion qui lui sont favorables, la médecine moderne continue de règner légalement, presque sans partage, sur la gouvernance

[125] Pendant les enquêtes de terrain, plusieurs fois, des Européens et Européennes ont été vus, par exemple, dans la case de consultation géomantique (*Fâ-gbassa*) de la collectivité familiale GLESSOUGBE à Abomey. On présumerait qu'ils y venaient investiguer sur le savoir, le savoir-faire et le savoir-être du *bokônon*, ainsi que sur l'invisible/l'inconnaissable à leur rationalité culturelle ou scientifique officielle. La photo de couverture de l'ouvrage intitulé *L'univers sous les thérapies de Fâ* : (ADJOTIN, 2011), montrant deux chercheuses occidentales chez *bokônon*, en est un témoignage matériel.

sanitaire locale. Alors qu'elle n'a pas, au sein des populations, autant de légitimité que les savoirs sanitaires endogènes. Pouvait-il en être autrement si l'on sait qu'à l'égard des systèmes endogènes de soins, les pouvoirs publics manquent d'initiatives décisives de souveraineté pour les soutenir politiquement et financièrement dans le sens de leur renforcement et crédibilité scientifiques ? Pouvait-il en être autrement si ces pouvoirs n'envisagent nullement booster l'organisation, la dynamique et les performances de ces modèles ancestraux de soins ?

Une réalité crève les yeux sur le terrain. Contrairement à la biomédecine qui est en vérité la seule officielle et légale, appuyée par de lourds financements nationaux et internationaux, les autres modèles de soins, dont *Fâ,* ne jouissent d'aucune considération légale et officielle. Ils ne jouissent pas véritablement de financements nationaux et internationaux, malgré leur légitimité et portée empiriquement établies. En 2015 par exemple, le Bénin a encore prouvé sa sous-valorisation des tradithérapies et sa survalorisation de la médecine moderne en accordant de ridicules **millions** de Francs CFA aux premières et d'enviables **milliards** de Francs CFA à la seconde dans le budget total destiné à la santé des populations[126]. Pourquoi sous-valoriser à ce point des recours thérapeutiques qui drainent l'immense majorité de ces populations, selon les chiffres de l'OMS validés par le Ministère de la Santé du Bénin ? Quel contraste ! On y reviendra notamment au dernier Chapitre où sont rassemblés les résultats chiffrés des enquêtes de terrain et ceux de la documentation.

Mais avant, il faut rappeler que les préjugés sous-valorisants qui frappent *Fâ* et les médecines traditionnelles sont ceux d'inefficacité, d'intoxication médicinale, de charlatanisme, de superstition, d'irrationalité, de non scientificité et d'obscurantisme. Selon des informateurs, ces préjugés n'existaient pas. Ils sont l'œuvre de la colonisation et de l'école moderne où se sont aliénés la plupart des intellectuels et décideurs de politiques nationales dans le secteur Santé.

[126] Cette situation a fait l'objet d'une sous-partie de « *Patriotisme, sauve mon pays du mal-développement* », article que j'ai publié dans *La Nation*, N° 6290 du jeudi 30 juillet 2015, repris dans *La Nouvelle Tribune*, N° 3081du mercredi 5 août 2015 au Bénin.

Chapitre 7 : Jésus, Allah et les ancrages de *Fâ-Lègba* dans la tradithérapie

Les trajectoires thérapeutiques des « *sociétés à univers multiples* », d'après l'expression de Tobie Nathan (1994), tant répétée dans cette recherche en fonction des besoins de démonstration, affichent une multiplicité et une complexité en lien avec celles des « *pathologies* » rencontrées. Les ancrages de Jésus et d'Allah sur la santé existentielle de ces sociétés étant moindres, notamment à Abomey et à Ouidah, abordons-les avant les ancrages du binôme *Fâ-Lègba*[127].

7.1. Champs d'action des exorcistes chrétiens et musulmans

En dehors de la médecine moderne, des médecines traditionnelles et de *Fâ* qui sont des modèles identifiés et observés sur la trajectoire thérapeutique des patients, les exorcistes chrétiens et les marabouts animent une sorte de modèle thérapeutique. L'on peut considérer cela comme un sous-modèle des médecines traditionnelles ou populaires. De nature confessionnelle, il n'est pas reconnu par les pouvoirs publics, attachés naturellement à leur laïcité. Le christianisme et l'islam diffèrent de l'animisme duquel relèvent *Fâ* et la plupart des autres formes de tradithérapie à Abomey et à Ouidah. Répondent de leur obédience religieuse, les exorcistes évangéliques, chrétiens célestes et chrétiens catholiques, puis les marabouts.

Le plus souvent, chez les exorcistes chrétiens, évangéliques[128]notamment, des prières spécifiques de combat se font sur le malade potentiel, réel ou sur le patient en vue de le sortir de l'emprise des mauvais Esprits. Ceux-ci étant considérés comme les causes de son mal physiologique, mental, spirituel ou social, etc., qui l'empêcheraient d'être dans un état de complet bien-être. Des exorcistes chrétiens de l'église catholique en passant par les adeptes du christianisme céleste jusqu'aux évangélistes, on peut remarquer que ce combat se mène au moyen de plusieurs armes. Il s'agit de *La Bible*, des huiles d'onction, de l'eau bénite, du Saint Sacrement, de la bougie, du parfum dit Saint Michel, de l'œuf, du caillou, des rameaux de palmier à huile, du sel de cuisine, du carême, des appels violents au feu sur Satan, etc. Dans

[127] Il s'agit-là d'entités physiques (Cf. matérialité des idoles dans les **Planches**) et spirituelles qui agissent souvent en binôme.

[128] Au Bénin, ils ont plusieurs églises de dénominations différentes : Union Renaissance d'Hommes en Christ (URHC) ; Communauté Missionnaire Chrétienne Internationale (CMCI) ; Mission Evangélique de la Foi (MEF) ; Assemblée des Disciples du Christ (ADC) ; Parole du Christ au Monde (PCM) ; Mission Evangélique des Affranchis (MEA) ; Cité des Grâces ; Foursquare ; Eglise du Mont des Oliviers, etc.

ce combat, le slogan « *sang de Jésus* » est un leitmotiv pour la délivrance des victimes de toute maladie ou de tout malheur dont elles souffrent en recourant à leurs soins. Des exemples de réussite dans leurs approches thérapeutiques semblent être légion. Le cas de Sèna, rapporté dans un témoignage antérieur, est l'une des preuves de cette réussite thérapeutique.

L'on peut citer aussi, à ce sujet, l'hebdomadaire *La Gazette du Golfe* N° 1418 du 1er au 07 Juillet 2013, paru à Cotonou au Bénin, qui a rendu publiques **les révélations d'un exorciste chrétien**. Il s'agit de celles du **Père Pamphile Fanou de l'Eglise Saint Jean-Baptiste de Cotonou sur « *la sorcellerie, l'exorcisme et la délivrance* »**. Ce dernier a souligné, dans ce journal, qu'il y a « *une formule d'exorcisme* » qui s'utilise contre les démons. Il a mis l'accent sur « *le charisme, ce don de guérir les malades, de libérer les possédés* » avant d'avertir amplement, en ces termes :

> « *Quand on parle de la sorcellerie, ne croyez pas que c'est seulement en Afrique. J'ai été en Europe, j'ai vu des choses aussi, seulement c'est bien intellectualisé. Quand vous prenez la Rose-Croix, c'est une forme de sorcellerie. Il y a également la secte 'El Dorado' par exemple qui est encore pire. Au niveau de cette secte, c'est tous les mois qu'on tue alors que pour la sorcellerie, c'est une fois en passant. (...). La sorcellerie est distribuée gratuitement aujourd'hui contrairement à ce qui se passait autrefois. (...). La zone d'action des sorciers c'est la forêt et pour la sirène 'Azé mami', c'est les eaux, la mer. (...). Il ne faut pas avoir peur, de petites prières neutralisent leurs effets. Par exemple le nom de Jésus, le précieux sang, les sacrements, la croix. Quand vous exorcisez, en contact de ces choses, ils sont déboussolés* ».

Parlant toujours à ses interviewers du journal *La Gazette du Golfe*, **Père P. Fanou** leur **a livré des cas, troublants pour le moins, dans son cursus d'exorciste chrétien** :

> « *Tout à l'heure, avant de rentrer, vous avez vu une jeune fille. Elle est venue avec le sein enflé, infecté complètement. Elle-même maigrit. Au début, j'ai pensé au cancer, à la maladie du siècle, le sida. J'ai fait appel à un médecin qui l'a examinée, qui a demandé des analyses. Dès que j'ai fait le pansement avec de l'huile exorcisée, c'est des aiguilles qui sont sorties. Les aiguilles sont encore dans la main de son papa parce qu'il a dit qu'il ira montrer mais je lui ai dit que ce n'est pas encore terminé. Avant qu'elle ne soit libérée et comme je suis habitué, on doit voir la pochette des aiguilles et hier soir les deux pochettes sont sorties. Ils attendent que je fasse un test avant qu'ils ne rentrent. J'ai vu des cas où des serpents sont sortis. Quand je vois ces choses, c'est comme de la science-fiction. (...). J'ai vu un canard sortir de la tête d'une personne, vous imaginez avec des cauris sur la tête. Des souris ont été vomies. Un chat avec du tissu blanc. (...). Au début, moi je ne croyais pas à ces histoires-là. On provoque l'épilepsie chez nous. Bientôt je vais écrire quelque chose sur les cas d'épilepsies provoqués. Celle qui a vomi quatre serpents et un peu plus de trois mille clous, c'est un cas d'épilepsie guéri alors que l'épilepsie ne se guérit pas. Le cancer se provoque. Le sida, ils le provoquent et comment. Dans l'invisible, ils prélèvent le sang de quelqu'un qui a réellement le sida et ils l'injectent à quelqu'un qui ne l'a pas* »[129].

[129] Cf. *La Gazette du Golfe* N° 1418 du 1er au 07 Juillet 2013, pp. 14 et 15, journal hebdomadaire paraissant à Cotonou, Bénin.

Ce récit émouvant peut être traité de mensonge sur plusieurs épisodes, notamment de la part de quiconque ne croit guère à un univers de rationalité autre que l'univers de la rationalité scientifique cartésienne. Des questions sur la constitution de la cause et de sa relation avec son effet se poseraient dès lors par celui-là et resteraient sans réponse convaincante. C'est d'ailleurs ce défaut de réponse à preuve irréfutable qui fait que le code pénal des tribunaux de type occidental ne parvient jamais à valider l'identification d'une sorcière par des accusateurs dans nos cultures endogènes, pour prononcer une condamnation.

Le maraboutage aussi intervient comme modèle thérapeutique avec un champ d'action, autant vaste et systémique que celui des exorcistes chrétiens :

> Barnabé, un voisin au quartier Cadjèhoun à Cotonou (Bénin), fut témoin de la mort brusque et mystérieuse du bébé de sexe masculin que son épouse a accouché « *dans de bonnes conditions* ». Il décida d'investiguer pour en savoir la cause que n'avaient pas pu lui révéler les sages-femmes et médecins du Centre Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique (CUGO) situé lui-même au Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU/HKM) de cette ville. Après cet échec à en avoir des explications scientifiques de la part de ces agents modernes de santé, lui et moi, nous fûmes conduits par l'un des habitants du quartier vers un marabout égyptien. Celui-ci nous reçut ensemble, écouta notre préoccupation, invoqua Allah, leva le voile sur du '*sable de Mecque*' dans lequel il écrivit, de droite à gauche, des mots en arabe. Il nous interpréta ensuite ces écrits-là, pour accuser de sorcellerie la belle-mère et la propre épouse de l'éploré. La cérémonie, prescrite pour mettre ces « *sorcières* » hors d'état de nuire, fut acceptée financièrement par Barnabé et exécutée techniquement par le marabout. Par la suite, les deux femmes identifiées, comme étant responsables du décès du bébé, se dénoncèrent d'elles-mêmes en criant involontairement et publiquement que ce sont elles qui mangèrent, en sorcellerie, l'âme dudit bébé. L'exorciste a regretté de n'avoir pas été plus tôt sollicité, sinon, avait-il dit, il aurait pu empêcher cette mort provoquée, en immunisant la victime contre cette « *anthropophagie* ».

Ainsi qu'on vient de le voir, la causalité complexe est réccurrente dans les malheurs ou maladies qui surgissent le long de la vie et de l'existence des populations non occidentales. Il leur faut des approches thérapeutiques complexes ou systémiques pour les affronter. Et heureusement, ces approches se retrouvent aussi dans ce qu'on pourrait appeler « *spécialités médicales* » des confessions religieuses, comme tantôt dans le cas du christianisme et de l'islam.

7.2. Autres champs d'action soignante et primauté médico-sociale de *Fâ*

Comme vu précédemment, plusieurs autres recours thérapeutiques efficaces, en dehors de la médecine moderne, existent sans être validés par les pouvoirs publics. Leurs champs d'action soignante s'étendent des réalités biologiques et psychologiques visibles, d'une part, aux réalités métaphysiques invisibles, d'autre part. Ce sont des champs holistiques, c'est-à-dire « *cosmo-socio-psycho-thérapeutique* » (de Rosny, 1992 : 31).

La primauté de *Fâ* par rapport à d'autres champs d'action soignante est consacrée par *Lègba* qui y occupe une centralité fonctionnelle. Cela à un point tel qu'à défaut de pouvoir répondre à l'exigence technique de déposer un « *produit Fâ de conjuration de sort* » au bord d'un fleuve, au milieu d'un marché, sur une montagne, sur l'autel d'une autre divinité, etc., c'est de son autel qu'on fait le meilleur raccourci. De plus, il est, d'après divers informateurs *bokônon,* le bras opérationnel polyvalent, omniscient, omnipotent et omniprésent voire le garçon de course qui assure l'interface entre le monde visible et le monde invisible. Raison pour laquelle on se permet de parler de binôme *Fâ-Lègba* en soulignant la primauté de *Fâ* sur d'autres champs de soins que voici :

- **Phytothérapie, petite chirurgie et naturothérapie appuyées par l'herboristerie.** S'agit-il d'un corps malade ? Les phytothérapeutes, les spécialistes en petite chirurgie et les naturothérapeutes vont parfois s'approvisionner en ingrédients végétaux, animaux ou minéraux dans la nature ou chez les herboristes des marchés (Cf. **Annexes**). Avec infusions, décoctions d'herbes ou de feuilles, etc., auxquelles peuvent s'ajouter, selon les besoins, des ingrédients minéraux et animaux, ils soignent leurs patients. Le traitement du paludisme, de la drépanocytose et d'autres affections ; l'incision des abcès, la circoncision du pénis par coupure du prépuce, etc., sont de leur domaine de compétence. Mais les *bokônon* y sont aussi sollicités en vertu de la systémique qui est dans le réflexe de tous les guérisseurs traditionnels. Car *Fâ* se veut être un corpus de connaissances (Abimbola, 1968) ou la systémique la plus élevée.
- **Psychothérapie et exorcisme classique appuyés par l'herboristerie.** S'agit-il de troubles biopsychologiques ? S'agit-il de troubles organiques mystérieux ; de troubles de l'esprit, de l'âme ou du destin d'un individu ou d'une communauté ? Les psychothérapeutes et les exorcistes sont en mesure de les affronter avec des psychotropes traditionnels ou des neutralisants occultes à base des mêmes ingrédients qu'ils trouvent dans la nature ou qu'ils achètent chez des herboristes. Ils utilisent également des incantations dormitives ou vont en voyage dit astral, pour soigner. Parmi eux se rencontrent souvent des prêtres de religion vaudou, des occultistes, des voyants ou devins, des sorciers protecteurs, des ritualistes féticheurs. Mais dans leur champ d'action thérapeutique, devrait se trouver également le bon praticien de *Fâ*, même s'il n'est pas tenu de les égaler. Cela est exigé surtout par la systémicité thérapeutique que requiert la compexité des

pathologies dans les « *sociétés à univers multiples* » (Nathan, 1994). En fait, consulter *Fâ* assure la pertinence des interventions thérapeutiques et rassure aussi bien le soignant que le patient.

- **Réduction des fratures d'os, chirkinésithérapie et accouchement traditionnel appuyés par l'herboristerie.** Les réducteurs de frature, masseurs-rééducateurs fonctionnels et matrones existent aussi dans la tradithérapie. Chacun développe sa spécialité dans le champ d'action qui le concerne en améliorant sa connaissance des ingrédients et techniques thérapeutiques. Il n'est pas exclu que le praticien de *Fâ* se soucie de quelque maîtrise de ce champ d'action soignante. Son métier l'y pousse en ce sens qu'il doit être un recours polyvalent ou un détenteur de corpus de connaissances comme *Fâ* même (Abimbola, 1968 ; Maupoil, 1981 ; Adjotin, 2011).

Mais indépendamment de son ouverture à tout ce qui sauve, le bon praticien de *Fâ* est très souvent sollicité par ces divers acteurs de champs d'action soignante. Surtout lorsqu'il s'agit de bien fouiller dans le monde invisible pour détecter telle ou telle cause du blocage complexe d'une guérison ou d'une délivrance de patient. A l'informel certains praticiens des hôpitaux, non aliénés culturellement, acceptent ou conseillent que leurs clients aient recours aux compétences des *bokônon* ou de *Fâ*, surtout lorsqu'ils sont aux prises avec des complications cliniques. Autrement dit, en l'occurrence à Abomey, Ouidah et Cotonou, tous les acteurs de champs d'action soignante, lorsqu'ils découvrent leurs propres limites dans un traitement, font souvent recours à *Fâ*, formellement ou informellement.

Mais cette primauté de *Fâ* ne se note pas que dans la philosophie des trajectoires thérapeutiques des patients eux-mêmes. Elle se note également et surtout dans la transversalité et la récurrence dont bénéficie ce dernier au sein de l'offre informelle de soins de santé aux populations culturellement habituées à *Fâ*. Même les cas de complexité avérée d'un mal biologique ou psychique, que les proches de patients s'apprêtent à conduire à l'hôpital moderne, font souvent, avant le départ, l'objet d'une initiative familiale de consultation préalable de *Fâ*, notamment à Abomey et à Ouidah.

En effet, dans ces localités, face à toute maladie visiblement complexe ou difficile à définir, on fait souvent appel à *Fâ* en priorité[130]et, au besoin, à une sorte de **commission polytechnique thérapeutique**[131]. Là, un va-et-vient s'observe entre le monde visible et le monde invisible qui sont, nosologiquement, les deux casiers de rangement des troubles sanitaires dans les sociétés non occidentales. Dans l'invisible sont identifiés des agents étiologiques tels que les mauvais Esprits, sous forme de sorcellerie ou de gris-gris nocifs, ainsi que les divinités (vaudou) fâchées, les âmes d'ancêtres défunts qui ont « *faim et soif* », etc. Au moyen de la divination, notamment les praticiens de *Fâ*, c'est-à-dire les *bokônon* ou *babalawo* parviennent, après cette identification, à déterminer le genre de thérapeutique approprié pour obtenir la guérison du patient. Cette thérapeutique peut impacter les causes visibles ou invisibles du mal. Car l'étiologie d'un patient peut varier du monde visible au monde invisible. Donc, pour le guérir, il pourrait s'agir d'aller aux autres champs d'action soignante précédemment évoqués ; comme il pourrait, au contraire, être besoin d'une offrande aux divinités ou aux sorciers afin de les calmer voire de les vaincre. En témoignent, dans ce dernier cas, les objets de sacrifices (calebasse, cadavres de poulets gisant dans de l'huile rouge[132], etc.), que l'on rencontre sur les autels de *Lègba* (Cf. **Planche N° 11**) ou aux croisements de voies, notamment béninoises/ouest-africaines, et qui ne sont rien d'autres que des offrandes de substitution au patient. Les *vô* qui sont des produits de conjuration de mauvais sort, dans la géomancie *Fâ*, relèvent de la même approche d'anéantissement des agents pathogènes du monde invisible qui causent des dégâts dans le monde visible des vivants.

Ces agents-là, que ne reconnaît pas la médecine moderne issue de la culture, de la science ou de la civilisation occidentale, sont souvent vite domptés par la médecine de *Fâ*. Dans cette médecine géomantique, sont utilisées des figurines de substitution au patient, en terre de barre (*vôkô*) ou en bois (*atinmêsô*) ; des rameaux de palmier (*dézan*) ; un « *poussin ne connaissant ni père ni mère* » (*koklovi ma yin tô ma yin non*) ; un coq ; une poule ; un cabri ; etc. Tout cela

[130] Ni exorciste chrétien céleste, évangélique, catholique ; ni marabout, ni médecin, ni soignant à la chinoise ou à l'indienne qui, tous, prolifèrent aujourd'hui au Bénin, n'existaient à ce moment où *Fâ* avait déjà commencé à faire preuve d'efficacité, comme on le verra encore plus loin.

[131] Cette **commission polytechnique thérapeutique** est souvent inspirée par *Fâ* lui-même lorsqu'il aboutit, dans ses hypothèses, au postulat de « *alôô no numbi wu kpaaa* » ou du « *toucher à tout tous azimuts* » dans des cas de complication étiologique à affronter pour guérir le patient, résoudre un problème…

[132] Chez les populations *fon*, *goun* et assimilées du Bénin, une telle calebasse et son contenu sont appelés « *zangban* », c'est-à-dire « *bagage/dot pour la nuit* » : un bagage-dot destiné aux maîtresses et maîtres nocifs de la nuit, c'est-à-dire aux « *buveurs de sang humain et mangeurs de chair/âme humaine* » pendant les « *sabbats* ».

sert au remplacement symbolique du corps et de l'âme du malade réel, potentiel ou du patient. Une telle pratique qui chasserait la mort en renforçant la vie est appelée « *kou niyô* » en langue *fon*, *goun* et assimilées du Bénin. N'est-elle pas peut-être une originalité négro-africaine, apportable à ce que Senghor appelait « *Rendez-vous du donner et du recevoir* » pour une « *Civilisation de l'universel* », dans la santé des populations mondiales ?

D'autres mécanismes thérapeutiques sont nommés « *azon yinyin* », c'est-à-dire « *évacuation* » ou « *au revoir à la maladie* », au moyen de morceaux de pâte jaune et de pâte blanche de farine de maïs, déposés sur une grosse butte dite « *butte de la maladie* » ou « *azon-zoun* ». Parmi ces mécanismes figurent aussi des pratiques dont le rituel préventif ou curatif est appelé « *houé-kplôkplô* » (nettoyage purificatoire de la maison) ; « *to-kplôkplô* » (nettoyage purificatoire du village, du royaume ou du pays). C'est un rituel périodique de chasse aux divers malheurs, c'est-à-dire aux différentes maladies à caractère physique, mental et social (OMS, 1978), capables de causer des préjudices à chaque individu, à une collectivité familiale ou aux populations des lieux. Les balayures qui sont ramassées à la suite dudit rituel ne se déversent pas à n'importe quel endroit. On les sort de la maison, du village, du royaume ou du pays concerné, pour les déverser à un lieu isolé et inhabité. Si ce lieu est appelé « *azon-zoun* » pour la maison, il est plutôt désigné par « *ahouan-sla-do* » (guerre-quartier-trou) pour les autres découpages territoriaux, d'après les informations obtenues sur la tradition prophylactique et thérapeutique à Abomey, Ouidah et Cotonou.

Ces pratiques, comme on s'en douterait, nous viennent des temps immémoriaux. L'exemple du roi Tégbessou au royaume du Danxomè[133], rapporté des sources orales par un historien, le Professeur Jérôme Alladayè (2010), n'y a pu modifier grand'chose sur la durée. Depuis longtemps, ces pratiques sont restées en vigueur dans ces communautés, notamment les plus rurales.

En effet, le roi Tégbessou (1740-1774 après J-C)[134], à en croire aux louanges qui lui revenaient, s'employait par pragmatisme et matérialisme à aller au-delà des formules géomantiques de chasse aux différents malheurs. En lieu et place d'un prêtre de *Fâ* pour conjurer le mauvais sort sous n'importe quelle forme, il croyait, par l'entremise de Gahou et de Kpossou qui lui géraient son Ministère de la Défense, à l'omnipuissance des armes à feu

[133] Ce royaume, le plus puissant de l'histoire du Bénin actuel, s'étendait, entre autres, d'Abomey (centre du pays) à Ouidah (sud du pays).

[134] Il fut le sixième souverain de la dynastie royale d'Abomey au Danxomè.

pour protéger et agrandir son royaume. Contre l'approche systémique de ses prédécesseurs concernant la santé communautaire, il prôna par ironie une approche réductionniste à laquelle le roi Glèlè[135] (1858-1889 après J-C) a renoncée pour renouer avec la tradition datant du roi Agadja[136] (1711-1740 après J-C). Leurs louanges le montrent, ainsi qu'il suit, en clarifiant la **traçabilité du processus historique qui a implanté *Fâ* comme guide de santé politique/publique dans l'ancien royaume du Danxomè** :

> « *Oh ! Roi Tégbésu… Tu es le roi qui n'a point besoin de rameau. Qui purifie le pays sans chercher du rameau. Ce sont eux autres qui installent des rameaux pour purifier. Ils cherchent des rameaux de palmier tendres. Et prennent un crapaud. Un poussin. Ils disent qu'ils vont purifier le pays. De ta bouche, tu as appelé Gawu. Tu as appelé Kposu. Tu as dit que voilà déjà ton pays ainsi purifié…* »
>
> (Texte extrait de J. Alladayè, 2010 : 52).

Le nettoyage purificatoire du pays ou du royaume (*to-kplôkplô*) est une opération souvent prescrite par *Fâ* et dont les matériaux importants sont le crapaud, le rameau de palmier tendre, le poussin… Il s'agit-là d'une sociothérapie voire d'une cosmothérapie aplliquées à l'espace physico-atmosphérique de vie socio-communautaire.

L'abandon d'une telle thérapeutique de *Fâ* et son remplacement par la seule action des armes à feu, opérés par le roi Tégbessou, n'avaient pas duré dans l'évolution de la dynastie. Le roi Glèlè, pour avoir échoué en imitant le roi Tégbessou dans la protection/purification/expansion du royaume au moyen des armes à feu *stricto sensu*, avait fini par comprendre que plusieurs précautions vaudraient mieux qu'une seule.

En effet, sa campagne guerrière contre Mèko, localité du Nigeria actuel qu'il voulait annexer au royaume du Danxomè, avait deux fois échoué. Il risquait de perdre la troisième campagne lorsqu'il comprit, dans un sursaut correctif de l'approche réductionniste de Tégbessou, qu'il fallait compter plutôt avec l'approche systémique de *Fâ*. Aussi, ses louanges, sous la plume du Professeur Jérôme Alladayè, rapportèrent-elles ceci :

> « *… Et le roi Glèlè se leva un jour. Et appela Gawu. Et appela Kposu. Et dit que sa poudre à canon va péter. Et dit qu'il ira casser Mèko à tout prix. Et ils allèrent à Mèko une deuxième fois. La guerre s'est encore gâtée. Et le roi est revenu à la maison… Le roi Glèlè dit Gawu Kposu : au jour qui va se lever demain. Je consulterai l'oracle fa au sujet de Mèko. Et j'interrogerai l'oracle fa au sujet de Mèko. Si la prédiction du fa est bonne. C'est avec elle que je casserai Mèko. Mais même si elle est mauvaise. C'est encore avec elle que je casserai Mèko…*

[135] Il fut le onzième souverain de la même dynastie.

[136] Il fut le cinquième de la même dynastie.

Et le jour s'est levé. Et on (le roi) resta en son domicile (palais)… Et lança dehors le chapelet de divination. Le roi Glèlè dit aux femmes de sa garde rapprochée, d'aller lui voir le signe de la divination apparu. Quand elles allèrent regarder. Elles virent le signe joogbé[137]*. Le roi Glèlè dit qu'il a cassé Mèko. Il fit figurer le signe de la divination sur de nombreux fragments de calebasse. Il les distribua aux femmes de sa garde rapprochée. Et leur dit tout devin qu'elles trouveront, qu'il leur explique le signe de la divination. Et dise ce (les cérémonies) que fa exige. Elles marchèrent longtemps. Puis trouvèrent le devin Awonnuhui à Zasa. Et il dit ce qu'on veut faire en procédant à cette consultation du fa. Cela demande qu'on organise la cérémonie du tam-tam. Et que tous les tovodun installés dans les temples mangent…* »

(Texte extrait de J. Alladayè, 2010 : 86-93)

Les mêmes louanges de Glèlè ont révélé les résultats « *heureux* » de son approche systémique, faite de la combinaison de la force physique des armes à feu et de la force métaphysique des armes de *Fâ* comme des vaudous ou « *tovodun* ». Il a fini par triompher dans sa campagne guerrière contre Mèko :

« *La bataille redevint meurtrière. Glèlè dit d'arrêter de tuer. Et de commencer à ligoter les gens. Le roi Glèlè dit de sortir (exhiber) la tête du chef de Mèko. Quand on la sortit, tous les Ayonu ligotés dirent (s'écrièrent). Kabiési ka oo. Le roi Glèlè demanda ce qu'ils disaient. Ils lui dirent : que c'est la tête de leur chef qu'ils ont vu…*»

(Texte extrait de J. Alladayè, *ibid*.).

Quant au roi Gbêhanzin (1889-1894 après J-C), comme Maupoil (1981) l'a rapporté, il aura compris plus tard à ses dépens, lors de sa défaite devant l'armée française de colonisation du Danxomè en 1894, que c'était une erreur de sa part d'avoir refusé d'écouter les conseils de *bokônon* Guèdègbé. Car ces conseils lui demandaient de conjurer le mauvais sort prédit dans le signe *Aklan-Wlin* de *Fâ* qui survint.

Si cet exposé sur les champs d'action soignante des tradithérapies en général et de *Fâ* en particulier laissait croire à leur apologie pour jeter l'opprobre à la médecine moderne ou pour minimiser d'autres thérapies, ce serait une crédulité inféconde. Car le système de *Fâ*, pour utiliser les mots de Morin (1990), semble bien alimenter le « *principe d'incomplétude et d'incertitude* », caractéristique de toute bonne gestion des complexités dont regorge le réel. La preuve en est qu'il arrive parfois que les praticiens de *Fâ*, à la lumière d'une consultation géomantique, découvrent dans leur propre système de divination que le modèle sanitaire à

[137] Il s'agit de *Gbé Mèdji* alias « *Joogbé* », premier et géniteur le plus ascendant au sein des 256 signes de *Fâ* : Cf. ***Tableaux du croisement génétique des signes de Fâ*** en Annexes. Sa figuration indicielle comme celle de tout autre signe géomantique serait faite de traits ou de points incarnant le feu, l'eau, l'air et la terre, éléments incontournables de l'existence et de la vie. Aucun, suivant les traditions orales, ne le dépasserait en primauté et en puissance parmi les autres signes géomantiques. C'est ce qui expliquerait l'assurance du roi Glèlè à pouvoir gagner sa campagne guerrière contre Mèko.

suivre pour prévenir et même pour guérir telle ou telle maladie est autre que celui de *Fâ* lui-même. Ces fois-là, sur la base d'un tri géomantique d'hypothèses au moyen des objets-hypothèses appelés *vo*, une réorientation du patient est faite de façon non sectaire, soit vers un autre type de médecine traditionnelle, soit vers la médecine moderne elle aussi, en termes de recommandations judicieuses de *Fâ*. Alors, *Fâ* ne pousse-t-il pas ainsi son approche systémique habituelle à l'extrême, comme l'impose la recherche d'une véritable efficacité ou efficience face à la complexité de la santé existentielle ?

7.3. Ancrage politico-socioculturel de la thérapeutique *Fâ-Lègba*

Faisant suite à ce qui précède, il importe de rappeler qu'au temps de la royauté à Abomey, il y avait le *kpamègan*, c'est-à-dire le gardien de l'enclos des recettes médicinales du roi. C'était un dispositif sanitaire renforcé, à partir du roi Agadja au XVIIIème siècle après J-C, grâce à l'introduction de *Fâ* au royaume du Danxomè par sieur Adélèyè, caravanier nigérian. Selon Maupoil (1981), ce fut à ce moment-là que *Fâ* y connut ses lettres de noblesse aux côtés des autres systèmes de protection et de soins endogènes. Ce moment était très critique, selon les sources orales que ce chercheur avait interrogées : une sécheresse démesurée sévissait dans le royaume. Cette dernière, porteuse de déshydratation, de famine et d'autres maladies voire de décès dérivés d'elle, n'avait pu être corrigée qu'au moyen de *Fâ* dont l'étranger Adélèyè était le seul à en avoir l'expertise. Maupoil a précisé que ce caravanier, à qui le surnom « *Djissa* », c'est-à-dire « *Vendeur de pluie* », fut donné par le roi Agadja, n'avait pas tardé à voir ses conditions de vie s'améliorer. En effet, le roi lui attribua des femmes, des serviteurs, une maison, etc., pour finalement le sortir de son statut de caravanier étranger afin d'avoir des facilités à consulter en permanence ses oracles sur la santé existentielle du royaume. Même aujourd'hui, au quartier Ahouaga à Abomey, les descendants de ce prêtre de *Fâ* continuent de sauvegarder la concession de leur ancêtre et l'héritage de ses savoirs oraculaires.

Mais pourquoi devons-nous connaître cette histoire ? Nous devons la connaître parce qu'en dépit de l'accession du Bénin à la souveraineté nationale depuis le 1er août 1960, les pouvoirs postcoloniaux successifs sont restés dans la même attitude de mépris officiel que le colonisateur, à l'égard de tout *bokônon/babalawo* et de tout tradithérapeute. Alors que *Fâ*, de par sa richesse systémique médicale soulignée plusieurs fois déjà, témoigne d'un ancrage pluriel, en binôme avec *Lègba*. Et cet ancrage devrait suffire à montrer l'inconvenance des politiques de santé publique du Bénin et de tous les pays en développement, dotés de médecines traditionnelles, de *Fâ* surtout. En effet, plusieurs recherches (Jaulin, 1957 ; Abimbola, 1968 et 1975 ; Maupoil, 1943 et 1981 ; Ambelain, 1984 ; Adjotin, 1992, 1996 et

2011 ; Adjotin et Mongbo, 2012) ont mis en exergue l'existence du diagnostic, de la prévention et du traitement propres à cette mancie. Dans le compte desdites recherches, Maupoil avait rapporté, des sources orales, les propos d'un praticien *nago* de *Fâ* :

> « *A Ifè (au Nigeria), Fa guérissait tous les malades. C'était son rôle. Il soignait les maux de tête, les maux de ventre, tous les maux (…). Il guérissait les aveugles, donnait des vomitifs aux gens empoisonnés… Car Dieu, en créant le monde, créa le bien, mais aussi le mal* » (1981 : 42).

Remarquons, dans ces propos, qu'il est révélé en filigrane que la phytothérapie - les autres thérapies paraissant sous-entendues - est aussi présente en *Fâ* et ne peut en être dissociée. Si cet avis du praticien *nago* rend bien compte du pouvoir curatif de *Fâ* à travers le *babalawo* ou le *bokônon*, il y a un autre avis, celui de Maupoil lui-même, qui refléterait objectivement son propre vécu au sujet du pouvoir diagnostique et préventif de *Fâ*. N'a-t-il pas écrit que *Fâ* « *remplirait dans le monde une fonction de métagnomie* », et que ce dernier « *perçoit et révèle en chacun, non seulement l'accompli, (…) mais l'être le plus profond* » (1981 : 121) ? Qu'il vous souvienne que la présente Thèse a déjà montré, en son début, comment la notion de maladie est éclatée et comment elle transcende l'état réduit du corps dont s'occupe la biomédecine, pour se faire appréhender dans toutes ses dimensions par l'ontothérapie, la sociothérapie et la cosmothérapie fonctionnelles dans *Fâ*.

Tenez ces exemples beaucoup plus amples ! Les populations béninoises, comme l'ont attesté les enquêtes à Abomey, Ouidah et Cotonou, ont recours à *Fâ* à toutes les occasions où il y a un besoin d'assurance. Elles le consultent pour chaque action ou état dans leur vie et existence au quotidien. Citons le mariage, la grossesse, la naissance, la maladie, la mort, l'opinion des morts dans l'Au-delà, le lieu de forage des tombeaux, le lieu de forage des puits, la rentrée scolaire, la fête de la nouvelle igname. Il y a aussi le voyage d'une contrée à une autre, le séjour dans une nouvelle contrée, la nouvelle année, l'implantation de l'idole d'une divinité, le site d'un nouveau marché, la nouvelle saison de chasse ou de travaux champêtres, l'intronisation d'un nouveau roi ou chef de collectivité. Pour les temps modernes, n'oublions pas les élections municipales, législatives et présidentielles ; le souci de gouvernance apaisée, la destinée individuelle, la conservation d'un bonheur acquis, la délivrance d'un malheur en cours, la réussite à un examen académique, la conduite d'un Mémoire universitaire ou d'une Thèse de doctorat comme celle-ci, etc. L'objet de la sollicitation du *bokônon* ou *babalawo*, pour connaître de la vérité en tant qu'usager et des précautions que conseille *Fâ*, semble donc inépuisable.

C'est dans ce vaste champ où la démarche médicale se fait globalisante que, à titre de diagnostic ou de prévention, un éclairage assez panoramique est requis pour ne rien laisser se cacher ni dans l'histoire sociale, ni dans le cosmos, ni dans le physique et mental, ni dans l'existence où se trouve le malade potentiel, réel ou le patient, ni dans son destin.

> « *La consultation a lieu chaque fois que l'on se sent embarrassé devant l'inconnaissable ; elle se motive par le besoin de 'comprendre quelque chose' et d'acquérir un moyen ou un principe d'action* »
>
> (Maupoil, 1981 : 220).

Ainsi, l'ancrage de la thérapeutique du binôme *Fâ-Lègba* n'est pas que politique et socioculturel. Il semble également cosmogonique et existentiel.

7.4. Ancrage cosmogonique et existentiel de la thérapeutique *Fâ-Lègba*

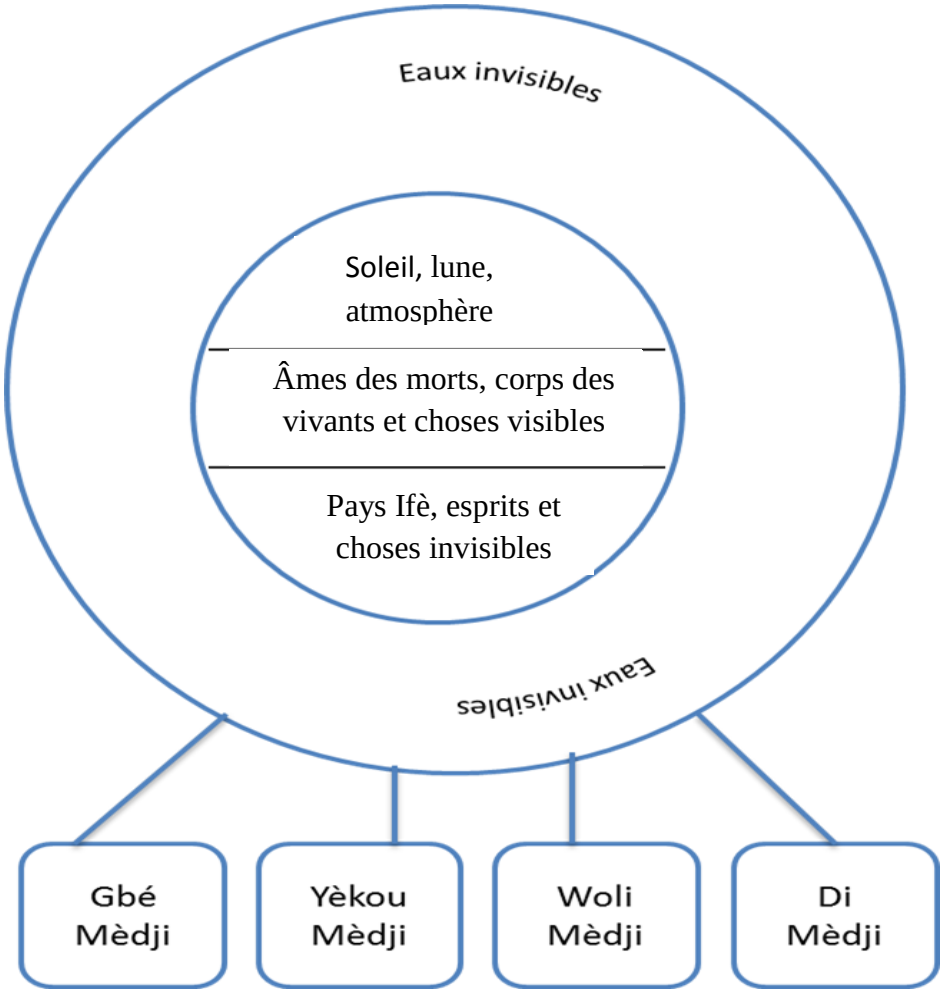
Selon les représentations et croyances des peuples d'Afrique, notamment à l'ancienne Côte des esclaves dont Maupoil a étudié la géomancie sous le nom de *Fâ*, l'environnement où la santé et la maladie existentielles sont déterminées par divers facteurs est un environnement sectionné en cinq paliers dans un grand cercle qui se remplit :

- Au premier palier par le soleil, la lune, l'atmosphère ;
- au deuxième palier par les âmes des morts et le corps des vivants ;
- puis au troisième palier par *Ifè*, qui serait le pays d'autres Esprits invisibles.
- Ce cercle où êtres vivants et choses du monde visible coexistent avec êtres et choses du monde invisible est entouré par des eaux dites invisibles qui constitueraient le quatrième palier du grand cercle,
- lequel est soutenu par un autre palier fait de quatre piliers qui ne sont rien d'autres que les quatre premiers signes fondateurs de *Fâ*, à savoir : *Gbé Mèdji*, *Yèkou Mèdji*, *Woli Mèdji* et *Di Mèdji* incarnant ensemble, à l'analyse, le cinquième palier de ce monde circulaire.

Et selon les sources orales que Maupoil (1981) a exploitées pour révéler par induction ce monde circulaire, l'environnement de la vie humaine où s'alternent « *santé* » et « *maladie* » ne peut se passer d'un régime systémique. La représentation schématique suivante qui en est faite s'inspire du schéma réalisé par cet auteur. Cette représentation schématique à laquelle il est donné corps ici montre clairement que des eaux invisibles entourent les autres éléments visibles ou invisibles de l'univers dont le soleil, la lune, l'atmosphère, les âmes des morts, les corps vivants, le pays Ifè[138]. En effet, dans le schéma fait par Maupoil, il y a une stratification où sont identifiables ce qui est céleste ; ce qui est terrestre et ce qui est souterrain. Le tout se

[138] Ville du Nigeria, considérée comme capitale de la spiritualité de l'Afrique de l'Ouest.

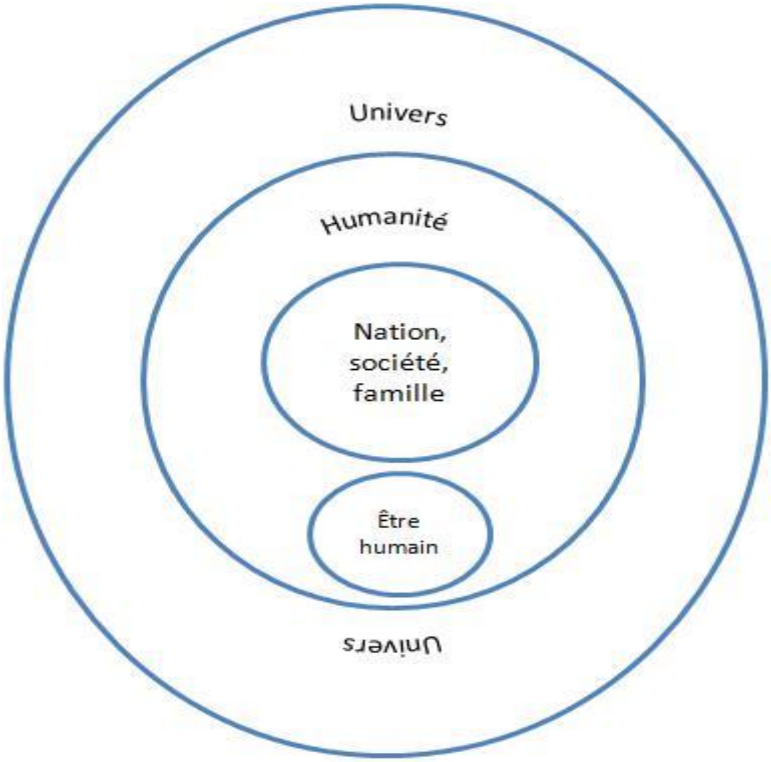
résumant au connu et à l'inconnu de **l'univers existentiel dans les représentations des populations négro-africaines, *à l'« ancienne Côte des esclaves »*** :



Source : Réalisation personnelle en synthèse, inspirée de la compréhension d'un schéma, selon les représentations de l'univers existentiel à l'« *ancienne Côte des esclaves* », fait par Bernard Maupoil (1981 : 62).

Cet univers existentiel, ainsi constitué, a une fondation spirituelle en quatre piliers ayant des significations et rôles déterminés. Et l'on pourrait remarquer facilement que les cercles ci-dessus sont plus complexes et idéalistes, comparés aux cercles ci-dessous, issus des représentations de **l'univers existentiel dans les représentations des populations occidentales**, avec des « *champs morphiques* » allant « *de l'univers à l'être humain* »[139]d'après Maya Ollier :

[139] Idris LAHORE et Maya OLLIER, « *Systémie et thérapie* », *In* : revue *Science de la conscience*, N° 26, p. 14.



Source : Réalisation inspirée d'un schéma fait par Maya Ollier et qui est relatif aux représentations occidentales de l'univers dans ses rapports avec l'homme et la société. Cf. Idris LAHORE et Maya OLLIER, « *Systémie et thérapie* » dans la revue *Science de la conscience*, N°26, p. 14.

Dans ce second cercle à sous-cercles, qui relève de la représentation occidentale de l'univers existentiel et qui indique ce que cet univers englobe, une stratification s'observe aussi. Mais l'on y remarque qu'aucun état n'a été fait de l'invisible, de l'immatériel ou du spirituel : lequel spirituel pourrait se retrouver en relation systémique avec des éléments matériels. L'on y voit que dans l'univers selon la vision occidentale, l'humanité se trouve sectionnée en nation, société et famille d'une part, puis en être humain d'autre part. Cet univers-là n'a aucune fondation spirituelle comme dans l'univers négro-africain, notamment celui perçu à *l'ancienne Côte des esclaves*[140], et qui est représenté dans le premier grand cercle à sous-cercles.

Donc il se fait évident, à lumière de la différence de configuration de ces deux cercles à sous-cercles ci-dessus reproduits, que l'Afrique ancestrale ou traditionnelle a une rationalité non

[140] Rappelons-nous que c'est l'appellation choisie par MAUPOIL pour désigner notamment l'ex-royaume du Danxomè ou l'actuelle République du Bénin où ont été focalisées ses recherches sur la géomancie/*Fâ*. En plus de ce pays, *l'ancienne Côte des esclaves* regroupait également le Togo et la partie riveraine du Nigeria.

identique à celle de l'Europe, voire de l'Occident en général. Car, tandis que cette Afrique intègre fortement le spirituel et l'invisible dans le système de son cercle, l'Occident ne le fait pas. Dans son système de monde circulaire, il ne s'attache qu'au visible ou au matériel. Il s'y trouve toutefois une inclusion visible du particulier dans le général, de la partie dans le tout ; certainement sur fond d'interrelation, puisque Maya Ollier, auteur de ce schéma, a lui-même dit au sujet de cette vision occidentale que « *la notion d'interrelation est extrêmement importante à comprendre ; l'être humain n'est jamais coupé du monde extérieur et des autres* » (Lahore et Ollier, *ibid*.).

Donc le réductionnisme, dont n'arrive pas à se départir la biomédecine occidentale, a pris naissance dans la faible considération de cette interrelation et surtout dans l'absence du spirituel au profit du matériel au sein du grand cercle. Alors, à bien examiner ces deux types d'environnement circulaire présents dans la perception non occidentale de l'univers comme dans la perception occidentale de l'univers, tout semble déterminer tout par un jeu de relation d'interdépendance à travers des rôles sans lesquels chacun des cercles perdrait fonctionnalité et possibilité de sens. Les quatre piliers du premier cercle à sous-cercle, où reste l'être humain selon les perceptions africaines et affiliées, semblent constituer la fondation spirituelle de la vie ; les eaux semblent l'entourer pour l'alimenter ; le soleil, la lune et l'air atmosphérique pour l'éclairer, la réchauffer, la refroidir, etc. La dualité existentielle du visible et de l'invisible y est posée, peut-être pour que matérialisme et idéalisme ou science et religion se donnent la main afin de rendre mieux intelligibles le cosmos et l'existence à l'être humain. Les entretiens, accordés par le *bokônon* Dansi Koguê Kingbè et d'autres enquêtés à ce sujet, corroborent bien cette interprétation du premier cercle à sous-cercles.

Abondant dans le même sens, Pierre Saulnier a résumé le contenu relationnel des quatre signes géomantiques présents dans *Fâ* (*Gbé Mèdji* ; *Yèkou Mèdji* ; *Woli Mèdji* et *Di Mèdji*) qui en seraient les piliers, en écrivant qu'ils sont « *les conditions de l'existence humaine : jour et nuit, vie et mort, connu et inconnu, visible et invisible* » (2009 : 53). Il a aussi retenu de ses informateurs que *Gbé Mèdji* représente l'Est ou *Mawudji* comme premier point cardinal ; que *Yèkou Mèdji* représente l'Ouest ou *Lisadji* comme deuxième point cardinal ; que *Woli Mèdji* représente le Sud ou *Xudji* comme troisième point cardinal et que *Di Mèdji* représente le Nord ou *Vovoliwe* comme quatrième et dernier point cardinal.

Revenant à une interprétation beaucoup plus factuelle de la signification usuelle que les usagers de *Fâ* à Abomey, Ouidah et Cotonou donnent de ces quatre piliers du premier cercle à sous-cercle, l'on ferait remarquer que :

1. ***Gbé Mèdji*** représente la vie ; la voix ; la voie ; l'énergie existentielle (sans laquelle aucune vitalité et aucune viabilité ne seraient possibles) ; l'autorité ; le visible ; le connu ; etc.
2. ***Yèkou Mèdji*** représente la mort ; l'obscurité ou l'invisible ; l'inconnu ; la peur, etc.
3. ***Woli Mèdji*** représente la thèse ou l'antithèse ; la perte ou le bénéfice : le trou qui peut être comblé ou qui peut s'amplifier ; la maladie qui peut être guérie ou qui peut conduire à la mort ; etc.
4. ***Di Mèdji*** représente la protection ; la sécurité ; la chance ou, si l'on ne prenait garde, les troubles ; la vulnérabilité ; la malchance et la honte.

En d'autres termes, cet environnement circulaire, c'est-à-dire le globe terrestre, où nous (humanité) vivons en tant que l'une des entités interconnectées, est bâti sur des problèmes et des solutions, sur la thèse et l'antithèse, sur la santé et la maladie par exemple, qui lui confèrent une dynamique ininterrompue, d'interrelation/interdépendance entre ses parties et son tout. On pourrait également en dire que c'est l'univers, ou que c'est le monde ayant des complexités, des fondements ou des fondations systémiques, visibles et invisibles.

Diagnostic, prévention et thérapeutique dans *Fâ* semblent déterminés par ces croyances ou représentations africaines, béninoises notamment, mais qui se retrouvent aussi dans d'autres cultures. La culture asiatique par exemple, comme celle de **la Chine** avec **le *qi*** (principe englobant l'univers et reliant choses et êtres entre eux) ou comme celle de **l'Inde** avec **le *veda*** (agissante force qui sous-tend les fondements et la dynamique du cosmos).

A l'importance de ce cercle relatif à l'espace et au temps d'où ne pourrait s'échapper pour une autonomisation ni le visible ni l'invisible, s'ajouterait l'importance d'une divinité centrale dans le recours thérapeutique que *Fâ* incarne. Il s'agit encore, sans redondance en réalité, de la divinité *Lègba* avec sa « *dynamique* » (Aguessy, 1970 : 89-96) qu'on ne pourrait éviter de mettre à nouveau en relief dans le binôme. Messager entre le monde visible et le monde invisible, selon les informateurs géomanciens, *Lègba* se fait toujours utiliser aux côtés de *Fâ* comme l'animateur des métamorphoses possibles entre le bien et le mal ou entre la santé et la maladie sous toutes leurs formes. Les *Lègba*, surtout les *To-Lègba*, reçoivent tous les produits cérémoniels de conjuration de sort dans une démarche de prévention ou de traitement (Cf. **Planches N° 10** et **11**). Ils se chargeraient, comme démarcheurs souvent, d'aller à la rencontre

d'autres divinités ou esprits invisibles, à chaque fois qu'on les diligente, à en croire les sources orales interrogées.

Effectivement, devant l'autel de *Lègba* se rencontrent très souvent un très grand nombre de « *piquets de promesse* » dits « *kpli-so* » en langue *fon*, symbolisant des poulets et des cabris que ses prometteurs lui apporteraient et lui feraient sacrifier s'il parvenait à ramener au patient la santé qu'il a perdue et qu'il cherche à recouvrer. Pareillement pour quiconque, concernant la chance perdue qu'il veut recouvrer. Mais comment fonctionne-t-il dans son binôme avec *Fâ* et dans ses relations avec d'autres entités ?

Si quelqu'un est malade de corps (envoûtement physique, pathologie bizarre du mental, etc.), *Lègba* pourrait s'en occuper à travers l'un des deux cent cinquante six (256) signes de *Fâ* qui surviendrait au cours d'une consultation géomantique. *Idem*, s'il est : malade d'un affront à laver (défi, revanche) ; malade de pauvreté (argent) ; malade de chômage (emploi) ; malade de misère ou de déchéance sociale (bonheur, réussite sociale), etc. *Lègba*, disent les informateurs, serait en mesure d'intercéder auprès de toute divinité et de Dieu lui-même dont il serait le dernier enfant à qui son « *père* » n'aurait rien donné que ce travail de coursier. Ce travail-là consiste à animer la santé diversifiée des êtres, des choses et du monde à la fois visible et invisible qu'incarne le premier cercle à sous-cercle, ci-dessus tracé. Ainsi, *Lègba* apparaîtrait comme le plus grand animateur du système de ce monde, le garant de la « *fonctionnalité de chaque unité* » dans tout l'ensemble. Il tiendrait en main la sécurité cosmo-sociale, établie comme santé existentielle de l'individu, de la communauté et du monde.

C'est pourquoi on voit *Lègba* érigé au Bénin et au Togo, au Nigeria et dans les pays de la diaspora africaine (Cuba, Brésil, Haïti, etc.), devant les maisons, les marchés, les villages et quartiers de ville. Dans ses rôles très sérieux, relatifs à l'assurance de la santé de chaque individu, de chaque chose et du monde, il est strictement interdit de servir à son idole des boissons alcoolisées. Et le prétexte dit que c'est la condition pour lui faire bien garder toutes les facultés nécessaires aux performances dans son travail. De ce point de vue que corroborent d'ailleurs les travaux du Professeur Honorat Aguessy (1970 : 89-96), *Lègba* n'a rien de diabolique contrairement à la tendance qui consiste à l'assimiler purement et simplement à *Satan Belzébul* ou à *Shaïton* dont les œuvres abracadabrantes sont décriées dans les Saintes Ecritures : *La Bible* et *Le Coran*.

Maupoil, au temps de la colonisation du Danxomè où il avait mené ses enquêtes, était parvenu à une conclusion qui conforte l'importance de cet acteur spirituel de la systémique médicale de *Fâ* :

> « *Lors de tous les sacrifices à Fa,* avait-il écrit, *le premier servi est lègba (…). La conviction unanime est que lègba est le messager de Fa. (…). Fa se le concilie en le nourrissant le premier afin qu'il puisse partir dans la direction voulue et remplir son office sans invoquer de mauvaises excuses* »
>
> (Maupoil, 1981 : 352).

Après ces élucidations et évaluations comparatives des différentes médecines en présence au Bénin, le temps est venu d'engager un examen critique des préjugés que les acteurs moins avertis portent sur la tradithérapie.

Chapitre 8 : Pour l'examen critique des préjugés sur la tradithérapie

Comme cela a déjà été signalé dans d'autres circonstances d'analyse, sur la tradithérapie pèsent beaucoup de préjugés : imprécision de méthode ; absence de déterminisme ; charlatanisme ; défaut d'universalité, de mesure ; procédés irrationnels, etc. L'invalidation de ces préjugés se servira ici d'une présentation des dispositifs en médecine moderne et de ceux en tradithérapie, aux fins de comparaison pour tout esprit critique. A partir des questions suivantes, elle se servira aussi d'une analyse factuelle de la pratique professionnelle des *bokônon* et des autres tradithérapeutes dans les soins de santé : Quelle est leur démarche ? Les produits qu'ils utilisent parviennent-ils à guérir ou sont-ils des placebos ? Quelle est la qualité du rapport soignant-patient ?, etc.

8.1. Dispositifs de prise en charge en médecine moderne

Les dispositifs de prise en charge en médecine moderne s'observent dans un réseautage national et international sophistiqué, avec des moyens coûteux tant en ressources matérielles, humaines que financières.

- **Dispositif administratif national et international**

Dans ce dispositif, on trouve un mécanisme sectoriel de gestion de la santé et de la maladie suivant la perception réductionniste décrite jusqu'ici. Ce mécanisme, dont l'instance faîtière nationale est le Ministère de la Santé, fait partie des lignes programmatiques de la gouvernance globale de chaque pays. Et tout pays, qui est membre de l'Organisation des Nations Unies (ONU), se doit d'avoir des politiques nationales de santé tributaires des politiques internationales de ce secteur dont est responsable l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

A l'**échelle nationale** du Bénin d'aujourd'hui, l'organigramme et la cartographie sanitaires font voir trois niveaux de décision et d'action : le « *niveau central* », le « *niveau intermédiaire* » et le « *niveau périphérique* »[141].

- Le **niveau central ou national** incarné par le Ministère de la Santé est le pôle de la conception des stratégies ou politiques de santé, de la formulation des décisions à faire exécuter par les niveaux intermédiaire et périphérique de la forme pyramidale qui caractérise tout le système officiel de santé du Bénin. Au nom de la loi 97-029 du 15 janvier 1999 sur la décentralisation territoriale et la déconcentration administrative, le

[141] Cf. Article de Meschac ATTINWASSONOU sur le *Blog of Health Economist*, intitulé « *La structuration et le mode de fonction du système de santé du Bénin* », posté le 28 juillet 2012.

développement à la base impose à ce niveau central d'avoir des répondants localisés. Aussi, seuls le Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU/HKM) et la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels (CAME), basés à Cotonou, se trouvent-ils être ses bras opérationnels directs ;

- Le **niveau intermédiaire**, constitué des Directions Départementales de la Santé, est celui où commence à se décliner opérationnellement la mise en œuvre des politiques nationales de santé en adaptation aux réalités zonales. C'est ici que sont implantées les Zones Sanitaires (ZS) au nombre de 34 sur toute l'étendue du Bénin avec une « *couverture sanitaire entre 100.000 et 200.000 habitants* »[142] par rapport aux 10.448.647 âmes de population que le pays a en 2015. Ces Zones Sanitaires ont chacune un hôpital de référence appelé Centre Hospitalier Départemental (CHD) dont la déconcentration est réalisée à travers l'existence de Centres de santé périphériques ;

- Le **niveau périphérique**, qui réunit Communes, Arrondissements et Villages/Quartiers de ville, est celui où s'achève opérationnellement la mise en œuvre des politiques nationales de santé. Il est conçu pour l'existence des Centres de Santé de Commune (CSCOM) et des Centres de Santé d'Arrondissement (CSA) ainsi que des Unités Villageoises de Santé (UVS). C'est à ce niveau surtout que des intervenants privés libéraux et confessionnels apportent leur appui sanitaire en ressources matérielles, humaines et financières au système public qu'ils secondent à la lumière de la cartographie sanitaire du pays. Ces divers intervenants proviennent, pour la plupart, des Organisations Non Gouvernementales (ONG), de l'Association Médicale et Confessionnelle pour les Oeuvres Sociales (AMCES) d'obédience chrétienne, et de AHMADIYA d'obédience musulmane.

Comme on le voit, ce dispositif administratif ne parvient à montrer son utilité pour les populations qu'à travers ses bras opérationnels constitués par les Centres de santé à divers niveaux de la pyramide sanitaire.

A l'**échelle internationale**, se trouve l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), responsable du volet Santé qui est à l'intérieur de la politique de développement planétaire adoptée par l'Organisation des Nations Unies (ONU). Le siège de l'OMS est à Genève, en Suisse. Mais au niveau africain, elle a un bureau régional à Brazzaville et un bureau national par pays pour faire convertir dans les politiques nationales, avec l'accord des gouvernements nationaux, les politiques internationales de santé publique retenues. C'est dans ce cadre qu'elle répond des programmes transnationaux contre le Sida, gérés par ONUSIDA[143]; sans oublier les récentes interventions qu'elle a coordonnées contre la fièvre hémorragique Ebola en Guinée, en Sierra Leone et au Liberia.

Nonobstant ces dispositifs nationaux et internationaux dont le Bénin bénéficie, il faut reconnaître avec Meschac Attiwassonou qu'

[142] *Ibid*.

[143] Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida, servant à coordonner l'action des Agences onusiennes intervenant contre cette pandémie dans chaque pays.

> « *On ne saurait décrire in extenso le système de santé béninois sans faire remarquer que l'écrasante majorité de la population béninoise utilise préférentiellement la médecine et la pharmacopée traditionnelles soit pour des raisons culturelles, soit comme alternative en raison de la barrière financière de la médecine dite moderne* »[144].

Et c'est cette barrière financière, entre autres, qui justifie davantage, dans le secteur public de la santé au Bénin, l'avènement et la poursuite du Programme National de Médecine et de Pharmacopée Traditionnelles (PNMPT). Un clin d'œil de ce Programme se fait officiellement, depuis un certain temps, à l'endroit de *Fâ* et des médecines traditionnelles, par besoin de complémentarité et de collaboration avec la biomédecine.

- **Dispositif biomédical dans les Centres publics de santé**

Dans les Centres de santé modernes, le plateau technique est achalandé. On y voit ordonnancier, balance, thermomètre, tensiomètre, microscope, seringue, coton, bande collante, perfuseur, cathéter, alcool iodé, désinfectant, anesthésiant, aspirateur manuel. A cela s'ajoutent poches de sang, poches d'oxygène, bistouri, blouse, gangs, radio, réactifs de laboratoire, scanner, tables de consultation et de suivi clinique, lits d'hospitalisation, etc., comme évoqué déjà dans un autre volet d'analyse. Tout cela s'inscrit dans les efforts de satisfaction de la demande de soins biomédicaux. Soins biomédicaux seuls, d'autant que l'offre de soins des hôpitaux ne peut pas aller au-delà de ses limites congénitales. Aussi, de la conception du futur bébé humain dans l'utérus de sa mère jusqu'à son âge adulte et à sa mort, sa prise en charge opérationnelle, dans ces hôpitaux, se présente-t-elle comme suit :

1. A la maternité se font les consultations prénatales, le suivi de la viabilité de l'embryon, du fœtus et de la santé de la future maman ; l'accouchement ; les vaccinations postnatales au profit de la mère et de l'enfant ;
2. Dans les dispensaires et surtout hôpitaux dotés de services spéciaux ou d'unités savantes (urgences, radiologie, anesthésie et réanimation, réadaptation, parasitologie, traumatologie, orthopédie, stomatologie, pédiatrie, urologie, andrologie, dermatologie, diabétologie, unité de dialyse, gynécologie, obstétrique, gastro-entérologie, cardiologie. Puis ortho-rhino-laryngologie, ophtalmologie, psychiatrie, chirurgie, toxicologie, service de biologie médicale et d'anatomie pathologique, parasitologie, néphrologie, neurologie, virologie et immunologie, etc.) se traitent les différentes maladies.

Celles-ci ont noms (anémie, intoxication, infection bactérienne ou virale, fracture, malformation, mal d'yeux, mal de cœur, mal d'oreilles, mal de reins, diabète, hypotension et hypertension artérielles, ulcère, hernie, myome, stérilité ; troubles et dérèglements psychiques, prostatite, fibrome, etc.). Elles pourraient y être prises en charge si elles survenaient dans la vie d'une personne.

[144] Cf. Article déjà cité de lui.

3. Les laboratoires d'analyses biomédicales, les unités de génétique humaine et d'hématologie, les unités de tomodensitométrie ou de scanographie s'occupent de détecter tel microbe pathogène, tel gène défaillant, telle insuffisance ou tel excès de substance vitale ainsi que tel bouleversement dans le corps. Les banques de sang parent au plus pressé en ce qui concerne les anémies sévères. Les pharmacies ou officines fournissent les médicaments et autres consommables médicaux ;

4. L'individu et la famille sont mis en demeure, par les agents de l'offre de soins, d'honorer au plus vite les ordonnances et de payer les frais des prestations, notamment les frais d'hospitalisation. Et enfin, à un âge adulte ou non, si l'individu meurt, son cadavre est confié à la morgue, souvent implantée à l'intérieur ou non loin du Centre de santé ;

5. Pourraient être ajoutés à tout cela les laboratoires de recherche et d'expérimentation. Ces laboratoires visent à assurer le progrès dans la thérapeutique dite moderne pour que la prise en charge des patients ne soit pas en déphasage par rapport à la progression des besoins d'intervention.

Ce dispositif opérationnel de prise en charge de la santé et de la maladie par la médecine moderne au Bénin est de connivence avec le dispositif international. Car il ne semble pas encore prêt à s'ouvrir à la tradithérapie pour se refaire suivant les consignes du Sommet d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, tenu en 1978. Or c'est bien ce Sommet qui a validé la pertinence systémique des médecines traditionnelles et l'urgence de leur intégration véritable dans les activités devant conduire à une bonne couverture sanitaire des Etats membres de l'OMS. Certes, dans la structuration de ce dispositif de la médecine moderne, on remarque une systémique interne faite de moult spécialités qui collaborent au chevet du patient. Mais celle-ci est en réalité une systémique de surface. La raison en est qu'elle est campée seulement sur l'organique ou le biologique, au lieu d'embrasser les autres dimensions de l'unité existentielle de l'être humain comme *Fâ* le fait.

- **Dispositif mixte de soins en clientèle privée ou confessionnelle**

Au cours des recherches, il a été su qu'en clientèle privée ou confessionnelle au Bénin, une intégration des médecines traditionnelles à la médecine moderne se fait déjà à certains endroits à Cotonou et ailleurs. Il s'agit alors d'un dispositif mixte. Dans la pratique, ce dispositif fonctionne de la façon suivante : l'agent de santé formé dans le système de la médecine moderne écoute les plaintes du patient, examine ses yeux et sa langue, palpe son corps, ordonne certaines analyses biomédicales, étudie les résultats de ces analyses et pose son diagnostic. Il se sert aussi de thermomètre, de tensiomètre, de bascule, de gangs, de désinfectant chimique, etc. Mais deux précautions valant mieux qu'une seule, pour des cas compliqués, selon les enquêtes, certains parmi ces agents « *consultent* » hors de leur Centre de santé les « *maîtres de l'invisible* », les exorcistes et même les prêtres de *Fâ*. Ils le « *font* » parfois avec les parents de leur patient ou hypocritement sans les associer.

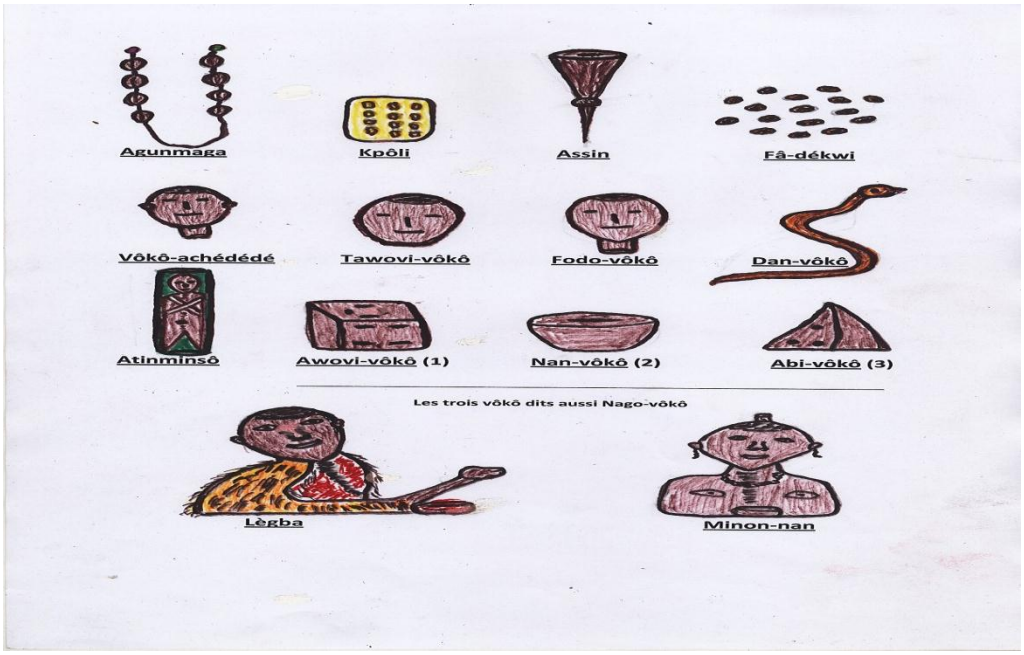
D'autres agents de santé se servent de la phytothérapie traditionnelle à laquelle un habillage moderne est donné (Cf. **Annexes**), pour traiter le patient une fois qu'ils ont fini d'utiliser les instruments de la biomédecine dans leur diagnostic ou après. C'est le cas par exemple, officiellement à *Négro-Clinique Pharmacie* (NCP), qui est un Centre de santé appartenant à une Organisation Non Gouvernementale (ONG). NCP est installée au quartier Fifadji à Cotonou ainsi qu'à Bohicon et ailleurs. Même dispositif mixte en ce qui concerne le *Centre de santé Sêyon* de l'Archidiocèse de Cotonou ; la *Clinique Hwlenganto* de Porto-Novo ; le *Centre hospitalier Saint Jean de Dieu* de Tanguiéta sur lesquels d'autres analyses se pencheront dans cette Thèse. Quelques exemples de leurs médicaments traditionnels à habillage moderne peuvent être cités à titre d'illustration que renforcent les images (Cf. **Annexes**). Il s'agit de « *Phyto-vermos* » et de « *Sterilizane* » fabriqués à *Négro-Clinique Pharmacie* (NCP) ; de « *Agonse* » fabriqué au *Centre médical Sêyon* de l'Archidiocèse de Cotonou, quartier Kouhounou. Les ingrédients ayant composé ces produits d'apparence moderne ont-ils fait au préablable l'objet d'une minutieuse expérimentation scientifique ou pharmacognosique au laboratoire comme ceux, montrés en **Annexes** par les travaux de l'équipe du chercheur L. Dossevi sur les *vertus antipaludiques de plantes utilisées traditionnellement dans le traitement des hépatites* ?

Si peu importait par rapport à cette question, ce que l'on pourrait retenir, c'est que ces Centres au **régime sanitaire mixte** semblent anticiper sur l'avenir des soins de santé au Bénin. Un avenir qui annonce de toute évidence **un syncrétisme médical officiel en lieu et place du syncrétisme médical officieux ou informel, à grands risques de mortalité,** que pratiquent déjà, par habitude, les populations. Ce syncrétisme médical est lié à la complexité des pathologies que ces populations-là rencontrent ainsi qu'il est lié à leur société et culture comme à leur pauvreté aussi. **Les planches N° 11, 12 et 13 ci-après** montrent **quelques traits de socio-anthropologie de la « *santé* » et de la « *maladie* », propres aux pays de rationalité autre que celle de l'Occident** dont dépend entièrement la médecine moderne, contrairement à *Fâ*[145].

[145] La **planche N° 12** informe que l'existence de *Fâ* remonte à plus de six (6) siècles avant notre ère. Si cela s'avérait, l'antériorité de *Fâ* par rapport à Jésus-Christ, à la religion chrétienne et à la science moderne, dont la biomédecine, se passerait de toute contestation. Et si toute la communauté scientifique validait un jour la Thèse de C. Anta Diop qui pose l'Afrique comme « *berceau de l'humanité* » et celle d'Albert de Surgy qui pose *Fâ* comme produit du génie de la culture « *adjatado* » au Togo, en Afrique de l'Ouest, elle reconnaîtrait par là que le déclic de l'évolution humaine, culturelle et civilisationnelle du monde fut parti du continent noir.

Planche 11 : Paysage de *To-Lègba* et[146] plateau technique des *bokônon*

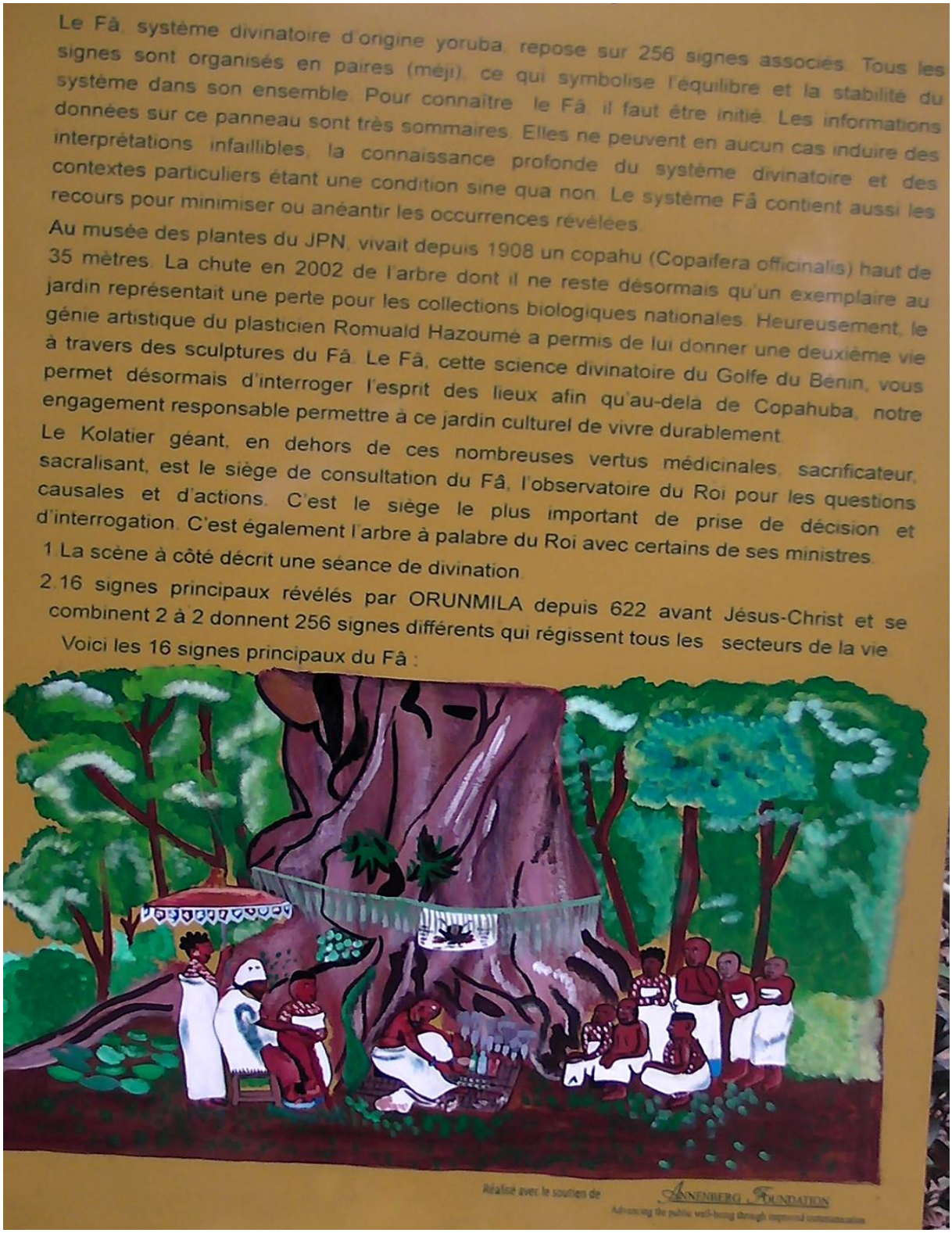




L'image du bas est extraite de Adjotin, P. (2011). L'univers sous les thérapies de Fâ. Sciences, lettres et arts au chevet du malade.

[146] Dans l'image du haut, le paysage de l'autel de *Lègba* est fait des piquets de promesses sacrificielles, de paniers contenant des produits sacrificiels et divers matériaux de conjuration, pour la santé existentielle. Quant à l'image du bas, elle montre quelques outils et figurines du système *Fâ* dessinés par moi-même et qui relèvent du plateau technique des *bokônon*.

Planche 12 : *Fâ* alias *Orunmila* serait plus âgé que Jésus-Christ de 622 ans



Note publique imagée, inscrite sur une plaque métallique du Jardin des Plantes de la Nature –JPN- à Porto-Novo/Bénin. La couleur blanche serait le symbole de la vertu et de la pureté d'esprit de *Fâ*. Le blanc des tatouages féminins et vêtements portés par le devin et l'assistance, à la séance de consultation de *Fâ*, en témoigne.

Planche 13 : *Minon-nan*, principe femelle[147] de *Lègba* dans le système de *Fâ*





L'image du bas est extraite de Adjotin, P. (2011). L'univers sous les thérapies de Fâ…

[147] Deux images de *Minon-nan* dans sa forme de statue anthropomorphe sexuée « *femme avec seins* ». Celle du haut la présente dans une corpulence impressionnante tandis que celle du bas la montre en pleine adoration, attendant de « *jouir* » d'un sacrifice de poulet de la part de ses croyants, pour des interventions favorables à leur santé.

8.2. Dispositifs de prise en charge en tradithérapie

A ne prendre que les villes d'Abomey, d'Ouidah et de Cotonou où ont été menées les investigations au titre de cette Thèse, *Fâ* et les médecines traditionnelles ne fonctionnent pas à travers des dispositifs aussi performants ou industriels de prise en charge de la santé et de la maladie, comparativement aux dispositifs précédemment décrits en médecine moderne.

Pourtant, le taux de fréquentation dont jouissent *Fâ* et ces médecines traditionnelles est largement plus en leur faveur que de la biomédecine (MS du Bénin, 2012). Un tel contraste ne peut que forcer la curiosité du chercheur.

- **Dispositif de famille, de collectivité et de village**

Avant la royauté, vers 1600[148]de notre ère au Danxomè, Bénin actuel, et même de nos jours, la plupart des petites familles ont, comme boîte à pharmacie traditionnelle, un enclos médicinal[149]. Dans cet enclos sont cultivées voire stockées des plantes à vertus thérapeutiques, confirmées de père en fils. On y trouve également des potions[150]en calebasse pour affronter les affections ; des poudres pour scarification en guise de vaccination ; des ingrédients animaux et minéraux dotés de principes actifs pour le traitement de divers maux. Ces enclos sont désignés, en langue *fon*, du nom d'*aman-kpa*[151] (enclos de feuilles). Ils servent à vite trouver les matériaux pour affronter les « *maladies* » venant du monde visible ou invisible.

Un essai de taxonomie socioculturelle appliquée aux feuilles de ces enclos pourrait aboutir à les mettre en trois grandes catégories : les herbes ou feuilles dont l'utilité n'est pas encore connue et qu'on détruit par sarclage ; les herbes ou feuilles à utilité physico-chimique et les herbes ou feuilles à utilité métaphysico-chimique connues dans le sens du bien ou, au contraire, dans le sens du mal. Enfin, il y a les feuilles à utilité mixte, physique et métaphysique à la fois.

---

[148] C'est vers 1600 après J-C. que le roi GANYIHESSOU du Danxomè a ouvert la dynastie d'Abomey qui, sur plusieurs siècles jusqu'à la colonisation française en 1894, a subjugué, entre autres, du Centre de l'actuel Bénin jusqu'à Ouidah, toutes les peuplades que dirigeaient d'anciens roitelets et chefs de village.

[149] Si pour la médecine moderne, cet enclos ne serait rien d'autre qu'un mécanisme d'automédication, pour la tradithérapie, c'est bien une « *boîte à pharmacie familiale*» destinée aux urgences en soins de santé.

[150] Au nombre de ces potions, on cite, en *fon*, le « *chocho* » (huile palmiste) qui aurait pour vertu de lutter contre les mycoses et les vers intestinaux, d'affermir l'organisme et d'en renforcer l'immunité intérieure et extérieure. *Idem* de l'écorce de « *zounza* » (*khaya senegalensis*) dont la tisane purifierait de surcroît le sang, lutterait contre le paludisme en renforçant le foie. *Idem* des feuilles, racines, écorces et graines de « *yovo-kpatin* » (*Moringa oleifera*), arbre de vie et de multi-guérison qui impacterait même le Sida.

[151] Les femmes en menstruations, les enfants et les personnes étrangères ou non initiées ne sont pas autorisés à y pénétrer.

En ce qui concerne les feuilles ou plantes à utilité physico-chimique, on pourrait citer :

- Le mâle du papayer (*carica papaya*) en latin ou *okpin* en langue *fon* dont les racines serviraient, entre autres propriétés chimiques, à éluder les **accouchements par césarienne** ;
- Le citronnier (*citrus aurantifolia*) en latin ou *oklé* en *fon* dont les feuilles et fruits contiennent, entre autres composants, de la **vitamine C** et des **alcaloïdes anti-infectieux**.

Quant aux feuilles ou plantes à utilité métaphysico-chimique, on pourrait citer :

- Le *spilanthes uliginosa* en latin ou le *wélé-kpékpé* en langue *fon*. Cette plante intervient, par exemple, dans le **renforcement de l'espérance du bonheur et de la longévité**. Les *bokônon* l'utilisent dans ce sens en la transformant en poudre avec le kaolin et en y inscrivant le signe géomantique de *Fâ Yèkou-Gbé* ;
- Le *cola acuminata* en latin, dit « *kola de Fâ* » ou *vi* en *fon*, servirait surtout à faire le **voyage du monde visible vers le monde invisible** pour ramener, aux vivants, les réponses des morts ou des Esprits sur divers points de questionnement.

Dans le registre mixte (physico-chimique et métaphysico-chimique), on pourrait citer :

- La myrrhe africaine (*commiphora africana*) en latin ou *liji* en *fon* aurait plusieurs forces dont une vertu physique contre les **maux d'yeux**. Et avec son renom de *gou-ma-gbo* en *fon* : fer-ne-coupe-pas (littéralement traduit), elle est une plante à propriété métaphysique qui préviendrait les **accidents sous forme de blessures** et servirait à rendre invulnérable, l'âme d'une victime potentielle pour **toutes formes de sorcellerie « *anthropophage* »**. Les *bokônon* mettent une poudre de kaolin au signe géomantique de *Fâ Gbé Mèdji* dans son macéré **pour soigner cliniquement une femme enceinte menacée d'avortement involontaire** ;
- Le médicinier (*jatropha*) en latin ou *gninkpotoun* en *fon* dont la vertu physique serait contre les **vers intestinaux**, le **paludisme** et l'**ictère** tandis que la vertu métaphysique garantirait l'**invulnérabilité occulte** à son consommateur. Les *bokônon*, **en traitement clinique du paludisme naturel voire provoqué**, l'utilisent dans une macération où ils versent une poudre de suie ou de charbon de bois au signe géomantique de *Fâ Yèkou Mèdji*. Notez macération et non décoction ou infusion ici, parce qu'un signe de *Fâ* ne se met jamais dans l'eau chaude/feu comme jamais on ne l'attache avec du fil ou on ne l'enterre/trou !

Le chef de famille et son enfant qu'il aime pour qualité de discrétion sont, généralement, les seuls à connaître les vertus de chaque ingrédient de l'enclos et la manière d'administrer les préparations médicinales suivant une dose déterminée. La présente recherche a été assurée que cette première structure sanitaire existe encore dans certaines familles de campagne ou village au Bénin. Une synergie en réseau de tous ceux qui connaissent les vertus thérapeutiques de tel ingrédient végétal, animal ou minéral existe, pour les échanges de compétences, en cas de besoin. Lorsqu'une situation de maladie tend à résister aux interventions des uns, ils en appellent aux savoirs et savoir-faire des autres. Les situations les plus compliquées sont soumises aux investigations divinatoires, surtout dès l'adoption

officielle de *Fâ* au XVIIIème siècle après J-C., sous le roi Agadja au Danxomè. Et vu qu'« *il est probable que Fa se répandit sur la côte, dans la région d'Ouidah, avant son adoption officielle à Abomey* » (Maupoil, 1981 : 45), ces investigations par le biais de *Fâ* pour poser le diagnostic d'une maladie, en déterminer la cause et le remède, n'existeraient pas que dans une seule de ces Communes, mais plutôt dans les trois que la présente recherche couvre.

Mais les investigations divinatoires sur le malheur et la maladie ne dataient pas de l'avènement de *Fâ* à ces endroits. Car selon Maupoil, avant *Fâ*, se pratiquaient en milieu *fon*, à Abomey notamment, la divination par « *petite natte* » (*agbazè*) ; la divination par des cailloux de rivière (*kinkikan*) ; la chiromancie ou divination par les lignes de la main (*moinkikan*). Pareillement pour l'hydromancie ou divination par l'eau (*tôkikan*) et surtout pour le *Bo*, qui est une forme de nécromancie (*assokikan*) où s'écouteraient et s'interpréteraient des paroles de défunts. C'est, du moins, ce que les sources orales ont révélé à cet auteur qui écrivit que :

> « *Le mode de divination le plus suivi, avant l'importation de Fa, était Bo. Bo était un dieu, mais personne ne peut dire au juste d'où il est venu, ni à quelle époque. On le considère comme très ancien, antérieur même à l'arrivée des Adja sur le plateau d'Abomey… Il s'agit en général de ventriloquie* »
>
> (Maupoil, 1981 : 43-44).

Le nom *bokônon*, donné à tout prêtre de *Fâ*, dériverait de *Bo* dont *Fâ* serait venu sonner le glas en le « *refusant* » (*kô*) aux consultants. Car *Fâ* démontra une efficacité intrinsèque jamais égalée, avant, par les autres mancies et même après lui. « *Après* » (Maupoil, 1981 : 47-48) aussi, parce que selon les sources orales, la divinité *Bagbo* qui fut postérieure à *Fâ*, dans l'activité de divination, ne parvenait pas à satisfaire les populations autant que *Fâ*.

Tous ces détails pour souligner, à travers l'histoire, l'importance transversale de *Fâ* dans l'habitude sanitaire des populations, en tant qu'« *éclaireur scientifique* » du tâtonnement diagnostique invitant tel ou tel thérapeute, même le *bokônon* en personne, au chevet du patient. Mais si *Fâ* est considéré comme le « *corpus de connaissances* » (Abimbola : 1968) où sont maîtrisées surtout les forces du monde invisible, c'est souvent lorsque la phytothérapie et la naturothérapie pures, qui sont les plus courantes des thérapies, échouent que l'on se réfère à lui. A moins que les signes sorciers ou spirituels soient déjà évidents dans les plaintes ou les agissements involontaires du patient tels que les délires de persécution.

Dans chaque collectivité familiale, village ou quartier de ville, il existe aussi des spécialistes en traitement de maladies non courantes telles que l'épilepsie, l'hernie, l'impuissance et la

stérilité sexuelles, le rhumatisme, les morsures de serpent ou de chien enragé. Il en existe aussi pour les crises psychosomatiques de n'importe quelle origine, la tuberculose, les maladies éruptives, les fractures d'os, le surmenage ou la folie, les accouchements difficiles, la syphilis, les affres des naissances trop rapprochées, l'anémie, les envoûtements sorciers, etc., pour ne donner que ces exemples.

Certes, d'autres cas comme l'appendicite, l'hernie étranglée, les fibromes, et tout ce qui interpelle les examens biomédicaux de laboratoire, l'anatomie, l'anesthésie générale, la grande chirurgie et la réanimation échappent aux compétences de la thérapie traditionnelle. Mais dès que *Fâ* et/ou le bon sens des populations recommandent d'aller vers la médecine moderne spécialisée dans ces genres de traitement, personne, sauf en cas de difficulté financière insoluble, n'hésite à faire référer vers les hôpitaux le patient. En effet, ce dernier doit appartenir à cette série de cas ou à d'autres du même champ de compétences de la médecine moderne.

- **Dispositif de royaume**

Au temps de la royauté au Danxomè, l'enclos médicinal du roi existait également. C'était, comme le disent les *Fon*, le « *ahossou-man-kpa* ». Cet enclos était gardé par un chef, le *kpamègan* (chef de l'enclos-pharmacie), qui incarnait le plus grand connaisseur des vertus de plantes ou une sorte de pharmacien-médecin holistique pour tout état de complet bien-être couvrant toutes les dimensions existentielles. Ce personnage était considéré non seulement comme le Ministre de la Santé ayant un droit de regard sur les divers soins apportés aux populations du royaume par tous les thérapeutes, mais également comme le médecin personnel du roi. Si la colonisation a dissuadé beaucoup d'expertises médicales qui auraient pu prospérer, il n'en demeure pas moins vrai que certaines ont pu subsister et représentent aujourd'hui ce qu'Abomey, Ouidah et Cotonou ont de corpus thérapeutique.

En fait, la prise en charge est moins institutionnelle que familiale et communautaire dans l'environnement des médecines traditionnelles et de *Fâ*. Car, au moyen d'une intercommunication assurée entre familles, collectivités et villages/quartiers de ville dans le royaume du Danxomè qui incluait Abomey, Ouidah, Cotonou et d'autres localités, toute information concernant la santé, la maladie/le malheur, la naissance et la mort circulait sans accroc. Lorsqu'un enfant naissait dans une famille, un défilé se mettait en place au sein de sa communauté pour aller féliciter les parents, leur apporter vivres et fagots de bois. Lorsqu'un individu y mourait, la communauté partageait la douleur de sa famille en participant

financièrement et matériellement aux obsèques, en pleurant le mort aux côtés des siens. Il en était de même pour les cas de maladie où se notait une solidarité agissante qui réglait à la fois les problèmes d'accessibilité géographique, sociale et financière aux soins contrairement à l'environnement actuel, occidentalisé aussi par la médecine moderne. Mais les survivances de ces principes de solidarité sont encore réelles dans la vie des populations d'Abomey, d'Ouidah et de Cotonou en dépit de l'individualisme répandu par le vent de la civilisation occidentale ; laquelle est plus présente à Cotonou qu'ailleurs au Bénin.

Comme on le constate, il n'y a pas dans la sphère des tradithérapies une structuration savante du dispositif de prise en charge du patient. Mais la systémique développée par l'opérationnel de *Fâ* semble apporter à ce dernier une compensation, d'autant que toutes les forces positives visibles ou invisibles, concernées pour sa guérison, y sont invitées à une solidarité vis-à-vis de lui.

- **Dispositif opérationnel dans *Fâ* et les autres tradithérapies**

La complémentarité ouverte par *Fâ* ou son appel à collaboration inclusive à l'endroit de tous les autres modèles de soins insinue déjà que, pour lui, la santé et la maladie sont des réalités complexes. Ici, pour en venir à nouveau au modèle d'analyse de Morin, il apparaît, dans la praxis de cette géomancie du nom de *Fâ*, qu'elle reconnaît l'« *incertitude* » et l'« *incomplétude* » relatives du savoir et du savoir-faire médicaux comme deux problèmes majeurs qui ne pourraient être solutionnés que dans une interdépendance de collaboration forcément systémique.

En s'appuyant sur ce *credo*, semble-t-il, *Fâ* qui jouit déjà d'une sorte de division de travail à travers ses 256 signes et ses figurines de conjuration de sort, ainsi qu'à travers les divinités qui l'accompagnent, a renforcé les enclos médicinaux existants au Danxomè. Il a amélioré aussi, par là, la prise en charge sociale de la santé et de la maladie.

- **Part des signes géomantiques**

Parmi les 256 signes de *Fâ* (Cf. Tableau des signes en **Annexes**), en plus du rôle divinatoire, préventif ou curatif qui est dévolu à chacun, trois signes usuels ont un rôle transversal dans toutes les conjurations de mauvais sort ou soins de santé : *Gouda-Gbé* ou *Goudafligbé* ; *Tchè-Toula* et *Di-Fou*, comme il conviendrait de le rappeler ici.

- ***Goudafligbé***, sur le plan médical, a pour rôle de délivrer le patient pour lui restituer sa santé ou sa condition normale ;

- ***Tchè-Toula***, sur le plan médical, a pour rôle de faire circuler, aux fins de validation entre le monde visible et le monde invisible, la requête de guérison ou de délivrance formulée par le patient ;

- ***Di-Fou***, sur le même plan, a pour rôle de transporter jusqu'aux Esprits vaudou requérants, aux fins de leur acceptation et impact salutaires, le sens symbolique des produits sous-tendant la requête de guérison ou de délivrance formulée par le patient. (Voir **Planche 11**, photo N° 1).

- **Part des figurines géomantiques**

Parmi les figurines géomantiques de conjuration de mauvais sort ou de soins de santé, trois ont un rôle transversal : *Aovi-vôkô* ; *Nan-vôkô* et *Abi-vôkô*. (Voir **Planche 11**, photo N° 2) :

- ***Aovi-vôkô*** sert à conjurer ou à soigner tout malheur, toute maladie qui apparaît comme un accident/diable (*aovi* en langue *fon*) dans la vie du patient. C'est une figurine, à forme cubique, frappée de traits anthropomorphes (deux yeux et une bouche), le tout taillé dans un mortier de terre de barre ;

- ***Nan-vôkô*** sert à conjurer ou à soigner toute maladie venant de l'obscurité/l'invisible, de la sorcellerie (*minon-nan lè* en langue *fon*) notamment et dont l'étiologie ne saurait être expliquée biologiquement. C'est une figurine en terre de barre, à forme de récipient circulaire donnant l'apparence d'une assiette de table ;

- ***Abi-vôkô*** sert à conférer beaucoup plus d'énergie (*abi* en langue *fon*), existentielle et vitale (biologique, psychologique, cosmique et spirituelle) au patient pour qu'il surmonte au mieux le malheur ou la maladie qui l'affaiblit. C'est une figurine en terre de barre, à forme conique.

- **Part des divinités ou vaudou en lien avec *Fâ***

Parmi les divinités du panthéon existant à Abomey, à Ouidah et à Cotonou, s'observe aussi une division de travail et de fonction à la lumière de laquelle *Lègba* joue un rôle transversal primordial, comme cela a été montré à plusieurs endroits de cette recherche. Il joue moult rôles allant de celui d'émissaire dans les transactions sanitaires à celui d'agent de sécurité et de protection pour la santé, le bonheur, la justice, etc.

En effet, répétons-le au besoin, *Lègba* n'est pas à confondre avec *aovi* qui est le nom générique de l'accident, du malheur ou du diable. On sait que c'est à dessein que les églises catholiques et évangéliques s'emploient à faire cette confusion, depuis la période coloniale jusqu'à nos jours. Et ce dessein, à l'analyse, serait de livrer une concurrence déloyale à *Lègba* et aux autres divinités locales, sur le terrain de la croyance religieuse (Cf. **Planches 10 et 11**). Car *Lègba* apparaît comme un acteur sanitaire savamment conçu, polyvalent et bien positif à l'instar des archanges Michel, Raphaël et Gabriel de *La Bible*. En lui serait emprisonné tout ce qui est *aovi*, c'est-à-dire accident, désordre, malheur, diablerie, etc., ayant une cause naturelle

ou surnaturelle. Si toute boisson alcoolique est exclue de l'alimentation de *Lègba*, c'est aux fins, comme l'attestent les informateurs, de ne point libérer les *aovi* de leurs chaînes qu'il tient et maintient. C'est aussi pour que *Lègba* garde fermement sa lucidité et sa combativité contre toutes formes de malheur qui viendraient vers l'individu et sa communauté.

Son phallus surdimensionné dont l'érection est permanente (*priapisme*) insinuerait un symbolisme de veille martiale contre le mal (maladie, guerre, etc.) qui viendrait de l'extérieur des habitations, marchés, villages, royaume ou pays. *Minon-nan*, son principe femelle[152], jouerait le même rôle de l'intérieur, au moyen de son « *akpakpo* », assiette en bois dans laquelle on lui sert des offrandes et dont elle se servirait aussi comme arme contre le mal. Dans la composition de *Lègba*, il est à noter, parmi les feuilles, substances animales et minérales que maîtrisent les prêtres de *Fâ*, une perle dont la vertu serait de lui donner une sagesse en complicité avec les autres matériaux enterrés sous l'autel : la perle « *akouta* ». Et c'est cette sagesse, inoculée au moyen de cette perle, qui lui conférerait, parmi les autres divinités du panthéon affilié à *Fâ*, un rôle central et transversal.

La preuve en est que devant et sur l'autel des *To-Lègba* en l'occurrence, sont déposés des objets hétéroclites de conjuration de mauvais sort, des sacrifices sous formes de repas et d'animaux immolés, des piquets de bois. Ces piquets, comme on l'a déjà vu, symbolisent des promesses à tenir par des patients ou des victimes de malheur qui désirent s'en sortir, grâce à son intermédiation entre Ici-bas et l'Au-delà : (Voir **Planche N° 11**, photo 1). Selon les informateurs dans le domaine, d'autres spécialisations peuvent être notées dans le panthéon où *Fâ* opérationnalise ses soins de santé existentielle.

- En dehors de ***Lègba*** et de ***Minon-nan*** qui sont toujours aux côtés de ***Fâ***, et dont le « *Glossaire didactique pour la compréhension des concepts importants* » a fait cas au **Chapitre 2**, sous-chapitre **2.1**., il y a :
- La divinité ***Sakpata*** intervient dans le traitement des maladies éruptives ainsi que dans des situations de dénuement à corriger, notamment par voie de production agricole ;
- La divinité ***Dan*** intervient dans le traitement des troubles psychiques et convulsions provoqués ainsi que dans la correction du dénuement qui frappe un individu, une famille ou une communauté. (Voir **Planche 9**, photo N° 2) ;

[152] De ce point de vue-là, *Minon-nan* n'est pas que sorcellerie mangeuse d'âmes et semeuse de désolation dans la société humaine, d'autant qu'ici, elle est le principe femelle qui seconde *Lègba* dans sa fonction pour le bien de la communauté. On pourrait dire qu'elle est ici dans une posture de « *sorcellerie blanche, positive, protectrice* » par opposition à la posture de « *sorcellerie noire, sorcellerie rouge ou sorcellerie négative, nuisible* » selon la catégorisation que font les informateurs.

- La divinité ***Tô-hossou*** intervient dans la correction de la stérilité des femmes, suite aux avortements provoqués, et est pourvoyeuse de richesses. *Fâ* se sert d'elle comme de ***Sakpata***, de ***Dan*** et de ***Sègbo-Lissa*** pour corriger, entre autres, la pauvreté individuelle ou collective assimilée à une « *maladie* » ;

- La divinité ***Hêbiosso*** est spécialisée dans le règlement des problèmes tels que la sécheresse démesurée, le foudroiement et la prospérité par le rendement agricole en complicité avec ***Sakpata*** et ***Dan*** ;

- La divinité ***Gou*** s'occupe de prémunir contre les accidents, la guerre, les déboires de la chasse aux gibiers, etc. ;

- La divinité ***Aïzan*** sert à faire prospérer l'économie marchande qui réduit la pauvreté. On la voit toujours implantée au cœur des marchés publics ;

- Les jumeaux ***Hoho*** sont une divinité qui déjouerait les complots et les attentats qu'ils soient du monde visible ou du monde invisible ;

- Le ***Tôhwiyô*** et les ***Kouvitô*** sont considérés comme divinités représentant les Esprits des ancêtres et des défunts qui interviennent aussi pour assurer la santé contre la maladie, retarder le « *voyage du malade vers leur pays, le pays des morts* ». (Voir **Planche 9**, photo N° 1) ;

- Le ***Gbê*** ou ***Gbêmê*** chez les populations *fon* et assimilées, c'est-à-dire le ***cosmos/univers*** ou la ***nature/environnement*** est aussi associé à la thérapeutique sans être considéré comme une divinité localisée dans un autel précis. Mais on lui prête une âme, comme par panthéisme, dans les représentations populaires, animistes notamment. Il aurait ses lois (***Gbê-sou*** ou ***Gbêmê-sou***) et serait dans l'**eau**, l'**air**, le **feu**, la **terre**, les **quatre points cardinaux**, les **fleuves**, les **forêts**, les **vallées**, les **monts**, les **océans**, les **croisées de chemins**, les **marchés publics**, etc., qui servent d'ingrédients pour médicaments ou de destinations aux sacrifices de conjuration de sort ;

- ***Fâ*** lui-même, sur cette liste qui n'est nullement fermée[153], ne serait pas une divinité, puisqu'il n'a pas d'autel impressionnant et de couvent comme les divinités. Mais il serait le grand maître de la « *fraîcheur* » dont a besoin chacune de ces divinités ; maître de la fraîcheur dont a besoin tout existant, l'être humain dans le cas d'espèce.

En effet, selon les informateurs *bokônon* enquêtés à Abomey, Ouidah et Cotonou, c'est *Fâ* qui identifie, au travers de l'un de ses 256 signes divinatoires, le vaudou ou la divinité qu'il faut ériger pour la santé ou le bien-être d'un individu, d'une communauté, d'une affaire. C'est aussi *Fâ* qui indique l'emplacement où il convient d'implanter une divinité, pourquoi et comment on doit respecter ses interdits cardinaux. Le *Temple des pythons* à Ouidah, selon ses gardiens, Jean Zossoungbo et François Agbo, n'aurait pu être érigé sans les instructions de *Fâ*.

[153] Il y a d'autres divinités du panthéon *fon* (***Abikou***, ***Gbadou***, ***Linsouhoue***, ***Kinninsi***, etc.) que le présent travail se garde de prendre en considération parce qu'elles ne sont pas aussi récurrentes que les autres.

D'après K. Todégla, reine au Palais de Daagbo Hounon[154]à Ouidah,

> « *Sans la notion de maladie, il n'y aurait pas celle de santé au nom de la loi de l'équilibre. Sans Lucifer, Jupiter n'existerait pas. Et par rapport à cette ambivalence existentielle, Fâ,* a-t-elle souligné avec force, *supplante toutes les thérapies en définissant l'individu dès sa conception et sa naissance jusqu'à sa mort et même au-delà* ».

Les tradithérapeutes sont unanimes à reconnaître la véracité de ces éléments d'appréciation lorsqu'ils affirment en langue *fon* : « *Fâ wê non fa noun* », c'est-à-dire que « *c'est Fâ qui refroidit ce qui est chaud/dur comme problème* ». Mais cela ne signifie pas que c'est *Fâ* qui régente tout à la place de l'**Être suprême** qui est appelé ***Sègbo-Lissa*** au sein du panthéon affilié à lui.

- Le ***Sègbo-Lissa***. D'après les enquêtés de culture *fon*, *goun*, *mahi*, *nago-yorouba* et *adja* interrogés à Abomey, Ouidah et Cotonou, ***Sègbo-Lissa*** serait la divinité suprême ou Dieu créateur de toute l'existence et de tout existant. Les prêtes de *Fâ* l'invoquent lorsqu'il s'agit de changer, par conjuration de mauvais sort (*Sègbé-soussou*), en langue *fon*, l'option négative du destin d'un individu, afin de lui faire recouvrer le bien-être. Selon les traditions orales gardées par les *bokônon*, c'est l'incontournable *Lègba* qui se charge, avec une flûte, d'attirer l'attention de *Sègbo-Lissa* sur chacune de ses créatures en sifflant éloquemment : « *Sègbo-Lissa ovi towé né di é no déé́é !*», c'est-à-dire, du *fon* en français, « *Sègbo-Lissa, voilà un de tes enfants/créatures de ce côté-ci !* ».

- **Analyse de ce dispositif de *Fâ* et des tradithérapies par rapport à celui de la biomédecine**

i) Fâ. Suivant le modèle de Crozier et de Friedberg relatif à la dynamique et à la trame organisationnelles, à analyser ce dispositif opérationnel de soins qui est présent dans le système de *Fâ* lui-même, l'on y ferait **quatre constats** à titre comparatif :

> **Premier constat** : En se référant à leur définition respective dans la partie du **Glossaire**, la santé et la maladie sont des constructions ambivalentes à l'image du bien et du mal, que ce soit en médecine moderne ou que ce soit en *Fâ*.
>
> L'illustration de cette vérité vient de ce qu'en médecine moderne, si tu sais préserver ton organisme contre la maladie en ayant une vie matériellement saine, en honorant les ordonnances médicales et en t'astreignant aux interdits prescrits puis aux soins en cas de maladie, tu maintiendras la bonne santé organique.
>
> Cette illustration vient aussi de ce qu'en *Fâ*, si tu sais préserver ta vie et ton existence contre la maladie ou le malheur en ayant une vie matériellement, spirituellement, moralement, socialement et cosmiquement saine, tout en t'astreignant aux interdits prescrits puis aux soins ou aux conjurations du mauvais sort en cas de nécessité, tu maintiendras la bonne santé existentielle.

[154] Daagbo Hounon, au cours des enquêtes à Ouidah, s'est présenté comme le Pontife du culte vaudou dans le monde.

Deuxième constat : Dans son organisation et à partir de son *credo*, la médecine moderne est centrée sur la maladie de l'organisme de l'individu ou du groupe. Elle fait abstraction des rayonnements positifs ou négatifs que ce dernier pourrait subir de la part de son environnement spirituel, socioculturel, cosmique, ou existentiel en un mot.

Troisième constat : Dans son organisation et à partir de son *credo*, *Fâ*, au contraire, n'est pas centré que sur l'individu ou le groupe malade. Il l'est aussi sur la maladie et se fait très attentif aux possibilités de complexification invisible de toute pathologie en tenant compte des rayonnements positifs ou négatifs que le sujet malade pourrait subir de la part de son environnement spirituel, socioculturel, cosmique, ou existentiel en un mot.

Ainsi, la médecine moderne égratigne la complexité de la santé et de la maladie, tandis que *Fâ* l'épluche dans ses multidimensions sans prétention de l'épuiser. Vu les risques d'« *incomplétude* » et d'« *incertitude* » que, selon Morin, l'on courait si l'on prétendait épuiser cette complexité-là.

Quatrième constat : La prise en charge de la santé et de la maladie est institutionnelle/étatique et familiale en médecine moderne, tandis qu'elle est familiale, communautaire et socioculturelle en *Fâ*.

ii) Les autres tradithérapies. A ce dispositif de *Fâ* ainsi analysé s'ajoute celui des autres tradihérapies. Il arrive, en effet, que les hypothèses divinatoires de *Fâ* s'éliminent au moyen des objets-hypothèses que sont les « *vo* » en retenant, à la fin, soit l'intervention des phytothérapeutes, soit celle des chrétiens célestes ou des évangélistes, soit celle des *alfa* ou thérapeutes musulmans. Soit celle des responsables du culte d'une divinité précise du panthéon affilié à *Fâ*, soit celle des médecins d'hôpitaux modernes, soit celle des bons sorciers ou soit, enfin, celle des *bokônon* sur le terrain de *Fâ* même.

Mais il est important de souligner que dans chacune de ces approches de soins, lorsque des herbes ou d'autres substances à vertus supposées physico-chimiques ou métaphysico-chimiques sont administrées en médicaments à un individu ou à un groupe, c'est toujours pour affronter un mal-être réel ou potentiel et sa cause. Aussi par l'un ou l'autre de ces soignants précédemment cités[155], utilisation est-elle faite d'herbes, d'ingrédients ou de remèdes ayant des principes actifs pour prévenir ou traiter dans chaque communauté les maladies suivantes :

- Au **premier registre** : l'épilepsie, la tuberculose, la variole, la rougeole, la diarrhée, le paludisme, la drépanocytose, l'abcès, l'ulcère, la plaie gangrenée, les dysfonctionnements sexuels, la stérilité, la syphilis, l'hémorragie, l'anémie, le mal d'yeux, le mal de tête ou de ventre, le mal d'oreilles, le mal de cœur, la gale, les infections microbiennes, etc. ;

- Au **deuxième registre** : l'envoûtement sorcier, la perte mystérieuse d'argent ou de fortune, la malchance récurrente, le célibat provoqué, l'échec provoqué, la haine provoquée, la misère provoquée, les handicaps du destin ou d'aura personnelle, les menaces de mort prématurée, l'empoisonnement à distance, etc.

[155] Sauf pour les cas nécessitant grande chirurgie et analyses biomédicales dont n'est capable que la biomédecine.

Chez les chrétiens célestes, les prières de combat (*ahouan-gbigba*) en *fon* ou d'élévation (*zédaga*) en *fon*, faites de psaumes bibliques, sont renforcées par l'usage de matériaux physiques aussi, tels que l'œuf, la pierre, les fruits, le miel, le parfum, le rameau de palmier...

Quant aux évangélistes, ils présentent différentes tendances en leur sein : pendant que certains ne se limitent qu'aux prières, d'autres associent huile d'onction et sel de cuisine exorcisé, évocation du sang de Jésus-Christ, invocation de Saint Michel pour désenvoûter, purifier, exorciser, délivrer, etc.

Chez les musulmans, le marabout « *tape le sable pour y tracer des signes divinatoires et thérapeutiques* ». Il arrive aussi que ses prières, faites de versets coraniques, soient accompagnées d'une inscription (*kéwu*), en *yorouba*, de ces signes avec une craie composée de sucre brûlé et de feuilles de *calotropis procera* (*kpinto*) en *fon*, sur une ardoise (*wala*) en *yorouba*. Les soins consistent à déverser « *cette poudre signée* » dans une eau potable que boit le patient, pour surmonter sa maladie ou son malheur. Les informations prétendent que ces pratiques maraboutiques relèvent de la « *médecine prophétique* ».

Au total, divination/prophétie ; prescription d'ingrédients animaux, minéraux, végétaux pour la confection des remèdes ; signes et prières thérapeutiques ; évocation et invocation de forces spirituelles (christianisme et islam) constituent ce dispositif qui affronte, au-delà des pathologies organiques, les pathologies existentielles dans leur ensemble. A l'instar de *Fâ* et par opposition à la médecine moderne.

8.3. Essai de découverte de la scientificité des tradithérapies

Compte tenu du taux très élevé de fréquentation de *Fâ* et des autres thérapies traditionnelles dans leur rapport statistique à la médecine moderne (OMS, 2002 ; MS du Bénin, 2012), on a besoin de savoir s'il n'y avait pas dans ces recours de soins une rationalité scientifique qui y attirerait, à ce point, la clientèle. Car, sans une telle rationalité, y aurait-il un tel flux de fréquentation de ces recours à grand impact, resté implicite au regard de la couverture sanitaire intégrale recherchée ?

Dans la perception occidentale, n'est rationnel et scientifique que ce qui s'applique positivement[156] (Comte, 1830-1842), méthodiquement et analytiquement (René Descartes, 1637 et 1984) ; ce qui fonctionne par principe de déterminisme (Claude Bernard, 1865 et

[156] C'est dans son *Cours de philosophie positive*, publié entre 1830 et 1842, qu'Auguste COMTE a développé sa *Loi des trois états* de l'humanité (théologique/enfance ; métaphysique/adolescence et positif/âge adulte).

2008). Pour cette perception qu'il convient de répéter encore ici : *dans les mêmes conditions, les mêmes causes doivent produire les mêmes effets*. Et n'est scientifique que ce qui est mesurable, généralisable, frappé d'un fort coefficient de vérité démontrée. ***Fâ* et les thérapies traditionnelles satisfont-ils peu ou prou ces critères ?**

Pour répondre à cette question, il serait nécessaire de partir du fait que contrairement à la médecine moderne qui **soigne la maladie** dans sa réalité objective, *Fâ* et les autres thérapies traditionnelles **soignent le patient** à la fois dans sa réalité objective et subjective, dans ses relations avec sa culture, son pouvoir d'achat des soins et ses origines. Et **sur cette base** où il y a des différences dans les rationalités, les méthodes, les actions puis les cibles, **pourrait-on encore exiger que les critères de scientificité soient les mêmes ?** Pourrait-on encore exiger que ces critères se remplissent et s'évaluent de la même manière dans tous les modèles de soins en présence ? Comment parvenir à appliquer les normes de scientificité classique aux impondérables des réalités du monde invisible qu'affrontent, entres autres, *Fâ* et la tradithérapie ? Contre toutes les incertitudes par rapport à ces questions, il y a des pratiques dans *Fâ* qui frapperaient la curiosité de tout chercheur et qui sembleraient lui faire remplir les critères de scientificité classique, aux yeux des cartésiens. En effet, l'on constate que dans la pratique, des **preuves de scientificité du système de *Fâ*** sont bien établies :

> « ***-Primo**, un objet déterminé d'étude résidant dans la divination qui trouve et propose des solutions à tout ce qui se pose à l'homme comme question énigmatique dans ses rapports avec la nature, la société et l'Au-delà. L'objet de Fâ est ainsi la recherche de la vérité ou de la solution à un problème préoccupant.*
>
> ***-Secundo**, une méthode expérimentale évoluant d'une hypothèse à une autre et obéissant à des règles conventionnelles d'investigation par le maniement des noix de palme sacrées ou du chapelet divinatoire. Ces instruments sont des vecteurs du signe géomantique, c'est-à-dire du message codé dont le déchiffrement se fait à l'aide de devises, chansons et contes fonctionnels correspondants.*
>
> ***-Tertio**, une universalité du principe d'écriture et de lecture (de droite à gauche) des signes divinatoires, de même qu'une universalité quoique relative, du contenu de l'interprétation de ces signes et de celui des sacrifices propitiatoires qui leur correspondent respectivement.*
>
> *Partout où la divination par Fâ est pratiquée, ces importants critères de scientificité sont vérifiés* ».
>
> (Extrait de P. Adjotin, 2011 : 76)

Certes, *Fâ* semble être le seul doté, parmi les systèmes de thérapie traditionnelle au Bénin, de la capacité de remplir ces critères ci-dessus de scientificité ou de rationalité suivant les exigences cartésiennes. Mais en sus on trouve, dans ses approches thérapeutiques, d'autres

acquis de rationalité qu'il a en partage avec ces systèmes de thérapie et même, par endroits, avec la médecine moderne :

- La vertu ou le principe actif (alcaloïde) établi des substances utilisées dans la composition des médicaments ;

- L'action thérapeutique connue du symbole sur la psychologie du patient, laquelle action serait porteuse de l'efficacité et même de l'efficience des médicaments traditionnels dont, notamment, les conjurations de sort ;

- L'effet placebo remarqué d'éventuels faux médicaments : lequel effet est en lien avec celui du symbole sur la psychologie du patient ;

- L'écoute analytique des plaintes du patient et sa mise en observation avant toute intervention médicale.

Tous ces acquis de rationalité dans l'action soignante peuvent être exploités pour remettre en cause d'autres préjugés sur la tradithérapie.

- **Vertu ou principe actif des substances et des symboles**

Substances. Dans les thérapies traditionnelles, *Fâ* y compris, les aspects organiques des maladies sont attaqués avec des ingrédients végétaux, animaux et/ou minéraux. Les phytothérapeutes sont les personnes spécialisées dans ce domaine, mais les autres thérapeutes sont tenus de connaître, dans toute la mesure du possible, ces ingrédients, puisqu'il y va de leur crédibilité et enrichissement de compétences.

S'agit-il d'une infection microbienne ? Les gardiens des traditions médicales orales, qui vulgarisent les recettes, savent que dans l'arsenal de la nature et des herboristeries se trouvent les feuilles de l'*ocimum gratissimum* ou « *achiayo* » chez les *Fon* du Bénin. S'agit-il de la folie ? Ils savent que la plupart des médicaments traditionnels contre cela ne se passent pas des reins de brebis et des racines de *voacanga africana* ou « *lè-assi* » chez les *Fon* du Bénin. Mais ils ne vulgarisent pas cette recette médicinale parce que ce mal n'est pas vulgaire. S'agit-il des oreillons ? Ils savent que le traitement de cette maladie s'obtient par l'application d'une pâte du nid en latérite des guêpes. Voilà tant de connaissances et recettes empiriques, validées par des expériences populaires, concluantes sans le verdict du tribunal scientifique des laboratoires de biochimie ! Certes, les traditions thérapeutiques orales sont empiriques. Elles ne sont pas un lieu où, par exemple, l'anatomie est apprise comme en médecine moderne. Elles ne le sont pas non plus pour la biochimie clinique ou expérimentale. En elles, il n'y a pas les moyens de calculer les rapports âge/poids/antécédents pathologiques, etc., pour

établir une thérapeutique savante. Mais le constat est qu'elles sont et demeurent acceptées, en l'état, par les populations.

Symboles. Dans la tradithérapie, le symbole a aussi un effet thérapeutique sur le patient. Chaque ingrédient végétal, animal ou minéral dans la culture médicale des sociétés africaines symboliserait, à partir de sa vertu chimique, d'autres vertus qui feraient synonymie avec son « *humanité* » (caractère, comportement) et sa « *déité* » (puissance métaphysique). La sculpture du kapokier symbolisant une femme enceinte, utilisée par le *bokônon* dans le traitement de Rita[157], en est un exemple. Ainsi, de cette perception des populations africaines et des tradithérapeutes, se dégage une certaine anthropomorphisation ou déification des recettes médicinales. En effet, selon Bruno Gilli, il y a des « *herbes chaudes* » et des *« herbes froides* ». Et il a approfondi son constat en soulignant que « *l'herbe, c'est le vodu ! Ce sont les herbes qui guérissent ; ce sont les herbes qui purifient ; ce sont les herbes qui tuent* » (1987 : 49).

Dans ce même sens, pour la botaniste Simone de Souza (1988 : 338), l'*ocimum gratissimum*, par exemple, est une plante « *chaude* » appelée « *plante moustique* », « *buisson thé* » et « *feuille fièvre* » chez les Français. Selon elle, cette plante a aussi chez les *Fon*, en plus du nom *achiayo*, le nom *Hêbiosso*. Or, ce nom correspond à celui d'une divinité qui régirait la pluie et tous les phénomènes atmosphériques, de même que la justice immanente rendue par la violence du foudroiement. De ce point de vue, ne pourrait-on pas imaginer la spontanéité de l'effet thérapeutique que *l'ocimum gratissimum* aurait sur n'importe quel patient souffrant de n'importe quelle affection ? Sinon pourquoi lui avoir trouvé un « *caractère chaud* » d'antibiotique contre les microbes, un caractère sous-entendu violent et implacable de *Hêbiosso* dans la justice immanente contre les malfaiteurs ?

Il en serait de même du *newbouldia laevis* ou du « *dessissiguè/alaboê/hounman* » chez les *Fon* du Bénin : plante « *froide* » qui résisterait à l'ouragan et qui, dans le christianisme comme dans l'animisme ou la religion vaudou, servirait à la purification spirituelle. Et pour renforcer l'esprit ou l'âme d'un patient après l'avoir purifié avec du *newbouldia laevis*, il y a même une méthode de prévention et de guérison par la scarification dite « *atin-jidja* », nom *fon* donné à la vaccination dans les médecines traditionnelles. S'agit-il de la lutte contre la sorcellerie ? Le cadavre du hibou ainsi que l'*heliotropium indicum* ou « *koklossou-dinkpadjè* », en langue *fon*, seraient parmi les éléments constitutifs de la poudre à mettre dans

[157] Relire, au besoin, les témoignages sur deux trajectoires thérapeutiques, au Chapitre 4 de la Première Partie.

les incisions de la peau des deux parties de côtes, du dos et de la poitrine du malade latent, réel ou du patient. Cela sert à l'en prémunir ou à l'en guérir. L'encens de souffre et de petit piment est souvent mis en fumigation dans la maison de ce malade ou de ce patient. S'agit-il d'une divinité de la famille d'un patient, de sa collectivité, de son clan ou de son village, qui demande un sacrifice sous forme de poulet ou de cabri à lui immoler pour le délivrer ? On s'empresse de la satisfaire. S'agit-il d'un interdit alimentaire violé, tel que manger la viande du varan, ou de la violation d'un interdit moral, par le malade, tel qu'avoir des rapports sexuels avec la femme d'un proche dans sa famille, etc. ? On s'empresse de lui faire subir une purification avec les feuilles d'*ocimun basilicum* ou « *akéman/ahissi-hissi* » et de *newbouldia laevis* évoquées précédemment. Mais cette purification ne suffisant pas toujours, on s'empresse, en plus, de le couvrir de cendre et de le chicoter devant la maisonnée ou dans un marché public. Chicoter un patient, voilà encore une preuve qui atteste que ce n'est pas la maladie seule que soignent les médecines traditionnelles, mais également et surtout l'individu ou le groupe qui en souffre. Car il est là question d'expiation.

Dans la pratique des chrétiens exorcistes, célestes, évangélistes et des musulmans, l'usage de la vision prophétique, de psaumes ainsi que l'usage d'huile d'onction, du parfum Saint Michel, du sel de cuisine, de la poudre d'inscription des versets coraniques, etc., sont des usages chargés de symbolismes. Ces symbolismes sont dotés de messages thérapeutiques dont la compréhension voire l'assimilation par un patient semblent susceptibles de déclencher en lui, spirituellement/psychiquement d'abord, puis somatiquement ensuite, le processus de sa guérison. Par exemple, tout malade s'y connaissant ne peut que se faire, pour lui-même, une idée psychothérapeutique de la puissance protectrice de l'Archange Michel dans *La Bible*.

En somme, qu'il s'agisse de phytothérapie, de psychothérapie ou de thérapie occulte, le rapport entre la guérison du patient et sa compréhension/acceptation de la symbolique des ingrédients médicinaux utilisés par le tradithérapeute n'est-il pas, dans ces conditions, un rapport bien établi ? Nierait-on qu'un tel rapport est aussi dans la symbolique des produits de laboratoires pharmaceutiques qu'utilise la biomédecine ?

Enfin, référons-nous à la mort du Président français François Mitterrand. Après cinq années de sa résistance au cancer, il mourut. Tous les auditeurs de Radio France Internationale ont écouté, le 8 janvier 1996, des commentaires d'analystes qui ont mis en exergue le rôle joué par son esprit, aux côtés de la chimiothérapie, pour qu'il ait pu tenir si tant face à cette maladie. Aussi, dans la tradithérapie, se permettrait-on de croire que c'est bien cette foi en

l'esprit de tout malade, c'est-à-dire cette compréhension et cette acceptation, par lui, des différents symbolismes de remèdes, occultes ou non, qui valident la capacité de ces remèdes à prévenir ou à guérir sa pathologie.

- **Effet placebo d'éventuels faux médicaments**

Dans la tradithérapie et dans *Fâ* en l'occurrence, il se peut que l'étude de la relation entre maladie et médicament montre soit un non-effet ; soit un effet attendu ; soit un effet inattendu ou placebo ; soit un effet nuisible contraire à l'innocuité ou, pire, un effet létal. Ces différents cas peuvent exister en tradithérapie comme en médecine moderne, notamment en auto-médication avec les « *médicaments de la rue* ».

Si l'effet du médicament sur la maladie s'établit en « *double aveugle* » ou en « *double insu* », à partir d'un échantillon de plusieurs patients souffrant de la même affection, on en conclut qu'il n'est pas sans effet ou qu'il n'est pas un placebo. Mieux, on en dit que c'est un bon remède. Mais les faux médicaments parviennent, eux-aussi, par une méprise psychologique du patient sur le contenu de leur symbolisme, à soigner comme s'ils étaient de vrais médicaments, biochimiquement probants et recevables. On les appelle « *placebo* » dans ce cas. Et dans ce cas, le faux médicament et le vrai médicament, tous deux, mis à l'épreuve clinique ou expérimentale en situation de « *double insu* » ou de « *double aveugle* », produisent le même effet sur la même pathologie. Devant cet effet qui n'est rien d'autre que la guérison, on a le sentiment que c'est l'esprit ou le corps du malade lui-même qui a produit en lui un médicament efficace. Et l'on dirait alors que cette guérison est survenue à la suite d'une mise en application de la méthode d'Emile Coué (1989) par le malade lui-même, c'est-à-dire la « *maîtrise de soi-même* » par l'« *autosuggestion consciente* » qui lui apporterait « *pensée positive* » et « *auto-guérison* ». Ce qui pousserait à conclure comme Frédéric Saldmann que le meilleur médicament est dans le malade lui-même (Saldmann, 2013). Une telle réalité devrait attirer l'attention de la médecine moderne sur les ombres persistantes ou les mystères non encore évacués qui font la complexité de l'objet de ses interventions et donc ses propres limites. Cette complexité de leur objet commun ne devrait-elle pas inciter la biomédecine à faire des concessions à la tradithérapie et à l'admettre avec humilité et loyauté ?

Disons qu'à observer les opérations de soins dans le système de *Fâ*, l'on pourrait dire qu'en dehors des cas où le *bokônon* se sert de plantes à vertus avérées pour traiter en phytothérapeute telle pathologie ou telle autre, toutes les conjurations de sort ou *vô* qu'il réussit, au profit de ses clients, donnent l'impression d'être des placebos. Mais en réalité, cette

impression n'est pas soutenable par analyse approfondie si l'on sait que ces conjurations ne sont souvent pas que dans le traitement de l'organisme physique du patient. En effet, elles sont à la fois une ontothérapie, une sociothérapie et une cosmothérapie. Car elles prennent en compte « *la santé des relations* » de ce patient avec son environnement constitué par les autres êtres, la société et l'univers entier auxquels il est relié de façon systémique. Dans ces dimensions-là dont les méandres échappent à la rationalité scientifique actuelle et donc à la médecine moderne, comment détecter un placebo ou son contraire ?

Et même si toute conjuration de sort opérée dans *Fâ* se révélait véritablement comme un montage pour placebo, la guérison récurrente des clients du *bokônon*, en dépit de cela, ne devrait-elle pas pousser à affirmer que l'efficacité de la plupart des thérapies, même des placebos, est déterminée par la compatibilité psychologique du malade potentiel, réel ou du patient avec le remède prétendu ? N'est-ce pas une telle compatibilité psychologique avec la structure d'accueil sanitaire des malades qui fait dire, même aux soignants des hôpitaux, qu'« *un malade bien accueilli est à moitié guéri* » ? Et de là, ne devrait-on pas dire que c'est l'esprit qui commande, avant tout médicament, le corps dans le processus de guérison ? Sinon, pourquoi la maladie de l'esprit lui-même se révèle-t-elle souvent plus difficile à traiter que celle de l'organisme ? Tout cela ne montre-t-il pas ainsi que l'inconscient humain reste un univers très complexe que la science moderne paraît loin de maîtriser ? Répondre par l'affirmative à tout ce questionnement, c'est reconnaître l'importance de l'écoute analytique des plaintes émises par chaque patient.

- **Ecoute analytique des plaintes du malade et son suivi clinique**

Dans toutes les thérapies traditionnelles, *Fâ* en l'occurrence, aucun être humain ne se traite comme les animaux. Ici, l'écoute du malade, de ses parents, de ses accompagnants ou du garde-malade, est un passage obligé, c'est-à-dire un préalable pour orienter le soignant dans le choix de l'approche thérapeutique à appliquer à la « *pathologie* » en face de lui.

Trois éléments irréductibles, dans cette écoute analytique, sont pris en compte par l'approche de soins contre la « *maladie* » ou le « *malheur* » : il s'agit des causes du « *syndrome* » qui fait problème, de la « *culture* » à laquelle le malade appartient et de l'« *état d'âme* » qui est le sien. Aucun tradithérapeute ne fait fi de ces éléments qui déterminent la guérison attendue. Ce réflexe de bon sens, qu'on trouve peu ou prou dans la médecine moderne, existe également et constamment dans les pratiques de soins accusées souvent d'archaïsme, d'indigénat, d'irrationalité ou de non scientificité. Chaque tradithérapeute s'assure que la maladie ou le

malheur à traiter n'a rien d'indéfinissable. S'assurant également que c'est un cas non étranger à la culture et à la société qu'il a souvent en partage avec le malade, il jauge sa réceptivité psychologique de la thérapeutique à engager. Car de celle-ci dépend de beaucoup la guérison souhaitée.

Qui plus est, à la suite de l'anamnèse, une observation du patient se mène par le tradithérapeute pour revisiter les signes de son mal, ce qui augmente ou ce qui diminue dans son syndrome ; les réactions de son corps ou de son psychisme, dans le monde visible, aux produits administrés. Au besoin, dans le monde invisible au moyen de la divination *Fâ* par exemple, cette observation se poursuit. Elle peut aussi se poursuivre autrement, semble-t-il, par certains tradithérapeutes dotés de sixième ou d'énième sens de médium et à même d'affronter les sorciers au cours de leurs sabbats. L'une des limites du chercheur, dans le présent axe d'analyse, c'est de ne pouvoir expressément, par souci de vérification scientifique, accéder à ces sphères occultes. Quant à la pratique exclusive de *Fâ*, le soignant *bokônon* enrichit son observation du patient en consultant au fur et à mesure les oracles aux fins de savoir le positionnement des forces en présence qui sont pour ou contre sa guérison. Et au fur et à mesure aussi, les parents du patient sont exhortés à acheter les matériaux de conjuration pour congédier la maladie (*azon yinyin*) ou la mort (*kou niyô*) en langue *fon* du Bénin.

Au total, à l'examen critique des préjugés sur la tradithérapie, on conclurait que les systèmes de soins traditionnels ou confessionnels ont moins de sophistication technologique et de précision mathématique comme il en existe en médecine moderne. Car dans cette médecine, l'anatomie sert à localiser le point nodal de l'atteinte pathologique ; les bilans de santé servent à opérer les quantifications et qualifications en vue de la posologie et du traitement. Nonobstant, l'évaluation des démarches et plateaux techniques qui s'utilisent dans les tradithérapies pour prévenir, diagnostiquer et soigner une pathologie devrait conduire quiconque doutait de leur rationalité et scientificité, à se départir de ses préjugés. Le droit à la différence existant, il doit être accordé à la tradithérapie aussi, surtout que différence n'a jamais été un indicateur de nihilité devant le bon sens.

Partant, les pouvoirs publics ne doivent pas trahir les représentations que l'OMS et les populations ont de la santé et de la maladie. Ils doivent donc considérer la tradithérapie à sa juste valeur puisque celle-ci, mieux que la biomédecine, s'harmonise avec ces représentations. C'est pourquoi, à la suite d'une critique des préjugés sur cette tradithérapie, il importe d'examiner et d'évaluer les idées en conflit au regard des dispositifs de soins en présence.

8.4. Arguments et inductions dans le conflit des dispositifs

Les acteurs qui se servent de ces dispositifs aussi bien en médecine moderne que dans les médecines traditionnelles ne s'entendent pas. Ils se répandent en arguments et en contre-arguments en s'appuyant sur ces dispositifs différents qu'ils mettent en conflit.

- **Conflit des dispositifs : arguments et contre-arguments**

Les agents de santé des hôpitaux reprochent au système de *Fâ* comme à ces systèmes de tradithérapie, dont la diversité de dispositif vient d'être présentée, le défaut de posologie, de date de péremption des médicaments administrés, d'hygiène suffisante. Ils ajoutent aussi les défauts d'indication des formules de composition et des effets secondaires du remède, de capacité à théoriser sur leur science ou leur art de guérir. En conséquence, les acteurs de ces systèmes, y compris les *bokônon* eux-mêmes, sont souvent accusés de charlatanisme et traités, par les initiés à la science médicale moderne, comme de véritables marchands d'illusion et de mort. Or, de l'aveu de ces accusés, des efforts sont faits pour améliorer leurs prestations et développer des recherches médicales[158] comme dans la *Clinique Hwlenganto* de Porto-Novo. Mais en raison de leur analphabétisme ; en raison de leur ignorance de l'anatomie humaine, de la symptomatologie pathologique et de *tutti quanti* selon les Facultés de médecine ainsi que du fait de leur méconnaissance officielle par les pouvoirs publics, ces efforts restent peu percutants. Leurs résultats semblent non consignés par écrit, surtout non soumis à l'expérimentation clinique, laquelle doit être recoupée en « *double insu* » sur une large échelle, pour vérifier si tel remède découvert est du placebo ou s'il est, au contraire, un vrai médicament.

Dès cet instant, l'on risque de délibérer ou de préjuger que ce sont là des facteurs de faiblesses qui ne permettraient à aucun système endogène de thérapie de s'émanciper à la hauteur de la médecine moderne, quant aux soins de santé biologique. En effet, ce sont des faiblesses de niveau d'étude, de formation professionnelle, de consignation par écrit, d'équipement rassurant, d'organisation et de valorisation scientifiques qui pourraient expliquer, par exemple, le flou général des posologies ou des modes d'administration des produits médicinaux traditionnels au premier registre évoqué tantôt, qui a trait aux interventions biologiques.

[158] Cette Clinique s'est modernisée dans une mise en relation entre médecine traditionnelle et médecine moderne. Son laboratoire de recherches est dirigé par un médecin biologiste moléculaire. Il est reconnu d'avoir découvert le « *linkpéyo* », médication traditionnelle contre le VIH/Sida.

Et si le second registre ci-dessus évoqué également, celui des interventions paranormales, n'échappait pas aux limites supposées applicables au premier registre, il aurait le même flou, incriminable à l'aune de la rigueur cartésienne qui régit la médecine moderne. Car dans ce second registre, il s'agit très souvent de médiums ; d'intervenants dotés d'un sixième ou énième sens, qui auraient, croit-on, une capacité prémonitoire ainsi qu'une facilité d'accès aux anges et aux sabbats sorciers pour arracher la guérison/délivrance des patients. De ce point de vue, il y aurait nécessité d'envisager une collaboration franche, institutionnellement montée, comme cela transparaît dans les attentes des populations enquêtées. Mais avant une telle collaboration que peut-on induire de ces dispositifs en conflit au regard des politiques publiques ?

- **Inductions sur ces dispositifs au regard des politiques de santé publique**

La définition que l'OMS donne de la santé ferait induire celle qu'elle donnerait de la maladie. Aussi, la maladie serait-elle le contraire d'un « *état de complet bien-être* » à la fois physique, mental et social, d'autant que la même institution a précisé que la santé « *ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité* ».

La **première induction** serait de dire que la logique de l'OMS est double :

- D'abord, elle fait de la maladie, dans la première citation de la définition, une notion éclatée qui survole les considérations de la biomédecine ou médecine moderne dont le propre est de réduire la maladie aux perturbations ou anomalies d'ordre biologique, c'est-à-dire physique et mental.

Car l'état de « *complet bien-être* » sur le plan « *social* » de la vie de l'être humain exclut la famine, la pauvreté, la misère, le chômage, le célibat, l'orphelinat, le veuvage, le divorce, les affres de la sorcellerie, la guerre, la faillite économique, l'échec scolaire ou universitaire, le terrorisme, les séismes, le tsunami, les pandémies comme le Sida, Ebola. Il exclut aussi le vol, la cybercriminalité, l'alcoolisme, la prostitution, l'empoisonnement à distance, etc., toutes choses que *Fâ* traiterait comme étant des maladies, en plus de celles, strictement biologiques, restreintes, que la médecine moderne prend en charge. De ce point de vue, c'est un élément de définition qui valide les représentations des cultures qui font de la maladie une notion élargie, éclatée, ramifiée, diversifiée : une notion à contenu à la fois biologique, spirituel, social, culturel et cosmique.

Autrement dit, c'est un élément de définition obéissant à une logique qui s'approprierait ces représentations et qui, en conséquence, devrait servir à rendre plus officielles que la biomédecine toutes les médecines populaires ou traditionnelles dont *Fâ* fait partie intégrante.

- Ensuite, la biomédecine semble avoir son réductionnisme mis à mal dans le deuxième pan de la définition que l'OMS donne à la santé. Comme quoi, ni la guérison de la maladie ni la correction de l'infirmité d'un patient ne suffisent, à elles seules, à rétablir sa santé, c'est-à-dire son « *état de complet bien-être* » tant que cet état ne va pas couvrir tous les aspects vitaux de son existence.

Ces aspects, par extrapolation, sont extensibles à la culture, à l'économie, à la politique, à l'environnement physique et spirituel, aux influences cosmiques susceptibles d'impacter positivement ou négativement la société à laquelle l'individu ou le groupe à soigner appartient. Et **en toute logique résumée, la santé selon l'OMS se définirait simplement comme un équilibre existentiel**. Equilibre que s'emploient à réaliser au chevet des patients les médecines systémiques, populaires ou traditionnelles dont *Fâ* fait partie.

La **deuxième induction** serait relative à la praxis médicale officielle. Cette praxis est dominante légalement dans les pays colonisés par l'Occident, lesquels représentent une importante proportion dans le monde. Or, à considérer que l'écrasante majorité des populations (OMS, 2002) de ces pays n'ont ni les moyens financiers suffisants ni les représentations de la santé et de la maladie compatibles avec la prédominance de la médecine scientifique, l'on ne peut inférer qu'il y a une illégitimité de cette dernière, en dépit de sa légalité.

La légitimité revient donc aux médecines endogènes dont *Fâ* relève. La légalité devrait aussi leur revenir si tant est qu'elles sont très bien en harmonie avec la définition que l'OMS donne à la santé et à la maladie. Dans ce sens, il conviendrait de souligner, à la suite du Professeur Antoine Yangni-Angaté, qu'

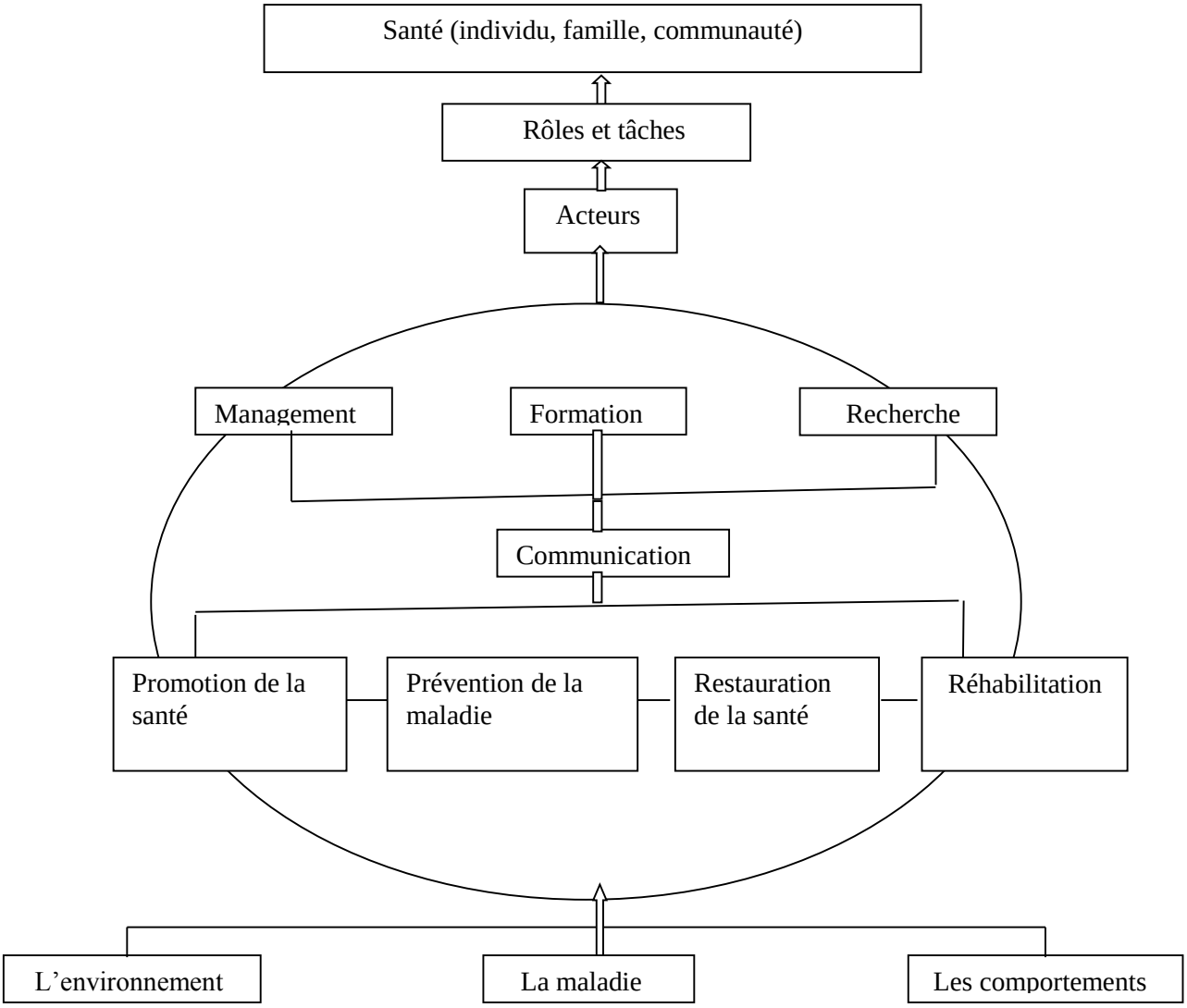
> « *A la source, la connaissance du tradipraticien a été transmise par un esprit dont la mission est de veiller sur l'humanité et qui, après avoir opéré un choix parmi les hommes, a fait de certains d'entre eux, les dépositaires de connaissances et de pratiques permettant le diagnostic, la prévention, la thérapeutique des déséquilibres divers (physique, mental et social)* » (Cf. Yangni-Angaté, 2004 : 29-30).

La **troisième induction** serait que si la santé ne se réduit pas au biologique, si elle embrasse le social et ses ramifications multiples et diverses, elle ne peut être qu'une réalité systémique et complexe parce qu'engendrée par de très nombreux facteurs en relation les uns avec les autres. **L'« *état de complet bien-être physique, mental et social* », qui s'identifierait à un équilibre pour faire la vraie santé, serait un idéal très difficile à atteindre** par les individus, les communautés, les Etats et l'OMS à cause de ces facteurs qui feraient sa complexité. C'est pourquoi, entre autres considérations, l'objectif de « ***la santé pour tous d'ici à l'an 2000*** » s'est révélé un vœu pieux. Le Sida, le paludisme, la toxicomanie, la fièvre

Ebola, la famine, la criminalité, les guerres, les attentats terroristes de Boko Haram ou de Daesh en vogue actuellement, la pauvreté ambiante, le chômage, etc., demeurent **des contre-indicateurs de cette « *santé pour tous* »**, telle qu'elle a été envisagée par l'organisation onusienne.

La **quatrième induction** serait relative à **la nécessité de mobiliser** donc, en vertu de l'étendue et de la complexité du chantier sanitaire, tous les secteurs du développement et tous les types de médecine, dans **une véritable synergie d'actions en vue d'obtenir la santé pour tous un de ces jours**. Pour mieux développer certaines analyses qui y concourent, partons du contenu d'une gravure, recopié par moi-même, et qui constitue le cadre conceptuel de l'approche actuelle de la Santé publique en Afrique :

Cadre conceptuel de la Santé publique en Afrique



Source : D'après le contenu d'une gravure, recopié à l'Institut Régional de Santé Publique (IRSP), Ouidah/Bénin.

Fâ en l'occurrence, dans ses approches systémiques de la « *santé* » et de la « *maladie* », visant un « *état de complet bien-être* » pour ses usagers, intervient contre tous les facteurs visibles ou invisibles favorisant les maux du soma et du psyché, la pauvreté, la famine, l'insécurité, le terrorisme, la guerre, le Sida, le paludisme, la mauvaise gouvernance et autres.

De par son humilité, son ouverture, son altruisme et sa tolérance, lesquelles feraient, selon les informateurs, que *Fâ* oriente parfois les malades vers les hôpitaux de la médecine moderne ou vers d'autres modèles thérapeutiques, il semble à même de collaborer avec la biomédecine clinique, au chevet des patients physiques, mentaux ou sociaux. L'approche médicale de *Fâ*, centrée sur toute maladie dans la vie et l'existence, l'est également et surtout sur le malade réel, potentiel ou le patient. Mais elle l'est beaucoup plus que l'approche actuelle de la Santé

publique en Afrique ci-dessus, mise en relief lors des entretiens de recherche que m'a accordés à Ouidah, le 4 juillet 2013, le Professeur Edgard-Marius Ouendo[159].

Comme on le voit dans ce cadre conceptuel, au sommet se trouve la finalité qu'est **la santé** de l'**individu**, de la **famille** et de la **communauté**. La différence à ce niveau est que *Fâ* va au-delà en visant « *la santé de tout l'univers* » (Adjotin, 2011) dans lequel le « *patient* » vit, qu'il soit individu, famille ou communauté/royaume/Etat ; qu'il soit animal, plante, roche, mâne de défunt, divinité, savoir, pouvoir, environnement écologique, situation existentielle, etc. Mis à la base de ce cadre conceptuel de la Santé publique en Afrique, l'environnement des bénéficiaires de cette santé est aussi pris en compte. Et s'il n'est que naturel, physique ou biologique/ontologique selon les perceptions biomédicales officiellement en vigueur dans ce cadre conceptuel ci-dessus, *Fâ*, quant à lui, insisterait de surcroît sur ses dimensions socioculturelles, spirituelles et cosmiques.

Les comportements autour de la maladie sont aussi pris en considération dans ce cadre conceptuel, pour diverses opérations envisagées dans le management de la santé et de la maladie, sur fond d'une communication entre les acteurs et les bénéficiaires. *Fâ* semble être aussi dans cette dynamique. Car dans le *Fâ-gbassa* qui est la salle de consultation où les *bokônon* écoutent suffisamment les malades et leurs accompagnants, une grande attention est accordée aux symptômes biologiques, mentaux, sociaux, spirituels, culturels ou cosmiques des pathologies. Et dès lors, tout ce qui peut être mis à contribution pour la guérison est activement recherché puis identifié au moyen de la divination.

Cependant, l'important volet de réhabilitation du patient guéri, qui est prévu dans ce cadre conceptuel ci-dessus, semble ne pas exister dans la pratique de *Fâ*. Il reviendrait socio-économiquement à la famille, à la communauté, à l'Etat auquel ce patient individuel ou collectif appartient, contrairement à sa mise en perspective en Santé publique. La pratique de *Fâ* parviendrait un jour peut-être à cette réhabilitation lorsqu'elle passera en clientèle publique à la faveur d'une **restructuration du système de Santé publique**, souhaitée par les communautés à la base. Et là, comme l'a souligné le Professeur Ouendo, certains médecins cliniciens étendent déjà leurs représentations des thérapies en y intégrant des paramètres extra-biologiques. La finalité étant de conférer, ainsi au système de santé, même à l'informel, une adaptation compatible avec les réalités multidimensionnelles auxquelles les patients sont confrontés selon leur origine, société, culture, croyances, conditions de vie, etc.

[159] Professeur agrégé de Santé publique, en service à l'Institut Régional de Santé Publique à Ouidah, au Bénin.

Troisième Partie :

L'inadéquation des politiques et le besoin d'un dispositif mixte

Chapitre 9 : La collaboration entre modèles de soins en question

Une fois que la portée et les limites de chaque modèle de soins sont établies, aucun souci d'amélioration quantitative et qualitative de la couverture sanitaire, au profit des populations, ne peut se satisfaire sans une politique de mise en collaboration de tous les modèles. Mais comment envisager une telle politique si l'on n'avait une maîtrise des représentations et besoins sanitaires propres à ces populations cibles ainsi que des obstacles à la collaboration entre lesdits modèles ?

9.1. Que faire quand « *santé* » équivaut à « *bien-être existentiel* » ?

Les perceptions de la santé et de la maladie qu'ont les pouvoirs publics, jusqu'aujourd'hui, demeurent celles de la civilisation occidentale ou des colonisateurs occidentaux. Les politiques officielles, dans ce secteur, se limitent seulement au bon fonctionnement des organes corporels d'une part, et à leur dysfonctionnement d'autre part. C'est le cas au Bénin et dans d'autres pays aux réalités similaires.

Ces perceptions, dans le monde occidental gréco-romain, avaient pris légalement le dessus, à un moment donné, sur les perceptions anciennes où il y avait la présence de magie et de sorcellerie ainsi que la croyance[160]en diverses forces invisibles et divinités. On pourrait, à partir de ces éléments, élaborer une **historiographie des approches thérapeutiques occidentales**. Et c'est le pas que Marie-Christine Pouchelle[161]de la France contemporaine a franchi en soulignant, dans un important article, que :

> « *Si les 'je' de maintenant sont des sujets livrés à la décomposition en raison même du parti-pris bien occidental de séparer symbolique et technique, religion et médecine, il n'en a pas toujours été ainsi : pendant la première moitié du Moyen Âge occidental, la guérison des corps avait incombé, de façon privilégiée, aux religieux.*
>
> *Ainsi l'homme, image de Dieu et microcosme où soufflait l'esprit, était pris globalement en charge dans son corps et dans son âme à la fois. Ce n'est qu'au XIIe et surtout au XIIIe siècle que s'amorça une rupture institutionnelle entre l'Eglise et la Médecine qui devait n'être*

[160] Il y a de nos jours, en Occident (France, Allemagne, Etats-Unis, etc.) une résurgence de la croyance en ces forces invisibles, surnaturelles ou métaphysiques. Le syncrétisme médical qui s'observait, par exemple en Europe, avant d'être supplanté par la biomédecine, est revenu maintenant en force, surtout pour les maladies psychiques. Le psychiatre clinicien Tobie NATHAN (1994) a révélé, dans son article déjà cité, le poids des contributions thérapeutiques des médiums (astrologues, magnétiseurs, voyants, rebouteux, géomanciens et consorts), dans la quête et l'obtention de la guérison, en France notamment. La consultation d'un médium se paierait à 40 euros en France actuellement, soit 26.200 FCFA, tandis qu'elle se paierait entre 200 FCFA et 5000 FCFA au Bénin.

[161] Attachée de recherche au CNRS (Centre national de la recherche scientifique) en France.

> *vraiment consommée qu'à la fin du XVIII*e *siècle, après bien des résistances de la part des ecclésiastiques et de nombreuses équivoques nées du désir des médecins d'exercer à leur tour un véritable sacerdoce* »
>
> (Pouchelle, 1978 : 116).

Issue de cet évincement de l'ordre ancien chez elle-même, la « *mission civilisatrice* »[162] occidentale, « *accomplie* » dans les pays en développement, continue d'imposer la biomédecine par tous les moyens. Elle continue de massacrer les représentations populaires endogènes de la « *santé* » et de la « *maladie* », bien que ces dernières résistent encore à ses assauts de monopolisation du secteur. Il est constaté, aujourd'hui, qu'une forte résurgence de la croyance en des pouvoirs invisibles (sorciers, extraterrestres, mages, médiums, etc.) se remet en place dans les pays occidentaux. C'est d'ailleurs dans ce contexte nouveau, fait du retour du contexte ancien jadis enterré, que viennent prospérer, en complémentarité, les médecines dites non conventionnelles, complémentaires, douces, parallèles ou alternatives.

Cette tendance traduit une certaine insatisfaction des usagers de la médecine scientifique, identifiée de plus en plus comme incapable d'affronter toutes les complications de leurs problèmes de santé. Elle traduit également une remise en cause tacite du réductionnisme biomédical au profit de la systémique présente dans les médecines traditionnelles et populaires qui existent sur tous les continents :

> « *Il semble que, de nos jours, où vacillent les certitudes de la science positive, voyants et magnétiseurs soient de plus en plus sollicités. Pourquoi ? En grande partie parce que, détenteurs d'un savoir unitaire sur l'homme et le cosmos, ils réussissent là où les divers spécialistes qui se sont partagé la personne humaine échouent : permettre à l'homme d'avoir accès au sens de son existence, de dépasser son mal-être* » (Cf. Pouchelle, *ibid*. : 116).

Plus loin dans son article, l'auteur renchérit en ces termes :

> « *Les demandes qui continuent d'être adressées, soit à l'Eglise, soit à la Médecine, conjuguent étroitement les malheurs de l'esprit et de l'âme aux souffrances du corps ; elles exigent une réponse globale qui non seulement tiendrait compte de l'unité de la personne, mais aussi donnerait un sens symbolique à son histoire, en marquant la place de chacun dans l'univers social et cosmique* »
>
> (Pouchelle, *ibid*. : 117).

Ainsi est postulée de nos jours, même en Occident, et donc pas seulement au Bénin, une prise en charge systémique de la santé et de la maladie dans leurs dimensions plurielles, globales, c'est-à-dire existentielles.

[162] Aimé CESAIRE, dans son *Discours sur le colonialisme*, a accusé de déshumanisation cette prétendue mission civilisatrice.

Cette systémique qui est à la fois ontomédicale, sociomédicale et cosmomédicale a beaucoup plus d'aptitude que le réductionnisme biomédical, à garantir l'atteinte des finalités de la santé, perçue dans ses dimensions existentielles, également par la plus grande institution mondiale, c'est-à-dire l'OMS, qui gère le secteur médical au profit de l'humanité.

Egaliser en termes de contenu « *santé* » et « *bien-être existentiel* » que ne dissocient pas les populations qui sont les cibles des politiques publiques, c'est traiter équitablement leurs facteurs multiples, multiformes et interdépendants de détermination. C'est s'abstenir de déconnecter résolument la partie du tout, qui lui confère sens et survie.

Car aucune déconnexion du corps, de l'âme et de son environnement physico-culturel, ne pourrait être porteuse de bien-être à l'être humain. Jacques Boris Belle, guérisseur et chercheur centrafricain, rapporta à ce sujet l'une de ses expériences pour prouver qu'il y a bien un **rapport entre corps, âme et environnement physico-culturel, perceptible dans la thérapeutique traditionnelle de la folie** :

> « *Les guérisseurs disposent de procédés spécifiques leur permettant dans les cas de troubles de la personnalité, de visualiser la sortie du corps physique de l'autre élément du corps humain appelée l'âme, d'apprécier son éloignement progressif du physique. Des soins spéciaux associés à des danses rituelles ramènent le double du corps physique à sa position initiale à la fin du rituel. Le malade dit 'fou' reprend immédiatement conscience et revient à la réalité de son environnement* ».

Et de poursuivre que :

> « *Les psychiatres modernes ignorent cette science traditionnelle* » (*In* : Yangni-Angaté, 2004 : 147-148).

L'autre exemple, qu'il conviendrait de rappeler encore une fois ici, est celui de la patiente, feue Rita qui, disait-on dans un hôpital, souffrait d'une ascite. C'est bien une guérisseuse anti-sorcière qui avait détruit la cause sorcière de son mal en faisant sortir de son ventre, grâce à une potion magique, des caillots de sang sous forme de selles. Il conviendrait de rappeler aussi que selon les habitués à *Fâ*, c'est la conjuration du mauvais sort de Rita, à travers le signe géomantique *Goudafligbé*, qui a su déblayer le terrain pour que les bons Esprits fassent intervenir l'anti-sorcière qu'on ne connaissait pas avant l'évènement-maladie. N'oublions pas également qu'au même moment, sur plusieurs mois où l'on avait recours à eux, les médecins tournaient en rond jusqu'à l'affaiblissement critique de la patiente.

Tous ces exemples devraient faire comprendre aux soignants en médecine moderne comme en médecines traditionnelles, la nécessité d'abandonner leurs clivages idéologiques, culturels et techniques ; de reconnaître le besoin de leur complémentarité.

Sinon, comment pourront-ils être en phase avec l'égalité que les populations, bénéficiaires de leurs soins, établissent entre « *santé* » et « *bien-être existentiel* » ?

C'est le vœu de Jacques Boris Belle lorsqu'il souligna en écrivant :

> « *La bonne solution à mon humble avis serait d'établir une coopération entre médecins modernes et médecins traditionnels. Le succès de 'la santé pour tous' est à ce prix. On pourrait supprimer ou alléger toute forme de souffrance humaine sur la planète terre tout simplement en légalisant la complémentarité des soins modernes et traditionnels qui, de plus en plus, existe de facto* » (*In* : Yangni-Angaté, 2004 : 147).

Etablir, au chevet de tout patient, cette équation entre « *santé* » et « *bien-être existentiel* », c'est finalement se convaincre de la nécessité multiculturelle croissante d'une association entre biothérapie, psychothérapie, ontothérapie, sociothérapie et cosmothérapie. Sans ces thérapies associées, de multiples formes de « *souffrance humaine* » subsisteront toujours dans le monde. Autrement dit, tous les types de médecine, qu'ils soient réductionnistes ou systémiques, devraient savoir que **la complexité des conditionnalités pour un « *état de complet bien-être physique, mental et social* » postule un syncrétisme ou un hybridisme médical ouvert aux appuis d'autres secteurs du développement humain**.

Si les décideurs internationaux n'accueillent pas favorablement le rêve de cet hybridisme ou de cette « ***médecine différentielle*** » (Adjotin, 1996) qui montre toujours à la biomédecine ses limites congénitales, ils risqueraient un jour d'entraîner les hôpitaux publics dans une sous-fréquentation croissante, immense et irréversible. *Fâ*, face à la « *santé* » et à « *maladie* » vues non seulement comme réalités organiques, mais aussi mentales, sociales, cosmiques ou existentielles en un mot, ouvre la voie à une médecine syncrétique ou hybride qui greffe le réductionnisme à la systémique, pour plus de performance diagnostique, préventive et curative.

En effet, les pays colonisés d'Afrique ou pays en voie de développement souffrent d'un dilemme dont de Rosny a pu rendre compte en ces termes :

> « *Les Africains vivent une période de leur histoire particulièrement inconfortable, fomentatrice de maladie, où il faut trouver un équilibre dans l'appartenance à deux types différents de sociétés, à certains égards incompatibles. L'adhésion à une seule médecine laisserait insensible la face éclairée par l'autre culture* »
>
> (Eric de Rosny, 1992 : 44-4).

De ce qui précède, devraient donc se dégager des leçons pour la médecine officielle, légale, c'est-à-dire la médecine moderne de type occidental, la seule fortement reconnue et promue tous azimuts par les pouvoirs publics nationaux et internationaux, quand bien même elle n'a

pas autant de légitimité que les médecines traditionnelles au Bénin ou ailleurs. Il s'agit de leçons à tirer en vue de faire aller, par ces instances de décision, à de nouvelles politiques de santé publique vivement souhaitées par les populations au cours des enquêtes menées à Abomey, Ouidah et Cotonou. Ces populations postulent, en effet, une mise en complémentarité fonctionnelle des médecines en présence, et surtout l'intégration des thérapies endogènes dans le système de Santé publique, pour une synergie de leurs actions. Mais en réalité comment s'exprime-t-il, au chevet du patient, ce besoin de mise en complémentarité de tous les modèles et de revalorisation effective de *Fâ* ainsi que des autres médecines traditionnelles dans le système national de santé ?

9.2. Expression du besoin de synergie médicale

Une collaboration synergique entre tous les soignants, qu'ils soient de la médecine moderne, de *Fâ*, des médecines traditionnelles, confessionnelles, etc., est vivement postulée par les populations à cause de la complexité étiologique et thérapeutique des troubles du bien-être humain. Et, qui plus est, les différents intervenants dans ces différents modèles de soins de santé reconnaissent, chacun en ce qui le concerne, les forces et les faiblesses respectives de leur science ainsi que le besoin de se laisser compléter par les autres d'en face.

Les limites de l'un se concrétisent empiriquement là où commence la portée de l'autre. Ainsi, le besoin de cette collaboration, exprimé par les communautés à la base et reconnu par les soignants eux-mêmes, se fonde d'abord sur l'identification des traits de complémentarité technique dans chaque modèle. Il se fonde ensuite sur le constat de la complexité des réalités de santé et de maladie, complexité qui invalide toute approche réductive en thérapie, en postulant des approches complémentaires de poigne systémique. Pour illustrer ces considérations, qu'il soit permis ici d'anticiper sur le creuset, en dernier Chapitre, consacré aux résultats :

> « *A-t-on besoin de réconcilier, par de nouvelles politiques de santé, tous les soignants (médecins des hôpitaux, guérisseurs bokônon, chrétiens célestes, évangélistes, exorcistes chrétiens, marabouts, phytothérapeutes, etc.) au chevet des malades, surtout pour les cas de complication du mal ?* ».

A cette question adressée à l'échantillon des illettrés à Abomey, Ouidah et Cotonou, la réponse a été presque totalement (97%) par oui. Pour l'échantillon des lettrés, elle a été presque moyennement (49%) par oui, quand bien même en leur sein se trouvaient des agents de santé en biomédecine, lesquels sont enclins à souvent soupçonner d'irrationalité ou d'obscurantisme les autres modèles de thérapie.

La raison généralement avancée pour postuler cette réconciliation aux fins de collaboration est le souci de tous d'« *obtenir coûte que coûte la guérison des malades* ». De plus, certains enquêtés estiment par précision que c'est « *parce qu'il y a trois différentes sortes de maladie : par envoûtement, par voie corporelle, par voie spirituelle* » tandis que d'autres soulignent que c'est « *pour mieux apprécier et pouvoir trouver un diagnostic consensuel* ». Voici quelques avis personnels dans l'échantillon :

> Selon le seul pharmacien d'Etat qui a pu être enquêté, cette collaboration est nécessaire « *pour le bien du malade, car quand on est malade, ne sachant pas l'origine du mal (organique, envoûtement…), il faut tenter toutes les médecines* ». Dans la même vision, l'animatrice de santé interrogée a écrit que « *cette réconciliation permettra une complémentarité des différentes médecines pour une satisfaction complète des malades* ». Et pendant ce temps, l'une des infirmières d'Etat a écrit, à ce sujet, que c'est « *pour traiter les dimensions spirituelles de la maladie et d'autres phénomènes qui échappent à la science* ». Enfin, une aide-soignante a soutenu que « *ce serait bien pour les populations* », pendant qu'une sage-femme d'Etat a reconnu que « *certaines maladies échappent aux médecins des hôpitaux* ».

En dehors de ces personnages issus du monde de la médecine moderne, parmi les autres lettrés tout court, la remarque a été faite que « *l'homme est un tout visible et invisible »* et que *« la synergie de ces différentes forces médicales conduira à un meilleur diagnostic* ». Presque tous les illettrés ont répondu globalement que la collaboration entre tous les modèles de soins en présence servirait à « *une couverture sanitaire plus ou moins totale et évaluable* ».

Comme conséquence immédiate, on a pu dénombrer que trente-deux (32) enquêtés lettrés sur trente-sept (37) et trente-sept (37) enquêtés illettrés sur trente-huit (38) ont répondu par l'affirmative à la question suivante qui est en relation logique avec celle du haut :

> « *Si la collaboration entre tous les soignants modernes, traditionnels ou confessionnels, etc., était réalisée correctement, l'Etat pourra-t-il mieux améliorer par là la couverture sanitaire du Bénin en prenant la santé et la maladie dans toutes leurs dimensions (organiques, spirituelles, sociales, cosmiques, existentielles) ?* ».

Seulement deux réponses par la négative ont prétexté :

> L'une, de ce que « *le développement de la médecine conventionnelle suffira pour couvrir la santé des populations* ». L'autre, de ce que la collaboration « *apportera plutôt des conflits et le malade ne sera pas bien traité et sera obligé de mélanger les traitements* ».

Et si cette opinion qui a émis des réserves sur la collaboration entre modèles de soins, souhaitée par les populations, se faisait véridique à l'expérience ? Voilà la question qui appelle un examen de la pertinence ou non du besoin de mise en synergie médicale des différents modèles de soins.

9.3. Examen de la pertinence du besoin de synergie médicale

Cet examen pourrait être facilité grâce à la catégorisation nosologique opérée par Jacques Boris Belle, tradithérapeute, botaniste et chercheur centrafricain, dans l'ouvrage collectif dirigé par le Professeur Antoine Yangni-Angaté (2004). Cette catégorisation, qui s'appuie sur les représentations qu'ont les peuples *bantou*, enseigne que **toutes les maladies dans le monde peuvent être catégorisées en trois grands groupes** :

> « ***Premier groupe*** *: Les maladies secondaires à des altérations anatomiques et physiologiques du corps humain. Ces maladies sont connues et soignées par la médecine moderne au même titre que la médecine traditionnelle.*
>
> ***Deuxième groupe*** *: Les maladies qui touchent la dimension immatérielle, invisible de tout être humain sur terre. Ce type de maladie est inconnu de la médecine moderne (…). La médecine traditionnelle traite ce genre de maladie qu'elle sait bien identifier. Il en existe plusieurs victimes et il faut bien leur trouver des traitements adaptés à leur état pathologique.*
>
> ***Troisième groupe*** *: Les maladies provoquées par les mauvais esprits, les diables, les âmes errantes des personnes décédées. La médecine moderne ignore totalement ce champ de maladies. Et pourtant, soyez-en assurés, ces maladies existent et perturbent des personnes qui deviennent malheureuses et désemparées* » (*In* : Yangni-Angaté, 2004 : 146-147).

Cette taxonomie invite encore une fois au croisement et à l'intégration des approches de soins, d'ailleurs complémentaires, comme cela a été montré dans les pages précédentes. *Fâ* semble avoir toujours favorisé ce croisement et cette intégration à la lumière de son style diagnostique. Car, parmi ses *vo* ou objets-hypothèses (Adjotin, 2011) et au cours de ses investigations divinatoires appelées *voniné* en langue *fon*, une attention est accordée aux autres espaces du champ préventif et thérapeutique qui ne relèveraient pas des compétences du géomancien tradithérapeute, c'est-à-dire du prêtre de *Fâ* ou *bokônon*. C'est ainsi, on le répète, qu'un objet-hypothèse (morceau d'un plat en porcelaine cassé, par exemple) est choisi par consentement ou convention entre le consultant et le géomancien pour désigner, **sans racisme**, l'espace de compétence de la médecine moderne, c'est-à-dire l'espace de « *la rationalité médicale du Blanc* ». Alors que la graine noire du faux acajou (*lissè-kwi*), en langue *fon*, pourrait servir à désigner l'espace de compétence des médecines endogènes, c'est-à-dire l'espace de « *la rationalité médicale du Noir* ». C'est ainsi qu'un autre objet-hypothèse (coquille d'escargot, par exemple) servirait à désigner un champ de compétence mixte, postulant l'intervention des modèles africains, chinois, indiens, européens, etc., de soins. Surtout lorsque le signe géomantique, qui est survenu, y souligne qu'il s'agit de toucher à tout (*alôô no numbi wu kpaaa*)[163]comme le disent les *Fon* et assimilés du Bénin.

[163] Littéralement traduit à nouveau : (*la main est sur tout sans distinction ou touche tous azimuts à tout*).

Demandons-nous dès lors si l'on saurait, dans ce cas d'espèce, « *toucher à tout* » sans croiser et intégrer plusieurs approches de soins. N'est-il pas heureux de constater que dans le système de *Fâ*, qui demeure en tête[164]des médecines traditionnelles au Bénin et ailleurs probablement, une telle humilité et une telle acceptation d'autres rationalités médicales existent ? Pourquoi, sur cette base, les décideurs de politiques sanitaires des Etats souverains ne contraindraient-ils pas les métropoles occidentales à instruire « *leur biomédecine* » pour pareille ouverture d'esprit et de collaboration, par complémentarité, avec les médecines endogènes ? Pourquoi les pays autrefois colonisés et devenus « *souverains/indépendants* », qui ont souscrit aussi, en 1978 à Alma-Ata, à la politique internationale des soins de santé primaires de l'OMS après avoir consenti à sa définition de la santé, ne se démarquent-ils pas de son usage réducteur en usant ainsi de leur « *droit à l'autodétermination* » médicale et pharmacologique ?

Anciennement colonisé par les Français en 1894, le Bénin, fort de son cas, aurait hâte de répondre à ces questions en se disant que c'est parce que « *la France n'a pas d'amis, elle n'a que des intérêts* ». D'autant que pour quelqu'un comme le Général Charles de Gaulle, auteur de cette déclaration, aucun pays occidental colonisateur ne commettrait la stupidité de faire, en coopération sanitaire, cette concession à l'autonomisation. Ce serait pure compromission pour ses intérêts, générés ici par le mercantilisme à plus-value de ses propres firmes pharmaceutiques. Aussi, aurait-on hâte de dire que cette promotion du bon sens, qui émanciperait les pays dominés jusqu'au secteur de la Santé, s'arrache de hautes luttes à partir d'une démarche de recherche de souveraineté véritable. La Chine en est un bel exemple. La prise de conscience et d'initiatives organisationnelles de ses dirigeants depuis le règne de Mao-Tsé-Toung[165] l'a libérée de l'emprise japonaise. Et cette libération véritable lui a ouvert la voie du développement socio-économique et de la souveraineté sanitaire sans laquelle elle n'aurait peut-être pas aujourd'hui une présence d'unités de médecines traditionnelles aux côtés de celles de la biomédecine dans ses Centres de santé.

La causalité des maladies ou malheurs à identifier, à prévenir et à soigner pour faire atteindre aux êtres humains une santé existentielle est souvent trop complexe. Cela à un point tel que le système biomédical de domination étrangère commettrait une sorte de crime contre l'humanité, du fond de son réductionnisme problématique, à ne pas s'associer légalement, la

[164] Une étude socio-épidémiologique menée au Bénin par l'Organisation non gouvernementale (ONG) PROMETRA-BENIN révèle que : « *Pour diagnostiquer les cas de maladie, 62,9% des enquêtés procèdent par examen physique et 30,7% utilisent le Fâ* » : cf. *La Gazette du Golfe* N° 1418 du 1er au 07 Juillet 2013, p. 8.

[165] Né en 1893, il est mort en 1976.

main dans la main, à la systémique ontomédicale, sociomédicale et cosmomédicale qui caractérise les systèmes de médecine populaire à l'instar de *Fâ*. Comme le nonagénaire Dansi Koguê Kingbè l'a souligné avec force à Abomey lors des entretiens de recherche :

> « *Pour toute maladie, Fâ devrait être consulté afin que les malades réels ou potentiels évitent d'être victimes de stupides errements qui finissent par leur être fatals* ».

En effet, autant *Fâ* recommande mordicus des malades aux médecins des hôpitaux, autant il lui arrive de déconseiller absolument qu'ils aillent vers eux lorsqu'à l'aide de ses objets-hypothèses, le dévolu divinatoire est jeté sur une autre solution. **A le suivre de très près en ce qui concerne sa fonction divinatoire, sa fonction préventive et sa fonction curative, l'on n'aurait pas tort de dire que *Fâ* est un lieu d'opérationnalisation du concept de la « *pensée complexe* » d'Edgar Morin**.

Certains enquêtés ont rapporté des cas où le bistouri du chirurgien, en « *profanant* » une tumeur, un abcès, une grossesse extra-utérine par exemple, rendait difficile la réussite des interventions appropriées de tradithérapeutes. D'autres ont rapporté des cas où sérum glucosé perfusé et sang transfusé « *se vident de leur principe actif curatif* » avant d'entrer dans les veines et veinules des patients. Au sujet des complexités étiologiques, l'on se rappellerait aussi les révélations professionnelles de feu Henri-Valère Kiniffo, médecin-chirurgien de renom, qui trouva des pelotes de fil à tresser, des tessons de bouteille et autres objets bizarres dans le corps de patients opérés : (revoir **Planche N° 3** ainsi que le texte de ses révélations au Chapitre 2, sous-chapitre 2.2). A l'analyse de ses révélations sur ces objets bizarres, l'on verrait que seuls les tradithérapeutes parviendraient à les extraire facilement de ce corps, sans bistouri et sans risques secondaires, par des « *passes magnétiques* »[166].

Il s'agit-là d'un accent mis par un scientifique, universitaire de haut niveau, professeur agrégé de chirurgie qui plus est, sur des évidences existantes au Bénin, en Afrique et diaspora.

Ce même accent vient d'être mis à nouveau sur l'insolite. C'est dans un autre livre, publié en 2014 et qui rapporte de Jérôme Carlos, littéraire de haut niveau (historien, journaliste et écrivain), ce qui suit :

[166] Selon Marie-Christine POUCHELLE (1978 : 122), la **passe magnétique** est une opération où le thérapeute utilise **l'énergie de son aura** en forme pour corriger ce qui est endommagé dans l'aura de son patient. « *En même temps qu'il voit l'aura, le magnétiseur délimite son étendue et sa qualité en approchant ses mains ouvertes du corps dont il s'occupe, mais sans le toucher* ». A ce moment, « *branché sur le patient et ne formant en quelque sorte plus qu'un seul corps avec lui (…), il utilise sa propre énergie pour restaurer l'autre endommagée* ». Et à l'auteur de poursuivre en soulignant que « *ce que les passes magnétiques rétablissent c'est donc également un certain rapport au monde, une intégration harmonieuse dans l'univers social et cosmique* ».

> « *… N'était pas sorcier qui voulait et la sorcellerie était une mission confiée à une élite, à une poignée de sages ou de gens jugés tels. Ces gens ont mené leur mission avec de véritables pouvoirs, ils manipulaient des choses hautement dangereuses. (…). La sorcellerie s'est donc retrouvée aux mains de n'importe qui. C'est ça qui a poussé les gens à parler de 'béninoiserie'. Vous êtes chef d'une administration, le planton peut vous menacer et passer effectivement à l'acte. On voit des gens qui sont paralysés par ici ; d'autres foudroyés par un empoisonnement, par là. Les gens deviennent gratuitement méchants. La méchanceté, la sournoiserie, la jalousie sont des sentiments réels qui habitent l'immense majorité de nos compatriotes à cause de la pagaille qu'ont engendrée d'abord l'esclavage, puis la colonisation dans nos sociétés…* » (*In* : Dovènon, 2014 : 81-82).

Fort de ces éléments d'appréciation complémentaires, il y a vraiment nécessité de croiser et d'intégrer toutes les approches de soins pour une grande assurance-qualité de la couverture sanitaire au Bénin, en Afrique et dans le monde entier. Car ce serait à ce prix que l'humanité entière éviterait de perdre sur le plan médical, pour atteindre « *la santé pour tous* » ou l'« *état de complet bien-être physique, mental et social* » pour tous. D'autant qu'il y a deux manières de se perdre, révélées par Aimé Césaire, et qu'il conviendrait de faire éviter à cette humanité-là : il s'agit de la perte de soi « *par ségrégation murée dans le particulier ou par dilution dans 'l'universel'* »[167].

Aussi, ni approche systémique de soins dans *Fâ* et les médecines traditionnelles ni approche biologique ou réductionniste de soins dans la médecine moderne n'ont-elles à s'enfermer de façon absolue chacune sur soi, ou à s'aliéner sous le joug de l'autre. Il s'agira d'apporter sa part de savoir, savoir-faire et savoir-être, dans une sorte de **commission polytechnique médicale**, pour soigner tout ce qui est considéré comme maladie dans une civilisation ou dans une autre sur la planète terre. Pour soigner en synergie et sans conflit !

9.4. Eléments conflictuels préjudiciables à la synergie médicale

Des enquêtes ont montré que sur le terrain des maladies organiques et des maladies non organiques au Bénin, les différentes rationalités médicales en présence ne s'entendent pas (Adjotin, 1996), du moins, officiellement. A l'évidence, la médecine scientifique, utilisée par les colonisateurs français, allemands, portugais, anglais, espagnols, italiens et consorts comme outil, entre autres, de domination idéologique, économique, culturelle et politique sur les pays conquis, est devenue véritablement la seule officielle et légale. Son entrée en conflits, à cause de cela, avec le corpus des médecines endogènes existant avant et après son arrivée, n'a

[167] Cf. Aimé CESAIRE, *Lettre à Maurice Thorez*, Ed. Présence africaine, Paris, 1956, 15 p. L'idée à prendre à CESAIRE est celle de la conjugaison nécessaire, sans racisme, de toutes les rationalités, qu'elles soient des traditions ou de la modernité ; de l'homme blanc ou de l'homme noir, etc.

jamais manqué de semer un désarroi au sein des populations qui sont les cibles des politiques publiques de santé.

Il n'est pas rare, même de nos jours, de voir des médecins africains, acquis à la rationalité de l'Occident, chasser des tradithérapeutes et autres soignants populaires du chevet des patients, y interdire les scarifications occultes, les poudres anti-sorcières à laper, les talismans à porter ainsi que la consommation complémentaire de tisanes ou de produits non prescrits par eux. Le mélange risquerait d'être fatal ou mortel, prétextent-ils verbalement parfois. Nonobstant, un entêtement de certains patients et de leurs gardes s'observe dans une certaine clandestinité. Au même moment, d'autres soignants[168]biomédicaux, quant à eux, tolèrent toute démarche thérapeutique parallèle à la leur en ne réagissant pas contre de telles pratiques persistantes qui traduisent une insatisfaction de clientèle. En 2008, une observation participante, au Centre Hospitalier Départemental (CHD) du Zou-Collines à Goho-Abomey, a permis de faire ce constat-là au chevet de *fofo*[169]Gilbert.

En général, **les patients sont souvent traumatisés dans ce climat de rejet de la collaboration, même informelle, entre rationalité médicale exogène et rationalité médicale endogène**. Certes, la raison évoquée par les biomédecins ne manque pas de pertinence. Ils ne veulent ni de contre-effets médicamenteux, ni d'« *encombrement obscurantiste* », ni d'« *intoxication* » ou « *blocage des reins* » de leurs patients par des produits sans posologie scientifique, sans formules de composition indiquées, etc. Il semble qu'aucune évaluation, quantitative et qualitative, des avantages et inconvénients de ce rejet n'existe encore. Mais, ce ne serait pas importun, à cet effet, de révéler ici que **certains patients meurent à cause du manque de collaboration entre soignants pour une véritable synergie de l'action médicale**. Et il ne pouvait en être autrement d'autant que ce sont les herbes qui meurent à chaque fois que deux éléphants se battent dans la jungle.

A ces conflits de nature à la fois conceptuelle, technique, idéologique, politique, économique et culturelle entre deux rationalités qui, au lieu de voir leur complémentarité, ne voient que

[168] Le 27 novembre 2014, au cours du dernier Point de Thèse qui a été fait devant les encadreurs et le promoteur, l'un d'eux, le Professeur Dismand HOUINATO, Agrégé de Neurologie, Médecin au Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU/HKM) de Cotonou, a reconnu qu'il y a du syncrétisme persistant dans ce Centre. De sorte que, a-t-il souligné, même les médecins se taisent lorsqu'ils voient des pratiques occultes chez les patients ou leurs accompagnants. Mais se taire sur ce syncrétisme n'est pas la règle, c'est plutôt l'exception dans la plupart des cas.

[169] Mot utilisé chez les *Fon* du Bénin pour désigner un grand-frère.

leur contrariété, s'ajoutent les défaillances de l'accueil des patients en milieu hospitalier[170], les difficultés financières ou géographiques d'accès de ces derniers aux soins modernes. D'autres résultats de recherches commanditées par la Direction du Développement et de la Coopération (DDC) suisse, section médicale[171]au Bénin, de 1997 à 2000, corroborent suffisamment ces difficultés des populations à satisfaire leurs besoins sanitaires.

Le déficit de satisfaction des malades dans les hôpitaux, c'est-à-dire en médecine moderne, ne manque pas d'être de plus en plus[172]décrié. Par exemple, comme pour répondre en écho au livre intitulé *La fabrique des malades* de Sauveur Boukris, paru en 2013, un ancien malade du nom d'Aubin Towanou a publié en 2014 : *Quand la médecine tue impunément*. En plus des tares relevées dans les hôpitaux (carence de l'accueil, coût inaccessible des soins, etc.), **Aubin Towanou** (2014 : 22-23) a dénoncé, dans ce livre, l'incompétence de certains praticiens et même une certaine impuissance de la rationalité scientifique des hôpitaux, jusqu'à proposer l'impensable comme **solution de réglage des rapports de forces entre sorcellerie et médecine moderne** :

> « *Lorsqu'un médecin fait une erreur médicale au Bénin, il évoque le fait que le patient a été envoûté, c'est-à-dire victime de la sorcellerie. Si c'était si facile pour le sorcier d'arracher un sujet au contrôle rationnel du médecin, qu'attend-on alors pour 'donner la sorcellerie' à tous les médecins formés dans les facultés de sciences de la santé des universités béninoises ? Et pourquoi pas ailleurs en Afrique où les mêmes causes produisent les mêmes effets ? Cette approche n'est pas imaginée ici seulement pour le médecin au sens occidental … Le tradipraticien qui ignore cette réalité est exposé au même revers à mon sens. Puisqu'il s'agit-là, d'une réalité endogène qui devrait faire partie intégrante de la formation… Mais comme on a choisi et on continue à former des hommes adaptés à des réalités occidentales pour servir ici en Afrique, nous avons encore plusieurs décennies d'errance devant nous en matière de santé et aussi dans beaucoup d'autres domaines* ».

[170] Pierre ADJOTIN, *La qualité des soins à Cana* (document de recherche-action à usage interne au Programme Médico-Sanitaire Bénino-Suisse : PMSBS). Ce document réalisé en consultance a fait l'objet d'une Communication scientifique aux *Septièmes Journées des Sciences de la Santé* à Bobo-Dioulasso au Burkina-Faso en 1988 et dont les Actes ont été publiés sous le même titre.

[171] Voir, dans les archives de la Coopération sanitaire helvétique au Bénin, l'étude intitulée : *L'offre de soins dans le secteur privé à Parakou*, 1997. Cf. également l'étude intitulée : *Eléments de monographie et d'approche genre/développement à Kpakpa-Agbagoulè (Bénin) autour d'une requête d'appui dans le domaine de la santé*, 1999. Ce dernier Rapport de mission interne au Programme Médico-Sanitaire Bénino-Suisse (PMSBS) a été exploité dans un article de Patrick DAUBY, « *Réflexion critique sur une démarche de recherche-action avec des groupements féminins au Bénin* », *in* : *Tant qu'on a la santé*, (ouvrage collectif), 272 p., en PDF sur internet.

[172] Il suffirait d'aller au Centre National Hospitalier Universitaire de Cotonou ou au Centre Hospitalier Départemental du Zou-Collines par exemple, pour écouter les plaintes des usagers et leur ras-le-bol contre le mauvais accueil, les faux frais, les rackets, les détournements de patients vers les Cliniques privées, la surmédicalisation, les traitements inhumains vis-à-vis des patients, le déficit d'assainissement des unités de soins, la condescendance affichée par certains spécialistes des soins biomédicaux, etc.

Voilà exprimé tout haut, sous la plume de ce journaliste béninois, éprouvé par un accident mal géré à l'hôpital, un point de vue troublant pour le moins, mais issu de ses souffrances mortelles dues à l'incompétence d'un chirurgien en médecine moderne, mis sous anonymat. L'accidenté déçu justifia son point de vue en décrivant ainsi, par la suite, ses douleurs :

> « *… C'est en ce moment-là que je sens les coups de marteau que le chirurgien assène au clou introduit, dans mon fémur fracturé, à partir de la hanche, plus précisément sur la tête de l'os. La douleur est si intense que je lance 'j'ai mal ! Je sens les coups de marteau… '. Alors, le staff médical prend la décision de m'endormir. Anesthésie générale. (…) Plusieurs jours plus tard, je me rends compte qu'au lieu d'un enclouage, j'ai eu plutôt droit à un émiettement d'une bonne partie du fémur. C'est en tout cas ce que révélera la radio de contrôle effectuée une semaine plus tard…* »
>
> (Towanou, 2014 : 34-35).

Cette plainte pourrait être celle de centaines ou peut-être de milliers d'usagers des hôpitaux modernes qui, contrairement à ce journaliste, sont restés des sans-voix et des sans-écrits, mais qui ne se font point prier pour recourir à la tradithérapie. Du coup, l'on pourrait se demander si la finalité de la médecine humaine demeure d'assurer à l'être humain « *un état de complet bien-être physique, mental et social* » qui ne soit pas seulement « *absence de maladie ou d'infirmité* » comme l'OMS le stipule. Si oui, comment se justifieraient ces manquements déontologiques graves de soignants modernes à l'égard de leurs patients ? Comment se justifierait aussi cette intolérance qu'affichent certains praticiens des hôpitaux à l'égard des tradithérapeutes ?

Tout le monde sait que la rencontre historique entre civilisation occidentale et civilisation africaine, asiatique ou latino-américaine est porteuse de métamorphoses socioculturelles dans les pays conquis. Et que ces métamorphoses portent le sceau d'une hybridité culturelle qui ne manque pas d'avoir un impact sur les options d'itinéraires thérapeutiques. En partant d'un tel vécu, les malades organiques vont souvent de l'hypothèse que si la « *médecine du Blanc* » ne les guérissait pas, la « *médecine du Noir* » les guérirait et vice-versa ou, à défaut, les deux ensemble. Les mal-portants non organiques, qui vivent des malheurs existentiels considérés dans la culture endogène comme maladies, se disent en revanche, sans ambages, que c'est la « *médecine du Noir* » qui les sauverait.

En Chine, en Inde et dans les pays d'Amérique Latine dont les médecines populaires (Valdez, 1993) sont dans la même rationalité que les médecines endogènes de l'Afrique, les malaises existentiels et maladies organiques bizarres, c'est-à-dire non scientifiquement compréhensibles ou explicables, ne seraient référés qu'aux tradithérapeutes. Le constat est

que portées et limites des deux types de médecine en présence font souvent, à la lumière des trajectoires thérapeutiques, l'objet d'une évaluation empirique concluante par les populations. Ce qui les pousse souvent aussi à prendre, de part et d'autre, rien que les portées pour les additionner au titre de la finalité médicale qu'est l'état de bien-être existentiel. Alors les questions suivantes doivent être posées :

- Et puisque cette addition salutaire des portées médicales pêchées dans les rationalités médicales en conflits se fait légitime dans la pratique sociale des populations, pourquoi ne pas l'organiser en complémentarité, de façon légale, dans une sorte d'unification des rationalités précédemment divisées ?
- Pourquoi les Etats qui ont proclamé leur « indépendance » vis-à-vis de l'Occident, comme le Bénin le 1er août 1960, hésitent-ils encore à marquer leur souveraineté politique médicale pour entrer dans une stratégie et dynamique nouvelles de développement du secteur de la Santé ?

A cet effet, c'est à juste titre qu'**Adrien Hounsa**, l'un des préfaciers du livre d'Aubin Towanou cité précédemment, est allé **de l'historicité des modèles de soins à la perspective de leur mise en collaboration pour une synergie de l'action médicale à partir du Bénin** :

> « *La médecine moderne, dans sa superstructure actuelle, est une médecine d'importation venue de l'Europe. Elle nous est parvenue au moment de la colonisation. Les maladies dites des grandes endémies décimaient la population. Ces grandes endémies : variole, pian, charbon, etc. ne distinguaient pas le colonisateur du colonisé. Il fallait protéger à la fois la vie des Blancs colonisateurs et les Indigènes. Ailleurs, surtout en Asie, les deux types de médecine ont cohabité. Depuis la nuit des temps, notre système sanitaire tarde à reconnaître la complémentarité indispensable de notre médecine avec celle des Blancs, malgré le décret 86-69 du 3 mars 1986 qui demande cette collaboratio*n » (*In* : Towanou, 2014 : 12).

En effet, la fracture du fémur d'Aubin Towanou[173], dont les suites fâcheuses en milieu hospitalier ont été exposées dans son livre cité supra, n'aurait pas fait couler tant de sang, de temps, d'argent, de déception et d'encre si un regard solliciteur était très tôt jeté du côté des tradithérapeutes spécialisés en réduction de fratures d'os. Car, du Nord au Sud de leur pays, les Béninois connaissent l'efficacité et même l'efficience des interventions de ces réducteurs traditionnels de fracture. Il semble que ces traumatologues-orthopédistes traditionnels vivent dans tous les quartiers « *Zongo* » ou « *musulmans* » de l'Afrique en général. Au Bénin, des régions sont identifiées dans ce sens. Il s'agit de Pira au Nord-Ouest, de Dassa-Zoumè au Centre. Non loin d'Abomey, à Tindji, comme les informateurs l'ont révélé, la famille Alinhlénon se serait professionnalisée dans ce traitement des os cassés. *Idem* de la famille Alladakpè à Bohicon.

[173] Il convient de préciser maintenant que c'est un grand intellectuel qui fut même Directeur de publication du Quotidien béninois indépendant *Le Matinal*, paraissant à Cotonou.

De sources bien informées auxquelles s'ajoutent quelques observations participantes, le mode opératoire du traitement consiste à utiliser : de petits bois spéciaux coupés en forêt pour faire le garrot en cas de complication ; du coton non traité en industrie ; des feuilles de bananier. Il y a également les feuilles de l'arbre à soie ou pomme de Sodome (*calotropis procera*) en latin, (*kpinto*) chez les *Fon* et les *Waci* du Bénin. Il y a enfin du beurre de karité ; du poussin, du poulet, une poule ou un coq selon l'âge et le sexe de l'individu qui a une fracture de son os. Ce mode opératoire appelé *tchakaloké*[174], en langue *idatcha/nago* du Bénin, ne serait pas sans mysticisme puisqu'il est fait aussi d'incantations occultes qui se prononcent avant le lever du soleil par le tradithérapeute. Ce dernier brise ensuite l'os de l'oiseau domestique au même endroit où l'os humain est fracturé, poursuit le traitement en laissant la volaille s'en aller clopin-clopant. Le résultat s'évalue en « *bon* » lorsqu'au même moment où cette volaille commence à recouvrer la santé de son os cassé, le patient humain commence aussi à recouvrer la santé de son os fracturé. Il s'évalue en « *mauvais* » lorsque c'est le contraire. Mais d'aucuns rapportent que souvent, la consultation de *Fâ* se mène en coulisses, par les meilleurs réducteurs traditionnels de fracture, aux fins de déblayer le terrain en isolant l'opération de toute intrusion de mauvais Esprits ou sorciers.

Un dernier exemple serait peut-être utile pour parler à suffisance des conflits entre la médecine moderne et les autres modèles de soins. Le voici : sur six mois, entre 1997 et 1998, une recherche-action a été menée pour le Programme Médico-Sanitaire Bénino-Suisse (PMSBS), suite au conflit professionnel opposant une matrone du nom de Nan et les sages-femmes de la Maternité de l'Arrondissement de Cana dans la Commune de Zogbodomey. Cette recherche-action visait une évaluation de la qualité des soins de part et d'autre. Aux résultats, la qualité des soins de la matrone était faite de beaucoup d'humanité et d'adaptation socioculturelle par rapport à celle de la Maternité. Nan, en effet, avait l'art de bien accueillir les parturientes, de les déstresser, de réduire les mauvais écarts qui pourraient être dommageables entre elle et ses clientes. Puis, lorsque surgit une complication pour la délivrance, elle disposait, dit-on, d'herbes appropriées et d'une chatte « *mystique* » qu'elle faisait promener sur le « *ventre* », c'est-à-dire sur l'utérus à accoucher, en vue de désenvoûter sa cliente. Ces pratiques-là lui auraient toujours marché et c'est ce qui expliquerait le meilleur taux de fréquentation que connaissait son Unité Villageoise de Santé (UVS) par rapport à la Maternité. Pendant que les sages-femmes, qui la jalousaient, l'accusaient parfois de

[174] Le mot serait d'origine *idatcha*, nom de la langue et des populations natives de Dassa-Zoumè au Centre du Bénin, assimilées aux *Nago*. *Tchakaloké* signifie littéralement « *mélanger/attacher jusqu'en haut* ».

sorcellerie, les populations raffolaient de ses prestations de matrone. Ces résultats de la recherche-action ont servi à réformer les prestations de la Maternité et à établir un pont entre la thérapie moderne et la thérapie traditionnelle, car la Coopération helvétique a décidé, à l'époque, de reconstruire, en matériaux définitifs, les locaux de l'Unité Villageoise de Santé (UVS) qu'animait cette matrone. Cela fut fait en complément des immeubles modernes qu'elle avait offerts à la Maternité de Cana.

Tout ce qui vient d'être dit renforcerait la validité de l'assertion du philosophe Blaise Pascal qui clamait « *Vérité en deçà des Pyrénées, erreur au-delà* ». Il y a lieu de relativiser les croyances à l'aune des réalités spécifiques, de les concilier ou réconcilier pour en exploiter la somme des portées intrinsèques. Aussi, cette pensée pascalienne est-elle valable dans le présent contexte de la santé et de la maladie.

Chapitre 10 : Les leçons de faisabilité pour la collaboration entre les médecines

Les faits que tente d'élucider la science échappent parfois à ses compétences actuelles et exigent d'elle, du coup, une certaine humilité. D'où le besoin de tirer, des réalités vécues, certaines leçons sur lesquelles reposerait toute intention de faire collaborer la médecine moderne avec les médecines différentes d'elle.

10.1. Première leçon

- La **première leçon** concerne la prise en compte des limites de la science biomédicale et non seulement la prise en compte de sa portée indéniable :

En effet, la science médicale moderne survalorisée, comme déjà vu, par les pouvoirs publics nationaux et internationaux actuels, a besoin d'humilité et d'ouverture aux autres modes de connaissance thérapeutique. Elle ne doit pas préjuger de leur obscurantisme, primitivité, ésotérisme, irrationalité ou fétichisme. Car ces « *vices-là* » pourraient être, de la part de ces modes de connaissance-là, des mécanismes pour résister à la concurrence déloyale d'autres modes de connaissance. Si Descartes (1637) a nourri le rêve scientifique et technologique de faire de nous autres, êtres humains, des « *maîtres et possesseurs de la nature (…), principalement aussi pour la conservation de la santé* », c'est qu'il croyait à la puissance de la modélisation mathématique à son époque que fut le XVIIème siècle. Dans ce rêve, en devenant maîtres et possesseurs de la nature, les êtres humains soumettraient totalement cette nature à leur intelligence ou génie créateur pour rendre intelligible tout l'existant, ne rien laisser invisible, obscur et irrationnel sur le chemin de la science. Aussi, aucune médecine ne devrait-elle échapper à cette modélisation mathématique. C'est elle qui lui conférerait une véritable scientificité en termes de précision des mesures, d'universalité de l'expérimentation, de vérifiabilité des hypothèses, d'objectivité des méthodes, etc., sans lesquelles elle n'aurait de résultats probants.

Mais voilà que les médecines traditionnelles échappent à cette modélisation contrairement à la biomédecine introduite et promue dans le monde entier par l'Occident. De là, doit-on décider que ces médecines traditionnelles ne soient jamais prises officiellement en considération tant qu'elles n'auront pas rempli ce critère qui leur conférerait scientificité ? Ne voit-on pas, par ailleurs, que cette modélisation mathématique, portée par la science et la technologie modernes, s'utilise parfois comme arme de domination (Rose et al., 1977) des uns sur les autres dans le monde ? Ne voit-on pas qu'elle a des limites de maîtrise de la nature, la nature

humaine notamment, malgré ses avancées fulgurantes ? Qu'elle trempe parfois dans l'injustice ?

La preuve en est que, face à la complexité des concepts de « *santé* » et de « *maladie* », cette science moderne, à travers la biomédecine, tend à frapper d'ostracisme les thérapies traditionnelles. Elle les traite d'irrationnelles quand bien même elle ne parvient pas, à elle seule, à maîtriser les réalités visibles et invisibles de la nature humaine, laquelle est complexifiée par une diversité d'environnement physique, de niveau de vie, de culture et de civilisation. Une telle situation devrait suffire à imposer à la biomédecine de se relativiser, c'est-à-dire de reconnaître, en dépit de sa portée incontestable, ses limites évidentes. C'est à ce prix d'humilité qu'elle s'ouvrirait en collaboration avec les autres médecines, dites non scientifiques, dans le but de **faire bénéficier à l'humanité tout entière l'utile synergie de l'action médicale**. En effet, comme l'a souligné Robin Horton,

> « *Aujourd'hui, avec les limites des théories bactériologiques de la maladie, devenues de plus en plus claires, les scientifiques de la médecine occidentale eux-mêmes commencent à être plus sensibles qu'autrefois aux déterminants sociaux et psychologiques des maladies soi-disant 'physiques' et à entrevoir la pertinence des facteurs signalés par les devins traditionnels, dans leurs préoccupations d'établir des diagnostics* »
>
> (Horton, 1990 : 48).

Tant mieux ! Mais au Bénin, la pertinence de ces facteurs maîtrisés par la tradithérapie a encore du mal à être perçue aussi bien par les soignants des hôpitaux que par les décideurs politiques.

10.2. Deuxième leçon

- La **deuxième leçon** concerne la prise en compte de la portée de *Fâ*, des médecines traditionnelles et confessionnelles et non pas seulement la prise en compte de leurs limites indéniables :

Comme Horton vient de le dire, ces « *facteurs signalés par les devins traditionnels* », surtout par les *bokônon* ou prêtres de *Fâ*, ont très souvent convaincu les malades que la tradithérapie a une portée évidente là où la médecine moderne présente des limites. Le nonagénaire géomancien Dansi Koguè Kingbè en consentant, le 24 mars 2013, à d'importants entretiens dans sa maison de Wémè, village d'Agbokpa à Abomey, a souligné avec force un conseil à tout malade dans notre société et culture. Ce conseil est le suivant : « *Avant d'aller pour tout diagnostic et soin de santé à l'hôpital, il faut passer par Fâ qui est le maître des diagnostics relatifs aux causalités et aux traitements de l'invisible ou du visible à l'œil nu* ». D'après lui, les *bokônon* ont plus de capacité d'éclairage que les autres thérapeutes sur les causes des

maladies ou malheurs. Mais cette conviction ne l'a pas empêché de clamer la complémentarité des autres approches de soin à l'égard de l'approche présente dans *Fâ*.

Cette plus grande capacité d'éclairage, attribuée aux *bokônon*, est vraisemblable. D'autant que, de tous les tradithérapeutes, ce sont les praticiens de *Fâ* seuls qui, au Sud et au Centre du Bénin, paraissent recevoir quotidiennement le plus grand nombre d'usagers ou de clients. Parfois, le volume des fréquentations journalières de la clientèle les met sous haute pression. Le *bokônon* **Dansi Koguè Kingbè**, en compagnie de son fils Alphonse Dossé qu'il a initié au métier de géomancien, révéla ceci pour souligner **le cas de *Fâ* et sa propre opinion sur la mise en collaboration officielle de la tradithérapie** :

> « *Je reçois en moyenne dix-sept (17) clients par jour. Le minimum reçu est toujours dix (10) au quotidien. Un jour, on a découpé quarante (40) cartons*[175]*pour y recueillir les signes géomantiques de Fâ que chaque consultant vient trouver chez moi. Trente trois (33) ont été consommés ; ce qui signifie que j'ai pu satisfaire ces trente trois (33). Or, pour chacun des consultants, je prends environ dix (10) minutes pour les explications des signes géomantiques de Fâ et vingt (20) minutes pour chaque conjuration de mauvais sort ou fabrication des remèdes liés à ces signes. Ce jour de grande affluence des usagers, je n'ai vraiment pas mangé ; je n'ai pu avaler à la hâte qu'un délayé de boule d'akassa* ».

Et de poursuivre, pour expliquer ce qui fait l'ampleur du travail assigné au praticien de *Fâ* :

> « *Le champ de ce qui est appelé 'maladie' dans les représentations de l'homme noir est très vaste. Il dépasse de loin le corps et l'esprit organiques. On est dans un champ ontologique où l'être est soigné ; sociologique où les facteurs de son milieu social et culturel qui l'influencent négativement sont neutralisés ; cosmologique où les forces invisibles de l'univers qui déterminent aux quatre points cardinaux la santé de cet être, en interrelation, sont courtisées si elles lui sont favorables ou repoussées si elles lui sont défavorables.*
>
> *Si j'étais l'Etat,* conclut-il avec un désespoir qui se lit dans son ton et regard, *j'allais faire collaborer, dans des unités mitoyennes, médecine moderne et médecines traditionnelles au profit de nos patients, car la médecine moderne dispose, en revanche, d'outils et de produits hautement sophistiqués dans le domaine de la santé somatique et psychique* »[176].

Il fut le premier à proposer un schéma, en dehors, mais en harmonie avec celui des focus groups, où l'idée d'un dispositif de collaboration entre toutes les médecines a été soutenue. Nous verrons, au onzième et dernier Chapitre de cette recherche, le schéma de ce dispositif souhaité par lui et ces enquêtés des focus groups.

---

[175] Avant la prolifération du papier et du carton, les géomanciens comme lui utilisaient des morceaux triangulaires de calebasse pour y inscrire les signes de *Fâ*.

[176] Déclaration recueillie en langue *fon* du Bénin et traduite simultanément en langue française, par moi, au cours d'entretiens de type participatif avec le *bokônon* Dansi Koguè KINGBE.

10.3. Troisième leçon

- La **troisième leçon** concerne les attentes des populations par rapport au système de santé qui leur donnerait satisfaction grâce à la mise en œuvre de nouvelles réformes sanitaires.

Ces attentes sont au nombre de deux et les populations les ont nettement exprimées à la lumière des résultats d'enquêtes menées en leur sein à Abomey, Ouidah et Cotonou. Il est à supposer qu'elles sont identiques à celles de toutes les populations d'ici et d'ailleurs qui seraient confrontées aux mêmes réalités précédemment évoquées.

La première : **Attente de dispositions médicales officiellement mixtes, non hégémoniques et non mercantilistes, en vue de la « *santé pour tous* »**

Depuis la Déclaration d'Alma-Ata en 1978 concernant les soins de santé primaires, les médecines traditionnelles, qui sont dites aussi parallèles, alternatives, complémentaires, non conventionnelles ou populaires, étaient invitées par l'OMS à apporter leurs contributions à la réalisation de l'**objectif prioritaire** « ***Santé pour tous en l'an 2000*** ». Cet objectif, comme tout le monde le remarquerait, n'a pu être atteint jusqu'à ce jour. Selon Tarimo et Creese (1991), Responsables de la Division du Renforcement des Services de Santé à l'OMS, les difficultés rencontrées dans la réalisation de cet objectif sont de plusieurs ordres, dont :

- « *Le caractère insatisfaisant des programmes de soins de santé existants* » ;
- « *Le déficit budgétaire pour la promotion de la santé* » ;
- « *Le service de la dette extrême* » de beaucoup de pays ;
- « *La détérioration des échanges, l'impasse dans le dialogue Nord-Sud* » ;
- « *Les politiques d'ajustement économique et une médiocre gestion de l'économie en général* » ;
- « *Une rapide croissance démographique* ».

Malgré ces difficultés handicapantes pour l'atteinte de ce grand objectif prioritaire, ajoutent les deux auteurs cités, « *la locomotive va de l'avant* », selon « *la conclusion générale d'une réunion organisée par l'OMS à Riga (URSS), en mars 1998, sur le thème : 'A mi-chemin entre Alma-Ata et l'an 2000'* ». Mais cette locomotive a laissé à la traîne deux continents, ont-ils souligné : « *L'Afrique et l'Asie du Sud n'avancent pas comme le reste du monde* » (Tarimo et Creese, 1991). Par exemple le Bénin, comme cela a été montré déjà, se trouve loin de couvrir ses besoins en tradithérapeutes et en médecins à l'aune de sa croissance démographique. Et son économie est massivement extravertie au profit de la biomédecine ou

au détriment de la tradithérapie. Dès lors, demandons-nous ce qui en est de la culture dans lesdits programmes.

De toutes les difficultés ci-dessus répertoriées par Tarimo et Creese, celle qui cadrerait bien avec la présente Thèse est « *le caractère insatisfaisant des programmes de soins de santé existants* ». A bien étudier la situation en Afrique et en Asie du Sud, puis probablement en Amérique Latine, une insuffisance ou une absence de prise en compte de la socio-culture de ces continents, dans la promotion de la santé des populations, ne manquerait pas d'être préjudiciable à l'atteinte dudit objectif prioritaire. Est-ce qu'en conséquence, les programmes de soins de santé existants s'étaient mis à valoriser en profondeur l'apport des médecines populaires de l'Afrique, de l'Asie du Sud et de l'Amérique Latine ? Est-ce que les acteurs de ces médecines populaires ont été organisés par les pouvoirs publics de ces continents, de manière à leur faire apporter leurs contributions cognitives et techniques à l'atteinte dudit objectif prioritaire ?

Ces questions se révèleraient pertinentes si les faiseurs de programmes de soins de santé parvenaient à comprendre qu'

> « *On ne soigne pas n'importe qui n'importe comment. Si le médecin est étranger au pays, à la culture, ou simplement au langage propre au patient, il risque de faire plus de mal que de bien* »
>
> (Dournes, 1987 : 66).

Elles obtiendraient également des réponses responsables s'ils se les posaient sous forme de devoirs à accomplir, de manière qu'en amont de l'action médicale, fussent conçus des programmes portés par d'idoines stratégies sous-tendant tout système national, continental puis mondial de santé. De ce point de vue, le développement de la santé des pays du Sud ne devrait être ni une œuvre à l'aveuglette ni une œuvre mimétique. Encore moins, il ne devrait se laisser victimiser par la logique hégémonique et mercantiliste des pays du Nord qui est de nature à transformer l'action sanitaire mondiale en un fonds de commerce inégal.

Surtout, les décideurs de politiques de santé des pays en développement devraient se battre pour l'autosuffisance sanitaire au moyen des potentialités endogènes. Il suffirait qu'ils aient à l'esprit les réalités socioculturelles de leurs populations, le bas niveau du pouvoir d'achat de ces populations. Il suffirait qu'ils n'oublient pas aussi la philosophie mercantiliste des firmes pharmaceutiques des métropoles du Nord attachées à la biomédecine et toutes les ramifications feutrées de reconquête coloniale émanant de ces métropoles. En un mot, il

suffirait qu'ils soient animés de bon sens pour que des programmes d'identification des tradithérapeutes, de leur formation, de leur motivation et mise en relation de partenariat avec les médecins des hôpitaux et les chercheurs du secteur de la Santé voient le jour. Comme cela aurait dû l'être depuis « *l'accession* » des pays colonisés « *à la souveraineté nationale* » !

Sans une telle relation de partenariat, comment pourrait-on parvenir à mettre tous les acteurs de la santé en collaboration pour une véritable synergie de l'action médicale qu'attendent les communautés à la base ? Autrement dit, si la lutte pour l'indépendance réelle était poursuivie avec vigilance et détermination, les stratégies sournoises de reconquête coloniale n'oseraient pas ridiculiser et faire abandonner, par certaines nations, les recettes médicinales et systèmes de soins de santé légués par leurs ancêtres.

Comme l'ont indiqué les enquêtes à Abomey, Ouidah et Cotonou, les populations qui sont les cibles des politiques publiques de santé n'entendent pas se dissocier de leurs réalités socioculturelles endogènes. **Elles attendent plutôt et plus tôt, des pouvoirs publics de décision, une mise en coopération entre médecine de l'invisible et médecine du visible**. Elles attendent impérativement une mise en symbiose de l'approche systémique de santé, prétendue « *traditionnelle et non scientifique* » avec l'approche réductionniste de santé, prétendue « *scientifique, savante, conventionnelle ou moderne* ». En effet, comme cela a déjà été signalé, la complexité des facteurs étiologiques ouvre la voie à une nosologie à deux branches essentielles : les maladies invisibles et les maladies visibles. Il s'agit de l'invisible non repérable aux réactifs par les analyses biomédicales de laboratoire ou par les microscopes, le scanner et autres instruments sophistiqués inventés par le génie technologique moderne.

Et cet invisible, c'est tout ce qui échappe à cette rationalité technologique de la modernité pour ne se laisser saisir que par d'autres outils, apparemment archaïques et mystiques, des tradithérapeutes voire des exorcistes confessionnels. Il s'agit du chapelet divinatoire et des objets-hypothèses du prêtre de *Fâ* ; de la passe magnétique du chirurgien traditionnel ; de la main imposable et des psaumes de l'exorciste chrétien/évangéliste. Il s'agit de la parole magique ou incantatoire de l'occultiste ; du talisman et des versets coraniques du marabout. Il s'agit aussi des aiguilles de l'acupuncteur ; de la statuette à miroir magique du catoptromancien ; du sixième ou énième sens du médium ou du sorcier protecteur, etc.

La mise en synergie de ces différents instruments ou dons acquis/innés dans une collaboration de tous les modèles de soins de santé, y compris le modèle biomédical moderne, servirait à

mieux affronter la complexité des facteurs étiologiques. Par exemple, dans le cas d'un patient de famille sorcière souffrant d'une hernie qui est en voie de s'étrangler, le chirurgien, avant son intervention au bistouri, devrait accepter que les *bokônon* ou d'autres éclaireurs viennent explorer l'avenir de l'opération. Les *bokônon*, notamment, mettraient de surcroît hors d'état de nuire, par conjuration de sort ou par grigri de *Fâ*, tous les mauvais Esprits pouvant compromettre l'issue de cette intervention chirurgicale. Car comme cela a déjà été révélé, il y a même des cas où la mort qui s'annonce dans les consultations géomantiques de *Fâ* est refoulée, renvoyée *sine die* par le « *vô kou niyô* » ou « *métamorphose de la mort en vie* » (Adjotin, 2011). Dans cet exemple, la pertinence de l'approche systémique qui, en *Fâ*, reste ouverte à la complémentarité d'avec d'autres types de médecine, ne serait plus à démontrer. Les *bokônon*, par déontologie, ne refuseraient pas de coopérer avec l'équipe chirurgicale des hôpitaux pour sauver le malade opéré de l'hernie, au cas où il y aurait envoûtement sorcier ou n'importe quelle complication surnaturelle, dommageable à sa survie.

La définition donnée à la santé par l'OMS ainsi que son objectif prioritaire de santé en faveur du monde entier pour l'an 2000, devenu caduc, impliquent logiquement de façon systémique les facteurs sociaux, économiques, environnementaux, culturels, biologiques, psychologiques, existentiels en un mot, qui déterminent la santé humaine. Les deux traduisent une bonne vision de la santé. Mais cette vision reste très difficile à réaliser dans le monde, surtout à cause des pays du Nord qui n'y auraient pas intérêt. Ne resteraient-ils pas attachés à leur conception exclusivement biologique de la médecine, à leur hégémonie politique, idéologique, culturelle et surtout économique sur les pays du Sud ?

Osons alors poser à la conscience individuelle et collective du monde cette question :

> Quelle alarmante chute de devises ne connaîtrait pas l'Occident ou le Nord si l'approche réductionniste de la santé que porte la biomédecine, dominante légalement, perdait le pouvoir décisionnel, c'est-à-dire le leadership des politiques publiques de santé dans le monde ?

En vérité, quand l'approche systémique, qui s'harmonise avec la complexité étiologique des perturbations de la santé ou du bien-être, gagnerait le monde entier de façon légale, il y aurait par là une possibilité d'échanges des compétences médicales, de conjugaison des expertises thérapeutiques propres à chaque socio-culture et de partage des intérêts de développement sanitaire que cela générerait. Un tel partenariat Nord-Sud pour la santé publique engendrerait une facilité d'indépendance ou d'autosuffisance sanitaire des pays dominés, d'autant qu'il remettrait en cause de lui-même, pour sa survie, le mercantilisme des firmes médico-pharmaceutiques occidentales qui ne valorisent que la biomédecine et ses dérivés logiques.

Autrement dit, si les pays en développement pouvaient sortir du carcan de la dépendance biomédicale qui gruge leurs maigres budgets, organiser et améliorer les pratiques sociomédicales, cosmomédicales et ontomédicales propres à l'approche systémique des médecines traditionnelles, la santé aurait des chances d'atteindre véritablement la réalisation de sa conception et de sa définition prônées par l'OMS. Elle aurait des chances de parvenir à être « *santé pour tous* », quelle que soit l'année envisagée dans le temps et l'espace.

A l'évaluer en profondeur, cette première attente des populations tient pour finalité une couverture sanitaire existentielle.

La deuxième : **Attente d'une couverture sanitaire existentielle pour tous**

C'est depuis 1977, à la Trentième Assemblée mondiale de la Santé, que l'OMS a eu comme objectif prioritaire de « *faire accéder d'ici l'an 2000 tous les habitants de la planète à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive* ». Mais par rapport à cet objectif prioritaire, voici une question à l'endroit des décideurs de politiques de santé publique :

> Cette productivité de la vie socio-économique ne s'appuierait-elle pas sur des ressorts culturels et existentiels ?

N'oublions pas que pour cet objectif-là, la Trente-deuxième Assemblée mondiale a, en 1981, défini la stratégie qui peut y conduire, tandis qu'en 1986, la Charte d'Ottawa, en prenant appui sur la Déclaration de 1978 à Alma-Ata sur les soins de santé primaires, s'est donné pour mission de contribuer à sa mise en œuvre. N'oublions pas aussi que le concept de « *santé pour tous* », émanant de l'OMS, est parti de son idée selon laquelle la santé est un « *état de complet bien-être* » pour lequel devront travailler de façon holistique, plusieurs secteurs autres que celui de la Santé : Education, Logement, Environnement, Emploi, Justice sociale, Sécurité des personnes et des biens, Nutrition, Solidarité nationale et internationale, Economie, Culture, etc.

Ainsi conçu, le contenu de ce concept porte des exigences que ne peut, à elle seule, satisfaire la biomédecine, même dans le secteur Santé *stricto sensu*. Et à analyser cette panoplie de branches d'intervention dans la santé envisagée pour tous, on y verrait une interconnexion de la santé d'avec les autres secteurs ou aspects de l'existence humaine, c'est-à-dire une systémique qui n'est pas étrangère à celle qui se rencontrerait dans les médecines traditionnelles en général et dans *Fâ* en particulier. Voici quelques exemples pour le prouver dans *Fâ* et montrer aussi, dans ce domaine de la santé, combien ce dernier anticipe de plus de

six (6) siècles sur Jésus-Christ en l'an 0 (Cf. **Planche N° 12**) et donc de près de vingt-six (26) siècles sur la fondation de l'OMS en l'an 1946 :

- Le signe oraculaire ***Gbé-Wlin* de *Fâ* dénonce l'insalubrité physique et spirituelle** de l'environnement/logement en évoquant le cas de « *La très belle poule», mais « dont le nid est sale* ». En langue *fon* : « *Koklo yon dèkpè nagbé nagbé bô adôtin ton kouidji* ». La conjuration pour le consultant consiste à lui faire balayer sa maison et à utiliser les balayures pour un *vô* qui est déposé sur l'autel de *To-Lègba* afin d'assainir son existence ;

- Le signe oraculaire ***Ka-Sa* de *Fâ* dénonce le défaut d'économie** dont peut être coupable un individu quelconque en soulignant que « *Celui qui a mangé le tout ne réclamera pas une dette à son ventre* ». En langue *fon* : « *Nuvôtô né mon non biô ahwô adô ton* ». La conjuration pour le consultant consiste à lui faire séjourner, sur au moins une semaine, dans l'une ou l'autre de ses poches de vêtement, quelques grains de maïs, de haricot et quelques cauris saupoudrés par la poudre de kaolin où *Ka-Sa* a été inscrit par le *bokônon* ;

- Le signe oraculaire ***Toula Mèdji* de *Fâ* prévient, à titre d'éducation, les malheurs qu'engendre la parole incontrôlée** en déclarant : *« C'est ma bouche qui m'a envoyé au pays des morts. C'est ta bouche aussi qui t'y enverra* ». En langue *fon* : « *O nun tché wê hu mi bô un no fi. O nun to wé lô na hu wé bô a na wa fi* ». La conjuration consiste à utiliser sept boules de farine de maïs humectée et un nid de tisserins « *trop bavards* », dit-on, que le consultant fait passer sur ses lèvres de bouche pour exorciser tout péril de parole incontrôlée, signe de ses ratés en éducation ;

- Toujours dans le domaine de l'éducation, mais en rapport avec la connaissance, le signe oraculaire ***Touloukpin Mèdji* enseigne que « *C'est sur l'ancienne corde de sable qu'on tisse la nouvelle* », comme pour nous dire, dans le cas de la présente Thèse, que c'est sur les médecines anciennes qu'il faut greffer la médecine moderne.** La conjuration consiste simplement à exiger du consultant qu'il écoute et suive bien les conseils des aînés ou des anciens ;

- Le signe oraculaire ***Di Mèdji* de *Fâ* sécurise tous azimuts le consultant à l'égard de la maladie, de la mort et de tout autre malheur** en l'assurant de ce que « *Le pagne vaniteux ne va pas dans une forêt de ronces de capparis sp.* ». En *fon* : « *Avô dindin non yi vèun*[177]*mè à* ». La conjuration a pour matériaux, entre autres, des ronces de *capparis sp.* qui sont posées au fond de la jarre de douche du consultant pour ses bains quotidiens.

Comme l'on s'en douterait, tous ces éléments de détermination de la santé, vus dans les représentations des populations, de l'OMS comme dans celles de la tradithérapie et de *Fâ*, participent de l'existence de l'être humain et de sa productivité socio-économique. Et si tous autant que nous sommes, chacun parvenait à les intégrer dans ses pensées et actes pour bien orchestrer sa vie et son existence, la « *santé pour tous* » deviendrait une réalité tangible.

C'est pour avoir cru à la possibilité de cette réalité tangible que lors des enquêtes menées à Abomey, Ouidah et Cotonou, il y a eu 91,5% de « *oui* » au total à ma question[178]. Alors, si la

[177] *Capparis sp.* (nom scientifique latin) et *Vèun* (nom correspondant en langue *fon* du Bénin). C'est une plante aux épines très dangereuses.

[178] La question du questionnaire en **Annexes** est celle-ci : *« Si la collaboration entre les soignants modernes, traditionnels ou confessionnels, etc., était réalisée correctement, l'Etat pourrait-il mieux améliorer par là la*

couverture sanitaire existentielle pour tous est ainsi l'une des attentes des populations cibles, pourquoi les pouvoirs publics se permettent-ils de continuer en vérité, au profit de la médecine moderne seule, à frapper d'ostracisme *Fâ* et les médecines populaires sur le champ de la santé publique ?

Cette question semble se renforcer par une autre du journaliste Aubin Towanou qui, en ces termes, se demande :

> « *Comment un Ministère de la Santé d'un pays qui recourt aux ressources financières des organismes mondiaux de santé, qui sont eux aussi financés par les multinationales en pharmacie, peut-il faire la promotion d'une politique de santé qui fait la part belle aux pratiques ancestrales ?* »
>
> (Towanou, 2014 : 147).

C'est dire donc que nous sommes-là dans un cas de souveraineté d'Etat, à défendre, pour revaloriser les médecines ancestrales et imposer leur présence complémentaire aux côtés de la biomédecine d'emprunt en vue d'une couverture sanitaire existentielle attendue par les populations.

10.4. Quatrième leçon

- La **quatrième leçon** concerne les atouts actuels de la Politique nationale de Santé au Bénin :

Plusieurs recherches (E. de Rosny, 1992 ; Adjotin, 1996 ; Yangni-Angaté, 2004) ont déjà montré en quoi les médecines traditionnelles sont holistiques, c'est-à-dire en quoi elles sont des médecines de la totalité ou de la globalité de la santé de tout l'être/l'existant et en quoi la médecine moderne est réductionniste, c'est-à-dire une médecine de l'entité organique seulement. Cette dernière ne répond pas aux différentes rubriques des exigences complexes de la santé des populations. Elle ne parvient pas, en dépit des efforts consentis en investissements de tous genres, à une couverture sanitaire de tout ce qui fait l'incomplétude du bien-être physique, mental et social selon les représentations de l'OMS et des communautés à la base sur la santé. La trop grande différence de pourcentages de fréquentation par les usagers, de l'un et de l'autre de ces deux modèles de soins, montre le déséquibilbre d'utilisation et donc d'utilité qui les caractérise dans leur comparaison.

C'est au vu de cette considération que depuis la réunion internationale d'Alma-Ata en 1978, les médecines traditionnelles ont été autorisées par l'OMS à intervenir dans les soins de santé

---

couverture sanitaire du Bénin en prenant la santé et la maladie dans leurs dimensions (organiques, spirituelles, sociales, cosmiques, existentielles) ? ».

primaires. Et que, dès lors, les Etats membres de l'OMS devraient prendre davantage des initiatives pour la promotion, à l'échelle nationale, de leurs médecines endogènes. A la Treizième Conférence internationale sur le VIH/Sida qui a eu lieu à Durban en Afrique du Sud du 9 au 14 juillet 2000, les tradithérapeutes africains ont soulevé le problème de la reconnaissance légale pour un statut juridique des médecines traditionnelles. Leur souci était et demeure de faire créer les conditions de sécurisation de leur métier en termes d'agrément officiel de leur partition dans l'amélioration de la couverture sanitaire au profit des populations.

Abordant la question des nouvelles politiques de santé dans le sens de la « *coopération entre médecine traditionnelle et médecine moderne* », le Professeur Antoine Yangni-Angaté (2004 : 158) de la Faculté de Médecine d'Abidjan a souligné que « *c'est une nécessité des temps actuels pour des raisons culturelles et économiques* ». Il a révélé ensuite qu'un groupe national ivoirien de réflexion sur la médecine traditionnelle, mis en place depuis le 28 mai 1997 par le Ministère de la Santé, avait eu pour mandat d'examiner les options de collaboration technique entre les deux types de médecine en présence. Ces options de collaboration technique ont été formulées au regard des questions suivantes :

1. S'agira-t-il d'intégrer les ressources humaines de la médecine traditionnelle à celles de la médecine moderne pour faire fonctionner, dans un même creuset de soins, les deux différentes rationalités médicales en les unifiant ainsi ?

L'expérience chinoise, consistant à faire fonctionner côte à côte les deux types de médecine, répond par l'affirmative à cette question, a-t-il signalé.

2. S'agira-t-il de laisser chacun de ces deux types de médecine s'autonomiser pour que leur coopération se fasse d'entité à entité ?

Le Professeur Yangni-Angaté (2004 : 159) a fait observer, à la suite de ce questionnement que « *les expériences tentées au Bénin, au Togo, au Mali, etc. éclairent sur le choix d'une option réaliste* », celle de l'autonomisation de chaque type de médecine en présence, pour leurs interrelations et une mise en synergie des actions médicales de sauvetage au chevet des patients. En d'autres termes, il s'agira, comme il l'a libellé, d'

> « *Une coopération formelle entre les deux systèmes avec une bonne organisation d'un corps indépendant de guérisseurs traditionnels, l'accès de la médecine traditionnelle aux programmes d'assistance médicale, une collaboration totale des deux systèmes et un système de santé unifié* » (*In* : Yangni-Angaté, 2004 : 159).

Le Bénin a réagi favorablement à la Résolution AFR/RC34/R8 de 1984 au regard de laquelle le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a demandé aux Etats africains de préparer une

législation spécifique pour l'exercice et le financement des médecines traditionnelles. Car, par décret 86-69 du 3 mars 1986 portant « *sur les conditions pratiques d'association des deux types de pratiques dans les formations sanitaires* » (Towanou, 2014 : 142), il a autorisé la création de l'Association Nationale des Praticiens de la Médecine Traditionnelle du Bénin (ANAPRAMETRAB). Dix (10) ans plus tard, en 1996, il a mis en place le Programme National de la Pharmacopée et de la Médecine Traditionnelles (PNPMT).

Ces deux actes posés par les pouvoirs publics nationaux visaient la mise en harmonie du Bénin avec les exigences des politiques internationales de santé pilotées par l'OMS à la lumière de ses résolutions sur les soins de santé primaires, prises à Alma-Ata. Mais l'OMS n'avait-elle pas sous-estimé, vis-à-vis de la mise en œuvre de ces résolutions-là, les capacités de déloyauté des firmes médico-pharmaceutiques ou des puissances d'argent internationales ? Tout semble porter à le croire. Sinon, comment expliquer que ces acteurs internationaux de la santé ne promeuvent pas du tout, comme ils le font pour la biomédecine, les médecines traditionnelles holistiques qui prouvent leur grande adéquation pour la couverture sanitaire exigée par les réalités socioculturelles des populations du Sud ?

Le PNPMT traduit la volonté politique du Bénin à mettre en place un système de santé moins aliéné, moins extraverti sur le plan socioculturel et économique. Un système où la revalorisation des médecines traditionnelles aux côtés de la médecine moderne ouvrirait un large champ de possibilités pour faire face à la complexité des situations de morbidité et de déséquilibre existentiel. Or, avec ou sans les politiques officielles de santé, les populations ne se font guère prier pour faire leur choix d'orientation vers l'un ou l'autre type de médecine en présence.

Une fois que le PNPMT a été conçu pour être en phase avec la trajectoire thérapeutique récurrente des populations béninoises, sa mise en œuvre devrait permettre de réaliser son objectif général. Celui d'« *assurer la promotion et l'intégration*[179] *de la pharmacopée et de la médecine traditionnelle dans le système national de santé* » (MS du Bénin, 2012 : 81), sans oublier ses trois objectifs spécifiques que voici :

[179] Pour Madame le Professeur Rokia SANOGO, dans ses observations de membre du pré-jury de cette Thèse, le terme « *intégration* » ne pourrait pas convenir, s'il s'agissait ensuite d'une intégration de la pharmacopée et de la médecine traditionnelle à la médecine moderne au sein du système national de santé. C'est plutôt « *articulation* » qui conviendrait selon elle, d'autant qu'il semble que pour elle, chaque type de modèle de soins doit avoir son autonomie de fonctionnement avec ses fondamentaux en évitant de se laisser phagocyter, assujettir ou dénaturer, par l'autre, dans leur collaboration technique souhaitée.

- « *Présence fonctionnelle de la médecine traditionnelle dans le système national de santé ;*
- *Disponibilité des produits et prestations de la médecine traditionnelle dans le système national de santé ;*
- *Reconnaissance juridique de la pharmacopée et de la médecine traditionnelles* ».

A partir de ces objectifs-là, des stratégies d'intervention ont été définies par le PNPMT. Celles-ci visent :

> « *A appuyer la mise à jour de la pharmacopée nationale ; à développer la recherche en médecine traditionnelle ; à renforcer le cadre juridique de cette médecine et à renforcer les capacités des acteurs* »
>
> (MS du Bénin, 2012 : 82).

Ces différents volets stratégiques sont mis en exécution depuis lors et des résultats considérables sont atteints. D'autres seraient en cours d'atteinte, avec la collaboration de l'Association Nationale des Praticiens de la Médecine Traditionnelle du Bénin (ANAPRAMETRAB). Voici quelques-uns de ces résultats (MS du Bénin, 2012) de mise en exécution des volets stratégiques du secteur de la Santé au Bénin :

- Soixante-deux (62) jardins botaniques ont été créés sur toute l'étendue du territoire national pour la conservation des plantes médicinales ;
- Sept mille cinq cents (7.500) praticiens de la médecine traditionnelle ont été identifiés dont trois mille cinq cents (3.500) ont été formés[180] de 2003 à 2009 ;
- Le décret N° 2001-036 du 15 février 2001 fixant *« les principes de déontologie et les conditions de l'exercice de la médecine traditionnelle en République du Bénin* » a été pris ;
- Le plan stratégique quinquennal de la médecine traditionnelle au Bénin, allant de 2012 à 2016 a été adopté par les pouvoirs publics, visant, entre autres, l'homologation des médicaments traditionnels et l'ouverture puis l'entretien d'un véritable « *dialogue constructif* », basé sur une « *plate-forme de collaboration* », entre les acteurs de la médecine moderne et ceux de la médecine traditionnelle. Tout le pays a été quadrillé par trente-quatre (34) zones sanitaires où pourra se réaliser cette collaboration ;
- Des initiatives de collaboration entre médecine moderne et médecine traditionnelle prennent déjà corps.

En ajout à ces avancées tirées du document officiel du Ministère béninois de la Santé, l'on peut citer des initiatives d'intégration opérationnelle entre médecines traditionnelles et médecine moderne qui prennent plus ou moins corps pour le compte du pays :

- Le *Centre hospitalier Saint Jean de Dieu* à Tanguiéta ;

[180] Il s'agit d'une formation en « *prévention, diagnostic et traitement du paludisme* » (Cf. MS du Bénin : 2012).

- Le *Centre médical Sêyon* de l'Archidiocèse de Cotonou ;
- La *Négro Clinique Pharmacie* (organisation non gouvernementale) basée à Cotonou ;
- La *Clinique Hwlenganto*[181]à Porto-Novo ;
- Le « *Projet de l'implication des praticiens de la médecine traditionnelle dans la prise en charge du diabète, de l'hépatite virale B et de la paralysie* » dans la Commune d'Abomey, soutenu par le 10ème FED[182], etc. ;
- Le « *Projet de Développement de Santé de Pahou* » (PDSP) dans la Commune de Ouidah, devenu en 1989 le Centre Régional pour le Développement et la Santé (CREDESA). Il a longtemps servi de lieu d'expérimentation des soins de santé primaires avant de s'occuper maintenant de la production de la Spiruline, complément alimentaire fabriqué à base d'algues locales, pour sauver notamment les malnutris et les sidéens.

Toutes ces unités médicales sont, peu ou prou, pour la promotion du modèle systémique de la santé, à l'instar du Centre Malango[183]de Fatick, dans la Région du Sina au Sénégal. Pour la plupart d'entre elles, la consultation médicale se fait par les agents de santé moderne (médecins, infirmiers, sages-femmes, etc.) avec des instruments de médecine moderne (thermomètre, tensiomètre…). Mais les traitements se font à base de médicaments tirés des médecines traditionnelles. Pour y revenir à nouveau, à *Négro Clinique Pharmacie* (NCP), c'est le cas de « *Stirilizane* » (Cf. **Annexes**) pour traiter la stérilité, de « *Phyto-vermos* » contre les vers intestinaux. Au *Centre Médical Sêyon*, c'est le cas de « *Zendi* » pour le traitement du diabète et de « *Agonse* » pour le traitement de la toux.

La collaboration entre *Fâ*/médecines traditionnelles et médecine moderne pour une synergie de l'action médicale faisant la substance de cette Thèse, on a eu du bonheur à constater, lors des enquêtes de terrain, que le PNPMT est en train de mettre les *bokônon* ou praticiens de *Fâ* en associations. C'est, à se répéter, sous forme d'un Bureau de trois (03) membres par Arrondissement, pour les sept (7) que compte la Commune d'Abomey, par exemple. Mais il reste que l'Etat béninois prenne des textes (lois votées au Parlement, décrets présidentiels et

[181] Clinique initiée par le Dr Omer Placide DOSSOU-YOVO (médecin biologiste moléculaire, Paris VII) et le Dr Hébert DOSSOU-YOVO (médecin interniste) en appui à Philibert Cossi DOSSOU-YOVO, inventeur du « *Linkpéyo* », « *phyto-médicament contre plusieurs maladies* ».

[182] Fonds Européen de Développement.

[183] Le **Centre Malango de Fatick** serait fondé au Sénégal par le médecin Eric GBODOSSOU, de nationalité béninoise, comme précisé dans YANGNI-ANGATE (2004 : 60). Le moteur de recherche sur internet, Google, consulté le 24 mai 2014, signale que ce Centre expérimental des médecines traditionnelles, « *unique au monde* », reçoit en moyenne trois mille (3000) patients par an et a déjà accordé ses prestations à plus de soixante-dix mille (70.000) familles provenant des cinq (5) continents du monde. Selon le site web https :www.le soleil.sn/actualites/item/5449-65-de-guerison-totale-a-malango-ces-resultats-qui-credibilisent-les-tradipraticiens-html, conulté le 11 avril 2017, « *en moyenne, le centre Malango accueille près de 5000 patients par an, qui viennent de toutes les régions du Sénégal, des pays limitrophes et parfois d'Europe et des Etats-Unis* ». Le taux de fréquentation du centre évolue donc d'une année à l'auttre.

arrêtés ministériels) pour officialiser, c'est-à-dire institutionnaliser opérationnellement l'exercice du métier de tradithérapeute. Et ce pan de mise en œuvre de la stratégie du Ministère de la Santé, au travers du PNPMT, permettra la réalisation de la carte d'intervention sanitaire des prêtres de *Fâ* et autres spécialistes de mancies proches de *Fâ*, sans oublier le reste des tradithérapeutes du pays.

Tout compte fait, une dynamique nouvelle est en train de prendre corps pour rendre justice à la tradithérapie, la revaloriser en la mettant techniquement en relation fonctionnelle avec la médecine moderne. Si cette dynamique nouvelle parvenait à prospérer, elle constituerait le socle de nouvelles politiques de santé publique où se réalisera la collaboration pour une synergie d'action entre médecine moderne et *Fâ*/tradithérapie, à partir du Bénin. Elle ouvrirait résolument la voie à la **couverture sanitaire existentielle pour tous, comme le souhaitent les communautés** à la base.

Chapitre 11 : Les résultats et suggestions pour la légitimité et la légalité à réconcilier

Les cibles communes à tous les modèles de soins en présence, que ce soit la médecine moderne ou la tradithérapie, ce sont les populations. Mais celles-ci font, pour diverses raisons, un choix de modèle qui ne s'harmonise pas toujours avec celui que semblent préférer les pouvoirs publics pour elles. Et c'est en cela qu'il y a au Bénin comme ailleurs, d'une part, un modèle thérapeutique légitime mais non légale et, d'autre part, un modèle thérapeutique légale mais non légitime. Le conflit majeur à régler entre les acteurs sur le terrain de la santé est à ce niveau. Or sans l'arrimage de la légalité avec la légitimité au sein du système de santé publique, il ne pourrait y avoir une **couverture sanitaire intégrale à même de refléter le taux de fréquentation synergique** attendu des populations, **notamment pour une parfaite satisfaction de leurs besoins profonds de bien-être**.

Quelles sont les attentes des populations dans ce sens ? Quels sont les défis à relever pour sortir de l'ornière ? Persister à sous-estimer la légitimité de la tradithérapie et à surestimer la légalité de la médecine moderne à travers des investissements trop discriminatoires, n'est-ce pas bloquer le développement du secteur de la Santé ? Et si l'on ne veut pas bloquer ce développement, quelles seraient alors, au profit de la couverture sanitaire intégrale souhaitée par les populations, les pistes de collaboration envisageables pour les différents modèles de soins ?

11.1. Résultats chiffrés des enquêtes menées

Après tant de parcours dans la présentation des travaux de la présente recherche, il serait opportun maintenant de faire le point des résultats généraux quantitatifs et qualitatifs liés à la thématique, de mettre en relief les réalités qui influeraient sur le projet d'une couverture sanitaire intégrale, satisfaisante pour les populations.

En effet, sur le terrain des recherches socio-anthropologiques menées ici, il s'est avéré que ces médecines diverses, de même que les cultures qui les sous-tendent, ont chacune leur portée et leurs limites. Et que ces dernières postulent complémentation et collaboration en vue de la synergie de l'action médicale qu'imposent d'ailleurs, pour une couverture sanitaire multidimensionnelle, les représentations que les populations du Bénin ont de la santé, comme l'OMS elle-même.

Les tableaux du dépouillement des réponses données par les enquêtés au questionnaire auto-administré ou au questionnaire administré (guide d'entretien) sont mis en **Annexes**.

- **A propos des différences de représentation entre la biomédecine et la tradithérapie dont *Fâ*, en ce qui concerne la « *santé* » et la « *maladie* » :**

Sur les 37 enquêtés au sein de l'échantillon des lettrés, 23 soit 76% ont répondu par non à la question de savoir si « *la maladie ne concerne que les organes du corps* », tandis que 31 soit 84% parmi eux ont répondu par oui à la question de savoir si « *la médecine occidentale ou moderne ne traite que des maladies organiques, c'est-à-dire biologiques ou psychologiques* ». Une aide-soignante, parmi ces 37 enquêtés, a même écrit que « *la médecine moderne ne traite pas la sorcellerie* ». Ce qui veut dire qu'elle reconnaît non seulement la sorcellerie dans le champ des causes de maladies, mais aussi l'incapacité de la médecine moderne à affronter les pathologies engendrées par cette sorcellerie. Qui plus est, sur ces 37 de l'échantillon, 18 soit 49% ont reconnu dans leur perception systémique de la maladie, que la malchance en est une, laquelle échappe naturellement aux compétences de la médecine des hôpitaux. Pour faire cas des 38 illettrés enquêtés à Abomey, Ouidah et Cotonou, dans leur échantillon, 37 soit 97% ont répondu non à la première question évoquée ci-dessus, et 37 également, soit encore 97% ont répondu par oui à la seconde question, en déclarant pour la plupart qu'« *envoûtement sorcier, empoisonnement à distance, etc.* » sont aussi des maladies.

Tout cela indique déjà le réductionnisme de la médecine moderne qui a été constaté à 90%, par les trente-sept (37) lettrés et les trente-huit (38) illettrés enquêtés qui ont souligné en sus que la médecine moderne ne traite pas la « *sorcellerie* » et le « *destin* », contrairement à *Fâ* et à la tradithérapie sous-entendus.

- **Au sujet de la capacité de *Fâ*, et de la confiance des enquêtés en lui, à soigner les formes physiques, psychiques, sociales, cosmiques ou existentielles que peut prendre la « *maladie* » :**

Les statistiques dégagées des enquêtes menées à Abomey, Ouidah et Cotonou ont montré que : i) Dans un échantillon non probabiliste de 38 personnes illettrées, 34 soit 89% ont avoué qu'« *on peut dire que Fâ intervient mieux que les autres médecines locales dans le diagnostic, la prévention et le traitement des maladies* ». Que : ii) Dans l'échantillon non probabiliste des lettrés, sur 37 personnes, 12 soit 32% l'ont aussi avoué, malgré l'emprise de la civilisation coloniale ou néo-coloniale sur leur *credo* médical. Que : iii) Selon les illettrés soumis au

guide d'entretien ou au questionnaire administré (en **Annexes**), « *Fâ sert de bon éclaireur à tous les autres systèmes de thérapie. Il rassemble en lui toutes les thérapies. Il est plus impartial que les autres* ». Et que : iv) Parmi les onze (11) lettrés qui ont reconnu la portée considérable de *Fâ*, le septième, contrôleur des services financiers de santé au Centre Hospitalier Départemental (CHD) du Zou-Collines à Abomey, a même écrit en justificatif ceci : « *Fâ peut parler de ton enfance, des mésaventures passées, présentes et futures* ». A ce moment, le tout premier de ce groupe de lettrés, titulaire d'un Bac + 5, a souligné en justificatif qu'« *en cas de maladie, le Fâ du bon praticien donne des orientations infaillibles* ».

Aussi a-t-il été noté que 60% contre 27% des enquêtés pensent que « *Fâ intervient mieux que les autres médecines locales dans le diagnostic, la prévention et le traitement des maladies* ». Pour le diagnostic, 66% de « *oui* » contre 33% d'« *abstention* » ont jeté leur dévolu sur *Fâ* ; pour la prévention, 74% contre 26% ; pour le traitement, 65% contre 35%. Pour le champ d'intervention de *Fâ*, 59% de « *oui* » contre 24% de « *non* » lui trouvent des compétences sur les pathologies « *biologiques* » ; 77% contre 15% sur les pathologies « *psychologiques* » ; 78% contre 10% sur la mauvaise santé « *spirituelle* » ; 73% contre 17% en ce qui concerne les problèmes « *cosmiques* » et 72% contre 16% sur les troubles d'ordre « *social* ». Ces données statistiques indiquent la systémique ou l'holisme de *Fâ*, en particulier, dans la tradithérapie.

Selon les praticiens, cette systémique de *Fâ* ne rejette, *a priori*, l'intervention d'aucun type de diagnostic, de prévention ou de thérapie, sans la délibération divinatoire. Souvent même, elle révèle que c'est la médecine moderne du « *Blanc* » qui réglera tel problème de santé ou qu'au contraire, c'est telle médecine traditionnelle du « *Noir* ». Parfois aussi, cette systémique conseille d'associer tous les modèles de soins dans une sorte de **commission polytechnique clinique**, lorsqu'il y a une complexité du mal. Dans la pratique de *Fâ*, on ne se plaint pas de parti pris politique, idéologique ou religieux sur le terrain de la vérité en général et sur celui de la vérité sanitaire en l'occurrence.

Mieux, la « *santé* » et la « *maladie* » y apparaissent comme des concepts éclatés qui prennent en compte tout ce qui, dans le monde visible ou invisible, engendre pour l'existence : équilibre/déséquilibre, perfection/défaut de bien-être individuel ou collectif. Par exemple, comme on l'a déjà indiqué plus d'une fois, l'échec, l'ignorance, la pauvreté, la sécheresse, l'inondation, la famine, la vulnérabilité à la sorcellerie ou à n'importe quel maléfice, le mécontentement du monde des Esprits, le séisme ou d'autres formes de calamités naturelles

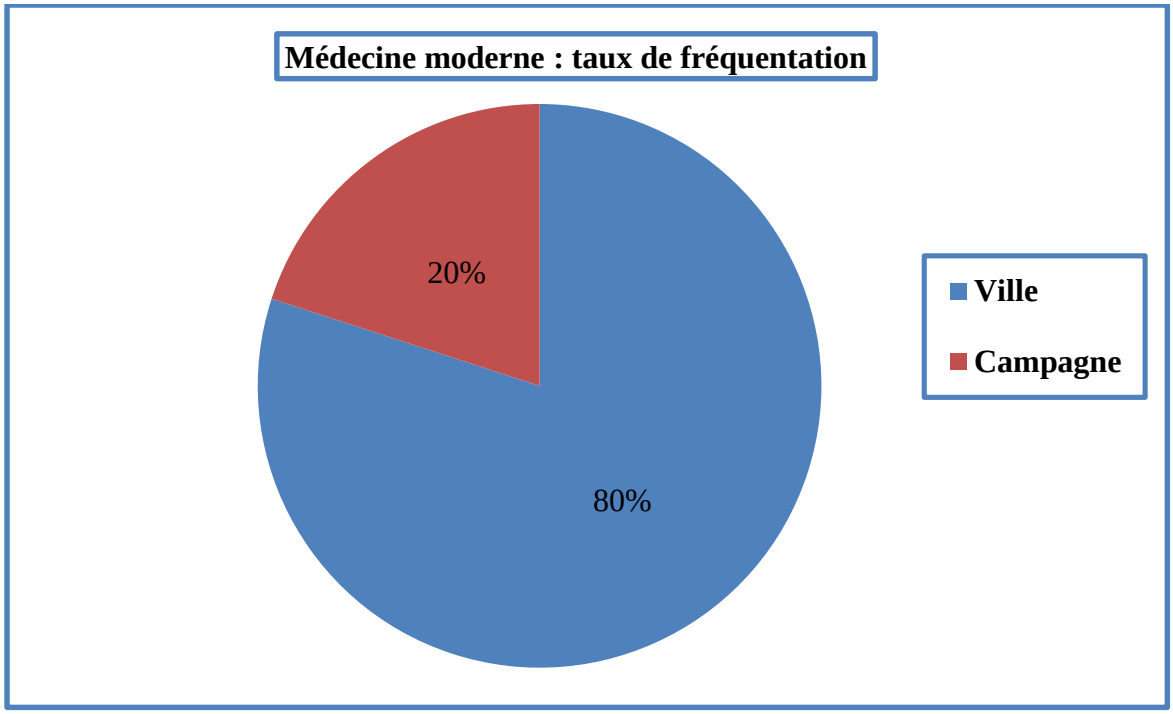
ou sociales, la malchance, etc., y sont perçus comme des maladies à traiter (de Rosny, 1992 ; Adjotin, 2011). Aussi, pour le cumul des réponses données aux questionnaires par les soixante-quinze (75) enquêtés au total à Abomey, Ouidah et Cotonou (Cf. **Annexes**), « *la maladie* » est-elle perçue à 86,5% comme « *ne concernant pas que les organes du corps* » ; « *la machance* » est-elle perçue à 70,5% comme une « *maladie* », alors que dans la socio-culture occidentale et dans la médecine moderne, de telles perceptions demeurent irrecevables.

- **Sur la question des occurrences et le taux de fréquentation de la biomédecine par rapport à celui de la tradithérapie, dont *Fâ* :**

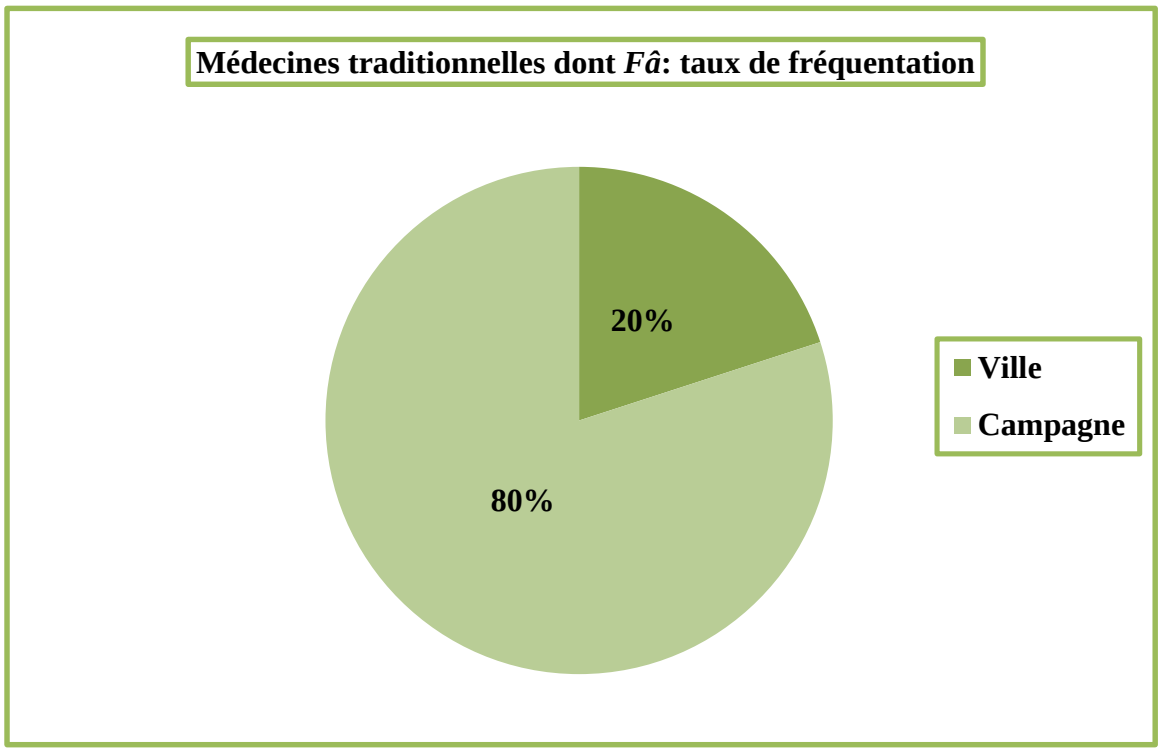
A la lumière des données, déjà référencées, selon lesquelles il y a un (1) médecin pour dix mille (10.000) habitants et un (1) tradithérapeute pour huit cents (800) habitants au Bénin, le calcul de l'occurrence ou de l'apparition donne 12,5 fois de disponibilité quantitative de la tradithérapie contre celle de la médecine moderne qui serait de 0,08 fois dans les soins de santé primaires du pays. Et les résultats de recherche documentaire (OMS, 1978 et 2002), que confirment les enquêtes de terrain à Abomey et Ouidah, attestent qu'au moins 80% de ces populations ont recours à la tradithérapie tandis que les hôpitaux ne seraient fréquentés, au plus, qu'à 20% environ, en-deçà de leur capacité d'accueil des malades.

Mais dans une grande ville comme Cotonou, ces enquêtes ont souligné le contraire en mettant en exergue qu'au moins 70% ou qu'au plus 80% de malades fréquentent les hôpitaux tandis que ce sont au plus 30% ou au moins 20% qui vont chez les tradithérapeutes. Le rapport d'usage universel ville/campagne de ces deux recours thérapeutiques, au Bénin, se réglerait ainsi à 80/20, puis à 20/80 sans annuler le fait que la tradithérapie, comme le stipule l'OMS, est à 80% plus utilisée que la biomédecine par les populations du monde, y comprises celles du Bénin : les campagnes restant les plus nombreuses, spacieuses, pauvres et peuplées.

L'argument des enquêtés de Cotonou repose sur la différence des réalités et accessibilités entre Cotonou et les autres sites, notamment entre cette ville et la campagne béninoise. Cet argument est fondé d'autant que Cotonou, contrairement à Abomey et Ouidah, est une ville-municipalité qui est cosmopolite et multiculturelle, économiquement plus forte avec des niveaux de vie plus élevés ; un impact de « *civilisation moderne* » plus prononcé à travers la religion chrétienne qui y est dominante ; une très grande implantation ou distribution spatiale des Centres biomédicaux privés ou publics et un poids très faible des traditions où prospère la tradithérapie. De façon imagée, voici **deux graphiques pour refléter cette situation** :



Source : réalisation personnelle à partir des résultats d'enquêtes et documentation.



Source : réalisation personnelle à partir des résultats d'enquêtes et documentation.

- **Au sujet de la collaboration entre les différents modèles de soins, l'un légal (biomédecine) et l'autre légitime (tradithérapie) :**

73% de « *oui* » contre 15% de « *non* » et 12% d'« *abstention* » se sont affichés par rapport à la question du besoin d'une mise en collaboration entre la médecine moderne et tous les autres modèles de soins relevant de la tradithérapie ;

84% de « *oui* », 13, 5% de « *non* » et 2,5% d'« *abstention* » se sont manifestés par rapport à la question de savoir si l'Etat est à même de réussir cette mise en collaboration desdits modèles de soins en présence. A l'évaluation qualitative du « *non* » des 13,5%, il a été justifié par les enquêtés que « *l'Etat ne pourra pas* ». Et parmi eux, certains ont déclaré à voix basse que « *l'Etat béninois dépend encore des puissances étrangères qui le grugent pour leurs intérêts* » ;

91,5% de « *oui* », 3% de « *non* » et 5,5% d'« *abstention* » sont intervenus dans la délibération sur la question de savoir si la collaboration entre tous les professionnels des divers modèles de soins en présence pourra assurer au Bénin une couverture sanitaire systémique, multidimensionnelle, existentielle ou intégrale.

- **A propos du déséquilibre dans le financement du secteur de la santé au Bénin :**

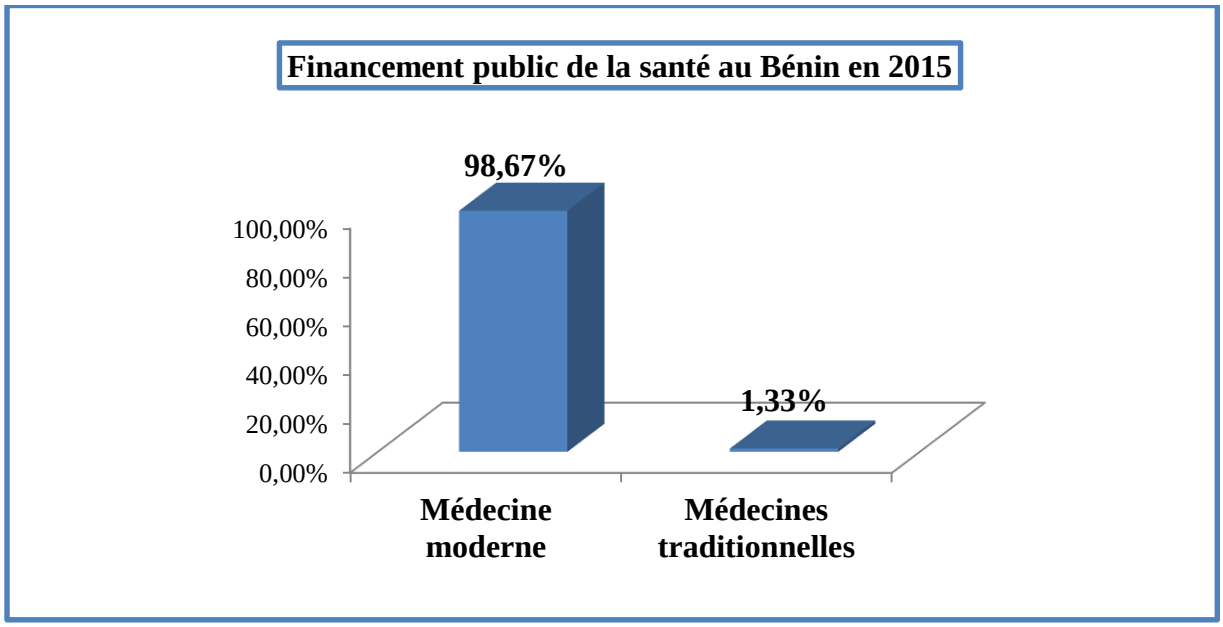
En dépit de ces données empiriques recueillies lors des investigations sur les sites d'Abomey, d'Ouidah et de Cotonou, les enquêtes documentaires sur le financement public du secteur de la Santé ont révélé une discrimination faisant déséquilibre ou déficit de symétrie comme suit :

En 2015, au Bénin, le budget alloué au secteur Santé (11,3 milliards FCFA) ne fait que 0,75% du budget général de l'Etat (1.506,638 milliards FCFA). Et les cent cinquante (150) millions FCFA qui reviennent à la médecine traditionnelle ne font que 0,0010% de ce budget général et 1,33% du budget sectoriel Santé.

Le paradoxe qui relève de cette rationalité absurde est que la médecine moderne, fréquentée généralement qu'au plus par 20% des populations contre les 80% environ que reçoivent les médecines traditionnelles, s'arroge 11 milliards 150 millions FCFA de budget pour se retrouver à 98,67% par rapport au taux, ci-dessus indiqué, du budget destiné aux médecines et à la pharmacopée traditionnelles du pays. Nous y reviendrons au **sous-chapitre 11.4** de ce Chapitre en citant *in extenso* un texte de Tobi Ahlonsou, publié sur ce budget, dans *La Presse du jour*.

Un tel déséquilibre discriminatoire du financement de la santé, dont le budget de 2015 est un exemple semblable à ceux observés d'une année à l'autre, **obéit de trop à la loi des 80/20**

de Pareto. Où « *une partie réduite de la clientèle (des services publics de santé), soit 20%, bénéficie ainsi de 80% du chiffre d'affaire* », alors que la plus large partie de cette clientèle, soit 80%, ne jouirait que de 20% du même chiffre d'affaire. De façon imagée, voici **un graphique pour refléter cette situation** :



Source : réalisation personnelle à partir des résultats d'enquêtes et de documentation.

Au total, si personne ne voulait se leurrer, force serait de reconnaître que le contexte socio-sanitaire des pays en voie de développement comme celui des pays émergents laisse sérieusement à désirer. C'est surtout dans ces pays, comme on l'a déjà noté, que le projet « ***santé pour tous en l'an 2000*** », lancé par l'OMS, a eu beaucoup de plomb dans les ailes.

Certes, en termes d'adaptation ou de nouvelle organisation pour relever le défi de corriger l'insuffisance quantitative et qualitative de la couverture sanitaire, la Chine et l'Inde, par exemple, paraissent visiblement faire de grands efforts. Car, si les produits médicaux modernes et traditionnels de ces pays commencent à envahir de nos jours le monde jusqu'au Bénin, c'est sûrement après avoir fait un peu de leurs preuves, de façon satisfaisante, au sein de leurs propres populations.

11.2. Réalités à affronter pour une couverture sanitaire intégrale

A la lumière des indicateurs chiffrés ci-dessus, concernant le Bénin, ces efforts à la chinoise ou à l'indienne tantôt cités, sont attendus de lui pour améliorer sa couverture sanitaire qui demeure trop insuffisante et inadaptée. En effet, comme on l'a déjà vu dans son contexte spécifique de la santé, « *au Bénin, on dénombre (en 2007) environ un (1) praticien de la*

médecine traditionnelle pour huit cents (800) habitants contre un (1) médecin pour dix mille (10.000) habitants »[184], selon le Ministère de la Santé. Et à l'échelle de l'Afrique, le docteur Rufaro Chatora a pu, comme suit, établir un tableau comparatif[185]des ratios entre praticiens de la médecine traditionnelle (PMT) et médecins, par rapport à la population.

Ledit **tableau**, **ci-dessous**, montre de part et d'autre comment l'offre en médecines traditionnelles satisfait plus la demande que celle en médecine moderne dans la couverture sanitaire des pays de l'échantillon :

Tableau du ratio tradithérapeutes et médecins selon le docteur Chatora

Pays	***Ratio PMT/ Population***	***Ratio Médecin/ Population***
Kenya urbain (Mathare)	1 : 833	1 : 987
Kenya rural (Kilungu)	1 : 146-345	1 : 70.000
Zimbabwe	1 : 600	1 : 6.250
Swaziland	1 : 100	1 : 10.000
Nigeria (Benin City)	1 : 110	1 : 16.400
Nigeria (Moyenne nationale)	No data	1 : 15.740
Afrique du Sud (région de Venda)	1 : 700-1200	1 : 17.400
Ghana	1 : 200	1 : 20.000
Ouganda	1 : 700	1 : 25.000
Tanzanie	1 : 400	1 : 33.000
Mozambique	1 : 200	1 : 50.000

Source première : Rufaro CHATORA, *in* : *Observatoire de la Santé en Afrique*, 2003

[184] Cf. (MS du Bénin, 2012 : 25). Comme indiqué dans la **Première Partie, Chapitre 1**, de cette Thèse en ce qui concerne le contexte spécifique de la santé au Bénin, il y a en 2007 « *un (1) médecin pour dix mille (10.000) habitants* ». En 2013, les statistiques font soupçonner une erreur de précision, d'autant que le nombre de médecins pour 10.000 habitants y est de 1,6 selon le Ministère de la Santé et de 0,6 selon l'OMS, sur une population totale de 9.671.592 habitants. Erreur de précision d'autant qu'également, tandis que le nombre de tradithérapeutes pour 800 habitants, en 2012, y est de 1, dans toute l'Afrique, « *on dénombre 1 guérisseur pour 500 personnes, contre 1 médecin pour 40.000 personnes* » (OMS, 2013 : 27).

[185] Cf. (MS du Bénin, 2012 : 25). C'est bien ce Ministère qui l'a extrait de Rufaro CHATORA, « *Vue d'ensemble de la médecine traditionnelle dans la région africaine* », *in* : *Observatoire de la Santé en Afrique*, Janvier-Juin 2003.

Or, les taux de 80 à 85% au Bénin, contre 60% au Mali et au Ghana ; de 70% au Soudan ; d'environ 50% au Sri Lanka ; de 60% en Australie, en tant que mesures du recours à la tradithérapie en 1988, comme il en a été précisé hors du tableau ci-dessus (Cf. MS du Bénin, 2012 : 24), montrent la très faible envergure de la médecine moderne dans la couverture sanitaire. Avec beaucoup plus d'impact, les médecines populaires les mieux adaptées à la culture et aux réalités socio-économiques des communautés à la base, y interviennent donc.

Dans cette situation générale, dégagée par le Ministère de la Santé du Bénin du tableau du docteur Rufaro Chatora, deux problèmes peuvent être relevés concernant le Bénin et, probablement, concernant d'autres pays :

- Il s'agit des tradithérapeutes qui meurent en ne prenant aucune disposition successorale aux fins de léguer leurs savoirs médicinaux et médicaux à la postérité ;
- Il s'agit également du danger de l'oralité dans laquelle demeurent les savoirs, savoir-faire et savoir-être (recettes médicinales ; art diagnostique, préventif et curatif ; humanisme/excellent accueil envers les malades) dont regorgent les médecines endogènes au sein desquelles se trouve *Fâ*.

Si déjà, au regard de la portée établie des médecines populaires, *Fâ* est positionné face à la médecine moderne comme étant un important élément pour le chevet du patient, pourquoi doit-on laisser ces deux problèmes rester sans solutions rapides et idoines ?

Même le Manuel de formation du Ministère de la Santé du Bénin, déjà cité, a rapporté que *Fâ* « *a été pratiqué par tous les peuples de la terre. En Afrique, il se pratique sur toute la Côte des esclaves et particulièrement dans le Golfe du Bénin, du Nigeria au Ghana* » et qu'il « *permet de soigner avec succès l'Homme malade et de prévenir les maladies* ». Il y fut souligné enfin que « *Fa est considéré comme une science mathématique enseignée dans plusieurs universités africaines* » (MS du Bénin, 2012 : 40). Les recherches en sciences sociales n'ont jamais soutenu le contraire : Cf. **Première Partie**, troisième sous-chapitre du **Chapitre 2**, *Géographie pour une cartographie de la médecine moderne et de Fâ.*

Si tant est que *Fâ* est de cette importance, ce serait une grande perte pour l'humanité, la nation béninoise en l'occurrence, de ne pas prévenir l'extinction du petit nombre que constituent aujourd'hui les détenteurs de son corpus de connaissances. Car les *bokônon* ou *babalawo*, praticiens de *Fâ*, devront faire partie des ressources humaines, c'est-à-dire du capital humain dont l'Etat aura activement besoin lorsqu'il déciderait de renoncer à son système de santé actuel pour adopter un autre plus adapté aux perceptions que communautés concernées et OMS ont de la « *santé* » et de la « *maladie* ». Mais des questions se posent à ce sujet :

> Que faire donc pour que grâce à des formations accordées par les vrais connaisseurs de *Fâ* et des médecines traditionnelles, ceux qui sont désireux de devenir comme eux parviennent à constituer le capital humain compétent et suffisant dont aura besoin la mise en place d'un nouveau système de santé publique ? Et si un tel capital humain était constitué, combien en son sein accepteraient de travailler en clientèle publique ?

Voilà certaines des questions de ressources qui rendent déjà un tant soit peu difficile le contexte préparatoire, notamment humain, de la collaboration entre médecins et tradithérapeutes pour la mise en synergie de l'action médicale, à partir du Bénin. En effet, un échantillonnage établi sur douze (12) praticiens pour examiner le renouvellement par la succession ou non des tradithérapeutes de *Fâ*, suite à leur mort dans une concession familiale, permet de s'en inquiéter à Abomey.

A la lumière du **tableau ci-dessous**, la succession est de 17% en comparaison au défaut de succession qui est de 83%. A ce rythme, la portée d'un système de soins comme *Fâ* ne risque-t-elle pas de s'évaporer, faute d'existence de professionnels ? Deux hypothèses se valent, à partir des données de ce tableau : ou bien il n'y a pas de successeur existant physiquement, ou bien il n'y en a pas de motivé pour prendre la relève. Mais toujours est-il que le long cursus de formation qu'impose le métier de tradithérapeute de *Fâ* pourrait en être pour quelque chose dans l'hypothèse du manque de motivation.

Tableau sur l'état de la succession des bokônon morts à Abomey et environs sur un échantillon de 12 personnes

Nom du prêtre de Fâ ou bokônon	*Concession/quartier ou village de résidence à Abomey ou environs*	*Succession après sa mort*
Agbodjantô	Dokpa-Tognizanli	Non, depuis 15 ans
Nounmadomessi	Wémè	Non
Etôti	Sèlèho	Non, depuis 40 ans
Dangban	Wémè	Non
Agounha-Hountô	Abomey-Houndjroto	Non
Dèha	Dokon-Sota	Non, depuis 20 ans
Edjèkiti	Dokon-Hounhouê	Non, depuis 10 ans
Sènato	Akouta-Dovômê	Non, depuis + de 100 ans
Guèdègbé	Abomey-Adandokpodji	Non, depuis + de 100 ans
Wolo	Abomey-Dota	Non, depuis + de 100 ans
Adjaho	Zassa-Hounli	Oui, depuis 3 ans
Glessougbé	Abomey-Vidolé	Oui, depuis 9 ans

Source : réalisation personnelle à partir de résultats d'enquêtes.

Mise à part la mort que pose comme premier problème ce tableau, il y a aussi le danger de l'oralité comme deuxième problème. Et ce sont des problèmes que l'on rencontre surtout en Afrique. En effet, selon Amadou Hampâté Bâ, sur ce continent, « *chaque fois qu'un vieillard meurt, c'est une bibliothèque qui brûle* » (1972 : 21). Bibliothèque consumée et dont les cendres, souvent ou parfois, n'ont rien de lisible comme de l'écrit consommable d'une génération de vivants à l'autre. D'autant que, suivant le tableau ci-dessous présenté, au sein d'un échantillon de dix (10) prêtres de *Fâ*, c'est au total six (6), soit 60%, qui sont capables de consigner, par écriture courante dans un cahier, leurs connaissances pour suppléer à la mémoire quand elle va être défaillante ou pour survoler la mort. Les quatre (4) autres de

l'échantillon, soit 40%, sont totalement illettrés[186] en français par exemple, langue de travail au Bénin, sauf qu'ils savent écrire et lire les signes géomantiques de *Fâ*. Pire, aucune institution ne travaille à leur alphabétisation en langues nationales. Ce tableau en dirait long :

Tableau préfigurant le risque de non transmission et de perte des savoirs détenus par les spécialistes de Fâ

Nom du prêtre de Fâ	***Concession/quartier/ village de résidence à Abomey ou environs***	***Capacité à consigner par soi-même ses savoirs géomantiques médicinaux et médicaux***
Sinsin Glodjo	Abomey-Houndjroto	Oui, cours primaire
Douho André	Abomey-Ahouaga	Non
Guèguèzo Pascal	Alomakanmè	Oui, cours secondaire
Adjaho Elias	Zassa	Oui, cours primaire
Lintô Lucien alias Aïssi	Wankon	Oui, cours secondaire
Glessougbé	Abomey-Vidolé	Non
Ayikin	Zounzonmè	Non
Mawouvi	Abomey-Hounli	Non
Akô Mètôfô	Détoho	Oui, cours primaire
Kingbè Alphonse Dossé	Wémè	Oui, cours primaire

Source : réalisation personnelle à partir de résultats d'enquêtes.

Mais, si l'on sait que sur les six (6) lettrés approximatifs, cinq (5), en vertu de cet atout, sont dans le Bureau de l'Association des *bokônon* d'Abomey regroupant les sept (7) Arrondissements de cette Commune, ces statistiques seraient illusoires ou biaisées. Car elles ne reflètent pas le grand nombre d'illettrés *bokônon* de la base, lesquels n'auraient aucune capacité d'écrire et de lire pour être confortablement dans ce Bureau communal. Ces statistiques mettent donc en exergue le problème que pose, au Bénin, l'illettrisme relatif ou l'oralité dans l'exercice du métier de *bokônon*. Ce problème ne manquerait pas d'influer sur la collaboration entre ces tradithérapeutes et les « *grands lettrés* » de la médecine moderne

[186] Certes, comme le Professeur Rokia SANOGO l'a fait observer en tant que membre du pré-jury de ce travail, « *l'illétrisme est une donnée, mais pas un problème en soi* » dans la mesure où la possibilité d'alphabétiser les acteurs existe. Mais reconnaissons néanmoins que l'accès direct ou personnel à la littérature et à la culture universelles, que véhiculent les langues internationales, est exclu chez tout individu qui n'est alphabétisé que dans sa langue maternelle ou locale. Et que cette alphabétisation, tout au moins, fait encore défaut dans nos pays.

(médecins, infirmiers, sages-femmes, laborantins, pharmaciens, etc.) dans le cadre de la mise en synergie de l'action médicale.

Donc le renouvellement par succession des tenanciers d'unités de consultation géomantique ou *Fâ-gbassa* ainsi que la scolarisation suffisante des acteurs pourraient servir à améliorer, en quantité et en qualité, leurs prestations au profit des usagers de la thérapeutique de *Fâ*. Ces deux dispositions ne manqueront pas d'utilité dans la collaboration pour la synergie médicale envisagée avec les agents de santé des hôpitaux modernes. Et si des écoles de formation dans cette branche médico-sociale qu'est *Fâ* au Bénin, en Afrique, dans la diaspora noire ou ailleurs, pouvaient voir le jour pour démultiplier continûment le nombre des praticiens vivants, le taux de couverture sanitaire par pays utilisateur s'accroîtrait.

Car, les populations des pays de *Fâ* (Cf. **Première partie, Chapitre 2,** sous-chapitre 2.3.) seraient ravies de bénéficier davantage de traitements non seulement adaptés à leur culture, mais aussi susceptibles de leur réduire les problèmes de méprise thérapeutique en termes d'orientation et de trajectoire. En termes aussi de soucis d'accessibilité géographique et financière qu'elles rencontrent souvent, en milieu biomédical, dans leur quête de soins de santé. Au fond, le taux élevé de la fréquentation de *Fâ* et des médecines traditionnelles, au détriment de la médecine moderne, est dû :

- A leur harmonie avec la culture natale des communautés ;
- A l'approche médicale systémique qui les caractérise ;
- A la réduction de distance dont les communautés jouissent en retrouvant vite un praticien ;
- Aux coûts financièrement abordables des prestations géomantiques ;
- A la bonne qualité de l'accueil chez les tradithérapeutes, en l'occurrence chez les *bokônon*.

A force d'observer et de comparer, les populations semblent comprendre que la médecine moderne ne parviendra jamais à intégrer, dans son approche analytique réductionniste de la santé et de la maladie, les causes métaphysiques, spirituelles ou cosmiques de leur mal-être. De plus dans les hôpitaux éloignés, pour la plupart, de plusieurs kilomètres de bon nombre d'entre elles, les formalités d'accès en termes de protocole hiérarchique, de papiers administratifs à remplir ; les coûts plus ou moins prohibitifs à payer avant, pendant et après les prestations médicales ; la condescendance de certains soignants, etc., sont des facteurs de découragement. D'autres facteurs sont à ajouter chez ces soignants comme leur langage

technique étranger et inaccessible à la compréhension populaire ; leur rationalité enfermée dans le biomédical ; leur déficit d'humanisme qui les pousse au comble de la maltraitance. Voilà autant d'éléments défavorables pour la biomédecine, violente elle-même par endroits, qui expliqueraient la très grande fréquentation[187]des thérapies populaires.

Au sujet du déficit d'humanisme/déontologie/hospitalité de certains soignants (Olivier de Sardan et Jaffré, 2003), Aubin Towanou, ancien pensionnaire des hôpitaux, a rapporté dans son livre un cas choquant, constitué par le comportement d'une infirmière au Centre Hospitalier Départemental du Zou et des Collines (CHD/Z-C) :

> « *Infirmière de son état*, a-t-il écrit, *la cruelle, alors qu'elle devait assurer le pansement d'une plaie, a choisi, pour obtenir le silence du patient, de lui foutre la compresse imbibée de sérosité et de pus dans la bouche* »
>
> (Towanou, 2014 : 138).

Cet incident ne peut être dissimulé ici où il est question de collaboration entre modèles de soins pour accroître, en action synergique, la couverture sanitaire. Dans le contexte actuel de la santé publique dont on est en train de parler, c'est un incident qui relève des grandes déviances rencontrées en milieux hospitaliers. Ces déviances ou dérives au bas mot, comme l'on s'en douterait, postulent l'amélioration diligente et permanente de la déontologie[188] et de l'éthique des acteurs hospitaliers, pour crédibiliser le système dit moderne de santé qui est le leur. Cela, d'autant que **leur modèle de soins s'avère incontournable aux côtés de la tradithérapie et vice-versa**.

11.3. Pistes de collaboration pour une synergie de l'action médicale

La collaboration en synergie entre les modèles, le traditionnel et le moderne de soins de santé, est recommandée par plusieurs résolutions de l'OMS. A ce titre, l'on peut citer du plus récent au plus vieux texte, quelques exemples :

---

[187] Cf. *Enquêtes sur la qualité des soins à Cana*. Rapport de consultance, admis comme document interne, au Programme Médico-Sanitaire Bénino-Suisse (PMSBS) en 1998 et présenté dans une Communication aux *Septièmes Journées des Sciences de la Santé* à Bobo-Dioulasso/Burkina Faso, la même année.

[188] La déontologie est l'ensembe des règles de conduite, basées sur la bonne moralité, dans un domaine technique, dans une profession ou un métier. Autrement dit, c'est l'éthique élémentaire ou basique d'une profession que ne doit, en aucun cas, détériorer l'influence de la modernité, de l'urbanisation et de la monétarisation des relations inter-humaines. Tout code de déontologie semble s'inscrire toujours dans une tradition comportementale universelle obéissant elle-même au « *bon sens* » comme « *la chose du monde la mieux partagée* » (DESCARTES). En vertu du code de déontologie des infirmières, cette infirmière béninoise, si elle respectait ses devoirs et obligations, ne devrait pas être « *cruelle* » comme elle l'a été vis-à-vis de son patient au CHD/Z-C.

- La *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023*, soulignant la nécessité de l'intégration desdits modèles de soins de santé à l'échelle nationale et mondiale. Ce document devrait suffire pour faire revoir d'urgance les bases des politiques publiques de santé mises en œuvre par chaque Etat membre de l'OMS ;
- Le *Protocole de Nagoya* adopté le 29 octobre 2010 et mis en vigueur depuis le 12 octobre 2014, recommandant aux professionnels traditionnels ou modernes de soins sanitaires de développer une inter-coopération équitable ;
- La *Déclaration de Beijing*, le 8 novembre 2008, adoptée au Congrès de l'OMS, appelant les Etats membres à promulguer des lois de reconnaissance et de réglementation de la médecine traditionnelle pour l'intégrer dans leur système national de santé et favoriser ainsi la collaboration entre guérisseurs traditionnels et médecins.

Par ailleurs, à en croire le médecin généraliste Boukris, qui enseigne aussi à la Faculté Bichat et Lariboisière en France, tous les soignants, à moins de se refuser le bon sens, sont obligés de collaborer au coude-à-coude pour sauver les vies :

> « *De tout temps, la querelle entre guérisseurs non médecins et médecins a toujours été présente et vive. Pourtant, cette guerre n'a pas de sens. Nous sommes tous des soignants. Nous devons agir dans l'intérêt de nos malades. Il existe un champ immense, inexploré et mystérieux, dont on ne sait pas s'il appartient au domaine matériel ou spirituel et qui s'oppose au rationalisme* »
>
> (Boukris, 2014 : 35).

C'est justement parce que *Fâ*, inscrit au patrimoine mondial immatériel de l'humanité à l'UNESCO depuis 2005, reconnaît et gère l'existence de ce « *champ immense, inexploré et mystérieux* » dont parle Boukris, qu'il est ici mis en valeur. Notamment dans la perspective de collaboration des médecines traditionnelles avec la médecine moderne, pour une synergie de l'action médicale, à partir du Bénin. **Il est à souhaiter que le présent travail sur l'établissement d'une relation fonctionnelle entre la médecine moderne et *Fâ* puisse, un jour, faire du Bénin le pays de la Cartographie géomantique mondiale qui mériterait de piloter un vaste Programme y afférent**.

En effet, l'existant au Bénin en matière de promotion de la « *pharmacopée* » et de la « *médecine traditionnelle* » paraît récupérable pour leur mise en relation fonctionnelle avec la médecine moderne au chevet des patients. C'est un existant qui semble présager d'une volonté améliorable de prise en compte des attentes des populations dans le secteur de la

Santé. Si les politiques de santé publique du Bénin pouvaient toujours s'améliorer dans ce sens et faire des émules au sein de cette **Cartographie géomantique mondiale**, les représentations que l'OMS et les populations ont de la « *santé* » et de la « *maladie* » ne rencontreraient plus de trahison de la part des pouvoirs publics. Ceci, d'autant que les pays en développement sont ceux qui, en l'occurrence, ont besoin de tenir grand compte des réalités socioculturelles endogènes et de ces représentations-là pour implémenter un nouveau réglage des services de santé aussi bien en clientèle publique qu'en clientèle privée.

Ce nouveau réglage ne se ferait pas sans l'identification et la marche sur des pistes de collaboration entre la médecine moderne et *Fâ* par exemple, au sein de la tradithérapie. Ces pistes vont être proposées ici en deux catégories : les pistes de collaboration interne et les pistes de collaboration externe.

- **Piste 1 de collaboration interne à la Santé : Diagnostic médical**

En cas de plaintes d'ordre organique, liées au physique ou au psychique du patient, il suffirait d'un peu d'« *insolite* » ou de « *jamais vu* » dans le syndrome pour que le diagnostic en collaboration, à engager par l'agent des hôpitaux, se fasse avec un tradithérapeute devin. L'universalité des signes divinatoires de *Fâ*, le plateau technique du *bokônon* ainsi que la foi en lui, manifestée par les populations de son milieu d'exercice de métier, devraient suffire à y pousser l'agent de médecine moderne. Quel que soit son rang technique, il devrait s'accorder avec le patient ou ses parents, lesquels inviteraient le devin à apporter sa clarification sur l'« *insolite* » ou sur le « *jamais vu* ». Plus on aura structuré de telles interventions en termes de collaboration pour une synergie de l'action médicale au chevet du patient, mieux cela vaudra. Car, la dispersion infructueuse d'argent et d'énergie, les pertes de temps en navette qui sont synonymes de tâtonnements et d'incertitudes dans les trajectoires thérapeutiques, pourraient être ainsi évitées. Le dispositif de collaboration structurée qui suit, proposé en focus groups par les enquêtés, pourrait au mieux mettre fin à cette dispersion d'argent et à cette perte de temps qui conduisent souvent à la mort des patients.

- **Piste 2 de collaboration interne à la Santé : Prévention médicale**

L'expérience a montré comment, dans *Fâ*, il y a beaucoup d'actes de prévention à travers les conjurations de sort. Ainsi donc, lorsqu'une vaccination comme celle contre la poliomyélite, la tuberculose ou le tétanos se prépare pour être opérationalisée par les Services de Santé des hôpitaux, l'appui des forces du monde invisible pourrait être sollicité. Cela, en termes de

divination et de conjuration géomantique/prévention médicale si l'on croit, comme les populations d'Abomey, d'Ouidah et de Cotonou, que les microbes, les humains, les heurs ou les malheurs sont aussi téléguidables par des forces spirituelles et cosmiques.

L'autel de *To-Lègba* (divinité collaboratrice de *Fâ*) et l'*azon-zoun* (butte-réceptacle des maladies) dans la maison, le village, le quartier ou le pays sont les endroits indiqués pour déposer les produits du « *azon yinyin* » ou du « *renvoi des maladies* », c'est-à-dire de la prévention médicale. Cet autel et cette butte seraient les lieux privilégiés où rendez-vous se donne aux forces spirituelles et cosmiques qui interféreraient favorablement, pour les êtres humains, dans les rapports entre le bonheur et le malheur organiques ; entre la maladie par les microbes et la santé par la prophylaxie. Eu égard à cette croyance populaire, plus on aura structuré de telles interventions en termes de collaboration pour une synergie de l'action médicale au profit des groupes-cibles de vaccination, mieux cela vaudra. Et cela, si tant est qu'au nom de la complémentarité souhaitée, la biomédecine doit travailler au coude à coude avec les médecines holistiques.

La même logique perceptuelle et opérationnelle pourrait sous-tendre la collaboration entre agents de santé des hôpitaux et *bokônon* en ce qui concerne la sensibilisation contre le Sida avec les préservatifs ou contre le paludisme avec les moustiquaires imprégnées. L'Etat béninois perdrait-il quelque chose en renforçant l'action médicale dans le visible par celle dans l'invisible ? Pour plusieurs rencontres publiques (visite de Chef d'Etat, cérémonies solennelles, grands meetings politiques, etc.), les organisateurs, à l'informel, ne sollicitent-ils pas souvent les défaiseurs de pluie appelés « *dji-klontô* » en langue *fon*, pour faire « *avorter* » toute pluie qui endommagerait l'évènement ? Si de tels pas sont parfois franchis dans l'Administration publique béninoise, pourquoi ne pas franchir ceux d'associer « *l'informel* » au formel sanitaire dans un sens de collaboration officielle, pour une synergie de l'action médicale ?

- **Piste 3 de collaboration interne à la Santé : Soins médicaux**

La collaboration entre médecine moderne et *Fâ* au sens restreint ou entre elle et les thérapies traditionnelles au sens large est aussi possible dans le traitement des maladies. Ces dernières, quand bien même elles peuvent avoir des causes invisibles aux yeux, au microscope, à la radio, au scanner, aux réactifs, etc., développent souvent des symptômes visibles à ces organes ou instruments d'identification comme dans les cas de causes visibles. C'est le cas des envoûtements sorciers où les malades peuvent avoir des symptômes d'anémie, des

troubles de sommeil sous forme de cauchemars, des délires de persécution, etc. C'est aussi le cas des empoisonnements à distance où il s'agirait de colique, de diarrhée, de vomissement, de ballonnement de ventre, etc., sans que la médecine moderne ne soit capable de trouver, scientifiquement, les causes objectives. Il y a là donc une complexité évidente qui susciterait la conjugaison des compétences de la biomédecine et de la tradithérapie, la seule capable de cerner ce qui se cache dans l'invisible à la science moderne.

Par ailleurs, il y a également des maladies dont le traitement par les produits pharmaceutiques reviendrait trop cher au regard de la pauvreté des malades. Dans de tels cas, les phytothérapeutes traditionnels pourraient, en collaboration avec les agents des hôpitaux, soumettre l'affection à la cure avérée des plantes médicinales, aux fins de ne pas ruiner les patients. Et dans ce sens, les agents de la médecine moderne comme les pharmacologues issus des Facultés de pharmacie pourraient aider les tradithérapeutes à maîtriser l'innocuité/la toxicité et les principes de mise en doses des remèdes à l'aune de la virulence des principes actifs par rapport à l'âge, au poids, aux antécédents pathologiques et aux indices héréditaires du patient.

Boukris a révélé non seulement la faisabilité de cette piste de collaboration, mais surtout son effectivité en Inde et en Chine :

> « *En **Inde**, il y a actuellement environ 250 000 médecins agréés du système ayurvédique pour près de 700 000 dans le système médical moderne. Dans chaque Etat indien, environ un tiers des postes de santé publique sont occupés par des médecins appartenant aux systèmes traditionnels* »
>
> (Boukris, 2014 : 66).

Et de poursuivre en ce qui concerne la **Chine** :

> « *La plupart des hôpitaux disposent d'un département MTC (médecine traditionnelle chinoise)* » (*Ibid.* : 67).

Quant à la **France**,

> « *Aujourd'hui,* a-t-il ajouté, *on opère sous hypnose, comme le fait le docteur Marc Galy, anesthésiste à l'hôpital Saint- Joseph. (…). Pendant plusieurs décennies, l'hypnose a été rangée au rayon de la magie ou de l'exercice de foire, mais désormais les médecins hospitaliers ne se moquent plus de cette alternative. (…). Durant ces trente dernières années, plus de 4000 médecins généralistes ont appris la technique hypnotique* » (*Ibid.* : 113-115).

Si c'est vrai, par ailleurs, que « *Sur le **continent africain**, on compte 200 000 'tradipraticiens', consultés souvent parallèlement au médecin* » (Boukris, 2014 : 64), qu'attend-on pour s'organiser autrement afin de maximiser l'impact de leurs interventions sur

la couverture sanitaire du continent ? Qu'attend-on pour tendre la main, en traumatologie, aux réducteurs traditionnels de frature ? En parasitologie, aux guérisseurs traditionnels du palu ?

- **Piste 1 de collaboration externe à la Santé : Culture et Recherche pharmacologique/pharmacognosique**

En 1983, l'Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture (UNESCO) a posé, comme titre de l'une de ses publications, « *La culture, clé du développement* ». Or, c'est justement du développement qu'il est surtout question dans cette Thèse relative au secteur de la Santé. Peut-on obtenir un tel développement dudit secteur sans s'appuyer sur la culture des populations posées comme cibles des politiques publiques ?

Le bon sens, socio-anthropologique surtout, ferait répondre par la négative, notamment lorsqu'on valide le rôle que l'UNESCO donne à la culture où sont dictés à l'homme son mode de pensée et d'action, ses croyances, la plupart de ses réflexes et mouvements de personnalité au sein d'une société donnée. De ce point de vue, la dimension socio-anthropologique de la santé de l'individu et du groupe auquel il appartient s'avère une évidence à ne jamais perdre de vue, particulièrement dans la définition des politiques publiques, celles de Santé comme c'est le cas ici. Autrement dit, le Ministère de la Santé doit collaborer avec le Ministère de la Culture ; les Facultés de pharmacie ; les Départements de médecine traditionnelle là où il en existe comme au Mali, de sociologie et d'anthropologie, même de psychologie et de philosophie dans les Universités. **Pour se réajuster constamment par rapport au contexte de vie et d'évolution des communautés qui ont besoin d'une bonne santé existentielle** en tout temps et en tout lieu. C'est bien la culture qui fait asseoir toute médecine sur des fondements qui lui permettent de comprendre la survenue de certaines maladies et la teneur de leur thérapeutique par exemple. Les médecins formés dans les Facultés de médecine auront donc intérêt à « *tresser la nouvelle corde sur l'ancienne* » (Jean Pliya, 2002), c'est-à-dire à faire aussi l'école de la tradition socioculturelle des soins de santé dans les pays où ils officient. Les tradithérapeutes doivent également faire l'effort d'aller comprendre les fondements nouveaux ou étrangers que la culture occidentale du colonisateur a introduits dans leur culture ancestrale.

Cette compréhension, pour être pointue, implique souvent de la recherche scientifique non seulement pour élucider l'existant dans le cadre de la santé et de la maladie à mettre en relation avec les nouveautés, mais aussi pour anticiper sur les catastrophes sanitaires dont seule l'évolution de l'existence a le secret de la survenue ou non.

Les quatre étapes connues pour cette recherche scientifique, assurée souvent par les Universités, conviennent bien à ces enjeux-là : l'observation des faits ; la formulation de l'hypothèse de recherche sur les faits ; la vérification de cette hypothèse, dans le meilleur des cas ; et la formulation des lois scientifiques. Celles-ci, on le sait, ne devraient jamais démentir le déterminisme scientifique selon lequel, tout effet a une cause et dans les mêmes conditions, les mêmes causes produisent les mêmes effets (d'Holbach, *Système de la nature*, 1770). Elles devraient ainsi bien satisfaire les exigences du positivisme d'Auguste Comte et du cartésianisme de René Descartes, qui ont fondé la science moderne.

La biomédecine, dans sa collaboration avec les thérapies traditionnelles, aurait à voir les possibilités de les initier et de les habituer à cette démarche scientifique porteuse de preuve, de mesure, de régularité, d'objectivité, de reproductibilité, d'universalité et de précision. Elle pourrait les assister dans l'identification, l'extraction et la mise sous forme galénique des alcaloïdes ou principes actifs contenus dans les plantes médicinales locales. Ces possibilités ne sont pas exclues, car dans le domaine de la phytothérapie une incursion de la science moderne se remarque déjà au regard des produits pharmaceutiques non importés que *Négro-Clinique Pharmacie*, *API-Bénin*, le *Centre Médical Sêyon*, etc., fabriquent pour le traitement de certaines affections. Il en fut de même des travaux de l'équipe de recherche, dirigée au Bénin par L. Dossevi, sur les plantes aux principes actifs *contre les affections hépatiques* (Cf. **Annexes**). Et à l'échelle de l'Afrique, l'espoir serait davantage permis si le Centre d'Excellence Africain pour la Phytomédecine, la Recherche et le Développement parvenait à booster le secteur. Financé par la Banque Mondiale, il est basé au Nigeria sous le sigle *ACEPRD* (Africa Centre of Excellence in Phytomedicine, Research and Development) et est mis sous la responsabilité administrative et scientifique de l'Université de Jos.

Pourquoi ne pas prendre en charge son propre destin de continent ou de pays comme le Japon, par exemple, où selon Boukris, « *'les médicaments kampo' sont des composés de cinq à dix plantes en préparation industrielle et ont un statut de médicament* » et où, « *34% des médicaments vendus sont des médicaments kampo* » (Boukris, 2014 : 66) ? Pourquoi ne pas organiser loyalement et activement, sous le parrainage des universités nationales du Bénin, de telles recherches pharmacologiques/pharmacognosiques où les tradithérapeutes se verront co-auteurs et bénéficiaires de brevets d'invention et de labélisation de leurs produits ? Quels émules font *Avalu* et *Africa Biopharma*, laboratoires de pharmacopée du Bénin, dans la production galénique de phytomédicaments ? Quelle attention scientifique, en vue d'une saine

collaboration de recherche, développe-t-on vis-à-vis de l'action médicale des Etablissements *PJMP* (Plus Jamais la Maladie de la Prostate) dont le siège mondial est à Porto-Novo ?

Quant aux thérapeutiques relevant de l'initiation et éventuellement de la sorcellerie positive ou protectrice, qu'attend-on pour engager, dans des projets de recherche scientifique, l'étude rationnelle des mécanismes naturels ou surnaturels qui sous-tendraient la mise en relation entre le monde visible et le monde invisible ? Qu'attend-on pour maîtriser anthropologiquement et donc scientifiquement, dans la collaboration avec les tradithérapeutes, les plantes à vertus magiques ? Ne pourrait-on pas parvenir dans la collaboration avec les tradithérapeutes ou sorciers protecteurs à élucider la rationalité du télétransportage et les mécanismes par lesquels se réalisent les envoûtements sorciers et les empoisonnements à distance ? Ne peut-on pas investiguer scientifiquement pour voir si, dans la survenue de la vérité divinatoire et de l'efficacité thérapeutique de *Fâ*, les ondes telluriques étaient en liaison avec des ondes magnétiques ou d'autres ondes ? Ne peut-on pas parvenir à clarifier la rationalité par laquelle réussit le « *kou niyô* » ou « *métamorphose de la mort en vie* » qu'opère le *bokônon* au profit d'un patient moribond ? Le monde invisible existe-t-il vraiment ? Si oui, comment pourrait-on y accéder sans risques nuisibles et en connaître les lois exploitables pour le développement sanitaire en l'occurrence ? Comment inciter les chercheurs nationaux, aliénés culturels pour la plupart, à s'engager dans ces recherches-là, en considérant, comme Hegel, que « *tout ce qui est rationnel est réel* » et que « *tout ce qui est réel est rationnel* » ?

Il n'y a qu'à lire *Les savoirs endogènes* (Hountondji, 1994) pour se rendre compte de l'ampleur de la tâche qui attend les chercheurs lettrés béninois aux côtés des femmes et des hommes dépositaires, souvent illettrés, de nos savoirs locaux ou ancestraux.

- **Piste 2 de collaboration externe à la Santé : Enseignement et Formation**

Beaucoup de recherches peuvent déjà être capitalisées sur *Fâ* aussi bien au Bénin, au Togo, au Nigeria et même en Occident, comme le prouvent les références bibliographiques et sitographiques de la présente Thèse. Et dans ces publications figurent nettement des éléments qui peuvent entrer dans des *curricula* d'enseignement et de formation, susceptibles d'amener les apprenants à des spécialisations et à des expertises. Pourquoi laisser les dépositaires des tradithérapies, tels que les prêtres de *Fâ*, mourir jusqu'au dernier avant de voir l'urgence de s'inscrire à leur école ? Comment justifier la différence[189]d'hiérarchisation des seize (16)

[189] Tandis que le signe *Ka Mèdji* est posé comme le 11ème de la hiérarchie chez les premiers, il est posé comme le 15ème chez les seconds.

signes principaux de *Fâ* ou des *dou-gan*, lorsqu'on passe de la pratique géomantique des *babalawo yorouba/nago* à la pratique géomantique des *bokônon fon* et assimilés ? Cette différence d'hiérarchisation a-t-elle une incidence sur la vérité divinatoire, la thérapeutique et l'enseignement de *Fâ* aux disciples ? Peut-elle être corrigée par une harmonisation interculturelle ? Au sein de la géomancie dans le monde, quels sont les éléments de convergence, de divergence et de contingence observables d'une pratique à une autre ?

D'autant que « *Fâ est présentement enseigné comme pivot de la civilisation négro-africaine yorouba dans certaines universités du Nigeria, des Etats-Unis d'Amérique, du Brésil et ailleurs, dans le monde* » (Adjotin, 2011 : 48), pourquoi ne peut-on pas en créer une chaire d'enseignement dans les universités nationales du Bénin ? Ne voit-on pas que les *bokônon* chevronnés peuvent y être invités en experts pour des travaux pratiques ou dirigés, pour des débats critiques de clarification scientifique du domaine et pour des recherches novatrices ? Recherches qu'il serait avantageux de verser dans l'enseignement et la formation de nouvelles générations de praticiens ou de théoriciens en géomancie ! A partir d'une taxonomie, puis d'une profonde étude biochimique et métachimique des plantes ou substances utilisées par les *babalawo* et d'autres guérisseurs traditionnels, ne peut-on pas confectionner des *curricula* de formation en pharmacologie/pharmacognosie, en phytothérapie, en traitement du paranormal ? A considérer que *Fâ* utilise « *sciences, lettres et arts au chevet du malade* » (Adjotin, 2011) qu'est « *l'univers* », qu'attend-on pour examiner les possibilités d'enseigner de telles originalités de thérapie dans les Facultés de médecine ?

De toutes les façons, Wande Abimbola a certifié dans « *Ifa as a body of knowledge and an academic discipline* » (1968 : 30-68) la portée didactique de *Fâ*, et après lui, en 2005 comme il convient de le répéter, l'UNESCO l'a inscrit au patrimoine mondial. Toutes choses qui devraient inciter le Bénin, pays du vaudou où *Fâ* prospère, à l'exploiter à fond, pour le développement plurisectoriel dont il a besoin.

- **Piste 3 de collaboration externe à la Santé : Economie, Commerce et Coopération**

La validation des principes actifs curatifs ou préventifs des plantes médicinales, grâce à une bonne relation de recherche scientifique entre guérisseurs traditionnels et guérisseurs modernes, pourrait déboucher sur une culture agraire et une commercialisation officielle de ces plantes par le Bénin. Les incomptables étals d'herboristes, dans tous les marchés et au bord de certaines voies (Cf. **Photo en Annexes**), témoignent de combien leur clientèle serait active. Par rapport à l'amoindrissement de sortie de devises financières que de tels étals

favoriseraient au détriment de l'achat des médicaments importés, l'évidence indique que le Bénin gagnera à s'impliquer dans la production et l'exportation officielles de plantes médicinales avérées. Cela générera une croissance économique et commerciale susceptible de créer un sous-secteur ou une nouvelle filière à la Coopération pour le développement.

En effet, les échanges commerciaux Sud-Sud ou Sud-Nord avec ces plantes, connues de la tradithérapie et/ou de la médecine moderne, apporteraient dans ces conditions une croissance non seulement du Produit National Brut (PNB) du Bénin, mais aussi des partenariats de recherche en santé. Notamment dans le cadre de la Coopération interuniversitaire en pharmacologie/pharmacognosie et dans celui de la Coopération médicale ou clinique.

- **Piste 4 de collaboration externe à la Santé : Sécurité publique et Justice**

Dans toutes les corporations, existent des vendeurs d'illusion. Autant l'on peut rencontrer de faux médecins, autant l'on peut croiser, sur son chemin, de faux tradithérapeutes. Au Bénin d'aujourd'hui, la publicité incontrôlée dans diverses presses publiques ou privées fait craindre une promotion délibérée du charlatanisme ou du faux professionnalisme au profit de ceux que Boukris (2014 : 234) considère comme de véritables « *gourous* », « *faussaires de la médecine* » ou fauteurs de « *dérives sectaires* ». Et du coup, un cadre légal d'exercice de la tradithérapie ainsi que de sa collaboration d'avec la biomédecine s'impose. La santé demeurant, qu'elle soit biologique au sens réduit ou existentielle au sens systémique, un bien basique délicat sans lequel aucun développement humain ne peut s'opérer.

Deux types de protection interpellent ici le recours, dans la collaboration entre médecine moderne et tradithérapie, à des structures de Sécurité publique et de Justice. Il s'agit de la protection des bons soignants et de leurs remèdes contre la concurrence déloyale et nuisible à la santé publique que déploient les pseudo-thérapeutes. Il s'agit aussi de la protection des malades qui sont souvent naïfs ou trop vite crédules et qui se font gruger voire intoxiquer à mort par les faux guérisseurs ainsi que par d'autres, mais rares, faux professionnels de la santé. De la même manière qu'il y a un Ordre des Médecins et un Ordre des Pharmaciens pour promouvoir la sincérité, la loyauté, la justice, la sécurité, le professionnalisme et donc la qualité desdites corporations, tout devra être mis en œuvre pour qu'il y ait également un Ordre des Tradithérapeutes, reconnu par les Tribunaux ou les lois de la République, les populations et les forces de Sécurité publique. De ce point de vue, des mécanismes de fiabilisation soutenus à la fois par ces Ordres constitués, par la Police, la Gendarmerie et les Tribunaux, devraient être mis en place pour épurer le climat éthique et déontologique de la collaboration.

Ces pistes de collaboration tiennent donc leur opérationnalité d'un certain nombre de défis à relever par plus d'un Etat. Car le Bénin, cadre inclusif d'étude pour la présente Thèse, paraît avoir en filigrane à travers les enquêtes menées à Abomey, Ouidah et Cotonou les mêmes caractéristiques de destin que tous les autres pays arriérés :

1. Une couverture sanitaire insatisfaisante et aux bases faussées ;
2. Une inadéquation entre système officiel de santé et besoins de santé des populations : lesquels besoins sont influencés par des facteurs culturels et sociaux ;
3. Un manque de coopération structurée entre médecines traditionnelles et médecine moderne ;
4. Un défaut national d'appropriation ou de compréhension/acceptation de la définition et des représentations que l'OMS et les populations ont de la « *santé* » et de la « *maladie* ».

D'où, approximativement, quatre **défis à relever en vue d'une collaboration** véritablement fructueuse entre médecine moderne et médecines traditionnelles, *Fâ* en l'occurrence, pour une synergie de l'action médicale, à partir du Bénin.

11.4. Défis à relever pour la collaboration entre les différents modèles de soins

Ces défis sont relatifs au déficit de ressources humaines à former, de stratégie pertinente et de dispositif systémique d'assurance-couverture sanitaire existentielle dans le secteur ; à l'adaptation socio-anthropologique du système de santé actuel ; à l'assimilation de la santé au bien-être existentiel ; au besoin de souveraineté étatique :

- Premier défi : **Combler le déficit de formation du capital humain, de stratégie pertinente et de dispositif systémique d'assurance-couverture sanitaire existentielle**

A la lumière des données présentées sur le Bénin en Première Partie de cette Thèse par rapport au nombre de ses Départements, Communes, Arrondissements et à sa superficie ainsi qu'au taux annuel de croissance de sa population, c'est un pays qui a besoin de renforcer en quantité et en qualité son capital humain dans le domaine de la santé. Car il fait partie de ces pays qui ont un important déficit en couverture sanitaire, laquelle doit désormais relever d'un type nouveau, systémique ou multidimensionnel, comme l'insinuent les représentations des communautés à la base et celles de l'OMS en ce qui concerne la « *santé* » et la « *maladie* ».

En 2007 par exemple, avec une population de 8.777.000 habitants[190]environ, on y comptait, répétons-le, un (1) tradithérapeute pour huit cents (800) habitants contre un (1) médecin pour dix mille (10.000) habitants (MS du Bénin, 2012 : 25). En 2012, il y aurait 7.500

[190] Source Google: International Monetary Fund, 2011 World Economic Outlook.

tradithérapeutes (MS du Bénin, 2012 : 84) dénombrés sur tout le territoire de ce pays alors qu'à cette date où la population totale avoisinait 9.598.787 habitants, on devrait avoir environ 12.000 tradithérapeutes si l'on avait pu garder le niveau de 1 tradithérapeute pour 800 habitants. Ce qui équivaudrait à un déficit de 4.500 tradithérapeutes et qui engendrerait au total moins de 1 tradithérapeute pour 800 habitants. Du coup, à moins d'une omission de recensement, il y a une **régression**[191] et non une progression dans ce capital humain des tradithérapeutes nationaux.

En ce qui concerne les agents de santé en médecine moderne, la situation du Bénin serait de beaucoup moins reluisante en 2012 et surtout à l'horizon de 2015. En effet, selon la Direction des Ressources Humaines de son Ministère de la Santé[192], les effectifs requis en 2012 sont de 1.335 agents en Personnel médical pour répondre à un besoin équivalant à 29,06% contre les 100% de couverture sanitaire à satisfaire par la biomédecine. Selon la même Direction des Ressources Humaines du Ministère de la Santé, les 388 agents de santé publique, disponibles en 2012, auront leur nombre réduit de 43 en 2015 à cause des départs à la retraite[193]. Et à cette Direction d'en conclure qu'au lieu de 23 agents de santé en médecine moderne requis pour 10.000 habitants selon les normes de l'OMS, c'est « *5,32* », soit 6 que le Bénin a. Ces déficits internes à la biomédecine des hôpitaux sont à corriger pour une parfaite couverture sanitaire interne à elle, avant qu'on en arrive à la couverture sanitaire systémique ou existentielle, conforme aux aspirations des populations à la base.

Rappelons-nous que le système de santé béninois, formel et informel réunis, est ambivalent et que cette ambivalence est faite de l'existence, en son sein, du modèle réductionniste de la médecine moderne et du modèle holistique des tradithérapies. Le premier modèle est moins utilisé par les populations et jouit néanmoins d'une légalité que lui confèrent les pouvoirs publics et non les populations. Le second modèle, quant à lui, est très utilisé par les populations et jouit, du coup, d'une légitimité que lui confèrent lesdites populations et non les

[191] **En termes explicatifs**, si l'on part du fait que pendant l'année 2007, il y avait 1 tradithérapeute pour 800 habitants et si l'on érige ce rapport-là en norme de base, le nombre de tradithérapeutes qui devrait être attendu pour correspondre à la population de 2012, soit 9.598.787 habitants, serait 12.000 tradithérapeutes au lieu des 7.500 dénombrés. En soustrayant ce qui est dénombré de ce qui est attendu, on obtient un déficit de 4.500 tradithérapeutes en 2012 déjà et au bilan, une régression de moins de 1 tradithérapeute pour 800 habitants, par rapport à l'année 2007 de base, est constatée.

[192] Ces précisions ont été données dans une Communication de la Direction des Ressources Humaines du Ministère de la Santé du Bénin, intitulée : « *Situation des ressources humaines de santé : état des lieux au 30 janvier 2012, départs à la retraite d'ici 2015 et perspectives* », Cotonou, juillet 2012.

[193] Cf. Tableaux en **Annexes**.

pouvoirs publics. Il a déjà été souligné, de ce fait, que ce poids faible de la légalité en comparaison à celui plus lourd de la légitimité devrait faire l'objet d'une remise en cause officielle des politiques de santé publique au Bénin ou ailleurs aux réalités similaires. Mais ce n'est pas encore le cas. D'autant que, comme il a été indiqué plus haut quant au financement public du secteur Santé, exercice budgétaire[194]de l'année 2015 au Bénin, la médecine moderne est privilégiée plus de soixante-quinze (75) fois que les médecines et la pharmacopée traditionnelles.

Face à ces éléments d'appréciation sur la nature d'un tel système de santé déséquilibré dans une discrimination financière ou d'investissement par les pouvoirs publics nationaux et internationaux, il conviendrait peut-être **d'opérer une sorte de révolution copernicienne[195]**. Celle de **partir d'un postulat contre-système**. Le postulat de la **revalorisation de la thérapie populaire traditionnelle au degré de sa substitution à la valeur donnée à la médecine moderne** en ce qui concerne les investissements. La loi qui fait le déséquilibre dans le financement de la santé au Bénin n'est rien d'autre que la **loi de Pareto déjà évoquée et qu'il conviendrait de renverser aux fins d'un système de santé plus lucide, sensé, intelligent et en adéquation avec les réalités pendantes**.

D'aucuns diraient que cette idée n'est que ridicule utopie, compte tenu des rapports de forces qui sont encore loin d'être en faveur de l'indépendance réelle des Etats arriérés du Sud comme le Bénin ou de leur autonomisation sanitaire. Mais en réponse l'on tenterait d'apaiser ceux-là en objectant, comme Emil Michel Cioran (1960), dans *Histoire et Utopie*, qu'

> « *A la longue, la vie sans utopie devient irrespirable, pour la multitude du moins* » et que « *sous peine de se pétrifier, il faut au monde un délire neuf* ».

Si ce « *délire neuf* », à travers le postulat de contre-système d'extraversion médicale prôné dans la présente Thèse, triomphait et s'opérationnalisait en passant du rêve à la réalité, l'on en tirerait les avantages suivants :

---

[194] Le budget général de l'Etat béninois, selon *La Presse du Jour* du 6 novembre 2014 sous la plume de Tobi AHLONSOU, est de : « *1.506,638 millions de FCFA » dont « 11,3 milliards FCFA » pour le secteur de la santé y compris « 150 millions FCFA pour la médecine traditionnelle* ».

[195] Nicolas COPERNIC est l'initiateur savant d'une révolution scientifique qui porte son nom contre le **géocentrisme** (soleil tourne autour de la terre), lequel faisait de la terre le centre de l'univers. Auteur de l'**héliocentrisme** (terre tourne autour du soleil) qu'étaient venus améliorer KEPLER, GALILEE et NEWTON, il mettait le soleil au centre de cet univers, en renversant ainsi la représentation classique et erronée du monde qui a duré des siècles. La logique de ma Thèse s'inscrit pour un tel renversement du système de santé actuel qu'il s'agira de redresser scientifiquement sous peine de refuser au monde le développement sanitaire auquel il aspire.

1. Le financement qui reviendrait à la promotion des médecines populaires ou traditionnelles pourrait être plus de soixante-quinze (75) fois élevé que celui accaparé ou usurpé par la médecine moderne ;

2. L'éthique et l'équité en politiques de santé publique se serviraient des sciences statistiques pour corriger le déséquilbre frustrant qui existe entre légalité de la médecine moderne et légitimité des thérapies populaires traditionnelles ;

3. L'injustice dont profitent les 20% des populations à l'usage de la médecine moderne contre 80% de ces mêmes populations qui ont recours aux médecines populaires traditionnelles serait corrigée ;

4. L'holisme médical serait valorisé à plus de soixante-quinze (75) fois que le réductionnisme médical ;

5. Par cette **révolution scientifique appliquée aux politiques de santé actuelles**, le déficit en personnel de santé serait résolu comme problème, en adéquation avec les statistiques ou courbes des tendances et trajectoires thérapeutiques ;

6. Entretenue à la fois par le modèle analytique de la médecine moderne et par le modèle systémique des médecines populaires ou traditionnelles, dans l'équité socio-anthropologique et à l'abri de toute extraversion politique et culturelle, la couverture sanitaire du Bénin irait dans le sens de la complémentation des médecines en présence que lui indiquent les représentations des populations et de l'OMS relatives à la « *santé* » et à la « *maladie* ».

Sans une telle **déconstruction du système sanitaire déséquilibré**, encore en vigueur dans le pays, et sans la **reconstruction d'un autre système pour le remplacer**, comment parviendrait-on à sortir de la rationalité absurde[196] ? Cette rationalité officiellement inavouable qui ne rendra jamais possible l'atteinte d'une couverture sanitaire à la fois biologique, psychologique, ontologique, sociologique, spirituelle, cosmique et donc existentielle dont ont toujours rêvée les communautés à la base !

Si dans cette reconstruction souhaitée, on pouvait également faire que les coûts de consultation et de soins chez le tradithérapeute comme chez le médecin soient très réduits et l'accès géographique à ces soins, très facile aux populations, l'on aura réalisé une grande ambition de développement sanitaire du Bénin. A cet effet, des programmes de formation continue[197] des tradithérapeutes et des agents de médecine moderne devraient être conçus au regard de la possibilité d'accroissement des maladies/malheurs émanant du monde invisible ou du monde visible au Bénin. Ces agents formés en fonction de cette diversité étiologique et nosologique ainsi que de la proportion des besoins en santé devraient faire l'objet d'une

[196] Ce concept de « *rationalité absurde* » est utilisé ici par opposition à celui de « *rationalité pertinente* » (ADJOTIN).

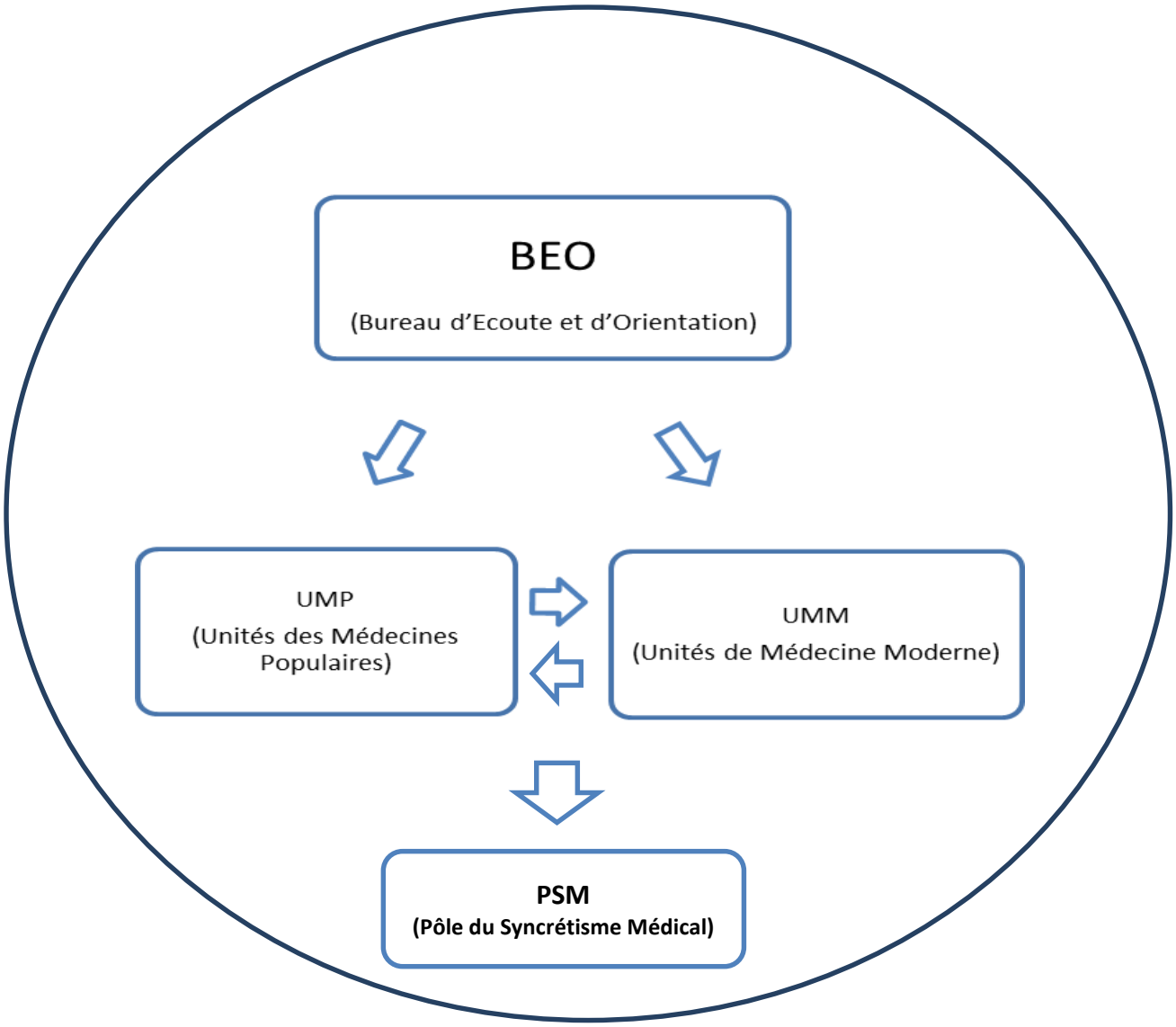
[197] Des praticiens chevronnés, bien connus comme tels par les usagers de la médecine moderne ou des médecines traditionnelles, devront être sélectionnés par les autorités sanitaires pour former le reste dans l'une ou l'autre corporation.

répartition spatiale en conformité avec la Carte sanitaire du pays, consacrée par les trente quatre (34) zones sanitaires actuelles.

Selon les enquêtés, bien écoutés lors des discussions en focus groups, ces *Zones sanitaires*, comme on les appelle, mériteraient vraiment leur nom si elles étaient dotées d'une Carte d'intervention sanitaire de tous les acteurs traditionnels, confessionnels et modernes de la santé. Et si, à l'entrée de chaque Centre de santé qui relève de leur juridiction administrative territoriale, se trouvait, comme ces enquêtés l'ont souhaité, un Bureau d'Ecoute et d'Orientation (BEO) des malades et de leurs accompagnants, il y aurait facilité à réaliser concrètement le contenu des représentations que l'OMS et les populations ont de la « *santé* » et de la « *maladie* ». Car, de leur point de vue, un tel dispositif orienterait les usagers vers toutes les compétences présentes en médecines populaires traditionnelles comme en médecine moderne. Aussi, les déperditions sanitaires seraient-elles arrêtées et un suivi de la couverture sanitaire, pour le mieux, pourrait aisément se faire. Suivant la structuration schématique envisagée pour le fonctionnement d'un tel dispositif par ces mêmes enquêtés en *focus groups*, l'on pourrait ainsi doter chaque Centre de santé d'Unités de diagnostic, de prévention et de traitement des maladies à cause visible ou à cause invisible. Ces Unités jouiraient d'une mitoyenneté, avec en partage le Bureau d'Ecoute et d'Orientation (BEO) et le Pôle du Syncrétisme Médical (PSM). Le tout existerait au sein d'un grand cercle qui ne sera rien d'autre que le Centre de santé, qu'il soit public ou privé. **Mais tel que reconnu par les *focus groups*, seul l'aspect biologique ou organique de l'ontothérapie, de la sociothérapie et de la cosmothérapie, commun à la biomédecine et à la tradithérapie, peut y faire l'objet de leur collaboration technique directe ou de leur intervention mutualisée**.

A la suite du *bokônon* Dansi Koguè Kingbè qui fut le premier, en entretiens participatifs, à émettre l'idée d'une structure de collaboration technique entre les différents modèles de soins en présence, c'est Bienvenu Aïdoté, couronné Dah Aïdoté (Chef de Collectivité), qui a souligné que l'initiative de ce dispositif ne réussirait d'abord qu'en clientèle privée et non en clientèle publique. Selon lui, « *les pouvoirs publics ne sont pas encore bien indépendants pour oser cela* ». Le *focus group* d'Abomey a plébiscité cette opinion qui est de l'un de ses membres. Celui d'Ouidah l'a trouvée bien pertinente et l'a validée.

Dispositif institutionnel systémique, mixte, de collaboration pour une mise en synergie entre médecine moderne et Fâ/médecines populaires, fâce à la « maladie » :



Source : D'après une synthèse d'idées des enquêtés en *focus groups*, à partir de la question de savoir la nature et la structure de l'hôpital qui conviendrait aux populations du Bénin et des pays aux réalités proches des siennes.

Des erreurs d'orientation médicale peuvent se faire par le BEO. C'est pourquoi, en cas de besoin, comme le schéma ci-dessus du dispositif le montre, il y aurait un va-et-vient entre **UMP** et **UMM**, c'est-à-dire entre les différentes médecines par référencement du **BEO**, puis leur acheminement collaboratif vers le **PSM**, pour sauver coûte que coûte le malade, dans une **commission polytechnique médicale**[198]. Dès lors, **sous réserve de leur destin contraire**[199] **à la guérison ou sous réserve de la mort qui est une loi de la nature, un traitement**

[198] Ce concept a été utilisé en *leitmotiv*, d'un niveau d'analyse à un autre, dans cette Thèse.

[199] Encore que le destin peut être corrigé parfois dans *Fâ* à travers la conjuration de sort appelée « *sègbé-soussou* » ou « *refus de la décision du destin* ». Donc certains destins contraires à la guérison peuvent être vidés.

totalement satisfaisant serait donné à chaque patient. Le Bureau d'Ecoute et d'Orientation, pour être efficace, aurait besoin d'être animé par de « *vrais connaisseurs de maladie à cause visible ou invisible à vue d'œil* » comme le disent les enquêtés eux-mêmes. Ces connaisseurs lettrés ou non lettrés devraient aussi répondre aux critères de non-déracinement culturel ou de non-aliénation culturelle par rapport au milieu de vie des malades ainsi qu'aux expériences suffisantes en matière de « *diagnostic a priori* ».

Certes, ce genre de *diagnostic empirique* opéré rapidement au **BEO**, fort de sa marge d'aléas, ne remplacera aucunement le savant diagnostic avec les outils de la médecine traditionnelle comme le chapelet divinatoire « *agunmaga* » de *Fâ* par exemple. Ou, encore moins, le savant diagnostic avec les instruments comme le microscope, le thermomètre, la bascule, les réactifs de laboratoire, le tensiomètre, le scanner de la médecine moderne par exemple. Sans autonomie, il reste donc dépendant des *diagnostics de professionnels* des différents modèles de soins présents dans le cercle de collaboration inter-médicale institué pour une couverture sanitaire systémique.

Ce nouveau dispositif stratégique et tactique pour la santé rejoindrait l'option de la Chine[200]contrairement à celle actuelle du Togo, du Mali et du Bénin lui-même, selon l'affirmation du Professeur Antoine Yangni-Angaté. Conçu par les enquêtés eux-mêmes en *focus groups*, au titre des nouvelles politiques de santé publique rêvées par eux pour remplacer celles, insatisfaisantes, qui sont encore en vigueur au Bénin, ce dispositif vise une couverture sanitaire multidimensionnelle, systémique ou existentielle. Mais il ne pourrait s'implanter dans les Centres de santé :

- Sans une véritable refonte de leur structure et fonctionnement à l'heure actuelle ;
- Sans un nouveau type de législation et d'organisation pour l'intervention active des médecines populaires au coude à coude avec la médecine moderne et vice-versa ;
- Sans des budgets et investissements appropriés à son implantation qui vise le jumelage spatial et fonctionnel des médecines en présence, pour affronter la complexité des diverses causes de déstabilisation de la « *santé* » selon sa représentation par l'OMS et les communautés à la base.

[200] D'après YANGNI-ANGATE (2004), la Chine a opté pour le fonctionnement des médecines traditionnelles et de la médecine moderne côte à côte, tandis que les pays comme le Togo, le Mali et le Bénin lui-même seraient officiellement pour une autonomisation de chacun de ces modèles de soins de santé qui n'excluerait pas leur collaboration. **Remarque** : Si cette option officielle du Bénin, encore en vigueur, avait eu des résultats satisfaisants, les enquêtés, échantillon représentatif des communautés à la base, n'auraient point conçu un dispositif contraire, comme ci-dessus.

- Deuxième défi : **Combler le déficit d'adaptation anthropologique, sociologique et psychologique du système actuel de santé publique**

A la lumière des réalités abordées tout au long de cette Thèse, l'approche systémique, présente dans *Fâ* et les médecines traditionnelles en général, semble s'imposer comme celle qu'il s'agirait de promouvoir pour réduire les taux d'inefficacité/d'inefficience sanitaires et de décès au sein des populations de nombreux pays en développement. Dans les milieux socioculturels où les mancies comme *Fâ* sont considérées, la portée des diagnostics et des thérapeutiques dépasse souvent celle de la biomédecine, notamment sur le terrain du paranormal.

Combler le déficit d'adaptation en question ne voudra pas dire que chaque praticien de soins de santé sortira de son système ou le reniera avant de collaborer avec l'autre. Mais chacun doit être curieux pour bien observer et analyser les logiques thérapeutiques d'en-face, en tirer leçons des bonnes pratiques qui font bon sens pour la promotion de la santé dans ses multidimensions. Etre attentifs, avant d'être critiques voire hostiles, à ce qui se passe dans l'école des tradithérapeutes permettrait aux agents de santé des hôpitaux de relativiser leur approche cartésienne pour découvrir davantage la complexité des causes des maladies. Saisir l'immensité et la diversité des concepts de santé et de maladie selon la culture des populations locales. Cela leur permettrait également de découvrir la pertinence, autrement rationnelle, des procédés utilisés par ces tradithérapeutes pour affronter le malheur sous ses appellations diverses. « *Maladie de l'organisme* », « *maladie de l'esprit* », « *maladie cosmique* », « *maladie du destin* » ; sécheresse, échec, pauvreté, conflit, malchance, paludisme simple par opposition au « *paludisme d'envoûtement à distance* », empoisonnement direct par opposition à « *empoisonnement à distance* », etc. Au titre de l'illustration de cette **pertinence autrement rationnelle qui justifie concrètement le besoin d'une synergie de collaboration entre modèles de soins de santé**, voici un **exposé de mon vécu personnel d'un certain nombre de phénomènes de la socio-culture africaine du Bénin qu'affrontent *Fâ* et la tradithérapie.** Pour l'appréciation de tous, notamment de certains agents de santé qui, incrédules, se comporteraient en scientifiques purs et durs[201]au sein des hôpitaux, **je certifie sincère cet exposé, à l'instar des témoignages sur les maladies de Sèna et de Rita** (Cf. **Chapitre 4**, sous-chapitre 4.4) :

[201] Toute science moderne, qui se ferait pure et dure au point d'avoir une attitude nihiliste ou banalisante vis-à-vis de certains phénomènes de construction socioculturelle en Afrique, comme c'est le cas dans mon vécu personnel rapporté ici, risque de s'appauvrir au lieu de reconnaître ses propres limites pour s'enrichir au contact des logiques de ce qu'elle prend d'emblée pour de l'irrationnel.

Premier pan de l'exposé : ***Mon corpus de maladies d'ordre social, spirituel et physiologique***

Au cours de l'année 2012, j'avais connu une chute drastique de la vente de mes livres suivant les redditions de compte provenant de mon éditeur en France. J'avais subi, dans l'institution publique où je travaillais, les représailles de mon employeur pour cause de positions syndicales que je défendais ; mes enfants, mon épouse et moi-même, nous tombions souvent malades de malaria, d'anémie et de maux de ventre à ce moment où les moyens financiers me faisaient défaut. « *Créature accablée* » que j'étais ainsi devenu, pour reprendre l'expression de Marx, mes « *soupirs* » religieux en termes de prières à l'endroit de Dieu avaient fini par céder à l'idée d'aller consulter *Fâ* chez un *bokônon*. Ce dernier me trouva le signe géomantique « *Toula-Touloukpin* » au sujet de mon accablement.

Ce signe disait en aphorisme que « *Toula cueillit la papaye de la Mort et un conflit survint* » : « *Toula gbè Oku kpin bô hwê wa* », en langue *fon*. Par une chanson, il disait que « *c'est quand l'on serait déchargé du fardeau de la misère, de la pauvreté et de toutes sortes de malheur qu'on aura le soulagement ou la force* » : « *Ohin kpo oya kpo nougbomin kpo gban wê éna zlon tcho bo na mon agbon* », en langue *fon.*

Les matériaux de conjuration du mauvais sort étaient surtout des chiendents mis en motte, des plumes de perdrix et de pintade, sept morceaux de pâte de maïs à l'huile rouge, sept morceaux de pâte ordinaire de maïs à couleur blanche, des feuilles d'Hysope, du délayé de farine de maïs, un poulet dont on a prélevé les plumes. Le tout a été ensuite emballé dans la motte de chiendents montrée aux quatre points cardinaux (Est, Ouest, Nord et Sud) de l'univers, saupoudré au kaolin portant l'inscription du signe géomantique « *Toula-Touloukpin* ». Ce signe a été associé à d'autres comme *Goudafligbé*, *Tchè-Toula* et *Di-Fou*. Le paquet final a été chargé sur ma tête et déchargé de ma tête au pied d'un arbre auquel je tournai immédiatement dos, pour toute la journée, en mon nom et au nom de ma petite famille.

L'année 2013 avait pu bien commencer pour moi et pour ma petite famille, avec une nette disparition des diverses épreuves connues en 2012. Et ce fardeau d'épreuves fut ainsi retourné à la source invisible d'où il était parti pour venir m'accabler, pourrait-on affirmer.

Deuxième pan de l'exposé : ***Mes problèmes de sexe et ma trajectoire thérapeutique en cinq temps***

Subitement, en octobre 2015, je commençai à sentir un malaise physiologique, urinaire notamment. Chaque nuit, j'éprouvais des difficultés à uriner et pour évacuer quelques gouttes d'urine de ma vessie qui ne semblait jamais tarir, je poussais ou contractais parfois fortement mes muscles abdominaux comme une parturiente en travail ou comme un malade souffrant de dysenterie. Souleyman, un ancien camarade de Collège et haut fonctionnaire de l'administration publique du Bénin, à qui j'avais parlé de mon mal, me signala que c'est *la maladie de la prostate*. Qu'il en avait souffert et qu'il a été guéri de cela par un tradithérapeute dont le produit phytothérapique est cher parce qu'efficace. Ce produit, a-t-il ajouté, coûte 20.000 FCFA la bouteille d'un litre. Et il me faudra en prendre 6 bouteilles pour tout le traitement, soit une faramineuse somme de 120.000 FCFA. Une semaine après, je lui remis les sous et il m'apporta les 6 bouteilles dudit médicament portant nom, prénom et adresse du fabricant. Il m'en précisa la posologie. Après utilisation, je n'avais pas eu la satisfaction escomptée.

Je décidai d'aller à la Polyclinique Biosso, dans mon quartier, pour me faire examiner en bonne et due forme par Docteur Agounkpé, médecin urologue. Ce dernier diagnostiqua un *prostatisme* et me prescrivit des analyses qui ont noms : *urée*, *créatinine*, *TPSA*, *échographie de la vessie*, *ECBU*, etc. Toutes ces analyses ont été faites. Les résultats majeurs se présentèrent comme suit : *TPSA supérieur à 100 ; vessie en cours de réplétion, de couleur homogène et de paroi non épaissie* ainsi que *des reins de siège lombaire, de taille normale sans dilatation des cavités excrétrices*. Mais *hypertrophie de la prostate* avec de *petites*

hétéro-nodules inférieures à 10 mm. De même que des *vésicules séminales laminées*. « *Rien de grave puisque toute personne âgée au-delà de la quarantaine* (comme moi) *est encline à développer la maladie de la prostate* », m'avait dit le médecin. Il me fit une ordonnance comportant un seul nom : *Flotral*. J'honorai cette ordonnance sans me sentir soulagé par ce médicament. En dépit de ma prise en charge par l'Assurance-maladie que j'avais fait valoir de la part de l'institution où je travaillais, pas moins de 30.000 FCFA ont été dépensés à ce niveau-là sans qu'il y ait une certitude de guérison.

Venant d'être informé qu'il y a un établissement dénommé « *Plus Jamais la Maladie de la Prostate* » (PJMP), basé à Porto-Novo, je m'y rendis. Une affiche au mur des lieux étala un descriptif exhaustif des symptômes du mal dont je souffre. J'y achetai progressivement tout le nombre de bouteilles du médicament à 255.000 FCFA pour le traitement incompressible, prétendu efficace même contre le cancer de la prostate aussi. Un semblant de guérison s'ensuivit, sauf que deux mois après, ma verge devint incapable d'érection. Trois fois de suite, je n'avais pu faire l'amour avec mon épouse en dépit de toutes ses innovations en caresses pour opérer une résurrection de mon désir sexuel. Les hypothèses d'un paludisme caché, d'une anémie, d'une hypotension artérielle, d'une affection neurologique ou autres carences furent évacuées une à une dans les Centres de santé modernes. Des phytothérapeutes me composèrent des potions aphrodisiaques. Aucune d'elles ne réveilla mon sexe de son coma. Une sortie sexuelle, extra-conjugale ou infidèle[202] à dessein, paracheva mon drame et me fit prendre conscience de la gravité de mon cas, confirmée d'ailleurs par une masturbation répétée et incapable néanmoins de décoïncer ma sensibilité sexuelle.

Un week-end, je voyageai sur Abomey aux fins d'y consulter *Fâ* chez *bokonon* Dansi Kingbè à ce sujet. Le signe géomantique *Gbé-Tchè* de *Fâ* survint avec pour propos : « *Dokoun no gbozoumè, amon Yêhwé-zogbannon ka né kon* » en langue *fon* ; c'est-à-dire « *Il y a richesse dans ta forêt, mais des Esprits maléfiques à trente cornes l'encombrent* ». L'interprétation de ces propos en parabole me révéla que « *des sorciers ont pris en otage mon bonheur* », sexuel comme dans le cas d'espèce. Une conjuration faite de menottes artisanales (*mindogan* en *fon*), de repas en farine de maïs rempli d'aiguilles et d'arêtes de poisson fut réalisée pour mettre mes ennemis sorciers (dits *Yêhwé-zogbannon* en *fon*) hors d'état de me nuire par voie spirituelle. Une deuxième conjuration consistant à « *renvoyer la maladie* » (*azon yinyin* en *fon*) s'ensuivit. Toute la dépense chez Dansi Kingbè m'était revenue à 4000 FCFA.

De retour à Cotonou deux jours après, mon esprit se rappela les compétences antisorcières du catoptromancien Victor Koussoukpo (Cf. **Planche N° 5**). Ce dernier me prit 1000 FCFA pour « *aller voir dans la nuit*[203] » (*éyi zandji* en *fon*), en tant que l'un des « *bons maîtres de la nuit* », les tenants et aboutissants de mon impuissance sexuelle en cours. Le lendemain, il me révéla, en soutenant mordicus, que tout mon appareil génital a été « *ligoté* » par le biais d'un gris-gris que mes ennemis sorciers, proches parents qui plus est, jaloux de moi et envisageant de bloquer ma reproduction, de me tuer puis de faire vider de terreur macabre ma concession pour usurper mes biens, ont enterré nuitamment à l'entrée de ma demeure. Il me demanda

[202] Dans la socio-culture *fon* à laquelle j'appartiens, il n'est pas interdit à l'homme marié de commettre une infidélité sexuelle. C'est seulement la femme mariée qui en respecte l'interdiction sous peine de représailles de la famille de son époux ou des Esprits du monde invisible. Ici, mon infidélité est à dessein en ce sens que je voulais vérifier seulement, par recoupement en « *démarche scientifique* », si mon impuissance sexuelle ne cesserait pas avec une femme de liaison extra-conjugale.

[203] La nuit serait très souvent le jour pour la sorcellerie. Et sur la base de mes propres expériences de l'extérieur de son système, la sorcellerie a un envers et un revers. Elle peut être définie comme l'esprit du bien ou l'esprit du mal déployé au sein d'une société secrète réseautée, savante à « *4 yeux* », structurée, hiérarchisée et administrée, obéissant à des lois internes dans le monde invisible qui est le sien. Il semble même que dans sa structuration, elle a des instances judiciaires pour délibérer en bien (acquittement, santé-survie, bonheur) ou en mal (condamnation, maladie-mort, malheur) sur des cas de victime réelle/potentielle. Lorsqu'il s'agit d'acquittement sous caution, parfois un animal sacrificiel (poulet, cabri, etc.) est substitué en sabbat à cette victime.

6000 FCFA pour faire des opérations de désenvoûtement (*fla* en *fon*) à mon profit. Trois jours après avoir reçu de moi cette somme, modeste par rapport à la gravité de ma situation, il me remit deux produits liquides, l'un clair et l'autre trouble avec présence de feuille d'Hysope et de kaolin à signes de *Fâ*, en m'expliquant comment les utiliser pour recouvrer ma bonne santé non seulement sexuelle, mais générale. Il me souffla qu'avant qu'on aille le déterrer en plein jour, le samedi 22 octobre 2016 (à venir), il a été déjà détruire spirituellement le gris-gris d'envoûtement qui a servi à « *ligoter mon appareil génital pour me causer maladie de la prostate et impuissance sexuelle comme d'autres maux dont je ne pouvais, a-t-il dit, connaître vraiment la cause sans les grands et bons maîtres de la nuit* ». A l'usage du produit clair sur mon ventre jusqu'à mes testicules, je sentis une chaleur diffuse sortir ainsi que des picotements sporadiques sur mon corps entier. Depuis son intervention de cette manière-là, j'urine normalement et je jouis régulièrement de puissantes érections de mon pénis. J'eus la conviction que mon appareil génital est entièrement libéré, détaché des cordes alors invisibles à l'œil nu, d'autant qu'en témoigne la sensation de son fonctionnement normal que j'éprouve désormais depuis le jeudi 6 octobre 2016, jour de mon désenvoûtement. Mais aujourd'hui, je ne dispose malheureusement pas encore de ressources intellectuelles pour expliquer scientifiquement la relation de la cause (gris-gris) à l'effet (maladie), la mise en place de mes maux physiologiques ci-dessus évoqués, encore moins les mécanismes de l'efficacité merveilleuse de ce traitement par Victor Koussoukpo. Toutefois, **il y a lieu de reconnaître un point commun de vérité entre mon syndrome de maladie, *Fâ*, la médecine moderne et la catoptromancie. Car mes problèmes de prostate et d'érection sont rapportés à travers des résultats ou révélations que sont la « *prise en otage de mon bonheur par des ennemis sorciers* » dont *Fâ* a parlé, le « *laminage de mes vésicules séminales* » constaté en échographie par la médecine moderne et le « *ligotage de mon appareil génital* » que la catoptromancie a révélé au moyen de son instrument occulte appelé « *Zannoubou-Zobamon* »[204] (Cf. Planche N° 5)**.

Pour le premier pan de l'exposé : C'était un corpus systémique de maladies diverses, une étiologie complexe et la thérapie qui reflétait son diagnostic était aussi systémique. Le mélange de chiendents aux plumes de divers oiseaux, aux morceaux de pâte diversement colorés symbolisait « *azon* » ou la « *maladie* » au sens générique chez les populations *fon* et assimilées du Bénin. Plus qu'une psychothérapie, la conjuration apparaissait aussi comme une ontothérapie et une sociothérapie à mon avantage comme à celui de ma famille. Cette conjuration apparaissait enfin comme une cosmothérapie, vu que les quatre points cardinaux de l'univers étaient conviés à favoriser les guérisons. Le « *vô* » qui est le produit de la cérémonie conjuratoire, que j'ai honorée, semble servir là de médicament systémique pour une multi-guérison qui aurait pu mettre en branle plusieurs itinéraires thérapeutiques si ce n'était pas *Fâ*.

Pour le deuxième pan de l'exposé : La quête de ma guérison avait connu des bas avant de connaître des hauts, enclenchés par la consultation de *Fâ*. Tout le cursus, en cinq temps, a illustré la complexité de l'origine et des manifestations de certaines maladies dans les

[204] Ce nom donné à cet instrument catoptromantique, en calebasse ouverte ou en statuette portant un miroir magique, signifie littéralement : « *Ce que **Nuit a perdu-Feu/Lumière** le cherche et le **trouve*** ». Cet instrument, selon Victor KOUSSOUKPO, lui indique les pathologies provoquées ou non, puis les compositions pour la cure.

« *sociétés à univers multiple* » (Nathan, 1994). La consultation en géomancie (*Fâ*) comme celle en catoptromancie (*Zannoubou-Zobamon*) n'ont pas menti, sauf qu'avec la seconde il y a eu beaucoup plus de précision et de netteté dans les réponses. A leur lumière sur le **gris-gris ci-dessous**, l'on aurait des raisons de croire aux forces invisibles et à la chance liée au destin.

Planche 14 : Gris-gris de malheurs[205] dont prostatisme et incapacité sexuelle



Porteur des maléfices déclarés ci-dessus, ce gris-gris a été pris en image sur-le-champ le samedi 22 octobre 2016 par un photographe du village dès que le catoptromancien l'a déterré. A droite, remarquez l'orifice ou le méat urinaire bouché par deux aiguilles et la racine de la verge ligotée par du fil d'envoûtement qui serait, dit-on, un morceau de linceul ayant couvert une personne décédée. A gauche, remarquez aussi la petite poterie bouchée, comme les maléfices le voudraient de mon avenir. Cette poterie contient une poudre noire et des graines végétales appelées « *dindinkwi-dinkwi* » ou « *azéto-nounkoun* » en *fon*, c'est-à-dire « *œil/yeux de sorcier* ».

[205] Ces deux objets en images, poterie et pénis en bois (mentule de *Lègba*, **Planche N° 10**), le tout associé à des ingrédients de nuisance, n'ont pu être révélés et anéantis qu'au moyen de *Fâ* d'abord et ensuite de *Zannoubou-Zobamon* (**Planche N° 5**), comme déjà expliqué suffisammeent ci-dessus.

Les présents témoignages ajoutés à d'autres déjà rapportés ici prouvent que beaucoup de maladies sont provoquées de façon occulte au sein de la socio-culture de moult pays, celle du Bénin notamment. Ces maladies provoquées ou surnaturelles sortent royalement du champ des capacités exclusives de plusieurs approches thérapeutiques, biomédicales surtout.

La **planche N° 14**, que nous venons de voir, est **l'illustration vivante du contenu de ce deuxième pan de l'exposé.** Et comme il est loisible de le constater dans cet exposé antérieure, la phytothérapie ordinaire ainsi que la médecine moderne ont échoué face à la complexité de mon mal : complexité que moi-même j'ignorais au départ et que je n'avais pu comprendre qu'au quatrième et cinquième temps de ma trajectoire thérapeutique. Cela, surtout au moment où Koussoukpo[206]a déterré, devant le petit portail de ma maison, une sculpture en bois de la forme d'un pénis adulte, ligoté à sa racine avec du fil et portant deux aiguilles qui ont fermé son méat urinaire. Une petite poterie, bouchée elle aussi, a été déterrée par la même occasion, pour libérer mon avenir que l'ennemi y aurait enfermé.

La cause spirituelle de mon mal ne s'est-elle pas attribué ainsi un vecteur matériel en ressemblance avec ma verge ? Car, s'il faut utiliser un langage imagé, je dirais que tout s'est passé en moi comme si j'étais un appareil électro-ménager qu'à distance une télécommande a éteint sous forme de maladie provoquée, et qu'à distance une autre télécommande a rallumé sous forme de guérison de la maladie provoquée. Sinon, de quelle manière un prostatisme artificiel peut-il se réaliser aux côtés ou en illusion d'un prostatisme naturel lié à l'âge physiologique ? De quelle manière une incapacité érectile communément appelée « *impuissance sexuelle* », que rien de physiologique ou de psychique n'expliquerait, surviendrait-elle chez un homme ? Ma vulnérabilité ne serait-elle pas fondée sur ce fait de marcher sur ledit gris-gris qui, probablement, émettait des ondes ou vibrations négatives contre mes nerfs, mes artères, mes muscles, mon sexe, tout mon corps dont mon cerveau ? Le produit de mon désenvoûtement n'a-t-il pas suivi le même circuit organique pour me délivrer par des ondes ou vibrations positives ?

Et si aucun tradithérapeute, par chance de mon destin, ne parvenait à lever le voile où prostatisme artificiellement provoqué se confondait à prostatisme naturel ? Beaucoup de morts ne surviennent-elles pas ainsi par confusion étiologique et malchance dans d'autres cas pathologiques au sein des « *sociétés à univers multiples* » (Nathan, 1994) ? De telles réalités

[206] Depuis l'année 2015, il a été promu « *Tête couronnée* », c'est-à-dire « *Dah* » ou Chef de collectivité familiale à la place de son feu père, Gbéttanou KOUSSOUKPO. On l'appelle maintenant Dah KOUSSOUKPO-AGBIDI.

pathologiques provoquées ne devraient-elles pas suffire pour renverser la loi de Pareto ou investir massivement, au profit des médecines traditionnelles, en ce qui concerne le financement du secteur de la Santé aux fins de Développement humain durable dans le monde ?

Voilà autant de questions qui ne manqueraient pas de défier la science moderne à l'heure actuelle et de conforter toute requête de collaboration en synergie entre tous les modèles de soins.

En effet, la documentation a révélé que lorsque l'on prend le cas du Bénin encore, son profil sanitaire ou épidémiologique est « *caractérisé par une prédominance de maladies transmissibles avec des taux élevés de morbidité et de mortalité, **une mortalité croissante liée aux maladies non transmissibles** et une mortalité infanto-juvénile et maternelle élevée* »[207]. Le paludisme y occupe 37%, les infections respiratoires aiguës, 16% ; les traumatismes, 6% et **les autres affections non étiquetées**, 17%. ***Fâ* intervient très souvent au Bénin dans les maladies non transmissibles et dans les 17% représentant les affections non nommées avec conviction**. Par exemple celles qui sont bizarres du point de vue de leur étiologie et symptomatologie comme dans les cas précédemment évoqués sous le titre d'un vécu personnel. Il intervient parfois dans les maladies transmissibles pour y déceler une éventuelle « *main invisible* » de la sorcellerie qu'il met hors d'état de nuire au moyen de conjurations de mauvais sort, afin que les traitements biomédicaux, phytothérapiques ou psychothérapiques parviennent à les guérir. Autant la géomancie de *Fâ* a fait ses preuves au premier pan de mon expérience ci-dessus racontée, autant il l'a fait au second pan en « *déblayant le terrain* » où la catoptromancie associée au pouvoir antisorcier sont parvenus à délivrer mon sexe de sa prison surnaturelle et incroyable qui défie la science plate.

Le système officiel de soins devrait considérer cette réalité de « *main invisible* » qui, selon la socio-culture locale, peut être la sorcellerie, une divinité négligée, une violation d'interdit alimentaire, sexuel[208]ou comportemental ; une revanche des forces cosmiques ou des Esprits

[207] Cf. MS du Bénin/PNPMT, Plan stratégique quinquennal de la médecine traditionnelle au Bénin (2012-2016), 2ème Edition, Cotonou, 2011, pp. 16-17. Une question se pose : le Ministère de la Santé (MS du Bénin) considère-t-il que les maladies liées aux maléfices (gris-gris, sorcellerie, etc.) participent aussi des « *maladies non transmissibles* » ?

[208] Avoir des relations sexuelles avec l'épouse d'un proche de sa collectivité familiale ou vice-versa est, par exemple, un interdit sexuel comme l'inceste dans la culture africaine du Bénin en l'occurrence. Se dérober au dévolu jeté, par les mânes des ancêtres, sur soi pour être Chef de sa collectivité familiale, par exemple, est un interdit comportemental.

de la nature. Et, de ce point de vue qui ferait sortir les Programmes de santé du cadre trop restreint de la logique biomédicale pour les ouvrir à des approches holistiques, le document intitulé *Manuel d'initiation des professionnels de la santé aux systèmes d'éducation et de transmission du savoir en médecine traditionnelle*, réalisé en mars 2012 par le Ministère de la Santé du Bénin, représente une initiative bien venue. C'est pour le compte du Programme National de la Pharmacopée et de la Médecine Traditionnelles (PNPMT). Ce document est bien venu parce qu'il satisfait un besoin de réciprocité déjà formulé en novembre 1990 à Cotonou par la tenue d'un séminaire national ayant pour thème : « *La symptomatologie au service de la médecine traditionnelle* ». C'était un séminaire de formation, venant des agents de la médecine moderne, au profit de leurs homologues des médecines traditionnelles. Et dans le document final, on pouvait lire que l'objectif était d'

> « *Améliorer le savoir, le savoir-être et le savoir-faire des praticiens de la médecine traditionnelle en République du Bénin afin qu'avec les médecins modernes, un dialogue franc et objectif s'instaure pour le grand bienfait des patients béninois* »[209].

Si l'on vise vraiment le développement sanitaire des pays en voie de développement et, au niveau macroscopique, celui du monde entier comme cela apparaissait dans le « *Projet de santé pour tous en l'an 2000* » lancé par l'OMS, une refonte des Programmes de formation des agents de santé, traditionnels ou modernes, et une refonte des systèmes de santé devraient se produire. L'élan que le Bénin est en train de prendre actuellement augure d'une réalisation de telles refontes. *Un Plan stratégique quinquennal de la médecine traditionnelle* y est conçu et adopté pour la période allant de 2012 à 2016 et il existe, comme on l'a déjà mentionné, un *Manuel* de formation des agents de la biomédecine pour leur faire voir les logiques thérapeutiques, les techniques diagnostiques, préventives et curatives propres au système de la thérapie traditionnelle. Et force est de constater que dans ce *Manuel*, au module 2, de nombreuses pages sont consacrées aux « *principales fonctions thérapeutiques du Fâ »* avec une figuration indicielle des seize (16) principaux signes géomantiques sur les deux cent cinquante six (256) du système de *Fâ* : Cf. *Tableaux de croisement génétique des signes de Fâ* (en **Annexes**).

Promouvoir l'approche systémique aussi bien en théorie qu'en pratique au cœur du système officiel de santé aboutirait à un réel développement du secteur. Car, comme on l'aurait déjà

[209] Cf. Ministère de la Santé Publique du Bénin et al. , « *La symptomatologie au service de la médecine traditionnelle* », Cotonou, 1990, pp. 2 et 3. Si le dispositif de collaboration entre les modèles de soins en présence, proposé par les enquêtés en focus groups, parvenait à être mis en place, de tels séminaires formatifs auraient une évidence de nécessité et une récurrence de tenue.

compris à plusieurs niveaux de ce travail de recherche, la santé, contrairement à ce qu'en pensent la rationalité occidentale et sa biomédecine, n'est pas que santé du corps où réside l'esprit. Elle est également santé sociale, spirituelle et cosmique de l'individu et du groupe auquel il appartient. Elle est une notion éclatée comme celle de maladie.

- Troisième défi : **Combler le déficit de rapprochement entre « *santé* » et bien-être existentiel**

Les Etats membres ou non de l'OMS ne pourraient développer le secteur de la Santé au profit de leurs populations que s'ils comprenaient tout le sens et toutes les implications de la « *santé* », vue comme un « *un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité* ». On l'a déjà vu : la nuance « *pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité* » est le niveau définitionnel où l'OMS invalide, ne serait-ce que théoriquement, le réductionnisme de la biomédecine et valide la systémique des médecines traditionnelles, populaires. En effet, cette institution onusienne souligne ainsi que la santé n'est pas exclusivement consubstantielle à l'absence ni de la maladie ni de l'infirmité *stricto sensu* d'après la perception classique de l'Occident : **selon elle ainsi que pour les populations du Bénin, on peut perdre la santé sans être un infirme ou un malade organique avec des traits pathologiques somatiques voire psychiques**.

L'absence de ces états, qui appellent logiquement des soins biomédicaux ou traditionnels de santé, peut être une pure illusion de bonne santé d'après des formes de rationalité et de représentation autres que celles des Occidentaux. Un Africain, un Asiatique, un Latino-Américain par exemple ne sont-ils pas souvent dans une autre forme de rationalité et de représentation qu'un Européen en ce qui concerne la « *santé* » et la « *maladie* » ? Si non, pourquoi la malchance répétée serait-elle une maladie soignable formellement chez l'Africain du Bénin et une situation banale qui, parce qu'elle n'est pas dans un tel registre chez l'Européen, ne bénéficierait d'aucun égard thérapeutique formel ?

De toutes les façons, en posant le concept de « *santé* » comme éclaté ou ouvert à l'influence d'autres formes de rationalité et de représentation, l'OMS le fait logiquement pour le concept de « *maladie* » aussi. Cette approche de la santé qui a du mal à être celle de la médecine moderne, réduite à l'analytique, fait équivaloir la santé à un équilibre holistique. Mais cet équilibre-là est très difficile à construire par l'Homme et pour l'Homme, vu qu'il a trait, en termes d'implications, à une harmonie où interviennent la culture, l'économie, l'éducation, la religion, la science, la politique, l'environnement physique voire spirituelle, etc.

Autrement dit, pour réaliser une santé publique synonyme d'un équilibre holistique comme l'attendent les populations, une synergie intersectorielle ou interministérielle pour la santé doit être impérativement mise en place par le Gouvernement de chaque pays :

- Le **Ministère de l'Economie** via celui du travail ou de l'emploi, en soutenant des investissements de création d'emplois, réduirait le chômage comme maladie ainsi qu'il le ferait lorsqu'il parviendrait à conforter le panier de la ménagère ;

- Le **Ministère de la Culture**, en valorisant les croyances religieuses endogènes qui ne présentent aucun indice de superstition puérile, favoriserait la mise en symbiose des citoyens avec leurs milieux spirituels de naissance et de vie pour leur éviter les maladies aux causalités métaphysiques ;

- Le **Ministère de l'Education**, en enseignant l'hygiène, l'assainissement de l'environnement physique de vie, tout ce qui incarne une alimentation saine, puis en décriant tous autres comportements contraires à risque pour la santé, se mettrait en synergie avec le **Ministère de la Santé** pour le développement humain durable qu'ils ont en commun. En concevant des Programmes de désaliénation culturelle sanitaire pour les divers ordres d'enseignement, en faisant ouvrir dans les universités nationales une Faculté de médecine traditionnelle comme celle existant à l'*Université de Jiangxi* en Chine, ce même Ministère y développerait une confrontation des investigations scientifiques sur les logiques ontomédicales, sociomédicales et cosmomédicales de l'approche systémique et sur les logiques cartésiennes de l'approche contraire ;

- *Idem* pour le **Ministère de l'Environnement, de l'Habitat et de l'Urbanisme** ou **du Cadre de vie** qui, en faisant la promotion de la salubrité, des espaces verts et du reboisement, améliorerait la santé des populations et la pluviométrie contre la sécheresse démesurée qui est vécue comme une maladie sociocosmique tout au moins depuis le règne du roi Agadja[210]d'Abomey, au XVIIIème siècle après J-C. ;

- Le **Ministère de l'Agriculture**, en encourageant la culture des plantes médicinales, s'associerait au **Ministère de la Santé** pour encourager leur consommation locale (phytothérapie, thérapie occulte, etc.) et au **Ministère du Commerce** pour leur commercialisation à l'endroit des firmes pharmaceutiques industrielles dans le monde ;

- Le **Ministère de l'Education dans son ordre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique**, en relation avec **celui de la Santé**, mobiliserait tradithérapeutes, chercheurs universitaires, pharmacologues et médecins cliniciens pour investiguer sur les alcaloïdes des plantes, les principes actifs des ingrédients minéraux et animaux utilisés en médecines traditionnelles. Il le ferait aussi sur leurs principes métaphysiques tout en faisant des expérimentations pour en assurer l'innocuité, préciser les posologies, confirmer en « *double insu* » ou en « *double aveugle* » s'il ne s'agit pas de placebo par exemple ;

- Et peut-être pour tout parfaire, la **Présidence de la République** et l'**Assemblée nationale**, elles-mêmes, auront pris des décrets et des lois pour autoriser l'exercice officiel de la tradithérapie, la collaboration structurelle statutaire entre les médecines populaires et la médecine moderne. Elles feraient de même pour la démonopolisation du système officiel

[210] Selon Bernard MAUPOIL (1981) et les sources orales, le roi AGADJA (1711-1740), intrigué comme son peuple par une sécheresse démesurée vécue en maladie de tout le royaume, fit consulter *Fâ* par ADELEYE, le caravanier premier *babalawo* d'origine nigériane venu à Abomey. Il le surnomma DJISSA, vendeur de pluie dès que ce dernier fit tomber la pluie en conjurant au moyen de la géomancie le mauvais sort. Il lui offrit serviteurs, femmes et maisons au quartier Ahouaga de la ville pour le déconnecter définitivement du Nigeria et le retenir comme son collaborateur thérapeute.

de santé contre l'exclusivité des privilèges accordés par les pouvoirs publics à la biomédecine, laquelle devrait dès lors avoir besoin de s'ouvrir humblement à l'approche systémique présente dans *Fâ*, par exemple.

Ces idées sont inspirées des réponses d'enquêtés aux questionnaires administrés dans le cadre de ce travail de recherche, sur les sites d'Abomey, d'Ouidah et de Cotonou. C'est ici le lieu de se demander à nouveau pourquoi, malgré la pertinence de la définition que l'OMS a accordée au concept de santé, ses implications notionnelles ne sont pas imprimées aux politiques étatiques pour une mise en œuvre conséquente. Que se passe-t-il entre les firmes médico-pharmaceutiques internationales ou les multinationales et les pouvoirs publics des pays du Sud pour que l'extraversion dans le secteur de la Santé se maintienne ainsi ? Comment promouvoir les pharmacopées des pays en voie de développement pour amoindrir leur sortie de devises qui reste massive dans l'approvisionnement en médicaments par l'importation ? A-t-on oublié que se développer économiquement[211], c'est exporter beaucoup de produits marchands et en importer peu ? Enfin, que faire pour promouvoir et revaloriser le génie médico-pharmacologique des populations des pays arriérés qui ont besoin d'être traités avec justice et équité dans le dialogue Nord-Sud ? Que faire pour invalider, de nos jours, le constat fait par certains auteurs qui, en leur temps, décrièrent la domination[212] étrangère ?

En effet, les sorties de devises pour l'approvisionnement des Etats, dits indépendants, sont énormes en ce qui concerne les achats de médicaments et consommables de la biomédecine provenant de l'Occident. Cela a été révélé par le Conseil d'Analyse Economique (CAE), dans une étude intitulée *Marché parallèle des médicaments au Bénin*, sous la présidence du Professeur Fulbert Gero Amoussouga de l'Université d'Abomey-Calavi, en 2010. Selon cette étude, « *les achats de médicaments, effectués pour les ménages dans les réseaux ambulatoires et sédentarisés du marché parallèle du Bénin au cours de l'année 2004, s'élèvent à 5,08 milliards de francs CFA et représentent plus du quart (27,60%) des importations officielles de médicaments* ». Ce qui signifierait que les importations officielles par la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels (CAME) s'élèvent en 2004, à au moins vingt (20) milliards FCFA. Et n'eût été la concurrence du marché parallèle que les dépenses auraient été plus faramineuses. Les firmes médico-pharmaceutiques internationales auraient-elles, avec ce niveau de gain plus

[211] Le développement médico-pharmacologique endogène dans le secteur de la Santé, en réduisant la sortie de devises, n'entraînerait-il pas aussi le développement du secteur de l'économie des pays arriérés ?

[212] Cf. Karl MARX (1867), *Le capital* ; Vladimir Ilitch Oulianov LENINE (1917), *L'impérialisme, stade suprême du capitalisme* ; Aimé CESAIRE (1955), *Discours sur le colonialisme* ; Frantz FANON (1961), *Les damnés de la terre*, puis Walter RODNEY (1972), *Et l'Europe sous-développa l'Afrique*, traduit de l'anglais : *How Europe under developed Africa*.

ou moins élevé d'un pays à un autre, intérêt à subir la concurrence des produits médicamenteux endogènes, qu'engendrerait le nouveau système de santé rêvé par les populations à la base ? Qu'entend faire le Bénin de sa flore qui regorge de « *plus de trois (3000) plantes médicinales hautement efficaces* » (MS du Bénin/PNPMT, 2011 : 16) ?

Ces questions s'avèrent assez importantes en ce moment où les effets secondaires mortels de plusieurs médicaments chimiques provenant de ces firmes sont décriés comme le *Mediator*, antidiabétique fabriqué par les Laboratoires Jacques Servier. Le *Mediator* aurait fait environ deux mille (2000) morts en France selon la presse internationale, notamment *Le Figaro* du 4 décembre 2010. Le même scandale[213] a récemment, en décembre 2015, hypothéqué en France l'essor pharmaceutique et commercial de la *Dépakine*, spécialité contre l'épilepsie.

Mourir du fait de ses propres erreurs ne paraît-il pas plus supportable que mourir du fait des erreurs des autres ? Il s'agira peut-être, à la lumière de la réponse à cette question, de forcer la volonté politique internationale à s'aligner sur les volontés politiques nationales. En se fondant sur la définition que l'OMS attribue à la santé, ces volontés nationales devraient promouvoir les savoirs médicaux endogènes, libérer le génie thérapeutique local, l'essor économique et culturel des peuples. C'est dans ce contexte nouveau où prendrait corps un nouveau système de santé que pourrait triompher sur le réductionnisme biomédical, la systémique pour un équilibre sanitaire holistique de l'Homme.

Et de ce point de vue, le financement du secteur de la santé ainsi que sa gouvernance posent problèmes :

- Quatrième défi : **Combler le déficit de souveraineté dans le financement et de symétrie[214] dans la gouvernance du secteur de la Santé**

Par rapport à la tradithérapie et à la médecine moderne, l'occurrence de disponibilité quantitative ainsi que les taux de leur fréquentation présentés au **sous-chapitre 11.1** des résultats ci-dessus, montrent que la première est plus à favoriser que la seconde si l'on veut faire œuvre de souveraineté et de symétrie dans la gouvernance du secteur de la Santé. Autrement dit, le financement de ce secteur devrait accorder à cette tradithérapie un privilège

[213] Selon le site http://www.marianne.net/depakine-attention-danger-100238561.html, « *30.000 enfants ont pu être exposés à la substance depuis le début de la commercialisation du produit, en 1967* ». L'un de ses principes actifs, le *valproate*, y serait responsable de la malformation du fœtus chez les femmes enceintes.

[214] Cette notion est prise ici à STENGERS (1994 : 7-19) et à LATOUR (1994 : 21-36) dans leurs critiques de l'anthropologie/sociologie « *asymétrique* » en faveur d'une anthropologie/sociologie « *symétrique* », laquelle, à mon avis aussi, ne peut être obtenue dans la Santé s'il n'y a pas une gouvernance soucieuse de « *symétrie* » au sein de ce secteur du Développement.

par rapport à la médecine moderne. Mais c'est tout à fait le contraire, comme nous l'avons déjà vu et comme il convient de le répéter ici.

En effet, par répétition didactique ou pédagogique/andragogique, rappelons-nous à nouveau que c'est *La Presse du Jour*, datant du 6 novembre 2014, qui rapporta sous la plume de **Tobi Ahlonsou** le **déséquilibre du financement public de la Santé** en mettant en exergue le **cas de la tradithérapie**. Plus amplement et avec détails, il informa l'opinion publique que :

> « *Le gouvernement entend investir dans le système sanitaire béninois 11,3 milliards dont 2,7 milliards pour l'Agence de gestion de la gratuité de la césarienne et 150 millions de FCFA pour la médecine traditionnelle et la pharmacopée en 2015. (…). Les résultats poursuivis à travers ces actions sont mesurables selon l'exécutif. Il entend atteindre : un taux de fréquentation de services de santé à 55% contre 52,7% en 2012 ; réduire à moins de 2% le taux de prévalence du Vih/Sida parmi les femmes enceintes. Aussi, le gouvernement veut faire dormir sous moustiquaires 75% de femmes enceintes et 80% des enfants de moins de 5 ans* ».

Visiblement, tous ces objectifs s'attendent à des résultats mesurables qui, si c'était en médecines et en pharmacopée traditionnelles, ne s'obtiendraient pas aisément. Mais ceci devrait-il expliquer le trop peu de financement accordé à la tradithérapie par le Gouvernement avec l'indifférence de l'Assemblée Nationale du Bénin, en 2015 ? Evalué à plus de 75 fois que le montant attribué aux médecines et à la pharmacopée traditionnelles comme pour accréditer la loi de Pareto déjà évoquée par analyse, le budget qui revient à la médecine moderne devrait donner à réfléchir en termes de souveraineté du financement du secteur de la Santé et de symétrie dans sa gouvernance. Pourquoi une telle asymétrie doit-elle persister ?

Prétexter du défaut de « *normes* » de traitement, de dosage des remèdes, d'efficacité, de mensurabilité, d'universalité ou de scientificité qui doit défavoriser les médecines et la pharmacopée traditionnelles cacherait la vérité sur l'anguille sous roche. La raison de cette maltraitance infligée à la tradithérapie semble résider ailleurs. Ne serait-elle pas en l'occurrence dans la dépendance et l'extraversion étatiques, voulues ou forcées, sur le plan général et sur le plan médical en particulier ? Tout autorise à répondre à cette question par l'affirmative selon le site numérique[215]du Quotidien *24 heures au Bénin* qui a pu apporter quelques **éléments d'analyse relatifs à la dépendance** en soulignant que :

> Sur un budget général de l'Etat, évalué à 1.506,638 milliards FCFA pour l'exercice 2015, le Bénin a enregistré 6.046,5 milliards FCFA comme engagements de ses Partenaires techniques et financiers (PTF) dont 233 milliards FCFA, soit 56,9% pour un Programme d'Investissement Public (PIP) de 409 milliards FCFA.

[215] Cf. www.24haubenin.info, article du 28 octobre 2014, intitulé *Analyse critique du budget 2015*.

Mais il ne s'agit pas là d'un accident de parcours dans la budgétisation des interventions prévues pour le secteur de la Santé. Car, d'après les recherches effectuées dans les bureaux du Programme National de la Pharmacopée et de la Médecine Traditionnelles (PNPMT) au Ministère de la Santé du Bénin, sis à Akpakpa-Cotonou, on peut retenir ce qui suit :

Pendant que le budget de ce secteur pour l'année 2010 était de 82.462.600.000 FCFA, c'était seulement une part de 80.000.000 FCFA qui fut accordée à la promotion de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles du pays. En 2012, sur un budget Santé de 66.734.903.000 FCFA, c'était seulement une part de 80.000.000 FCFA qu'on attribua à la promotion de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles. Pour l'année 2013, sur 71.740.189.000 FCFA au secteur Santé, ce fut seulement une somme de 100.000.000 FCFA qui fut concédée à la promotion de ce sous-secteur important au développement sanitaire. Le financement ainsi comparé entre 2010, 2012 et 2013 fait voir en 2015 une légère amélioration au profit de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles. Mais le problème reste intact[216] : **Quelle souveraineté politique pour le développement économique et socio-sanitaire peut-elle se construire lorsque l'on compte moins sur ses propres forces et beaucoup sur l'aide extérieure, conditionnelle et asservissante des autres pays ?**

De plus, à regarder de près les quatre axes d'investissement des 11,3 milliards FCFA affectés au secteur de la Santé en 2015, l'on présumerait que beaucoup d'argent irait à l'achat de médicaments et de consommables médicaux que le Bénin ne produit pas. Beaucoup irait à l'achat de matériaux exogènes et non locaux de construction de Centres de santé et aussi à la formation d'agents de santé dans la rationalité de la biomédecine et non dans celle de l'ethnomédecine prétendue[217]. Aucun investissement dans la formation et la recherche en tradithérapie pour conférer à celle-ci, autant que se peut, les « *normes scientifiques* » d'une éligibilité par l'arbitrage budgétaire au même titre que pour la médecine moderne !

[216] A la soutenance de la présente thèse, nonobstant le caractère public des sources que j'ai citées, le Professeur Dismand HOUINATO les contredit en prétextant que « *le problème n'est pas dans la priorisation budgétaire élevée ou non concernant les deux différents modèles de soins* ». En tentant de valider ce prétexte, il révéla qu'« *à l'opérationnel, la répartition budgétaire, évoquée par 'La Presse du Jour' et les sources documentaires du Ministère de la Santé, devient autre chose* ».

[217] Le concept d'« *ethnomédecine* » paraît péjoratif en ce sens que le préfixe « *ethno* », comme dans « *ethnophilosophie* », est porteur d'une restriction socio-spatiale et subjectivisante qui ne peut plus aisément élever cette médecine à l'universel.

C'est dire donc qu'en donnant presque tout à la médecine moderne, l'on favorise un véritable « *retour de l'APD*[218] ». Et c'est au moyen de ce retour que les firmes médico-pharmaceutiques internationales grugent en plus-value les pays du Sud qui n'ont pas grand'chose à décider et à imposer dans les relations de Coopération pour le développement les liant aux puissances d'argent du Nord. Pourquoi accepter jusqu'à ce point la « *détérioration des termes de l'échange* » ? Au titre de l'année 2015, a rapporté le même Quotidien *24 heures au Bénin*, les quatre axes d'investissement dans le secteur de la Santé sont les suivants :

> « *1.La lutte contre les maladies prioritaires (paludisme, tuberculose et VIH/SIDA) ; 2. L'extension de la gratuité de la césarienne aux urgences obstétricales ; 3. La mise en œuvre du RAMU*[219] *; 4. Le renforcement de la sécurité transfusionnelle* ».

Parmi ces axes, ne figurent aucunement ni le recensement des besoins cognitifs, organisationnels, matériels, financiers et humains pour les performances de prestations sanitaires des tradithérapeutes, ni l'appui étatique à la satisfaction de ces besoins. Or, l'on ne cessera pas de le souligner, les tradithérapeutes répondent largement plus aux sollicitations sanitaires exprimées par les malades que les agents biomédicaux.

A moins de vouloir continuer à cautionner une rationalité absurde qui, dans le secteur de la Santé, ne libère nullement le Bénin, les gouvernants devraient abandonner toute politique qui prête le flanc au renforcement de la dépendance du pays. Car, comment ces gouvernants parviendront-ils à convaincre qu'ils aiment les communautés en alimentant un tel déséquilibre budgétaire et une telle asymétrie de gouveranance en faveur de la biomédecine et en défaveur des médecines populaires ? Autrement dit, comment justifier raisonnablement que c'est 150 millions FCFA seuls qui devraient être « *patriotiquement* » investis dans la tradithérapie ? Pourquoi ne peuvent-ils inverser la tendance en travaillant à l'acquisition de moyens d'une souveraineté qui ferait qu'ils décideraient d'investir, dans le développement de la tradithérapie, au moins 50% du budget alloué à tout le secteur de la Santé ?

A vrai dire, le déséquilibre dans le financement des deux grands modèles de soins de santé en présence est si visible qu'il pose un problème de bon sens au regard des données chiffrées ci-dessus. On l'a beaucoup répété : Bruno Latour (1994 : 21-36) avait dénoncé cette « *asymétrie* » qui a besoin d'être corrigée au plus vite pour le développement sanitaire dans le

[218] Aide Publique au Développement.

[219] Régime d'Assurance Maladie Universelle.

monde. Qui a besoin d'être remplacée par une « *symétrie* », porteuse d'équité et de respect pour les cultures non occidentales. A ce sujet, ce sociologue des sciences avait averti, dans les termes suivants, quiconque en serait encore dupe :

> « *Il ne faut surtout pas croire les réductionnistes modernes lorsqu'ils affirment objectiver le corps - que ce soit pour encenser leurs prouesses ou pour les maudire. Chaque réductionniste fait proliférer les instruments, les dispositifs, les concepts, les agents, niant ainsi, par son mouvement même, par son équipement, les prétentions de sa philosophie. L'ethnomédecine, n'oublions pas le principe de symétrie, s'applique aussi à 'la' médecine. (…). L'anthropologie symétrique ouvre une politique symétrique* »
>
> (Latour, 1994 : 33-36).

Cette « *politique symétrique* » est celle qui attend impatiemment, à la lueur des *desiderata* des populations, d'être adoptée et mise en œuvre dans le secteur de la Santé, par les pouvoirs publics. Comme pour corroborer la pertinence de ce que Latour a dénoncé au sujet de cette « *asymétrie* » préjudiciable au développement durable de la Santé, un autre chercheur français, Tobie Nathan, se désolidarisa du mauvais jeu inavouable par les acteurs de la domination plurielle de l'Occident sur le reste du monde :

> « *Pour ce qui me concerne, je vois une sorte de grandeur morale à reconnaître les limites de notre toute puissance. (…). Nous sommes obligés de penser que toutes les étiologies - qu'elles soient d'origine savante ou sauvage - toutes, vous dis-je, sont rationnelles* »
>
> (Nathan, 1994 : 61).

Ainsi devrait finir tout complexe, qu'il soit de supériorité ou d'infériorité, face à un modèle de soins de santé appelé « *médecine moderne* » ou « *médecine traditionnelle* ». Aussi devrait-on, en tant que décideurs politiques, revaloriser les médecines populaires comme le souhaitent les populations qui sont les vraies cibles des politiques de santé publique. Aussi devrait-on ramener la médecine moderne à ses dimensions réelles[220]dans les investissements pour la santé publique et essayer de niveler, dans toute la mesure du possible, les coûts des prestations sanitaires.

A cet effet, les enquêtes menées à Abomey, Ouidah et Cotonou révèlent que les coûts de la consultation, du traitement ou de la conjuration de sort, payables par les malades dans les différentes médecines en présence, seraient les suivants comme l'indique le **tableau ci-après**.

[220] Ces dimensions ne seraient réelles que si elles reflétaient le degré d'acceptation et d'usage socio-anthropologiques de plus ou moins 20% dont la biomédecine jouit au sein des populations des pays en voie de développement, du Bénin en l'occurrence.

Tableau des Coûts de consultation et traitement dans les modèles de soins de santé

Médecine moderne	1. Consultation chez un médecin généraliste en clientèle publique 2. Consultation chez un spécialiste en clientèle publique 3. Consultation chez un médecin généraliste en clientèle privée 4. Consultation chez un médecin spécialiste en clientèle privée 5. Ordonnance médicale et traitement	1. Coût variant entre 500 FCFA et 2000 FCFA 2. Coût variant entre 3000 FCFA et 8000 FCFA 3. Coût variant entre 5000 FCFA et 10.000 FCFA 4. Coût variant entre 10.000 FCFA et 15.000 FCFA 5. Coût des médicaments variant entre 200 FCFA et 70.000 FCFA dans les pharmacies publiques à génériques et dans les officines à produits de spécialité. Le traitement pouvant aller au-delà d'un million FCFA selon le cas.
Médecines populaires	1. Consultation de *Fâ* chez un *bokônon* 2. Conjuration de sort 3. Consultation à l'église du christianisme céleste 4. Conjuration de sort à l'église du christianisme céleste 5. Consultation chez un phytothérapeute et soins 6. Consultation chez un marabout ou autre et soins	1. Coût variant entre 100 FCFA et 200 FCFA 2. Coût variant entre 200 FCFA et 5000 FCFA ou plus 3. Achat de bougie à 100 FCFA 4. Coût variant entre 1000 FCFA et 10.000 FCFA ou plus 5. Coût néant mais les soins peuvent aller à 10.000 FCFA ou plus 6. Coût variant entre 200 FCFA et 500 FCFA mais la conjuration peut aller à 10.000 FCFA ou plus

Source : réalisation personnelle à partir de résultats d'enquêtes et de documentation.

A l'analyse de ce tableau, un sauve-qui-peut est la voie ouverte aux patients et à leurs parents en fonction de leur capacité financière d'accès aux offres de soins. A cela s'ajoutent les difficultés d'accessibilité géographique en médecine moderne surtout. Le tout pouvant conduire à la formulation de trois questions :

1. Comment l'Etat peut-il prétendre jouer son rôle régalien sans abandonner la rationalité absurde qu'il suit dans la gouvernance du secteur de la Santé au Bénin ?
2. Comment peut-on assurer une couverture sanitaire biologique, mentale, spirituelle, sociale, cosmique ou existentielle, en un mot pour ledit « *état de complet bien-être* » de l'Homme, sans organiser autrement le secteur de la Santé au Bénin et dans le monde ?
3. Ne serait-il pas mieux de se soucier de « *symétrie* » dans la santé publique, comme Bruno Latour, afin de promouvoir l'égalité des chances de survie des citoyens de toutes les origines, en cas de maladie biologique, mentale, spirituelle, sociale, cosmique ou existentielle ?

Voilà tant de faits, observations, analyses et questionnements qui appellent à présent une conclusion.

Conclusion

Engager une approche nouvelle de la « *santé* » et de la « *maladie* » comme concepts éclatés, en agissant autrement, à l'instar de la tradithérapie, pour être en harmonie avec les représentations que l'OMS et les communautés à la base en ont.

« *Je sais que je lance un pavé dans la mare et que je suis iconoclaste, mais le débat mérite d'être lancé.*

C'est presque toujours par des initiatives individuelles, non officielles, que naissent les progrès médicaux. Il est dommage que l'Université ou l'Académie soient en retrait de ces initiatives et non pionnières »

(Boukris, 2014 : 233).

De nos jours, il est établi, comme l'ont d'ailleurs mis en relief les Actes du Séminaire international organisé sur le rapport entre « *argent et santé* », que :

« *La médecine traditionnelle pourrait répondre à bien des demandes quotidiennes en évitant la médicalisation abusive qui émane de la pression des firmes pharmaceutiques et de tendances à la facilité de beaucoup de soignants* ». Et qu'*« il aurait lieu d'élaborer dans un esprit nouveau cette articulation appuyée sur un partage des fonctions, et cela dépend plus de la position du politique sur l'emprise d'intérêts pharmaceutiques qui n'ont que peu à voir avec la santé, que des vœux des responsables de la santé* »

(CIE, 1991 : 53).

Cependant, il ne s'agit pas ici d'une diabolisation inconditionnelle de ces firmes pharmaceutiques, mais plutôt d'un appel à leur endroit à l'équité et à la justice pour des rapports Nord-Sud qui soient véritablement assainis en termes de solidarité et de prospérité partagée au sein de toute l'humanité.

En effet, la collaboration entre médecine moderne et *Fâ*, comme entre elle et toutes les thérapies endogènes, s'impose pour combler leurs lacunes de part et d'autre en mettant ainsi en synergie leurs portées. Cette mise en synergie est désormais une nécessité impérieuse en ce sens que le grand déficit d'amélioration de la santé des populations du Sud représente une triste réalité devant normalement interpeller toutes les consciences humaines, sans distinction d'intérêts.

Au constat actuel, ce déficit a même tendance à ne plus épargner le Nord, comme l'illustrerait le cas de la France, selon le docteur Sauveur Boukris (2014 :13) :

« *Les sondages montrent que plus de 40% de nos patients consultent des praticiens de médecine alternative : magnétiseurs, rebouteux, ostéopathes, hypnotiseurs, etc., parfois à*

notre insu, et qu'ils en sont satisfaits. Ils sont heureux d'en finir avec des symptômes ou des maladies que la médecine classique ne pouvait soulager ».

L'exemple du Bénin a servi à démontrer que la lutte contre les maladies, à causes invisibles ou visibles, ne pourrait réussir que sur la base d'une réelle mise en collaboration pour une synergie d'action entre médecine moderne et médecines traditionnelles où *Fâ* s'avère peu contournable, d'après les investigations à Abomey, Ouidah et Cotonou. Sur fond de cette démonstration, il a été prouvé en quoi les représentations de l'OMS et des populations des pays en développement sur la « *santé* » sont à la fois identiques et systémiques. Et donc en nette rupture d'avec celles qui sous-tendent le système officiel de santé publique, au Bénin comme ailleurs. Les investissements publics, nationaux ou internationaux où les décideurs font fi de ces représentations en conférant ouvertement une hégémonie à la médecine moderne qui n'est rien d'autre qu'une médecine biologique traduisent ainsi une incohérence, une inconséquence ou une inadéquation de politiques de santé publique.

Aussi, l'hypothèse émise à l'entrée de cette Thèse est-elle vérifiée. Car pour les populations et l'OMS, la bonne santé équivaut à l'équilbre existentiel et ne doit pas être réduite au bien-être psychosomatique ou organique seul.

Alors, le système de santé publique, que domine en légalité et non en légitimité la médecine moderne au Bénin comme dans le monde entier, est un système faussé. Son montage institutionnel est « *asymétrique* » et le déséquilibre du financement des modèles de soins que les pouvoirs publics ne laissent pas collaborer officiellement est absurde. Les analyses menées ici ont trouvé, à juste titre dans ces anomalies, une trahison ou un complot contre la santé des communautés. Car, ce qui est dit démocratiquement et institutionnellement de la « *santé* » et de la « *maladie* » devrait faire arrêter l'hégémonie de la médecine moderne officielle. La santé est un état d'équilibre qui peut être rompu par des *maladies insoupçonnables* au nombre desquelles ont été évoqués : la pauvreté, l'envoûtement sorcier, l'empoisonnement à distance, la sécheresse, la famine, la guerre, la malchance fréquente, le célibat à un âge avancé, etc., aux côtés du paludisme, de l'ulcère, du diabète, de l'hypertension artérielle, etc.

Dans la culture de la plupart des pays en développement, celle de l'Afrique et du Bénin notamment, tous ces états de souci individuel voire collectif représentent des formes d'infirmité ou de maladie au sens figuré ou large et empêchent la santé d'être bonne, même si les formes d'infirmité ou de maladie au sens propre ou restreint y sont absentes. Et contrairement à la médecine moderne, *Fâ* est souvent consulté dans plusieurs pays du monde

pour venir à bout de ces facteurs de déséquilibre précités. C'est pourquoi la médecine moderne, en dépit de sa portée incontestable dans le combat contre les pathologies à causalité naturelle, doit reconnaître ses limites et accepter que lui viennent au secours les médecines traditionnelles ou populaires qui ont compétences dans la lutte ésotérique contre les pathologies à causalité surnaturelle. Car, comme l'ont déclaré certains enquêtés en milieu *fon* d'Abomey, d'Ouidah et de Cotonou, « *azon no azon mè* » c'est-à-dire qu'« *il y a maladie dans maladies* ».

En d'autres termes, les concepts de « *santé* » et de « *maladie* » sont éclatés ou élargis, particulièrement en Afrique. Et les idées formulées au titre de la présente Thèse pour tenter de déconstruire le système de santé encore en vigueur, puis en proposer une reconstruction selon les *desiderata* de l'OMS et des communautés à la base, ouvriraient la voie à de nouvelles perspectives de développement sanitaire, exemptes d'hypocrisie, d'inconséquence ou d'inadéquation. Elles conforteraient la sentence du Père Appolinaire Cécé Kolié qui, dans une Communication intitulée « *Choc des cultures et rencontre des médecines en Afrique* », estime que :

> « *Si l'on veut tenir compte des drames que vivent les citadins et ruraux dans les CHU, CHR, cliniques et autres centres de santé et si l'on veut définir un projet de santé pour l'an 2000 après celui défini par l'OMS à Alma-Ata (Russie), nous devons envisager une santé en amont et en aval par rapport à la maladie, une santé qui intègre à la fois, l'histoire, la géographie, l'économie, la politique et l'écologie* » (*In* : Yangni-Angaté, 2004 : 57).

Ajoutée à la systémique interne qui caractérise les médecines traditionnelles et notamment *Fâ*, cette systémique externe d'action pour la santé, postulée à travers la précédente pensée du Père Cécé Kolié, impose une interaction à plusieurs domaines de l'activité humaine, c'est-à-dire à plusieurs ministères sectoriels et même à plusieurs institutions internationales. Autrement dit, la « *santé* » deviendrait une construction plurisectorielle avec pour chef de file le Ministère de la Santé de chaque pays. Mais avant d'aller à la hauteur de cette construction logiquement systémique, qui rimerait avec le contenu de mise en œuvre attendu des politiques de santé, il s'avère impérieux de poser les pas qui y conduiraient. En l'occurrence ceux de la collaboration entre les modèles de soins en vue d'une synergie d'action et d'une couverture sanitaire systémique ou existentielle.

C'est pourquoi, même timides à s'accélérer et peu rassurantes à aller jusqu'au bout de la souveraineté de pensée et d'action, les initiatives actuelles du Bénin pour revaloriser la tradithérapie et la mettre en collaboration avec la médecine moderne sont à encourager. Le Ministère de la Santé du pays en reconnaît la nécessité, d'autant qu'il souligne en aveu que :

> « *Malgré son caractère multiséculaire, la médecine traditionnelle n'est pas encore intégrée dans le système national de santé, qu'il s'agisse de l'offre de soins, de l'éducation et la formation ou de la réglementation. Pourtant, les populations ont une longue tradition d'utilisation des deux systèmes de soins de santé, séparément ou en combinaison, faisant ainsi de l'intégration une réalité à la base* »
>
> (MS du Bénin, 2012 : 8).

Et ajoute qu' :

> « *Il est judicieux sur le plan économique et acceptable du point de vue culturel de prendre en compte les traitements traditionnels, lorsqu'il s'agit de concevoir et de mettre en œuvre les stratégies nationales de santé* » (*Ibid.*).

Malheureusement, la distance à parcourir du point **I** de l'**intention** au point **A** de l'**acte** est une autre problématique que révèle la partialité habituelle et flagrante dans l'arbitrage budgétaire du secteur de la Santé au Bénin : une partialité presque absolue en faveur de la médecine moderne et au détriment de la tradithérapie, comme en témoigne le budget de 2015 analysé ici. Mais les communautés à la base n'ignorent pas le déficit de considération dont est victime la tradithérapie de la part des pouvoirs publics. Elles ne croient pas à un déclic aisé, volontaire ou engagé de souveraineté étatique et de loyauté pouvant faire revaloriser les médecines ancestrales au point de leur accorder le financement constamment revenu à la médecine moderne. C'est ce qu'un Chef ou « *Dah* » de collectivité familiale, Bienvenu Aïdoté, a fait comprendre, avec le consentement des autres enquêtés, en soutenant qu'à la phase d'essai, seuls les Centres de santé modernes de clientèle privée pourraient aller à cette collaboration pour la synergie d'action médicale. Ce serait au moyen du dispositif systémique, conçu en *focus groups* et dessiné ci-dessus.

Il n'y a donc pas une confiance des populations, encore moins des tradithérapeutes, à l'égard des acteurs des politiques publiques et de la modernité. Et pourtant l'humanité a besoin du bon sens et de l'engagement de ces acteurs, afin de corriger la déraison du système actuel de santé publique du monde, marchant la tête en bas, les pieds en l'air !

Soutenons donc qu'au nom du « *droit des peuples à disposer d'eux-mêmes* »[221], confèré à eux par la Charte des Nations Unies, il convient désormais d'œuvrer à l'avènement d'un système de santé pensé par eux et pour eux en fonction de leurs propres réalités. Et retenons enfin que pour l'éternité, le besoin de « *santé* » des populations de la planète terre se maintiendra systémique en postulant, des pouvoirs publics, une offre de **«** *santé* **»** également systémique.

[221] Cf. Déclaration universelle des droits de l'homme, adoptée le 10 Décembre 1948, à Paris, par l'Assemblée Générale des Nations Unies.

Bibliographie et sitographie

1. Abega, M. (2012). Le chevalier noir. Paris : L'Harmattan, 322 p.
2. Abeynor, A. (1991). Pratique du Fa-destin. Le souffle de Dieu. Liechtenstein : Lion d'Or S.A, 112 p.
3. Abimbola, W. (1968). Ifa as a body of knowledge and an academic discipline. *Lagos Notes and Records*, Vol. II, N° 1 and 2, 30-68.
4. Abimbola, W. (1975). Sixteen Great Poems of Ifa. Niamey: OUA/UNESCO, 468 p.
5. Adè, E. (1983-1984). Repères sociologiques du développement en Afrique. Mémoire : Sociologie. Abomey-Calavi : Université Nationale du Bénin, Tome 1, 121 p et Tome 2, 254 p.
6. Adjanohoun, E. (1989). Médecine traditionnelle et pharmacopée: contribution aux études ethnobotaniques et floristiques en République Populaire du Bénin. Paris : ACCT, 895 p.
7. Adjotin, P. (2015). Patriotisme, sauve mon pays du mal-développement. *La Nation* (Quotidien national d'information du Bénin), N° 6290 du jeudi 30 juillet 2015, pp. 2 et 5 ; article republié par *La Nouvelle Tribune* (Quotidien béninois indépendant), N° 3081 du mercredi 5 août 2015, pp. 5 et 8 et sur son site web : www.lanouvelletribune.info.
8. Adjotin, P. (2014). Quel Bénin voulons-nous laisser en héritage à nos enfants ? *La Nation* (Quotidien national d'information du Bénin), N° 5991 du mardi 20 mai 2014, p. 2 ; article republié par La *Nouvelle Tribune* (Quotidien béninois indépendant), N° 2964 du vendredi 13 février 2015, p. 5 et sur son site web : www.lanouvelletribune.info.
9. Adjotin, P. (2011). L'univers sous les thérapies de Fâ. Sciences, lettres et arts au chevet du malade. Avec la préface du Professeur Yaï Joseph O.B., Ambassadeur Délégué Permanent du Bénin à l'UNESCO. Lyon : Baudelaire, 480 p.

10. Adjotin, P., Dauby, P. (1998). Processus de recherche-action sur la qualité des soins à Cana en République du Bénin. Communication présentée pendant *Les Septièmes Journées des Sciences de la Santé*, 14-18 avril 1998 à Bobo-Dioulasso. Bobo-Dioulasso : Les Septièmes Journées des Sciences de la Santé.

11. Adjotin, P. (1996). Médecines traditionnelles et médecine moderne au Bénin. Collaboration ou conflits ? Mémoire de DESS édité : Etudes du développement. Genève : Université de Genève et IUED, 124 p.

12. Adjotin, P. (1992). Essai d'épistémologie et d'esthétique du Fâ. Eléments pour le développement. Mémoire de Maîtrise : Philosophie. Abomey-Calavi : Université Nationale du Bénin, 158 p.

13. Adjotin, P., Chabi Talata, M. (1991). L'enseignement de la Philosophie et la question du développement. Mémoire de CAPES : Philosophie. Porto-Novo : Ecole Normale Supérieure, 103 p.

14. Adjou-Moumouni, B. (2007). Le code de vie du primitif. Sagesse africaine selon Ifa. Cotonou : Ruisseaux d'Afrique, Tomes 1 à 4.

15. Adoukonou, B. (1979). Jalons pour une théologie africaine. Essai d'une herméneutique chrétienne du Vodun Dahoméen. T1 : Critique théologique ; T2 : Etude ethnologique. Paris, Lethielleux : Persée, 347 p et 245 p.

16. Agbazahou, A. (2013). Le gong a bégayé (précédé de : La bataille du trône). Cotonou : Plumes Soleil, 114 p.

17. Aguessy, H. (1970). La divinité lêgba et la dynamique du panthéon vodoun au Dan-homê. *Cahiers des Religions Africaines* 7, Vol. IV, 89-96.

18. Aguessy, H. (1974). Essai sur le mythe Lêgba. Thèse de Doctorat d'Etat : Philosophie. Paris 4 : Université Sorbonne, 3 Vol., 241, 300, 368 p.

19. Ahyi, A. R. M. (1993). Médecine traditionnelle et pharmacopée africaine : Fard ou phare, face au défi de la santé pour tous en l'an 2000. *Famille et développement*, N° 65, 20-25.

20. Aïvanhov, M. O. (1998). Regards sur l'invisible. Fréjus (France) : Prosveta, 212 p.

21. Akoha, A. B. (2017). Le Vodoun et le minimum siocial commun. *La Nation* (Quotidien national d'information du Bénin), N° 6679 du mercredi 15 février 2017, pp. 2 et 5.

22. Alapini, J. (1950). Les noix sacrées. Monte-Carlo : Monégasque, 126 p.

23. Alladayè, C. J. (2010). Le Kpanlingan dans le Danxomè : historien de l'oralité. Cotonou : Caarec, 120 p.

24. Amadji, F. (2007). Le Christ révélé (au sein des cultures et traditions africaines). Cotonou : Ecole Spirituelle d'Afrique, 338 p.

25. Ambelain, R. (1984). La géomancie arabe. Paris : Robert Laffont, 247 p.

26. Apovo, C. J-M. (2005). Anthropologie du « Bo ». Théorie et pratique du gri-gri. Porto-Novo : CNPMS, 276 p. avec les annexes.

27. Atlas. (1996). Voyance. Divination de l'avenir. Paris : Atlas, 126 p.

28. Austruy, J. (1972). Le scandale du développement. Paris : Marcel Rivière et Cie, 559 p.

29. Bâ, A. H. (1972). Aspects de la civilisation africaine. Paris : Présence africaine, 139 p.

30. Bachelard, G. (1938). La formation de l'esprit scientifique. Paris : Librairie philosophique J. Vrin, 256 p.

31. Bachelard, G. (1983). La philosophie du non. Paris : PUF, 145 p.

32. Ballakhdar, J. (1989). Une nouvelle optique de la médecine traditionnelle au Maroc. *Forum mondial de la santé*, Vol. 10, N° 2, 209-215.

33. Bannerman, H. R., sous la dir. de. (1983). Médecine traditionnelle et couverture de soins de santé : textes choisis à l'intention des administrateurs de la santé. Genève : OMS, 385 p.

34. Bariety, M. (1990). Sémiologie médicale. Paris : Masson, 564 p.

35. Beaud, M. (2001). L'art de la thèse. Paris : La Découverte, 204 p.

36. Becheur, H. (2012). Colère blanche à l'hôpital : entre utopie et réalité, chroniques d'un médecin engagé. Paris : Michalon, 256 p.

37. Beek, W. V., Peek, P. M. (2013). Reviewing reality. Dynamics of African divination. Berlin: Lit Verlag, 404 p.

38. Beigbeder, Y. (1995). L'Organisation Mondiale de la Santé. Paris : PUF, 206 p.

39. Benedetti, F. (2008). Placebo effets: understand the mechanisms in health and disease. Oxford: Oxford University Press, 320 p.

40. Benoist, J. (1993). Anthropologie médicale en société créole. Paris : PUF, 288 p.

41. Benoist, J. (1992). Où en est l'anthropologie médicale appliquée ? Paris : AMADES, 135 p.

42. Berche, P., Lefrère, J-J. (2011). Gloires et impostures de la médecine. Paris : Perrin, 280 p.

43. Bernard, C. (1865, rééd. de 2008). Introduction à l'étude de la médecine expérimentale. Paris : Les classiques de la Philosophie, 480 p.

44. Bernard, R. (2012). Les lettres de nulle part. Québec : Editions Rosicruciennes/Editions du Zotheca, Tome 2, 194 p.

45. Bertaux, D. (1980). L'approche biographique : sa validité méthodologique, ses potentialités. *Cahiers Internationaux de Sociologie*, Paris : PUF, Vol. 69, 197-225.

46. Birou, A. et Henry, P-M., sous la dir. de. (1976). Pour un autre développement. Paris : PUF, 346 p.

47. Boëtsch, G., Gueye, L., Macia, E. et Jaffré, Y., sous la dir. de. (2015). Santé et sociétés en Afrique de l'Ouest. Paris : CNRS, 317 p.

48. Bougerol, C. (1983). La médecine populaire à la Guadeloupe. Paris : Karthala, 175 p.

49. Boukris, S. (2009). Ces médicaments qui nous rendent malades. Paris : Le cherche midi, 278 p.

50. Boukris, S. (2013). La fabrique de malades. Ces maladies qu'on nous invente. Paris : Le cherche midi, 246 p.

51. Boukris, S. (2013). Médicaments génériques : la grande arnaque. Paris : Editions du Moment, 224 p.

52. Boukris, S. (2014). Enfin guérir. Losque la médecine classique ne suffit plus. Paris : Le cherche midi, 244 p.

53. Brand, R. (1971). Regard sur l'art dahoméen. Cotonou : Promanuscripto, Fassicule 1er.

54. Burnier, M-J. (1991). Le secret de l'unité de santé. Les agents de santé de base et les matrones en Guinée-Bissau. Genève : IUED, 109 p.

55. Capo-Chichi, O.B. (1992). Itinéraires thérapeutiques à travers le Fa en milieu fonnu d'Abomey. Eléments pour une socio-anthropologie de la santé. Mémoire de Maîtrise : Sociologie-anthropologie. Abomey-Calavi : Université Nationale du Bénin, 146 p.

56. Carrel, A. (1935, rééd. de 1999). L'homme, cet inconnu. Paris : Plon, 380 p.

57. Césaire, A. (1955, rééd. de 2004). Discours sur le colonialisme, suivi de Discours sur la négritude. Paris : Présence africaine, 58 p.

58. Chapelier, J. B. (1977). Le guérisseur et ses malades étudiés dans leur contexte culturel. « Un village lorrain ». Thèse de Doctorat de 3ème Cycle. Paris : EHESS, 233 p.

59. CIE (Centre International de l'Enfance). (1991). Argent et santé. Expériences de financement communautaire en Afrique : *Actes* du séminaire international 24-27 septembre 1991. Paris : CIE, 322 p.

60. Cloubou, A. N. (2015). L'émergence de l'Afrique. Le greffage qui s'impose. Cotonou : Star Editions, 232 p.

61. Clouzet, J. (1980). Comment se soignent les Chinois aujourd'hui : Choses vues par deux médecins français. Paris : Laffont, 229 p.

62. Cornevin, R. (1981). La République Populaire du Bénin. Des origines dahoméennes à nos jours. Paris : Maisonneuve et Larose, 584 p.

63. Coué, E. (1989). La maîtrise de soi-même par l'autosuggestion consciente. Paris : Renaudot, 176 p.

64. Crozier, M., Friedberg, E. (1977, rééd. de 1981). L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective. Paris : Le Seuil, 500 p.

65. Dégbèlo, A. (1992). Traitement de la maladie dans le royaume du Danxomè aux XVIIIème et XIXème siècles. Thèse de Doctorat (Nouveau régime) : Histoire. Paris : Université Panthéon-Sorbonne, 847 p.

66. Descartes, R. (1637, rééd. de 1984). Discours de la méthode. Paris : Librairie philosophique J. Vrin, 144 p.

67. Diagne, S. B., sous la dir. de. (1991). La culture du développement. Dakar : CODESRIA/FOCSIV, 134 p.

68. Dormael, M. V. (1987). La médecine coloniale, ou la tradition exogène de la médecine moderne dans le Tiers Monde. *Studies in Health Services Organisation and Policy*. Belgique: ITGPress, 38 p.

69. Dossou Tchouba, K. P. (1984-1985). La médecine « traditionnelle » africaine dans la sphère de la pensée scientifique. Mémoire de Maîtrise : Philosophie. Abomey-Calavi : Université Nationale du Bénin, 59 p.

70. Dournes, J. (1987). Conception du mal, de la maladie, de la guérison dans l'univers de représentations de populations autochtones traditionnelles en Indochine. In : Retel-Laurentin, A. (éd.). Etiologie et perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles. Paris : L'Harmattan, 494 p.

71. Dovènon, N. (2014). Jérôme Carlos, un homme d'exception. Cotonou : Star Editions, 128 p.

72. Dozon, J-P. (1992). Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire. *Cahiers ORSTOM*. Paris : ORSTOM, Vol. 28, N° 1, 1-20.

73. Dresse, A. et De Baeremaeker, D. (2013). Amawato. Le marché de la santé au pays du vaudou. Bruxelles : CTB Bruxelles, 48 p.

74. Dumont, R., Mottin, M-F. (1980). L'Afrique étranglée. Paris : Le Seuil, 265 p.

75. Dumont, R. (1966). L'Afrique noire est mal partie. Paris : Le Seuil, 254 p.

76. Durisch-Gauthier, N., Rossi, I. et Stolz, J., sous la dir. de. (2007). Quêtes de santé. Entre soins médicaux et guérisons spirituelles. Fribourg : LABOUR et FIDES, 140 p.

77. Durkheim, E. (1894, rééd. de 2009). Les règles de la méthode sociologique. Paris : Payot, 240 p.

78. Engelhard, P. (1988). Vivre et mourir en Afrique : Santé, population et développement. Dakar : ENDA, 314 p.

79. Equipe Médecine Traditionnelle/OMS. (2002). Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005. Genève : OMS, 74 p.

80. Etienne, J., Mendras, H. (2008). Les grands thèmes de la sociologie par les grands sociologues. Paris : Armand Colin, 256 p.

81. Falcon, P. (1970). Religion du vodoun. *Etudes dahoméennes*, N° 18-19. Porto-Novo : IRAD, 211 p.

82. Fassin, D. (1992). Pouvoir et maladie en Afrique : Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar. Paris : PUF, 359 p.

83. Fassin, D. (1990). Sociétés, développement et santé. Paris : Marketing/Ellipses, 287 p.

84. Favret-Saada, J. (1977). Les mots, la mort, les sorts. Paris : Gallimard, 332 p.

85. Floquet, A., Mongbo, R. (2000). Production de connaissances et de consensus pendant les MARP et au-delà. In : Lavigne Delville, P. et al. (éds). Les enquêtes participatives en débat : ambitions, pratiques, enjeux. Paris :

Karthala/GRET/ICRA, 269-292.

86. Fontaine, M. (1993). Soins de santé primaires et promotion de l'homme. Une expérience africaine interroge les systèmes de santé. Thèse de Doctorat. Lausanne : Université de Lausanne, 377 p.

87. Fontanille, B. et al. (2014). Médecines d'ailleurs. Rencontre avec ceux qui soignent autrement. Paris : La Martinière et Arté Editions, Collection Ethnologie, 216 p.

88. Forrestier, V. (2000). La dictature du profit. Une étrange dictature. Paris : Fayard, 221 p.

89. Forum AG4. (Sur site web consulté le 10/11/2016). Comment développer des synergies efficaces et équitables entre les médecines traditionnelles ancestrales et la biomédecine contemporaine ? (Cf.: https ://mfgnu.files.wordpress.com/2015/12/ag4-santc3a9-medecinestraditionnelles-claire.pdf),

90. Freire, P. (1977). Pédagogie des opprimés. Paris : Maspero, 202 p.

91. Fressoz, J-B. (2012). L'Apocalypse joyeuse. Une histoire du risque technologique. Paris : Le Seuil, 320 p.

92. Gascon, R. (1990). Pratique de la géomancie. Construction du thème géomantique. Significations, aspects et passations. Technique de l'interprétation. Paris : De Vecchi Poche, 202 p.

93. Gbégnonvi, R. (2012). L'Afrique entre enfer et purgatoire. Après 50 ans de suffocation. Cotonou : Multi-Schèmes, 258 p.

94. Gbotché, B. (1981). Le destin dans la divination : exemple du « Fa ». Mémoire de Maîtrise : Philosophie. Abomey-Calavi : Université Nationale du Bénin, 150 p.

95. Gilli, B. (1987). Heviesso et le bon ordre du monde : approches d'une religion africaine. Lomé : Haho, 230 p.

96. Hédon, C. (2003-2017). Priorité Santé (Emissions récurrentes radiodiffusées, animées par elle, sur « l'actualité médicale dans le monde ») à *Radio France Internationale – RFI* – Cf. www.rfi.fr/emission/priorite-sante

97. Hellriegel, D., Slocum, J. W. (2006). Management des organisations. Paris : Nouveaux Horizons. De Boeck, 727 p.

98. Hlady Rispal, M. (2002). La méthode des cas. Application à la recherche en gestion. Bruxelles : De Boeck Université, 250 p.

99. Horton, R. (1990). La pensée traditionnelle africaine et la science occidentale. In : collectif. La pensée métisse. Croyances africaines et rationalité occidentale en questions. Paris/Genève : PUF/IUED, Collection *Cahiers de l'IUED*, Vol. 19, 264 p.

100. Hountondji, J. P., sous la dir. de. (1994). Les savoirs endogènes. Pistes pour une recherche. Dakar : CODESRIA/Karthala, 345 p.

101. Hountondji, J. P., sous la dir. de. (2007). La rationalité une ou plurielle ? Dakar : CODESRIA/UNESCO/CAHE, 467 p.

102. Hountondji, J. P., sous la dir. de. (2009). L'ancien et le nouveau. La production du savoir dans l'Afrique d'aujourd'hui. Porto-Novo : CAHE, 497 p.

103. Hounwanou, T. R. (1984). Le Fa, une géomancie divinatoire du golfe du Bénin. Nouvelles Editions Africaines (NEA), 249 p.

104. Hours, B. (1985). L'Etat sorcier : Santé publique et société au Cameroun. Paris : L'Harmattan, 165 p.

105. Jaccard, M. (2013). La géomancie, une astrologie pour tous. Lausanne : Favre, 393 p.

106. Jacob, J-P. (1988). Le sens des limites : maladie, sorcellerie, religion et pouvoir chez les Winyé Gourounsi du Burkina Faso. Thèse de Doctorat. Neuchâtel : Faculté des Lettres, 284 p.

107. Jaffré, Y., Olivier de Sardan, J-P., sous la dir. de. (1999). La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest. Paris : PUF, 374 p.

108. Jaffré, Y., Olivier de Sardan, J-P., sous la dir. de. (2003). Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest. Paris : APAD/Karthala, 449 p.

109. Janssen, T. (2013). Le défi positif. Une autre manière de parler du bonheur et de la bonne santé. Paris : Pocket, 410 p.

110. Jaulin, R. (1957). Essai d'analyse formelle d'un procédé géomantique. *Bulletin de l'IFAN*. Dakar : IFAN, Tome XIX, série B, 43-71.

111. Kabou, A. (1991). Et si l'Afrique refusait le développement ? Paris : L'Harmattan, 208 p.

112. Kakpo, M. (2006). Introduction à une poétique du Fa. Cotonou : Les Editions des Diasporas et les Editions du Flamboyant, 176 p.

113. Kakpo, M. (2007). Les épouses de Fa. Récits de la parole sacrée du Bénin. Paris : L'Harmattan, 99 p.

114. Kane, C. H. (1961). L'aventure ambiguë. Paris : Julliard, 209 p.

115. Kodjo, E. (1985). …Et demain l'Afrique. Paris : Stock, 366 p.

116. Kohler F. (2014). Collecte de données [en ligne], page consultée le 15/9/2014. Disponible sur : www.uvp5.univ-paris5.fr/staticmed/E-STAT/.../echantillonnage.ppt.

117. Kpatchavi, A. C. (2011). Savoirs, maladie et thérapie en Afrique de l'Ouest. Pour une anthropologie du paludisme chez les Fon et Waci du Bénin. Cotonou : Ablodé, 357 p.

118. Kuhn, T. S. T. (1983). La structure des révolutions scientifiques. Paris : Flammarion, 284 p.

119. *La Nation* (Quotidien national d'information du Bénin). (16/1/2014). Les valeurs scientifiques du vodun, l'alternative devant l'échec du système cartésien. Interview accordée par Allabi Alain et Coua-Zotti Edgard à Gbodossou Erick, médecin et Président de l'Association pour la Promotion des Médecines Traditionnelles (PROMETRA international). Cotonou : *La Nation*, N° 5905, p.11.

120. Lahore, I., Ollier, M. (2014). Systémie et thérapie. *Science de la Conscience*. Le Hohwald : S.E.M. Editions, N° 26.

121. Laplantine, F. (1986). Anthropologie de la maladie. Une étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine. Paris : Payot, 411 p.

122. Latour, B. (1994). Note sur certains objets chevelus. *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*. In : collectif. Pouvoir de sorcier, pouvoir de médecin. Paris : La pensée sauvage, 21-36.

123. Lévi-Strauss, C. (2006). Anthropologie structurale deux. Paris : Plon, 450 p.

124. Lévi-Strauss, C. (2004). Histoire de Lynx. Paris : Plon, 262 p.

125. Lévi-Strauss, C. (1962). La pensée sauvage. Paris : Plon, 342 p.

126. Lovell, N. (1995). Pluralisme thérapeutique et stratégies de santé chez les Evhé du Sud-Est Togo. *Les dossiers du CEPED*, N° 33. Paris : CEPED, 20 p.

127. Lovichi, J. (1980). La sorcellerie. Paris : Larousse, 192 p.

128. Marcellini, A. et al. (2000). Itinéraires thérapeutiques dans la société contemporaine. Le recours aux thérapies alternatives : une éducation à un « autre corps ». *Revue Corps et Culture*, N°5/2000. Référence électronique, Marcellini, A., Turpin, J-P., Rolland, Y. et Ruffié, S. [En ligne 24/9/2007]. URL : http://corpsetculture.revues.org/710.

129. Maupoil, B. (1981). La géomancie à l'ancienne Côte des esclaves. Paris : Institut d'Ethnologie, 690 p.

130. Meyer, P., Triadou, P. (1996). Leçons d'histoire de la pensée médicale. Sciences humaines et sciences sociales en médecine. Paris : Odile Jacob, 397 p.

131. Ministère de la Santé du Bénin (MS du Bénin). (2015). Annuaire des statistiques sanitaires Année 2014. Cotonou : MS du Bénin, 155 p.

132. Ministère de la Santé du Bénin (MS du Bénin)/PNPMT. (2013, 3ème Edition). Plan stratégique quinquennal de la médecine traditionnelle au Bénin (2012-2016). Cotonou : MS du Bénin, 71 p.

133. Ministère de la Santé du Bénin (MS du Bénin). (2012). Manuel d'initiation des professionnels de la santé aux systèmes d'éducation et de transmission du savoir en Médecine Traditionnelle au Bénin. Cotonou : MS du Bénin, 96 p.

134. Ministère de la Santé du Bénin (MS du Bénin). (1990). La symptomatologie au service de la médecine traditionnelle. Cotonou : MS du Bénin, pp. 2 et 3.

135. Mongbo, R., Adjotin, P. (2012). Le Fâ comme outil spécifique de diagnostic et de thérapie. *Actes*, Troisième Colloque des sciences, cultures et technologies de l'Université d'Abomey-Calavi (UAC), Bénin. Abomey-Calavi : UAC, Vol. 1, Lettres et sciences humaines, 449-457.

136. Morand, C. (1996). Devins guérisseurs et contre-sorciers. *Jeune Afrique*, N° 1835, 38-39.

137. Morin, E. (1990). Introduction à la pensée complexe. Paris : Le Seuil, 160 p.

138. Morin, E. (2005, rééd. en 2009). Culture et barbarie européennes. Montrouge : Bayard, 94 p.

139. Moulin, A-M et Chiffoleau, S., sous la dir. de. (2005). Politique de santé sous influence. *Revue des Mondes Musulmans et de la Méditerranée*. Paris : CNRS, 117-118. Mis en ligne en juillet 2007 (page consultée le 16/8/2013). URL : http://remmm.revues.org/3611.

140. Moureau, J-P. (2013). Soigner autrement. Paris : Le Seuil, 204 p.

141. Nathan, T. (1994). Les bienfaits des thérapies sauvages. Thérapie scientifique et thérapie sauvage. *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*. In : collectif. Pouvoir de sorcier, pouvoir de médecin. Paris : La pensée sauvage, 37-53.

142. Népo, S. R. (2013). Le meilleur est à venir. Un regard critique citoyen sur la Gouvernance au Bénin et en Afrique. Paris/Cotonou : Coédition Ibidun et LPL-Bénin, 234 p.

143. Népo, S. R. (2015). Le monde tel qu'il me parle. Réflexions sur un monde en ébullition. Porto-Novo : IEP, Collection *« Débats de société »*, 357 p.

144. Nkoum, B. A., sous la dir. de. (2011). Santé plurielle en Afrique (perspective pluridisciplinaire). Paris : L'Harmattan, 374 p.

145. Nouhouayi, A. (1988). Vers une nouvelle philosophie du développement en Afrique noire. Thèse de doctorat d'Etat : Philosophie. Paris : ANRT, 763 p.

146. Ogunde, Chief (Dr.), H. A. (1970). Ayanmo. [Film documentaire].

147. Olivier de Sardan, J-P. (2000). Rendre compte des points de vue des acteurs : principes méthodologiques de l'enquête de terrain en sciences sociales. In : Lavigne Delville, P. et al. (éds). Les enquêtes participatives en débat : ambitions, pratiques, enjeux. Paris : Karthala/GRET/ICRA, 419-449.

148. OMS. (2014). Couverture sanitaire universelle. *In* : http//www.who.in/health_financing/universel_coverage_definition/fr/. Y lire aussi : Financement de la santé et couverture universelle : qu'est-ce que la couverture universelle ?

149. OMS. (2013). Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023. Genève : OMS, 72 p.

150. OMS. (2011). Renforcement des systèmes de santé. Tendances et défis actuels. Rapport du Secrétariat de la soixante-quatrième Assemblée mondiale de la Santé. Genève : OMS, 8 p.

151. OMS. (2004). Atelier sur l'institutionnalisation de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé. Cotonou, 13-15 septembre 2004. Genève : OMS.

152. OMS. (2003). Médecine traditionnelle, notre culture, notre avenir. Observatoire de la Santé. Genève : OMS, Vol. 4, 1.

153. OMS. (2002). Rapport sur la santé dans le monde. Réduire les risques et promouvoir une vie saine. Genève : OMS. 21 p.

154. OMS. (2002). Définition des soins palliatifs. Genève : OMS, 1 p. [En ligne]. http://www.soinspalliatifs.be/definition-des-soins-palliatifs-oms.html

155. OMS Europe. (1998). Framework for professional and administrative development of general practice/médecine de famille in Europe. Copenhague : OMS.

156. OMS et FISE. (1978). Alma Ata 1978. Les soins de santé primaires. Genève : OMS, 88 p.

157. OMS, Bureau Régional de l'Afrique. (1976). Médecine traditionnelle en Afrique (série des rapports techniques N° 1). Brazaville : OMS, 21 p.

158. Owens, E. et Shaw, R. (1974). Le développement : une conception nouvelle. Paris 6 : Editions Internationales, 280 p.

159. Pares, Y. (2004). La médecine africaine, une efficacité étonnante, Témoignage d'une pionnière. Barret-sur-Méouge : Yves Michel, 221 p.

160. Pazzi, R. (2012 et 2014). Peuples d'ajatado (entre Accra et Lagos). Paris : L'Harmattan, T1 : 242 p ; T2 : 246 p. et T3 : 304 p.

161. Perez, I. (2012). La bibliographie : règles et présentation. Montpellier : Centre de documentation Pierre Bartoli / UMR MOISA/UMR LALETA / Département SESG, 27p. http://www1.montpellier.inra.fr/bartoli/moisa/bartoli/download/moisa2011 pdf/regles.pdf

162. Pesse, J. (2006). La situation des pratiques traditionnelles de guérison dans le Borgou : chronique d'une mort annoncée. Etude de cas : l'association des tradipraticiens de N'Dali. Mémoire de Maîtrise : Ethnologie. Neuchâtel : Université de Neuchâtel, 93 p., sans les annexes.

163. Pires, A. (1967). Echantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. *Les Classiques des Sciences Sociales*. Chicoutimi : Université du Québec.

164. Pliya, J. (2002). Les tresseurs de corde. Paris : Hatier International, 240 p.

165. Pluchon, P. (1987, version numérisée en 2007). Vaudou, sorciers, empoisonneurs. De Saint-Dominque à Haïti. Paris : Karthala, 320 p.

166. Pouchelle, M-C. (1978). Voyants, magnétiseurs et l'espace du sacré. Deux cas, deux itinéraires. *Revue Autrement*. In : collectif. Panseurs de secrets et de douleurs. Médecine populaire : guérisseurs, voyants et rebouteux… de nouveaux interlocuteurs ? Paris : *Revue Autrement*, N° 15.

167. Quivy, R., Van Campenhoudt, L. (1995, 2ème édition). Manuel de recherche en sciences sociales. Paris : Dunod, 287 p.

168. Retel Laurentin, A. (1987). Etiologie et perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles. Paris : L'Harmattan, 494 p.

169. Ridde, V. (2007). Equité et mise en œuvre des politiques de santé au Burkina Faso. Paris : L'Harmattan, 536 p.

170. Rist, G., sous la dir. de. (1994). La culture, otage du développement ? Paris : L'Harmattan, 192 p.

171. Rocher, G. (1972). Introduction à la sociologie générale. Le changement social, Paris : HMH, *Points*, 322 p.

172. Rodney, W. (1972). How Europe underdeveloped Africa. London : BLP Editions, 312 p., (ouvrage traduit de l'anglais en français sous le titre : Et l'Europe sous-développa l'Afrique).

173. Rose, H., Rose, S. (1977). L'idéologie de/dans la science. Paris : Le Seuil, 257 p.

174. Rosny, E. de. (1992). L'Afrique des guérisons. Paris : Karthala, 494 p.

175. Rosny, E. de. (1987). Les yeux de ma chèvre. Sur les pas des maîtres de la nuit en pays Douala (Cameroun). Paris : Plon, 415 p.

176. Rwangabo, P. C. (1993). La médecine traditionnelle au Rwanda. Paris : Karthala, 264 p.

177. Saint-Gérard, Y. (1984). L'état de mal : sous-développement, dominantes pathologiques, pratiques et perspectives médicales en Haïti, avec des études sur le sida, le vaudou et la médecine traditionnelle ainsi que la zombification. Toulouse : Eché, 126 p.

178. Saldmann, F. (2013). Le meilleur médicament, c'est vous. Paris : Albin Michel, 250 p.

179. Saulnier, P. (2009). Vodun et destinée humaine. Madrid : Société des Missions Africaines, 245 p.

180. Schmitz, O. (2006). Soigner par l'invisible : Enquête sur les guérisons d'aujourd'hui. Paris : Imago, 250 p.

181. Sillonville, F. (1985). Guide de la santé au village. « Docteur » Maïmouna parle aux villageois. Douala/Paris : IPD/Karthala, 204 p.

182. Site Web, Google. (2013). Encyclopaedia Universalis et Wikipédia.

183. Sournia, J-C. (1977). Ces malades qu'on fabrique : la médecine gaspillée. Paris : Le Seuil, 253 p.

184. Souza, S. de. (1988). Flore du Bénin. Noms des plantes dans les langues nationales béninoises. Cotonou : Imprimerie Notre-Dame, Tome 3.

185. Stengers, I. (1994). Le Grand partage. *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*. In : collectif. Pouvoir de sorcier, pouvoir de médecin. Paris : La pensée sauvage, 7-19.

186. Surgy, A. de. (1995). La voie des fétiches ; essai sur le fondement théorique et la perspective mystique des pratiques des féticheurs. Paris : L'Harmattan, 440 p.

187. Surgy, A. de. (1988). Le système religieux des Evhé. Paris : L'Harmattan, 334 p.

188. Surgy, A. de. (1981). Géomancie et le culte d'Afa chez les Evhé. Paris : Publications orientalistes de France, ALC, 444 p.

189. Tabuteau, D. (2013). Démocratie sanitaire. Les nouveaux défis de la politique de santé. Paris : Odile Jacob, 290 p.

190. Tall, K. E. (1995). Dynamique des cultes voduns et du christianisme céleste au Sud-Bénin. *Cahiers d'études africaines*. Paris : EHESS, N° 31, 797-823.

191. Tarimo, E., Creese, A. (1991). La santé pour tous d'ici l'an 2000. A mi-chemin, le point de la situation dans divers pays. Genève : OMS, 277 p.

192. Tévoédjrè, A. (1978). La pauvreté, richesse des peuples. Paris : Editions ouvrières, 207 p.

193. Teyssier d'Orfeuil, L., Magnes, J-P. (2013). La méthode Coué par les Nuls. Paris : First, 400 p.

194. Theillier, P. (2008). Lourdes, des miracles pour une guérison. Paris : Presses de la Renaissance, 344 p.

195. Thompson, R. P. (1985). L'éclair primordial. Présence africaine dans la philosophie et l'art afro-américains. Paris : Editions Caribéennes, 298 p.

196. Tidjani, A. S. (1983). Le dilemme. Paris : Silex, 43 p.

197. Touré, A., Konaté, Y. (1990). Sacrifices dans la ville. Le citadin chez le devin en Côte-d'Ivoire. Abidjan : Douga, 257 p.

198. Towanou, R. A. (2014). Quand la médecine tue impunément. Cotonou : Tamarin, 154 p.

199. Traoré, D. (2009). Médecine et magie africaines (ou comment le Noir se soigne). Paris : Présence africaine, 572 p.

200. Tremblay, M-A. (2006). L'anthropologie de la santé en tant que représentation. In : collectif : Imaginaire social et représentations collectives. Québec : PUL, 441 p. Edition numérique de 2006 à Chicoutimi, Canada. http://classiques.uqac.ca/.

201. Tsibinda, M-L., Moulady Ibovi, M-F. et al. du Collectif Femmes Ecrivaines du Congo-Brazzaville. (2014). Sirène des sables. Anthologie de nouvelles. Paris : L'Harmattan, 212 p.

202. UNESCO. (1983). La culture, clé du développement. Paris : UNESCO, 191 p.

203. Union Africaine. (2001). Plan d'action de la décennie de la médecine traditionnelle (2001-2010). Addis-Abeba : UA, 27 p.

204. Valdez, E. (1993). Santé et médecine populaire en Bolivie. Genève/Paris : IUED/Karthala, 308 p.

205. Valnet, J. (1975). Aromathérapie. Traitement des maladies par les essences des plantes. Paris : Maloine, 542 p.

206. Verger, F. P. (1982). Orisha. Les dieux yoruba en Afrique et au Nouveau Monde. Paris : Métaillié, 293 p.

207. Viallet-Fournier, M-G. (2012). Genèse et destin : pour une conception dynamogénique des mythes. Thèse de Doctorat : Philosophie. Bourgogne : Université de Bourgogne, 342 p.

208. Wedo Dessout, V. (1998). Les âmes sont venues. [Film documentaire].

209. Werner, D. (1981). Là où il n'y a pas de docteur. Dakar : Environnement africain/ENDA, 442 p.

210. Wolff, E. (2015). Médecine populaire (PDF), URL : http://www.hls-dhs-dss.ch/textes/f/F 25626.php.

211. www.statistiques-mondiales.com/benin.htm. (2012).

212. Wyllie, W. R. (1970). Divination and face-work. *The British Journal of Sociology*. London: London School of Economics and Political Science, Vol. 21, N° 1, 52-62. URL: http/www.istor.org/stable/588271.

213. Yangni-Angaté, A., sous la dir. de. (2004). La revalorisation de la médecine traditionnelle. Abidjan : CEDA, 183 p.

214. Yoro, B. M. (2012). Pluralisme thérapeutique et recours aux soins en milieu rural ivoirien : approche méthodologique. *Recherches Qualitatives*. Québec : Association pour la Recherche Qualitative, Vol.31 (1), 47-61 (page consultée le 10/2//2013). http://www.recherche-qualitative.qc.ca/Revue.html.

215. Ziegler, J. (1979). Le pouvoir africain. Paris : Le Seuil, 255 p.

216. Ziegler, J. (1978). Main basse sur l'Afrique. Paris : Le Seuil, 304 p.

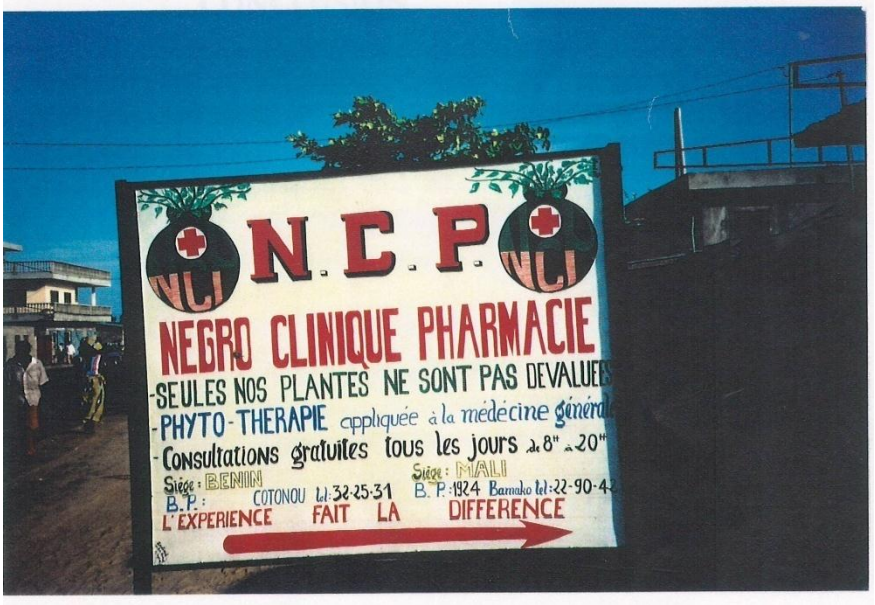
217. Zinsou, E. D. (2014). Essai doctrinal pour un socialisme humaniste. Questions posées par Jean-Pierre Barou. Cotonou : Star Editions, 276 p.

Annexes

1. Panneaux publicitaires de la tradithérapie ;
2. Photos d'animation de marché de plantes médicinales et de modernisation galénique ;
3. Document montrant l'utilité de la recherche scientifique sur la tradithérapie ;
4. Effort d'imitation de la modernité pharmaceutique ;
5. Croisement génétique des signes de *Fâ* ;
6. Questionnaires administrés lors de la recherche ;
7. Dépouillement de questionnaire ;
8. Effectifs et ratios des personnels de santé (Source : selon le Ministère de la Santé du Bénin, Direction des Ressources Humaines) ;
9. Situation des effectifs à l'horizon 2015 (Idem) ;
10. Ratio nombre de personnel de santé pour 10.000 habitants dans le public (Idem) ;
11. Personnes-ressources approchées.

Panneaux Publicitaires de la tradithérapie pour résister à la concurrence de la médecine moderne (Extraits de Adjotin, P. (1996). Médecines traditionnelles et médecine moderne au Bénin. Collaboration ou conflits ?)





Deux photos : La première montrant l'animation d'un marché de plantes médicinales, la deuxième montrant l'essai de leur modernisation galénique au Bénin ((Extraites de Adjotin, P. (1996). Médecines traditionnelles et médecine moderne au Bénin. Collaboration ou conflits ?)





Document montrant l'utilité de la recherche scientifique sur la tradithérapie et de la synergie de collaboration entre les acteurs des différents modèles de soins de santé (Idem)

Effets antipaludiques de plantes médicinales. Rapport d'expérimentation

ACTION ANTIPALUDIQUE DE QUELQUES PLANTES MEDICINALES UTILISEES TRADITIONNELLEMENT DANS LES AFFECTIONS HEPATIQUES

PAR M. L. DOSSEVI[*]; F. HOUNDENOU[**]; C.G. DOMINGO[**]; M. ADJAHOUNZO[**] et A. AHOLOU[*]

RESUME: Le paludisme, par sa pandémie et la résistance de certaines souches de Plasmodium Falciparum aux antipaludiques classiques, devient une maladie inquiétante surtout en Afrique où la population dispose très peu de moyens pour une lutte efficace. Devant ce défi, l'Afrique peut compter sur ses plantes médicinales malgré le manque de travaux sur l'isolement des principes actifs des plantes les plus connues pour leur action antipaludique. En considérant les étapes du cycle du plasmodium, nous avons imaginé qu'une élimination des plasmodies au niveau du foie pourra aider à une guérison rapide du malade paludéen. Il a fallu alors rechercher une composition à base de plantes, utilisée traditionnellement dans la désinfection du foie et qui, par conséquent, combat le paludisme. L'extrait aqueux à chaud de huit plantes médicinales a été utilisé pour traiter des malades souffrant du paludisme. Il s'agit de - Secamon Afzelii, - Ananas Sativus, - Carica Papaya, - Citrus Aurantifolia, Cymbopogon Citratus, - Dialium Guineense, - Chassalia Kolly, et Cassia Siamea. Les résultats sont très satisfaisants et le pourcentage d'inhibition de parasitémie après le traitement aux extraits de plantes varie entre 70 % et 80 %.

SUMMARY: Due to pandemicity of malaria and resistance of Plasmodium Falciparum to classical antimalarial drugs, malaria becomes a disease which upsets man, particularly in Africa where the people do not have the means financially to combat the disease. However Africa can find a real relief from the use of its medicinal plants which are effective on this disease. The use of such plants should not be deferred by waiting for sophisticated research on the isolation of the active principles of most known antimalarial plants. Observing the plasmodium cycle from the mosquito to the liver to the erythrocytes it is here proposed that eliminating the parasites in the liver could stop the progress of the malaria disease. For the proposes of this it has been found that extracts from plants which are traditionally used to cure liver infections give quick relief to malarial patients. The eight medicinal plants include: - Secamon Afzelii, - Ananas Saivus, - Carica Papaya, - Citrus Aurantifolia, - Cymbopogon Citratus, - Dialium Guineense, Chassalia Kolly, and Cassia Siamea. Aqueous extract of all the eight plants together given to malarial patients gives satisfactory results, and the parasitemia inhibition after the treatment shifts from 70 % to 80 %.

MOTS CLES: Plantes médicinales antipaludiques; Plasmodium Falciparum; Foie.

KEY WORDS: Antimalarial plants; Plasmodium Falciparum; Liver.

*-Laboratoire de Neurobiologie et de Diéto-Phytothérapie.B.P.1260-Cotonou(Bénin

**- Laboratoire de ZDERO (Centre Médical Régional) à Comé (Mono) - (Bénin)

INTRODUCTION: Le paludisme ou malaria, par sa pandémie, demeure l'affection parasitaire la plus répandue dans le monde (2) en particulier dans les zones équatoriales et tropicales où l'agent responsable, l'anophèle, trouve des conditions de vie favorables. Les pays en développement sont les plus exposés aux ravages du paludisme, l'Afrique surtout. Le paludisme est transmis par la piqûre d'un moustique femelle du genre anophèle porteur du parasite (sporozoïte). Parmi les quatre formes du parasite, le Plasmodium Falciparum est le plus terrible et le premier responsable de nombreuses infections paludéennes en Afrique tropicale (1,7). Les signes cliniques du paludisme (embarras gastrique, fièvre à 40°C ou plus, céphalées, vomissements, nausées, diarrhées parfois, courbature vertige, etc....) sont essentiellement dûs au cycle intra-érythrocytaire (mérozoïte-trophozoïte) après la phase intra-hépatique (cryptozoïte) du plasmodium. Pour une lutte efficace contre le paludisme, il faudra détruire les plasmodies tant au niveau hépatique qu'érythrocytaire. La découverte de l'effet de l'écorce de la quinquina sur les fièvres par Francisco Lopez en 1630 et l'isolement de la quinine par Pelletier et Caventou en 1820, ont marqué les premiers pas dans la lutte antipaludique. Mais toutes les thérapeutiques modernes comme traditionnelles pour enrayer le paludisme n'ont qu'une visée symptomatique, ce qui limite leur champ d'action à long terme. Aussi, la résistance de certaines souches de Plasmodium Falciparum à la chloroquine observée récemment en Afrique de l'Ouest (1,6), ne rend pas la tâche facile ni pour les responsables de la santé ni pour la population qui en général manque de moyens financiers pour accéder aux nouveaux traitements antipaludiques à coût élevé. Il existe de nombreuses plantes antipaludiques au Bénin (8) comme partout en Afrique de l'Ouest (3) dont les propriétés fébrifuges, diurétiques, purgatives, sudorifiques, stomachiques et émétiques sont reconnues. Mais leur efficacité dépend de la dose administrée.

Nous avons, dans des essais thérapeutiques, étudié huit plantes dont les actions conjuguées constituent un remède efficace contre toute affection hépatique et par conséquent éliminent aussi bien le plasmodium au niveau hépatique comme au niveau érythrocytaire. Il s'agit de: -Sécamon Afzelii, -Ananas Sativus, - Carica Papaya, - Citrus Aurantifolia, - Cymbopogon Citratus, -Dialium Guineense,-Chassalia Kolly, et Cassia Siamea.

MATERIEL ET METHODES

1- Plantes utilisées et préparation des extraits

Huit plantes antipaludiques ont été collectées dans la région de Comé (Bénin). Des études préliminaires (4) nous ont permis de déterminer le poids frais en grammes de chacune des plantes pour un litre d'eau, comme suit:
-150 g/l de-Secamon Afzelii (Asclépiadacées) K.Schum. Feuilles galactogènes.
de -Ananas Sativus (Broméliacées). Fruit non mûr, diurétique,dépuratif.
-100 g/l de - Carica Papaya (Caricacées) Linn. Fruit non mûr, digestif, désintoxicant et anti-ictérique.
-50 g/l de - Citrus Aurantifolia (Rutacées) Swengle. Fruit anti-ictérique,

anti-gastralgique, bactéricide, fébrifuge, diurétique, dépuratif et tonicardiaq

de - Cymbopogon Citratus (Poacées) Stap. Feuille fébrifuge, diurétiqu

de - Dialium Guineense (Caesalpiniacées) Willd. Feuille anti-ictériqu

de - Chassalia Kolly (Rubiacées) Hepper. Racine purgative, anti-vénin

-25 g/l de - Cassia Siamea (Caesalpinacées) Lam. Feuille fébrifuge, diurétique.

La décoction est faite à l'eau de robinet après avoir pesé et lavé l'ensemble des plantes. La durée d'ébullition est de 30 minutes. Après refroidi sement, le décocté est décanté et mis aseptiquement en bouteille.

2- Essais thérapeutiques:

- Après observation des signes cliniques du paludisme et recherche des parasite les malades reçoivent la quantité de produit nécessaire pour leur traitement, avec l'assurance qu'aucun traitement antipaludique n'a pu être amorcé dans les trois jours précédents. Quinze jeunes gens et femmes de 25 ans à 30 ans vivant dans la région de Comé (Sud-Ouest Bénin) ont été traités soit pour un accès palustre (10 malades) soit pour un neuropaludisme (5 malades). Dans le premier cas, la dose est de 1 verre de 250 ml de décocté, 3 fois par jour pendant 2 jou et dans le deuxième cas, la dose est la même et la prise s'étend sur 3 jours.

- Les prélèvements de sang et la recherche des trophozoïtes ont été réalisés au Laboratoire de ZDERO à Comé (Bénin). A partir de frottis minces et la goutte épaisse colorée au Giemsa pendant 20 minutes, les parasites sont identifiés et comptés par champ microscopique par rapport aux hématies infestées. La numération est faite au moins sur 10 champs et le nombre de parasites est ramené au mm^3 de sang en considérant qu'il ya en moyenne 100.000 hématies parasitées dans le cas d'accès palustre (5). La parasitémie est établie à partir de 1000 à 10.000 hématies observées. Une semaine après la fin du traitement, des prélèvements de sang sont effectués pour le contrôle et la parasitémie est mesurée af. de déterminer le pourcentage d'inhibition de parasitémie.

RESULTATS

Ia parasitémie totale ramenée à 100 hématies observées avant et après le traitement antipaludique, a permis de calculer le pourcentage d'inhibition de parasitémie (Tableau 1). Les personnes traitées sont représentées par des lettres alphabétiques et celles qui ont reçu le traitement de 3 jours portent une astérisque. Les résultats montrent que l'extrait des 8 plantes exerce une action antipaludique efficace chez tous les malades, sauf chez trois pour qui la baisse de parasitémie est faible (G,I,J). Ces trois malades ont affirmé n' avoir pas utilisé la totalité du traitement pour des raisons indépendantes de leur volonté, des empêchements surtout. En excluant ces trois malades, le trai tement de 2 jours montre une baisse moyenne de parasitémie de 71.48 % $\pm$ 7.59. La baisse moyenne est plus forte de 81.83 % $\pm$ 9.12 % pour le traitement de 3 jours. En confondant tous les résultats la baisse moyenne est de 67.39 % $\pm$ 8.2

DISCUSSION:

Dans un travail préliminaire (4), nous avons signalé l'effet antipaludique des extraits des 8 plantes utilisées. La plupart de ces plantes ont des propriétés diurétiques et purgatives. Ainsi, parmi les malades traités une dizaine environ ont eu plusieurs émissions de selles molles le premier jour du traitement suivies d'une grande envie de manger plus les jours suivants. Cette observation peut être dûe aux effets des extraits sur le système hépato-biliaire grâce aux composés chimiques de Secamon Afzelii, de Chassalia Kolly et de Carica Papaya (9). L'amertume qui caractérise toutes ces plantes provient des alcaloïde qu'elles contiennent, mais en y associant Ananas Sativus et Cymbopogon, le décoté devient facile à consommer. Ces deux derniers éléments ont contribué également à l'apparition d'une grande diurèse aqueuse constatée chez certains malades. Les résultats obtenus montrent qu'un prolongement du traitement au-delà de trois jours, peut permettre une élimination complète des parasites du paludisme, mais le plus souvent, le malade arrête le traitement quand il se sent mieux.

L'intérêt des extraits des 8 plantes est qu'ils bloquent certainement le développement hépatique du plasmodium en stimulant toutes les fonctions du foie et éliminent de fait toutes les toxines de l'organisme.

CONCLUSION:

Nos résultats confirment la satisfaction générale qui a prévalu chez tous les malades traités. Nous pourrons envisager à long terme de procéder à l'isolement des principes actifs de la préparation. Dans le cadre d'avoir plus d'information sur les modes d'action des extraits utilisés, nous nous proposons de mener une étude in vitro tant au niveau hépatique qu'au niveau érythrocytaire. Par cette étude, nous sommes convaincus que la population des zones rurales comme des villes, pourront profiter des bienfaits de ces plantes médicinales.

BIBLIOGRAPHIE:

1- Actualités Inter-africaines. Septièmes journées médicales et pharmaceutiques. Thème 2 - Le Paludisme. Abidjan, 16-21 janvier 1989.

2- BOUREE, P. 1987. Maladies tropicales. Editions Masson. Paris. p.396.

3- BURKILL, H.M. 1985. The useful Plants of West Tropical Africa. Vol.1 - Royal Botanic Gardens. Kew. p. 960.

4- DOSSEVI, L.M. et ADDAI, P. 1990. Paludisme: Essai d'un traitement par les plantes. Symposium-Paludisme-1990. Actualités au Bénin et au Togo. Cotonou, 18-19 Avril 1990.

5- KAMOUN, P. et FREJAVILLE, J.P. 1977 - Guide des examens de laboratoire. Editions Flammarion Médecine. Paris. p.1036.

6- LE BRAS, J. et SIMON, F. 1987 - Evolution de la chimiosensibilité du paludisme en 1986. Bulletin Epidémiol. Hebd. Minist. Aff. Soc. Paris. 22, 85-87.

7- Newsletter: Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases. N°21, December, 1984.

8- Publications ACCT. 1989.- Médecine Traditionnelle et Pharmacopée. Contribution aux Etudes Ethnobotaniques et Floristiques en République du Bénin. p.89

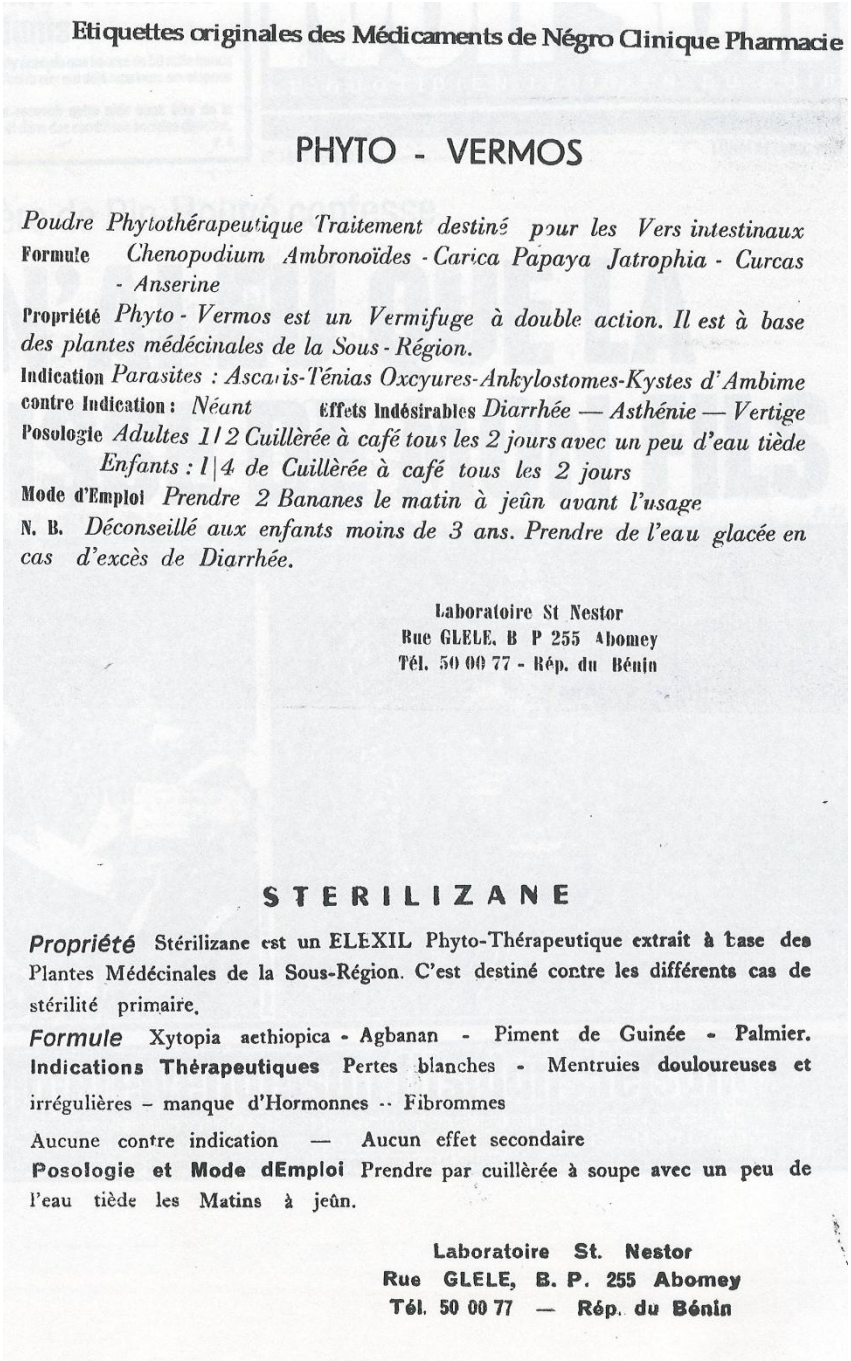
9- TREASE, E.G. and EVANS, C.W. 1978 - Pharmacognosy. Baillère-Tindal. London,

Tableau 1 - Action d'extraits de plantes médicinales sur la parasitémie chez des malades atteints du paludisme.

Malades traités	Parasitémie avant traitement	Parasitémie après traitement	Pourcentage d'inhibition
1- A	1.05	0.25	76.19
2- B	0.77	0.30	61.03
3- C	1.10	0.33	70.00
4- D	0.86	0.18	79.06
5- E	1.08	0.20	81.48
6- F	1.15	0.45	60.86
7- G	0.93	0.65	30.10
8- H	1.24	0.35	71.77
9- I	0.90	0.52	42.22
10- J	1.17	0.83	29.05
11- K*	1.20	0.12	90.00
12- L*	1.80	0.57	68.33
13- M*	1.64	0.41	75.00
14- N*	1.38	0.10	92.75
15- O*	1.42	0.24	83.09

* = Cas d'accès pernicieux avec un traitement de 3 jours.

Effort d'imitation de la modernité pharmaceutique apportée par l'Occident (Idem)



Etiquettes originales des Médicaments de Négro Clinique Pharmacie

PHYTO - VERMOS

Poudre Phytothérapeutique Traitement destiné pour les Vers intestinaux
Formule *Chenopodium Ambronoïdes - Carica Papaya Jatrophia - Curcas - Anserine*
Propriété *Phyto - Vermos est un Vermifuge à double action. Il est à base des plantes médécinales de la Sous - Région.*
Indication *Parasites : Ascaris-Ténias Oxcyures-Ankylostomes-Kystes d'Ambime*
contre Indication : *Néant* **Effets Indésirables** *Diarrhée — Asthénie — Vertige*
Posologie *Adultes 1/2 Cuillèrée à café tous les 2 jours avec un peu d'eau tiède*
Enfants : 1/4 de Cuillèrée à café tous les 2 jours
Mode d'Emploi *Prendre 2 Bananes le matin à jeûn avant l'usage*
N. B. *Déconseillé aux enfants moins de 3 ans. Prendre de l'eau glacée en cas d'excès de Diarrhée.*

Laboratoire St Nestor
Rue GLELE, B P 255 Abomey
Tél. 50 00 77 - Rép. du Bénin

STERILIZANE

Propriété Stérilizane est un ELEXIL Phyto-Thérapeutique extrait à base des Plantes Médécinales de la Sous-Région. C'est destiné contre les différents cas de stérilité primaire.
Formule Xytopia aethiopica - Agbanan - Piment de Guinée - Palmier.
Indications Thérapeutiques Pertes blanches - Mentruies douloureuses et irrégulières – manque d'Hormonnes -- Fibrommes
Aucune contre indication — Aucun effet secondaire
Posologie et Mode dEmploi Prendre par cuillèrée à soupe avec un peu de l'eau tiède les Matins à jeûn.

Laboratoire St. Nestor
Rue GLELE, B. P. 255 Abomey
Tél. 50 00 77 — Rép. du Bénin

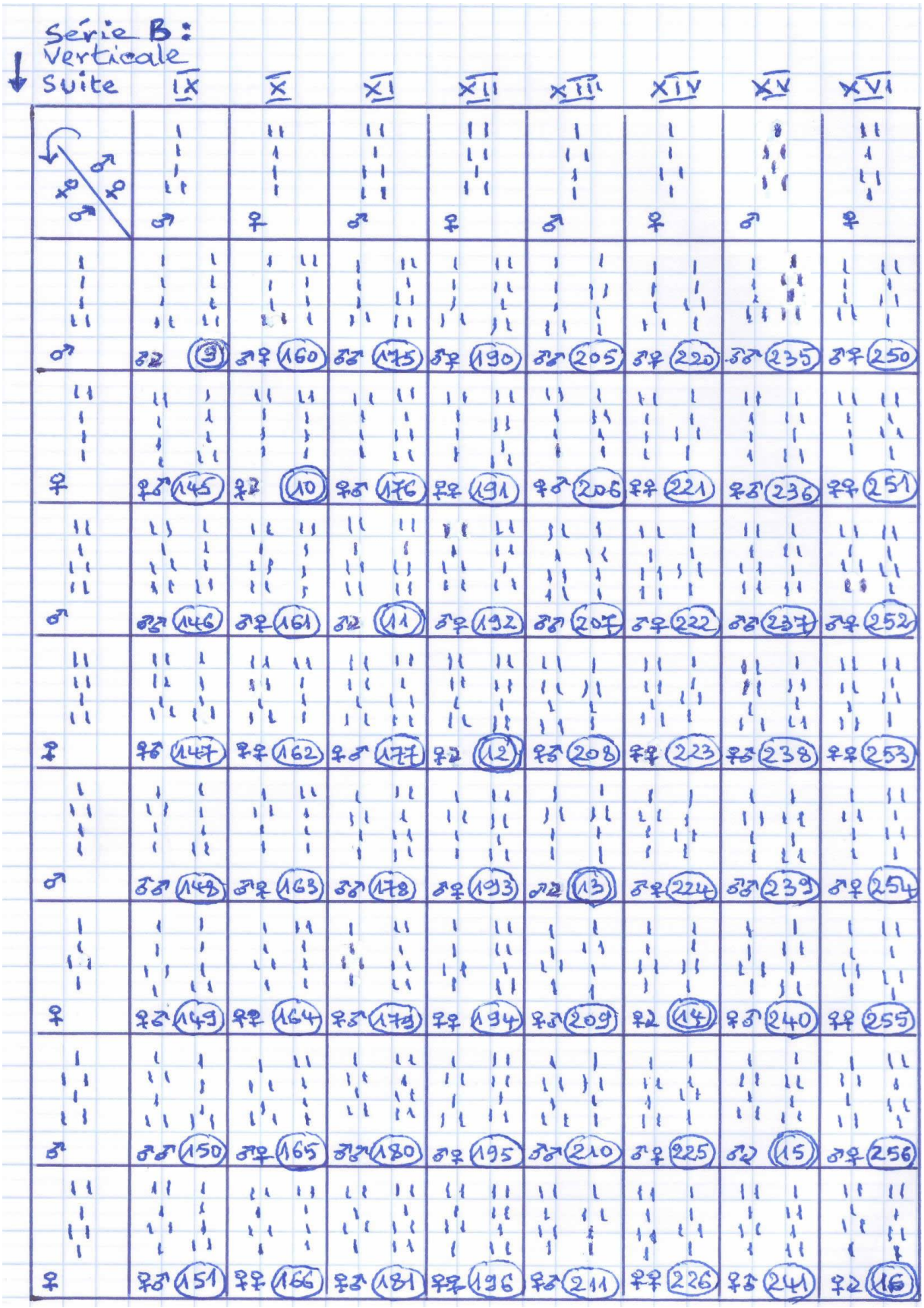
Tableaux du croisement génétique des signes de Fâ: 16 signes x 16 = 256 signes

(Les quatre tableaux suivants sont extraits de Adjotin, P. (2011). L'univers sous les thérapies de Fâ. Sciences, lettres et arts au chevet du malade)




Série A:
Verticale
Suite
I
II
III
IV
V
VI
VII
VIII
♂
♀
♂♂ 24
♂♀ 39
♂♂ 54
♂♀ 69
♂♂ 84
♂♀ 99
♂♂ 114
♂♀ 129
♀♂ 25
♀♀ 40
♀♂ 55
♀♀ 70
♀♂ 85
♀♀ 100
♀♂ 115
♀♀ 130
♂♂ 26
♂♀ 41
♂♂ 56
♂♀ 71
♂♂ 86
♂♀ 101
♂♂ 116
♂♀ 131
♀♂ 27
♀♀ 42
♀♂ 57
♀♀ 72
♀♂ 87
♀♀ 102
♀♂ 117
♀♀ 132
♂♂ 28
♂♀ 43
♂♂ 58
♂♀ 73
♂♂ 88
♂♀ 103
♂♂ 118
♂♀ 133
♀♂ 29
♀♀ 44
♀♂ 59
♀♀ 74
♀♂ 89
♀♀ 104
♀♂ 119
♀♀ 134
♂♂ 30
♂♀ 45
♂♂ 60
♂♀ 75
♂♂ 90
♂♀ 105
♂♂ 120
♂♀ 135
♀♂ 31
♀♀ 46
♀♂ 61
♀♀ 76
♀♂ 91
♀♀ 106
♀♂ 121
♀♀ 136


Série B: IX X XI XII XIII XIV XV XVI
♂ ♀ ♂ ♀ ♂ ♀ ♂ ♀
♂ ♂♂ 137 ♂♀ 152 ♂♂ 167 ♂♀ 182 ♂♂ 197 ♂♀ 212 ♂♂ 227 ♂♀ 242
♀ ♀♂ 138 ♀♀ 153 ♀♂ 168 ♀♀ 183 ♀♂ 198 ♀♀ 213 ♀♂ 228 ♀♀ 243
♂ ♂♂ 139 ♂♀ 154 ♂♂ 169 ♂♀ 184 ♂♂ 199 ♂♀ 214 ♂♂ 229 ♂♀ 244
♀ ♀♂ 140 ♀♀ 155 ♀♂ 170 ♀♀ 185 ♀♂ 200 ♀♀ 215 ♀♂ 230 ♀♀ 245
♂ ♂♂ 141 ♂♀ 156 ♂♂ 171 ♂♀ 186 ♂♂ 201 ♂♀ 216 ♂♂ 231 ♂♀ 246
♀ ♀♂ 142 ♀♀ 157 ♀♂ 172 ♀♀ 187 ♀♂ 202 ♀♀ 217 ♀♂ 232 ♀♀ 247
♂ ♂♂ 143 ♂♀ 158 ♂♂ 173 ♂♀ 188 ♂♂ 203 ♂♀ 218 ♂♂ 233 ♂♀ 248
♀ ♀♂ 144 ♀♀ 159 ♀♂ 174 ♀♀ 189 ♀♂ 204 ♀♀ 219 ♀♂ 234 ♀♀ 249


Série B :
Verticale
Suite
IX
X
XI
XII
XIII
XIV
XV
XVI

Avertissement : Il est à noter que chaque signe géomantique de *Fâ* s'écrit et se lit de droite à gauche comme en langue arabe. Lire donc suivant le principe droit-gauche de l'écriture, à partir de la 2e colonne/2e ligne, de haut en bas, jusqu'à épuiser les 32 colonnes des 16 séries de 16 signes et les 32 lignes des quatre (4) tableaux compilables en un. Savoir que chaque chiffre ou nombre renvoie à un nom de signe géomantique dans l'une ou l'autre des séries. Car, contrairement au tableau unique de croisement élaboré en 1992 par l'auteur dans son ***Essai d'épistémologie et d'esthétique de Fâ :* éléments pour le développement**, l'échiqier est en quatre tableaux ici. **Ces 256 signes de *Fâ*, en quatre tableaux ci-dessus, sont convertis en leurs noms suivant la phonétique du français, série par série, ainsi qu'il suit :**

I. **Série GBE**: **Gbé Mèdji (1)/**Gbé-Yèkou **(17)/**Gbé-Woli **(18)/**Gbé-Di **(19)/**Gbé-Losso **(20)/**Gbé-Wlin **(21)/**Gbé-Abla **(22)/**Gbé-Aklan **(23)/**Gbé-Gouda **(24)/**Gbé-Sa **(25)/**Gbé-Ka **(26)/**Gbé-Touloukpin **(27)/**Gbé-Toula **(28)/**Gbé-Lètè **(29)/**Gbé-Tchè **(30)/**Gbé-Fou **(31)** : **16 signes**.

II. **Série YEKOU**: Yèkou-Gbé **(32)/Yèkou Mèdji (2)**/Yèkou-Woli **(33)/**Yèkou-Di **(34**)/Yèkou-Losso **(35)/**Yèkou-Wlin **(36)/**Yèkou-Abla **(37)/**Yèkou-Aklan **(38)/**Yèkou-Gouda **(39)/**Yèkou-Sa **(40)/**Yèkou-Ka **(41)/**Yèkou-Touloukpin **(42)/**Yèkou-Toula **(43)/**Yèkou-Lètè **(44)/**Yèkou-Tchè **(45)/**Yèkou-Fou **(46)** : **16 signes**.

III. **Série WOLI**: Woli-Gbé **(47)/**Woli-Yèkou **(48)/Woli Mèdji (3)**/Woli-Di **(49)/**Woli-Losso **(50)/**Woli-Wlin **(51)/**Woli-Abla **(52)/**Woli-Aklan **(53)/**Woli-Gouda **(54)/**Woli-Sa **(55)/**Woli-Ka **(56)/**Woli-Touloukpin **(57)/**Woli-Toula **(58)/**Woli-Lètè **(59)/**Woli-Tchè **(60)/**Woli-Fou **(61)** : **16 signes**.

IV. **Série DI**: Di-Gbé **(62)/**Di-Yèkou **(63)/**Di-Woli **(64)/Di Mèdji (4)**/Di-Losso **(65)/**Di-Wlin **(66)/**Di-Abla **(67)/**Di-Aklan **(68)/**Di-Gouda **(69)/**Di-Sa **(70)/**Di-Ka **(71)/**Di-Touloukpin **(72)/**Di-Toula **(73)/**Di-Lètè **(74)/**Di-Tchè **(75)/**Di-Fou **(76)** : **16 signes**.

V. **Série LOSSO**: Losso-Gbé **(77)/**Losso-Yèkou **(78)/**Losso-Woli **(79)/**Losso-Di **(80)/Losso Mèdji (5)**/Losso-Wlin **(81)/**Losso-Abla **(82)/**Losso-Aklan **(83)/**Losso-Gouda **(84)/**Losso-Sa **(85)/**Losso-Ka**(86)/**Losso-Touloukpin **(87)/**Losso-Toula **(88)/**Losso-Lètè **(89)/**Losso-Tchè **(90)/**Losso-Fou **(91)** : **16 signes**.

VI. **Série WLIN**: Wlin-Gbé **(92)/**Wlin-Yèkou **(93)/**Wlin-Woli **(94)/**Wlin-Di **(95)/**Wlin-Losso **(96)/Wlin Mèdji (6)/**Wlin-Abla **(97)/**Wlin-Aklan **(98)/**Wlin-

Gouda **(99)/**Wlin-Sa (**100)/**Wlin-Ka **(101)/**Wlin-Touloukpin **(102)/**Wlin-Toula **(103)/**Wlin-Lètè **(104)/**Wlin-Tchè **(105)/**Wlin-Fou **(106)** : **16 signes**.

VII. **Série ABLA**: Abla-Gbé **(107)/**Abla-Yèkou **(108)/**Abla-Woli **(109)/**Abla-Di **(110)/**Abla-Losso **(111)/**Abla-Wlin **(112)/Abla Mèdji (7)**/Abla-Aklan **(113)/**Abla-Gouda **(114)/**Abla-Sa **(115)/**Abla-Ka **(116)/**Abla-Touloukpin **(117)/**Abla-Toula **(118)/**Abla-Lètè **(119)/**Abla-Tchè **(120)/**Abla-Fou **(121)** : **16 signes**.

VIII. **Série AKLAN**: Aklan-Gbé **(122)/**Aklan-Yèkou **(123)/**Aklan-Woli **(124)/**Aklan-Di **(125)/**Aklan-Losso **(126)/**Aklan-Wlin **(127)/**Aklan-Abla **(128)/AklanMèdji (8)**/Aklan-Gouda **(129)/**Aklan-Sa **(130)/**Aklan-Ka **(131)/**Aklan-Touloukpin **(132)/**Aklan-Toula **(133)/**Aklan-Lètè **(134)/**Aklan-Tchè **(135)/**Aklan-Fou **(136)** : **16 signes**.

IX. **Série GOU**: Gouda-Gbé **(137)/**Gouda-Yèkou **(138)/**Gouda-Woli **(139)/**Gouda-Di **(140)/**Gouda-Losso **(141)/**Gouda-Wlin **(142)/**Gouda-Abla **(143)/**Gouda-Aklan **(144)/Gouda Mèdji (9)**/Gouda-Sa **(145)/**Gouda-Ka **(146)/**Gouda-Touloukpin **(147)/**Gouda-Toula **(148)/**Gouda-Lètè **(149)/**Gouda-Tchè **(150)/**Gouda-Fou **(151)** : **16 signes**.

X. **Série SA**: Sa-Gbé **(152)/**Sa-Yèkou **(153)/**Sa-Woli **(154)/**Sa-Di **(155)/**Sa-Losso **(156)/**Sa-Wlin **(157)/**Sa-Abla **(158)/**Sa-Aklan **(159)/**Sa-Gouda **(160)/Sa Mèdji (10)**/Sa-Ka **(161)/**Sa-Touloukpin **(162)/**Sa-Toula **(163)/**Sa-Lètè **(164)/**Sa-Tchè **(165)/**Sa-Fou **(166)** : **16 signes**.

XI. **Série KA**: Ka-Gbé **(167)/**Ka-Yèkou **(168)/**Ka-Woli **(169)/**Ka-Di **(170)/**Ka-Losso **(171)/**Ka-Wlin **(172)/**Ka-Abla **(173)/**Ka-Aklan **(174)/**Ka-Gouda **(175)/**Ka-Sa **(176)/KaMèdji (11)**/Ka-Touloukpin **(177)/**Ka-Toula **(178)/**Ka-Lètè **(179)/**Ka-Tchè **(180)/**Ka-Fou **(181)** : **16 signes**.

XII. **Série TOULOUKPIN**: Touloukpin-Gbé **(182)/**Touloukpin-Yèkou **(183)/**Touloukpin-Woli **(184)/**Touloukpin-Di **(185)/**Touloukpin-Losso **(186)/**Touloukpin-Wlin **(187)/**Touloukpin-Abla **(188)/**Touloukpin-Aklan **(189)/**Touloukpin-Gouda **(190)/**Touloukpin-Sa **(191)/**Touloukpin-Ka **(192)/Touloukpin Mèdji (12)**/Touloukpin-Toula **(193)/**Touloukpin-Lètè **(194)/**Touloukpin-Tchè **(195)/**Touloukpin-Fou **(196)** : **16 signes**.

XIII. **Série TOULA**: Toula-Gbé **(197)/**Toula-Yèkou **(198)/**Toula-Woli **(199)/**Toula-Di **(200)/**Toula-Losso **(201)/**Toula-Wlin **(202)/**Toula-Abla **(203)/**Toula-Aklan **(204)/**Toula-Gouda **(205)/**Toula-Sa **(206)/**Toula-Ka **(207)/**Toula-Touloukpin **(208)/Toula Mèdji (13)/**Toula-Lètè **(209)/**Toula-Tchè **(210)/**Toula-Fou **(211)** : **16 signes**.

XIV. **Série LETE**: Lètè-Gbé **(212)/**Lètè-Yèkou **(213)/**Lètè-Woli **(214)/**Lètè-Di **(215)/**Lètè-Losso **(216)/**Lètè-Wlin **(217)/**Lètè-Abla **(218)/**Lètè-Aklan **(219)/**Lètè-Gouda **(220)/**Lètè-Sa **(221)/**Lètè-Ka **(222)/**Lètè-Touloukpin **(223)/**Lètè-Toula **(224)/Lètè Mèdji (14)**/Lètè-Tchè **(225)/**Lètè-Fou **(226)** : **16 signes**.

XV. **Série TCHE**: Tchè-Gbé **(227)/**Tchè-Yèkou **(228)/**Tchè-Woli **(229)/**Tchè-Di **(230)/**Tchè-Losso **(231)/**Tchè-Wlin **(232)/**Tchè-Abla **(233)/**Tchè-Aklan **(234)/**Tchè-Gouda **(235)/**Tchè-Sa **(236)/**Tchè-Ka **(237)/**Tchè-Touloukpin **(238)/**Tchè-Toula **(239)/**Tchè-Lètè **(240)/Tchè Mèdji (15)**/Tchè-Fou **(241)** : **16 signes**.

XVI. **Série FOU**: Fou-Gbé **(242)/**Fou-Yèkou **(243)/**Fou-Woli **(244)/**Fou-Di **(245)/**Fou-Losso **(246)/**Fou-Wlin **(247)/**Fou-Abla **(248)/**Fou-Aklan **(249)/**Fou-Gouda **(250)/**Fou-Sa **(251)/**Fou-Ka **(252)/**Fou-Touloukpin **(253)/**Fou-Toula **(254)/**Fou-Lètè **(255)/**Fou-Tchè **(256)/Fou Mèdji (16)** : **16 signes**.

Questionnaires administrés lors de la recherche

UAC[222]. Questionnaire auto-administré de recherche doctorale

(A des lettrés dans la population d'Abomey, Ouidah et Cotonou/Bénin ; aux agents et usagers lettrés des centres de soins traditionnels/confessionnels ou modernes aussi)

A. Présentation de l'enquêté(e)

A.1.Nationalité :……
…….

A.2.Ville :……Quartier :…….Village :……
…….

A.3.Ethnie/culture :……..Age :……
……

A.4. Niveau
d'instruction :……

A.5. Profession ou métier en dehors du secteur
Santé :……

A.6. Profession ou métier dans le secteur
Santé :……..

A.6.a. Agents de Centre de Santé de médecine moderne :

* médecin généraliste ☐
* médecin spécialiste ☐
* infirmier (e) ☐
* sage-femme ☐
* aide-soignant (e) ☐
* autres ☐
* malade ☐

[222] Université d'Abomey-Calavi (Bénin)

A.6.b. Soignants par les médecines locales ou autres que la médecine occidentale :

* praticien de *Fâ* (*bokônon/babalawo*) ☐

* phytothérapeute ☐

* chrétien céleste ☐

*exorciste chrétien/évangéliste ☐

* marabout musulman ☐

* praticien de médecine chinoise/indienne ☐

* autres praticiens
(préciser)……

* Dites avec quoi vous soignez les
malades :……

……
.....

* Dites ce que vous soignez comme
maladie :…….

……
.....

* Pensez-vous que la maladie concerne seulement le corps de l'être humain ?

Oui ☐ Non ☐

* Si Non, citez des exemples de ce qui peut être considéré et soigné comme
maladie :

……
…….

……
.....

* Votre pratique médicale est-elle liée à une religion ? Oui ☐ Non ☐

Si Oui,
laquelle ?.....

B. Connaissance de la médecine moderne, de *Fâ* et autres par l'enquêté(e)

B.1. Selon vous, la maladie ne concerne que les organes du corps ? Oui ☐ Non ☐

Ou bien, la maladie peut concerner le corps, la vie et toute l'existence de l'être humain ?

Oui ☐ Non ☐

B.2. Si Oui,

* citez des éléments de santé pour la médecine moderne :…….

……
……..

* citez des éléments de santé pour la médecine traditionnelle et *Fâ* :……

……
……..

B.3. En termes clairs, la malchance aussi ne peut-elle pas être considérée comme maladie ?

Oui ☐ Non ☐

B.4. Avez-vous entendu parler de *Fâ*, *Afâ* ou *Ifâ* (géomancie)? Oui ☐ Non ☐

B.5. Si Oui, citez ce qu'il peut faire sur la maladie du corps, de l'esprit ou de la vie :

- diagnostic ☐
- prévention ☐

- traitement ☐

B.6. Peut-on dire que *Fâ* intervient mieux que les autres médecines locales dans le diagnostic, la prévention et le traitement des maladies ? Oui ☐ Non ☐

B.7. Si Oui, pourquoi ?.....

……

……..

B.8. Etes-vous d'avis que *Fâ* traite les maladies d'ordre

* biologique : Oui ☐ Non ☐

* psychologique : Oui ☐ Non ☐

* spirituel comme l'envoûtement sorcier : Oui ☐ Non ☐

* cosmique comme la sécheresse : Oui ☐ Non ☐

* social comme la malchance, la misère, la guerre, etc.: Oui ☐ Non ☐

B.9. En dehors de la médecine occidentale, citez des médecines qui sont pratiquées chez nous et qui ne sont pas liées à une religion:…….

……
.....

……
.....

B.10. Etes-vous d'accord que la médecine occidentale ou moderne ne traite que des maladies organiques, c'est-à-dire biologiques ou psychologiques ? Oui ☐ Non ☐

B.10.a. Si Non, pourquoi ?.....

……
.....

C. Evaluation du taux de fréquentation des modèles de soins par l'enquêté(e)

C.1. Selon vous, peut-on affirmer que dans votre village ou quartier, c'est environ 80 personnes sur 100 qui ont recours aux médecines traditionnelles et à *Fâ* surtout ?

Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐

C.1.a. Si Oui, pourquoi ?.....

……

……..

C.1.b. Si Non, pourquoi ?.....

……

……..

C.2. Selon vous, peut-on affirmer que dans votre village ou quartier, c'est environ 20 personnes sur 100 qui ont recours à la médecine occidentale ou médecine moderne ?

Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐

C.2.a. Si Oui, pourquoi ?.....

……

……..

C.2.b. Si Non, pourquoi ?.....

……

……..

D. Point de vue de l'enquêté(e) sur la collaboration entre médecine moderne et *Fâ* grâce à de nouvelles politiques de santé

D.1. Avez-vous remarqué qu'il y a des conflits entre médecins des hôpitaux et guérisseurs traditionnels ou confessionnels (prêtres de *Fâ*, chrétiens célestes, marabouts, exorcistes, etc.) au chevet des malades ? Oui ☐ Non ☐

D.1.a. Si Oui, qu'est-ce qui serait à la base de ces conflits ?.....

……
……..

D.2. A-t-on besoin de réconcilier, par de nouvelles politiques de santé, tous les soignants (médecins des hôpitaux, guérisseurs *bokônon*, chrétiens célestes, évangélistes, exorcistes chrétiens, marabouts, phytothérapeutes, etc.) au chevet des malades, surtout pour les cas de complication du mal ? Oui ☐ Non ☐

D.2.a Si Oui, pourquoi ?.....

……
……..

D.3. L'Etat peut-il réussir à faire collaborer, au chevet des malades, tous les intervenants officiels ou on officiels dans les soins de santé ? Oui ☐ Non ☐

D.3.a. Si Non, pourquoi ?.....

……
……..

D.4. Si la collaboration entre tous les soignants modernes, traditionnels ou confessionnels, etc., était réalisée correctement, l'Etat pourrait-il mieux améliorer par là la couverture sanitaire du Bénin en prenant la santé et la maladie dans toutes leurs dimensions (organiques, spirituelles, sociales, cosmiques, existentielles) ?

Oui ☐ Non ☐

D.4.a. Si Non, pourquoi ?.....

……
……..

……
……..

D.5. Comment choisissez-vous votre soignant ?

D.5.a. Par hasard ☐

D.5.b. Compte tenu des signes de la maladie ☐

D.6. Tous les signes de la maladie peuvent-ils être traités par tous les soignants ?

Oui ☐ Non ☐

D.6.a. Si Non, pourquoi ?.....

……

……..

……

……..

D.7. Si vous avez eu une expérience heureuse ou malheureuse de *Fâ*, racontez-la en quelques
mots :……

……

……..

……

……..

D.8. Si vous avez eu une expérience heureuse ou malheureuse de la médecine moderne, racontez-là en quelques
mots :…….....

……

……..

……

……..

Lieu et date :

UAC[223]. Questionnaire administré de recherche doctorale : utilisé comme **Guide d'entretien**

(A des illettrés dans la population d'Abomey, Ouidah et Cotonou/Bénin ; aux agents et usagers illettrés des centres de soins traditionnels/confessionnels ou modernes aussi)

A. Présentation de l'enquêté(e)

A.1.Nationalité :……
……..

A.2.Ville :……Quartier :…….Village :……
……..

A.3.Ethnie/culture :…….....Age :……
…….

A.4. Niveau
d'instruction :…….....

A.5. Profession ou métier en dehors du secteur
Santé :…….....

A.6. Profession ou métier dans le secteur
Santé :……..

A.6.a. Agents de Centre de Santé de médecine moderne :

* médecin généraliste ☐
* médecin spécialiste ☐
* infirmier (e) ☐
* sage-femme ☐
* aide-soignant (e) ☐
* autres ☐
* malade ☐

[223] Université d'Abomey-Calavi (Bénin)

A.6.b. Soignants par les médecines locales ou autres que la médecine occidentale :

* praticien de *Fâ* (*bokônon/babalawo*) ☐

* phytothérapeute ☐

* chrétien céleste ☐

*exorciste chrétien/évangéliste ☐

* marabout musulman ☐

* praticien de médecine chinoise/indienne ☐

* autres praticiens
(préciser)……..

* Dites avec quoi vous soignez les
malades :…….

…….....
.....

* Dites ce que vous soignez comme
maladie :…….

…….....
.....

* Pensez-vous que la maladie concerne seulement le corps de l'être humain ?

Oui ☐ Non ☐

* Si Non, citez des exemples de ce qui peut être considéré et soigné comme maladie :

……
…….

…….....
.....

* Votre pratique médicale est-elle liée à une religion ? Oui ☐ Non ☐

Si Oui,
laquelle ?.....

B. Connaissance de la médecine moderne, de *Fâ* et autres par l'enquêté(e)

B.1. Selon vous, la maladie ne concerne que les organes du corps ? Oui ☐ Non ☐

Ou bien, la maladie peut concerner le corps, la vie et toute l'existence de l'être humain ?

Oui ☐ Non ☐

B.2. Si Oui,

* citez des éléments de santé pour la médecine moderne :……

……
……..

* citez des éléments de santé pour la médecine traditionnelle et *Fâ* :……

……
……..

B.3. En termes clairs, la malchance aussi ne peut-elle pas être considérée comme maladie ?

Oui ☐ Non ☐

B.4. Avez-vous entendu parler de *Fâ*, *Afâ* ou *Ifâ* (géomancie)? Oui ☐ Non ☐

B.5. Si Oui, citez ce qu'il peut faire sur la maladie du corps, de l'esprit ou de la vie :

- diagnostic ☐
- prévention ☐
- traitement ☐

B.6. Peut-on dire que *Fâ* intervient mieux que les autres médecines locales dans le diagnostic, la prévention et le traitement des maladies ? Oui ☐ Non ☐

B.7. Si Oui, pourquoi ?.....

……
……..

B.8. Etes-vous d'avis que *Fâ* traite les maladies d'ordre

* biologique : Oui ☐ Non ☐

* psychologique : Oui ☐ Non ☐

* spirituel comme l'envoûtement sorcier : Oui ☐ Non ☐

* cosmique comme la sécheresse : Oui ☐ Non ☐

* social comme la malchance, la misère, la guerre, etc.: Oui ☐ Non ☐

B.9. En dehors de la médecine occidentale, citez des médecines qui sont pratiquées chez nous et qui ne sont pas liées à une religion :……

……
.....

……
.....

B.10. Etes-vous d'accord que la médecine occidentale ou moderne ne traite que des maladies organiques, c'est-à-dire biologiques ou psychologiques ? Oui ☐ Non ☐

B.10.a. Si Non, pourquoi ?.....

……
.....

C. Evaluation du taux de fréquentation des modèles de soins par l'enquêté(e)

C.1. Selon vous, peut-on affirmer que dans votre village ou quartier, c'est environ 80 personnes sur 100 qui ont recours aux médecines traditionnelles et à *Fâ* surtout ?

Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐

C.1.a. Si Oui, pourquoi ?.....

……
……..

C.1.b. Si Non, pourquoi ?.....

……
……..

C.2. Selon vous, peut-on affirmer que dans votre village ou quartier, c'est environ 20 personnes sur 100 qui ont recours à la médecine occidentale ou médecine moderne ?

Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐

C.2.a. Si Oui, pourquoi ?.....

……
……..

C.2.b. Si Non, pourquoi ?.....

……
……..

D. Point de vue de l'enquêté(e) sur la collaboration entre médecine moderne et *Fâ* grâce à de nouvelles politiques de santé

D.1. Avez-vous remarqué qu'il y a des conflits entre médecins des hôpitaux et guérisseurs traditionnels ou confessionnels (prêtres de *Fâ*, chrétiens célestes, marabouts, exorcistes, etc.) au chevet des malades ? Oui ☐ Non ☐

D.1.a. Si Oui, qu'est-ce qui serait à la base de ces conflits ?.....

……
……..

D.2. A-t-on besoin de réconcilier, par de nouvelles politiques de santé, tous les soignants (médecins des hôpitaux, guérisseurs *bokônon*, chrétiens célestes, évangélistes, exorcistes chrétiens, marabouts, phytothérapeutes, etc.) au chevet des malades, surtout pour les cas de complication du mal ? Oui ☐ Non ☐

D.2.a Si Oui, pourquoi ?.....

……
……..

D.3. L'Etat peut-il réussir à faire collaborer, au chevet des malades, tous les intervenants officiels ou non officiels dans les soins de santé ? Oui ☐ Non ☐

D.3.a. Si Non, pourquoi ?.....

……
……..

D.4. Si la collaboration entre tous les soignants modernes, traditionnels ou confessionnels, etc., était réalisée correctement, l'Etat pourrait-il mieux améliorer par là la couverture sanitaire du Bénin en prenant la santé et la maladie dans toutes leurs dimensions (organiques, spirituelles, sociales, cosmiques, existentielles) ?

Oui ☐ Non ☐

D.4.a. Si Non, pourquoi ?.....

……
……..

……
……..

D.5. Comment choisissez-vous votre soignant ?

D.5.a. Par hasard ☐

D.5.b. Compte tenu des signes de la maladie ☐

D.6. Tous les signes de la maladie peuvent-ils être traités par tous les soignants ?

Oui ☐ Non ☐

D.6.a. Si Non, pourquoi ?.....

……
……..

……
……..

D.7. Si vous avez eu une expérience heureuse ou malheureuse de *Fâ*, racontez-la en quelques
mots :……

……
……..

……
……..

D.8. Si vous avez eu une expérience heureuse ou malheureuse de la médecine moderne, racontez-là en quelques
mots :……

……
…….

Lieu et date :

Dépouillement du questionnaire auto-administré de recherche doctorale (DQA-ARD) : Abomey, Ouidah et Cotonou

Rubriques		Oui	Non	Ne sait pas	Abstention	Total	Oui (en %)	Non (en %)	Ne sait pas (en %)	Abstention (en %)	Total (en %)
A4	CEP titulaire	6				37					
	BEPC titulaire	10				37					
	CAP titulaire	2				37					
	BAC titulaire	7				37					
	BAC+2 titulaire	1				37					
	BAC+3 titulaire	1				37					
	BAC+4 titulaire	2				37					
	BAC+5 titulaire	1				37					
	>BAC+5 titulaire	2				37					
A6a	Médecin généraliste/*Pharmacien*	1				37					
	Médecin spécialiste/*Chirurgien*	1				37					
	Infirmier	8				37					
	Sage-femme	2				37					
	Aide-soignant	8				37					
	Autres	8				37					
	Malade	5				37					

DQA-ARD (Suite 1)

Rubriques		Oui	Non	Ne sait pas	Abstention	Total	Oui (en %)	Non (en %)	Ne sait pas (en %)	Abstention (en %)	Total (en %)
A6b	Praticien de *Fâ* (soignant)	0				37					
	Phytothérapeute	1				37					
	chrétien céleste (prêtre soignant)	1				37					
	Exorciste chrétien/évangéliste	2				37					
	Marabout musulman	0				37					
	Praticien de médecine chinoise/indienne	0				37					
	Autres praticiens	0				37					
	Quoi utiliser pour soigner les malades	« Médicaments des pharmacies, produits traditionnels »				37					
	Le type de maladie soigné	« Palu, amibiase, fièvre typhoïde…, maladie provoquée »				37					
	Maladie concerne-t-il seulement le corps humain ?	4	25		8	37	11%	68%	0%	21%	100%
	Si non, citez des exemples	« Troubles du mental, de l'aura…, haine provoquée »				37					
	Pratique médicale liée à une religion	5	22		10	37	16%	76%	0%	8%	100%
	Si oui					37					

DQA-ARD (Suite 2)

Rubriques		Oui	Non	Ne sait pas	Abstention	Total	Oui (en %)	Non (en %)	Ne sait pas (en %)	Abstention (en %)	Total (en %)
B1		6	23	0	3	37	16%	76%	0%	8%	100%
B2	Eléments de santé pour la médecine moderne	« Etat des organes/milieu physique »				37					
	Eléments de santé pour la médecine traditionnelle et *Fâ*	« Etat corps/âme/milieu culturel, existentiel… »				37					
B3		18	13	0	6	37	49%	35%	0%	16%	100%
B4		31	2	0	4	37	84%	5%	0%	11%	100%
B5	Diagnostic	15	0	0	22	37	41%	0%	0%	59%	100%
	Prévention	22	0	0	15	37	59%	0%	0%	41%	100%
	Traitement	15	0	0	22	37	41%	0%	0%	59%	100%
B6		12	17	0	8	37	32%	46%	0%	22%	100%
B7		« Soins forts en passé/présent/futur »				37					
B8	Biologique	11	15	0	11	37	30%	40%	0%	30%	100%
	Psychologique	24	8	0	5	37	65%	22%	0%	13%	100%
	Spirituel comme envoûtement sorcier	29	6	0	2	37	78%	16%	0%	6%	100%
	Cosmique comme la sécheresse	21	10	0	6	37	59%	30%	0%	11%	100%
	Social comme la malchance, la misère, la guerre…	21	10	0	6	37	57%	27%	0%	16%	100%

DQA-ARD (Suite 3)

Rubriques	Oui	Non	Ne sait pas	Abstention	Total	Oui (en %)	Non (en %)	Ne sait pas (en %)	Abstention (en %)	Total (en %)
B9	« Thérapies de guérisseur, féticheur »				37					
B10	31	5	0	1	37	84%	14%	0%	2%	100%
B10a					37					
C1	10	9	15	3	37	27%	24%	41%	8%	100%
C1a	« Parce qu'on croit à cela d'abord »				37					
C1b	« Contrairement à Cotonou, au moins 80 malades vont à tradithérapie et 20 à médecine moderne à Abomey et Ouidah » : « Différence des réalités et des accessibilités »				37					
C2	14	12	11		37	38%	32%	30%	0%	100%
C2a	« Selon les statistiques de santé »				37					
C2b	« Contrairement à Abomey et Ouidah, au moins 30 malades vont à tradithérapie et au 70 à médecine moderne à Cotonou » : « Différence des réalités et des accessibilités »				37					
D1	13	24	0	0	37	35%	65%	0%	0%	100%
D1a	« Différence de soins et intérêts »				37					
D2	18	10	0	9	37	49%	27%	0%	24%	100%

DQA-ARD (Fin)

Rubriques		Oui	Non	Ne sait pas	Abstention	Total	Oui (en %)	Non (en %)	Ne sait pas (en %)	Abstention (en %)	Total (en %)
D2a		« Diagnostic consensuel/guérison »				37					
D3		27	8	0	2	37	73%	22%	0%	5%	100%
D3a		« L'Etat ne le voudra pas »				37					
D4		32	2	0	3	37	86%	6%	0%	8%	100%
D4a						37					
D5	D5a	1	0	0	36	37	3%	0%	0%	97%	100%
	D5b	34	0	0	3	37	92%	0%	0%	8%	100%
D6		5	31	0	1	37	14%	84%	0%	2%	100%
D6a		« Chaque soignant a sa compétence et spécialité »				37					
D7		9	0	0	28	37	24%	0%	0%	76%	100%
D8		12	0	0	25	37	32%	0%	0%	68%	100%

Dépouillement du questionnaire administré/guide d'entretien de recherche doctorale (DQARD) : Abomey, Ouidah et Cotonou

Rubriques		Oui	Non	Ne sait pas	Abstention	Total	Oui (en %)	Non (en %)	Ne sait pas (en %)	Abstention (en %)	Total (en %)
A4	CEP					0					
	BEPC					0					
	CAP					0					
	BAC					0					
	BAC+2					0					
	BAC+3					0					
	BAC+4					0					
	BAC+5					0					
	>BAC+5					0					
A6a	Médecin généraliste					0					
	Médecin spécialiste					0					
	Infirmier					0					
	Sage-femme					0					
	Aide-soignant					0					
	Autres					0					
	Malades	18				38					
A6b	Praticien de *Fâ* (soignant)	4				38					
	Phytothérapeute	1				38					
	Chrétien céleste (prêtre soignant)	2				38					
	Exorciste chrétien/évangéliste	1				38					
	Marabout musulman	2				38					

DQARD (Suite 1)

Rubriques		Oui	Non	Ne sait pas	Abstention	Total	Oui (en %)	Non (en %)	Ne sait pas (en %)	Abstention (en %)	Total (en %)
A6b (suite)	Praticien de médecine chinoise/indienne	0				38					
	Autres praticiens	10				38					
	Quoi utiliser pour soigner les malades	« Feuilles, ingrédients, incantations… »				38					
	Le type de maladie soigné	« Folie, envoûtement, malchance, palu… »				38					
	Maladie concerne-t-il seulement le corps humain ?	1	37	0	0	38	3%	97%	0%	0%	100%
	Si non, citez des exemples	« Délire de persécution, être haï mystérieusement, mévente… »				38					
	Pratique médicale liée à une religion	20	5	0	13	38	53%	13%	0%	34%	100%
	Si oui	« Christianisme céleste, Islam, Vaudou… »				38					
B1		1	37	0	0	38	3%	97%	0%	0%	100%
B2	Eléments de santé pour la médecine moderne	« Aucune maladie organique naturelle »				38					
	Eléments de santé pour la médecine traditionnelle et *Fâ*	« Aucune maladie naturelle ou provoquée »				38					
B3		35	3	0	0	38	92%	8%	0%	0%	100%
B4		30	1	0	7	38	79%	3%	0%	18%	100%

DQARD (Suite 2)

Rubriques		Oui	Non	Ne sait pas	Abstention	Total	Oui (en %)	Non (en %)	Ne sait pas (en %)	Abstention (en %)	Total (en %)
B5	Diagnostic	35	0	0	3	38	92%	0%	0%	8%	100%
	Prévention	34	0	0	4	38	89%	0%	0%	11%	100%
	Traitement	34	0	0	4	38	89%	0%	0%	11%	100%
B6		34	3	0	1	38	89%	8%	0%	3%	100%
B7		« *Fâ* rassemble en lui toutes les thérapies »				38					
B8	Biologique	34	3	0	1	38	89%	8%	0%	3%	100%
	Psychologique	34	3	0	1	38	89%	8%	0%	3%	100%
	Spirituel comme envoûtement sorcier	30	2	0	6	38	79%	5%	0%	16%	100%
	Cosmique comme la sécheresse	33	2	0	3	38	87%	5%	0%	8%	100%
	Social comme la malchance, la misère, la guerre…	33	2	0	3	38	87%	5%	0%	8%	100%
B9		« Phytothérapie, naturothérapie »				38					
B10		37	0	0	1	38	97%	0%	0%	3%	100%
B10a						38					
C1		19	19	0	0	38	50%	50%	0%	0%	100%
C1a		« Parce qu'on croit à cela d'abord »				38					
C1b		« Contrairement à Cotonou, environ 80 malades vont à tradithérapie et 20 à médecine				38					

	moderne à Abomey et Ouidah » : « Différence des réalités et des accessibilités »									
C2	19	19	0	0	38	50%	50%	0%	0%	100%
C2a	« Selon ce que nous observons »				38					
C2b	« Contrairement à Abomey et Ouidah, environ 30 malades vont à tradithérapie et 70 à médecine moderne à Cotonou » : « Différence des réalités et des accessibilités »				38					
D1	36	2	0	0	38	95%	5%	0%	0%	100%

DQARD (Fin)

Rubriques		Oui	Non	Ne sait pas	Abstention	Total	Oui (en %)	Non (en %)	Ne sait pas (en %)	Abstention (en %)	Total (en %)
D1a		« Lettrés contre illettrés »				38					
D2		37	1	0	0	38	97%	3%	0%	0%	100%
D2a		« Couverture sanitaire totale et évaluable »				38					
D3		37	1	0	0	38	95%	5%	0%	0%	100%
D3a		« Seul secteur privé en serait vite capable »				38					
D4		37	0	0	1	38	97%	0%	0%	3%	100%
D4a						38					
D5	D5a					38					
	D5b	37	0	0	1	38	97%	0%	0%	3%	100%
D6		15	18		5	38	39%	47%	0%	14%	100%
D6a						38					
D7		27	0	0	11	38	71%	0%	0%	29%	100%
D8		20	0	0	18	38	53%	0%	0%	47%	100%

1- EFFECTIFS ET RATIOS DES PERSONNELS DE SANTÉ

Tableau N° 1 : Ratios Nombre d'habitants par personnel de santé

Corps	Départements							
	Atacora Donga	Atlantique Littoral	Borgou Alibori	Mono Couffo	Ouémé Plateau	Zou Colline	Bénin	Normes OMS
Médecins Généralistes et spécialistes	37 625	7 763	30 467	23 808	16 214	32 731	17 112	1 Médecin pour 10 000 hbts
Infirmiers	3 783	1 915	3 099	3 306	2 963	3 037	2 785	1 Infirmier pour 5000 hbts
Sage-Femme d'Etat	15 148	4 864	15 988	12 889	6 500	12 173	8 726	1 Sage-Femme pour 5 000 hbts
Tech. de Laboratoire	29 159	8 606	26 471	22 942	18 207	22 317	16 915	
Tech. de Radiologie	194 395	43 227	161 475	95 592	92 220	105 208	86 065	

4

- Ces tendances sont conservées en considérant le nombre de personnels de santé (méd, infirm et sg-fm) pour 10 000 hbts.

Ratio nombre de personnel de santé pour 10 000 habitants dans le public par département

Catégories professionnelles	ATACORA/ DONGA	ATLANTIQUE/ LITTORAL	BORGOU/ ALIBORI	MONO/ COUFFO	OUEME/ PLATEAU	ZOU/ COLLINES	TOTAL GENERAL
Médecins	2,7	1,29	0,33	0,42	0,62	0,31	0,58
Infirmiers	2,64	5,22	3,23	3,03	3,38	3,29	3,59
Sage-femmes	0,66	2,06	0,63	0,78	1,54	0,82	1,15
Total	6	8,57	4,19	4,23	5,54	4,42	5,32
Normes OMS	23						

- Ici on retrouve 5,32 au lieu de 23 recommandé par l'OMS.

7

Personnes-ressources approchées	**Titres**
DAGBO HOUNON/Ouidah	Souverain Pontife du culte vaudou au plan international, basé à Ouidah
DAGBO ZONON DOUTE/Ouidah	*Bokônon* et Dah/Chef de la collectivité DAGBO ZONON DOUTE à Ouidah
Todégla épouse DAGBO HOUNON/Ouidah	Reine du Palais de DAGBO HOUNON à Ouidah
Jean ZOSSOUNGBO/Ouidah	Gardien du Temple des pythons et guide touristique à Ouidah
François AGBO/Ouidah	Gardien du Temple des pythons et guide touristique à Ouidah
Basile ADJOU MOUMOUNI/Ouidah résidant à Cotonou	Médecin à la retraite, ancien fonctionnaire à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : Chargé de la Région Afrique ; auteur d'ouvrages sur *Fâ*
Honorat AGUESSY/Ouidah	Professeur émérite de sociologie/anthropologie des Universités du Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur (CAMES)/Université d'Abomey-Calavi/Institut du Développement et d'Echanges Endogènes (IDEE) à Ouidah, spécialiste de *Lègba*
Azouassi Rigobert WLEKE dit Adjavaudounon/Abomey	Tradithérapeute, responsable des guérisseurs traditionnels d'Agbokpa/Abomey
Cyrille AHOUAGANOU/Abomey	Tradithérapeute en phytothérapie
Bienvenu AÏDOTE/Abomey	Dah/Chef de la collectivité AÏDOTE à Abomey

Dansi Koguê KINGBE/Abomey	*Bokônon* et Dah/Chef de la collectivité KINGBE à Abomey
Baba ALI et Aliatou ABOUDOU/Abomey	Couple de marabouts
Cyrille ADANMAYI/Abomey	Responsable d'une Eglise du christianisme céleste
Jean-Marie KPAZOU/Abomey	Chrétien catholique exorciste
Ibrahim MOHAMED/Abomey	Infirmier de santé communautaire
Albert NOUHOUAYI/Cotonou	Professeur émérite de philosophie des Universités du CAMES/Université d'Abomey-Calavi, ancien Directeur Général du Ministère (DGM) de la Santé du Bénin
Edgard-Marius OUENDO/Ouidah	Professeur agrégé de santé publique des Universités du CAMES, Epidémiologiste, Chef du Département *Politiques et Systèmes de santé* à l'Institut Régional de Santé Publique (IRSP) à Ouidah
Dismand HOUINATO/Abomey résidant à Cotonou	Professeur titulaire de neurologie des Universités du CAMES, Chercheur épidémiologiste, Coordonnateur du Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles (PNLMNT) au Bénin
Roch L. MONGBO/Abomey résidant à Cotonou	Maître de Conférences de sociologie du développement et d'agronomie des Universités du CAMES/Université d'Abomey-Calavi
Niama D. SIDIBE/Scoa-Gbéto, Cotonou	Médecin généraliste en poste à la Clinique Médico-chirurgicale Sainte Anne d'Afrique
Paul KOUNOUKPO/Porto-Novo	Professeur de Physique-Chimie à la retraite, au nombre des

initiateurs du concept de *Centres de santé à déterminations multiples* (CSDM), qui serait un Projet à expérimenter dans la ville de Lokossa

Table des matières

Sommaire	3
Dédicace	4
Remerciements	5
Résumé	6
Summary	7
Planches	8
Carte et schémas	9
Graphiques et tableaux	10
Introduction	11
Première Partie : Les bases de la recherche et des systèmes de soins	17
Chapitre 1 : Les éléments d'approche du problème de la recherche	18
1.1. Contextes et justifications	18
1.2. Problématisation thématique	24
1.3. Objectif de la recherche	24
1.4. Hypothèse de la recherche	25
Chapitre 2 : Les composantes factuelles du problème de la recherche	26
2.1. Glossaire didactique pour la compréhension des concepts importants	26
2.2. Généralités sur les recherches affiliées à la thématique : essai de revue littérature	52
2.3. Géographie pour une cartographie de la médecine moderne et de Fâ	58
2.4. Décor des pathologies et des comportements	62
Chapitre 3 : La méthodologie appliquée à la recherche	75
3.1. Sites d'enquête	75
3.2. Outils d'enquête et collecte des données	78
3.3. Modèles d'analyse exploités	81
3.4. Rupture épistémologique et difficultés méthodologiques	84
Chapitre 4 : Les caractéristiques et la nature des systèmes de soins	86
4.1. Diversité des rationalités	87
4.2. Diversité des approches de soins	91
4.3. Logiques d'où se différencient les dispositifs de prise en charge	94
4.4. Témoignages sur deux trajectoires thérapeutiques	96
Deuxième Partie : De l'évaluation des systèmes de soins à l'aune des représentations	104
Chapitre 5 : La médecine moderne en phase ou non avec la « *santé* » ?	105

5.1. Réductionnisme du diagnostic 105
5.2. Réductionnisme de la prévention 106
5.3. Réductionnisme du traitement 107
5.4. OMS et contraste de survalorisation de la médecine moderne 109
Chapitre 6 : Les thérapies traditionnelles en phase ou non avec la « *santé* » ? 114
6.1. Systémique du diagnostic 114
6.2. Systémique de la prévention 120
6.3. Systémique du traitement 122
6.4. OMS et contraste de sous-valorisation des tradithérapies 128
Chapitre 7 : Jésus, Allah et les ancrages de *Fâ-Lègba* dans la tradithérapie 132
7.1. Champs d'action des exorcistes chrétiens et musulmans 132
7.2. Autres champs d'action soignante et primauté médico-sociale de Fâ 134
7.3. Ancrage politico-socioculturel de la thérapeutique Fâ-Lègba 141
7.4. Ancrage cosmogonique et existentiel de la thérapeutique Fâ-Lègba 143
Chapitre 8 : Pour l'examen critique des préjugés sur la tradithérapie 150
8.1. Dispositifs de prise en charge en médecine moderne 150
8.2. Dispositifs de prise en charge en tradithérapie 158
8.3. Essai de découverte de la scientificité des tradithérapies 168
8.4. Arguments et inductions dans le conflit des dispositifs 176

Troisième Partie : L'inadéquation des politiques et le besoin d'un dispositif mixte 182
Chapitre 9 : La collaboration entre modèles de soins en question 183
9.1. Que faire quand « santé » équivaut à « bien-être existentiel » ? 183
9.2. Expression du besoin de synergie médicale 187
9.3. Examen de la pertinence du besoin de synergie médicale 189
9.4. Eléments conflictuels préjudiciables à la synergie médicale 192
Chapitre 10 : Les leçons de faisabilité pour la collaboration entre les médecines 199
10.1. Première leçon 199
10.2. Deuxième leçon 200
10.3. Troisième leçon 202
10.4. Quatrième leçon 208
Chapitre 11 : Les résultats et suggestions pour la légitimité et la légalité à réconcilier 214
11.1. Résultats chiffrés des enquêtes menées 214
11.2. Réalités à affronter pour une couverture sanitaire intégrale 220
11.3. Pistes de collaboration pour une synergie de l'action médicale 227
11.4. Défis à relever pour la collaboration entre les différents modèles de soins 237

Conclusion 263
Bibliographie et sitographie 267
Annexes 286

Médecine moderne et Fâ face à la « maladie »

(Pistes de collaboration pour une synergie de l'action médicale à partir du Bénin)

*« *Ce document montre le rôle des sciences sociales et d'autres intervenants dans le débat sur la nécessité de la prise en compte des ressources de la médecine traditionnelle pour l'amélioration de la santé publique et pour le développement socio-économique.*

C'est un travail important qui honore le thésard, son directeur de thèse et les encadreurs » :

Pr Rokia SANOGO, Faculté de Pharmacie/Université de Bamako au Mali, dans son rapport d'évaluation en pré-jury de cette thèse.

*« *La thèse de Monsieur Adjotin est, on peut le dire d'entrée de jeu, un acte de bravoure. (…).*

La thèse de Monsieur Adjotin est une thèse savante. Elle contient beaucoup d'informations spécialisées qui nous introduisent dans un domaine de connaissance assez fermé, accessible aux seuls initiés ou aux personnes particulièrement privilégiées. Elle porte d'abord sur les conditions de possibilité d'une franche collaboration entre la médecine moderne qui se montre peu commode dans ses manières de considérer ses concurrents, et finalement fort arrogante, et les autres formes de thérapie qui s'orientent plus vers des aspects non cliniques des maux » :

Pr Komi KOSSI-TITRIKOU, Faculté des Sciences de l'Homme et de la Société/Université de Lomé au Togo, dans son rapport d'évaluation en pré-jury de cette thèse.



« *Le système de santé publique, que domine en légalité et non en légitimité la médecine moderne au Bénin comme dans le monde entier, est un système faussé. Son montage institutionnel est 'asymétrique' et le déséquilibre du financement des modèles de soins que les pouvoirs publics ne laissent pas collaborer officiellement est absurde. Les analyses menées ici ont trouvé, à juste titre dans ces anomalies, une trahison ou un complot contre la santé des communautés* » : p. 264.

Dr Pierre ADJOTIN, Sociologie-Anthropologie du Développement/Santé