

Université de Neuchâtel
Faculté des lettres et sciences humaines

Institut d'ethnologie
Rue Saint-Nicolas 4
2000 Neuchâtel

<http://www.unine.ch/ethno>

Pesse Julien
73, rte de Grenand
1285 Athenaz
Tél : 079 739 18 59
julien.pesse@unine.ch

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

Julien Pesse



Un tradipraticien du village de N'Dali et son fils (juin 2005).

Mémoire de licence en ethnologie
Soutenance : 05 juillet 2006

Directeur de mémoire : M. Christian Ghasarian
Membre du jury : M. François Borel

Table des matières :

PREMIÈRE PARTIE :	5
Résumé	5
Remerciements	6
I. INTRODUCTION	7
1.1 Histoire d'un choix.....	7
1.2 L'anthropologie et la sphère de la santé.....	8
1.2.1 <i>Les liens qui existent entre l'anthropologie et le monde de la santé</i>	8
1.2.2 <i>Rapide survol de l'histoire de la discipline</i>	11
1.3 Problématique.....	13
1.3.1 <i>Positionnement théorique</i>	13
1.3.2 <i>Déroulement de l'enquête de terrain</i>	14
II. CADRE DE LA RECHERCHE	17
2.1 Situation géographique.....	17
2.2 Sur les populations en présence	17
2.2.1 <i>La démographie</i>	17
2.2.2 <i>L'ethnie principale du Borgou : les Bariba</i>	18
2.3 Situation économique.....	20
2.4 Un brin d'histoire	21
2.4.1 <i>Histoire du Bénin de la période de la colonisation jusqu'à nos jours</i>	21
2.4.2 <i>Eléments de la médecine coloniale dans la région</i>	21
2.4.3 <i>Initiatives de l'Etat béninois pour le développement et l'intégration de la médecine traditionnelle dans le système national de santé</i>	22
III. MÉTHODOLOGIE :	24
3.1 Approche méthodologique et démarche empirique	24
3.1.1 <i>Inspirations théoriques</i>	24
3.1.2 <i>Méthodes utilisées sur le terrain</i>	27
3.1.3 <i>Difficultés rencontrées</i>	29
DEUXIÈME PARTIE :	33
I. DESCRIPTION ET ANALYSE DE LA SITUATION A N'DALI	33
1.1 Le pluralisme médical en présence à N'Dali	33

1.2 Les guérisseurs traditionnels	35
1.2.1 <i>La nature du pouvoir des guérisseurs traditionnels</i>	35
1.2.2 <i>Les relations entretenues par les guérisseurs traditionnels entre eux</i>	38
1.2.3 <i>Les relations entretenues par les guérisseurs traditionnels avec la médecine moderne</i>	39
1.3 Les facteurs propices à l'émergence d'une association de tradipraticiens : problèmes de guérisseurs traditionnels	41
1.3.1 <i>Les difficultés pratiques rencontrées par les guérisseurs traditionnels</i>	41
1.3.2 <i>Séparer le bon grain de l'ivraie, un problème de définition</i>	43
1.3.3 <i>De la légitimité des guérisseurs traditionnels</i>	44
1.4 Analyse des raisons allant à l'encontre de la formation d'une association de tradipraticiens	46
1.4.1 <i>Raisons invoquées par les guérisseurs traditionnels indépendants</i>	46
1.4.2 <i>Raisons sous-jacentes au discours des guérisseurs indépendants : une question de principe</i>	47
1.5 Premier arrêt sur image, la situation des guérisseurs traditionnels de N'Dali en question	48
II. L'ASSOCIATION DE TRADIPRATICIENS DE N'DALI	50
Préambule : de guérisseurs traditionnels à tradipraticiens, un changement de terminologie significatif.....	50
2.1 L'histoire de l'association	51
2.1.1 <i>Naissance de l'association</i>	51
2.1.2 <i>Les clés de la réussite de l'association des tradipraticiens de N'Dali</i>	52
2.2 Description et analyse des règles de fonctionnement de l'association.....	55
2.2.1 <i>Les critères d'intégration à l'association</i>	55
2.2.2 <i>Les règles internes de l'association</i>	57
2.2.3 <i>Les conséquences impliquées par ces règles</i>	59
2.3 Deuxième arrêt sur image, l'association des tradipraticiens en question.....	62
III. RELATIONS ENTRE LES TRADIPRATICIENS ET LES REPRESENTANTS DE LA MEDECINE MODERNE	64
3.1 Les discours des différents praticiens sur leurs relations respectives	64
3.1.1 <i>Exemples de discours des tradipraticiens</i>	64
3.1.2 <i>Le discours des différents représentants de la médecine moderne</i>	66
3.2 Les relations entre tradipraticiens et représentants de la médecine moderne dans la pratique.....	68
3.2.1 <i>La pratique des soins</i>	68

3.2.2 Les avantages perçus par les tradipraticiens de N'Dali.....	70
3.2.3 Les formations promulguées par le ministère de la santé béninois	72
3.3 La collaboration entre les deux types de pratiques médicales est-elle possible ?	75
3.3.1 Un exemple lié à l'institutionnalisation des pratiques médicales des tradipraticiens	75
3.3.2 L'exemple de Monsieur Badarou, spécialiste en médecine communautaire	77
3.4 Troisième arrêt sur image, détermination de la nature des relations reliant les deux groupes de praticiens	81

TROISIÈME PARTIE :.....83

I. CONCLUSION 83

1.1 La revalorisation des pratiques traditionnelles de guérison en question	83
1.2 L'avenir des pratiques thérapeutiques traditionnelles : un scénario possible	87

BIBLIOGRAPHIE 89

ANNEXES 94

<i>Annexe 1 : Une carte du Bénin.....</i>	94
<i>Annexe 2 : Département du Borgou.....</i>	95
<i>Annexe 3 : Directives béninoises en terme de santé depuis le début de l'ère Kérékou</i>	96
<i>Annexe 4 : Programme de promotion de la pharmacopée et de la médecine traditionnelle.</i>	98
<i>Annexe 5 : Exemple d'un entretien effectué à Nikki en juillet 2005</i>	100

Première partie :

Résumé

Ce travail est basé sur la situation prévalente en terme de pluralisme médical dans une région de l'Afrique de l'Ouest et plus exactement dans un département situé au Nord du Bénin, le Borgou. Le système de santé établi dans cette région est composé d'une multitude de pratiques thérapeutiques aux origines diverses. La première partie du développement de cette recherche tente donc de rendre compte de ce contexte particulier.

Les différentes manières de guérir présentes dans ce contexte sont séparées en deux ensembles principaux, la médecine moderne et les médecines traditionnelles. Le développement de ce travail se poursuit par la détermination des caractéristiques spécifiques des détenteurs des savoirs médicaux traditionnels. L'analyse de ces caractéristiques est ensuite effectuée afin de comprendre en quoi ces spécificités s'opposent à la médecine moderne et au système moderne de la santé en général.

L'accent est ensuite porté sur la nature des relations qui existent entre les praticiens des deux ensembles de pratiques thérapeutiques. Pour ce faire, la présente recherche s'est penchée plus précisément sur l'exemple particulier d'une association de «tradipraticiens» qui a vu le jour dans une petite agglomération du département considéré.

A travers l'étude détaillée du fonctionnement de cette association, une tendance dans les relations liant les deux groupes de praticiens étudiés est démontrée.

La suite et la fin de ce travail consiste en la vérification de cette tendance par l'entremise de plusieurs exemples qui se situent au niveau du discours comme au niveau des pratiques des divers praticiens.

Remerciements

Un grand merci ...

Aux communautés Bariba de N'Dali, Nikki et Banikoara qui m'ont accueilli chaleureusement et sans l'aide desquelles, rien n'aurait pu se faire

A Roston et Alidou sans lesquels l'Afrique ne serait pas aussi belle

A M. Ghasarian qui a soutenu mon projet par vents et marées

A M. Borel dont la gentillesse et la disponibilité ont été des plus réconfortantes

A Cather Nanssounon et son frère Kader

Au LASDEL Parakou qui a bien voulu me prêter un bureau dans leurs locaux et me donner de précieux conseils quant à ma recherche

A mes parents qui se demandent toujours de quoi parlent exactement mes études

A mes amis qui ont cru que j'étais devenu un ascète

A Cooker, Julie et leur fils Marcel, parce qu'ils sont aussi ma famille

A Valé, parce qu'on est les plus forts

A Lemmy, parce que sans lui, la vie n'aurait plus le même goût

I. Introduction

1.1 Histoire d'un choix

Il est difficile de décrire les méandres que mon esprit a emprunté pour déterminer le choix du sujet de mon mémoire. Je crois qu'il en est ainsi étant donné la complexité que j'éprouve à exprimer les sentiments qui m'animent en ce qui concerne l'Afrique de l'Ouest.

Afin d'y parvenir, il faudrait que je puisse raconter au lecteur les couleurs, les senteurs, les sons, les textures, les saveurs et plus encore, les mots, les gestes, les regards qu'il m'a été donné de rencontrer dans ces contrées africaines.

Bien sûr, le lecteur pourrait déceler dans ces quelques phrases d'introduction une forme de sensibilité peu convaincante puisqu'il s'agit d'un travail académique. Il faut pourtant bien admettre, il en va de l'honnêteté du chercheur, que les intérêts éprouvés par celui-ci pour un sujet, proviennent en grande partie de considérations pour le moins subjectives et liées au registre des émotions.

Plus prosaïquement, c'est après de multiples séjours dans cette région que je me suis rendu compte de l'immense potentiel que l'Afrique offre quant à une problématique liée à la confrontation entre éléments «traditionnels» et «modernes» dans un système contemporain.

En effet, il n'est pas rare aujourd'hui d'observer dans cette région de l'Afrique, le griot côtoyer le rappeur et la charrette partager un «six mètres»¹ avec un véhicule tout terrain flambant neuf.

Et si les uns ne perçoivent derrière ces situations qu'une image anecdotique d'une Afrique dégingandée, j'y découvre, pour ma part, une articulation singulière susceptible d'informer celui qui s'y penche sur le processus de création de l'Afrique de l'avenir.

Il fallait ainsi débusquer un domaine particulier au sein duquel apparaît cette problématique. Plus précisément, il me fallait trouver un ensemble de pratiques dans lequel se trouvent réunis des éléments communément placés sous le signe de la «tradition» ou plutôt sous celui de la «modernité».

C'est donc en cherchant un domaine traduisant cette perspective que la médecine m'est apparue comme une possibilité exploitable. Il est indubitable qu'en Afrique, ce milieu est un terrain privilégié où se rencontrent plusieurs pratiques d'origines distinctes. De plus, la médecine représente une forme de pouvoir particulier et touche inexorablement la totalité de la population. Ce dernier élément fait des pratiques médicales un excellent point de départ pour une recherche de type anthropologique.

¹ Expression signifiant en Afrique de l'Ouest francophone une ligne d'arrêt de circulation routière ou, comme nous l'appelons plus habituellement en Suisse, un «STOP».

En ce qui concerne plus particulièrement le pays choisi, le Bénin a été la destination arrêtée pour les raisons suivantes :

Premièrement, j'ai eu la chance d'y passer quelques semaines en 2004, ce qui m'a donné la possibilité de me faire une idée sur le pays en général. C'est ainsi que j'ai pu observer deux ou trois éléments favorables à de bonnes conditions de travail parmi lesquelles j'ai relevé : l'utilisation courante de la langue française par les Béninois, leur ouverture relative mais certaine aux étrangers et la douceur de leur climat.

Deuxièmement, par l'entremise d'un ami nigérien étudiant à l'IUED² de Genève, j'ai eu la chance de rencontrer une personne idéale faisant partie à la fois du monde «traditionnel» béninois dont je voulais m'approcher et de celui de la recherche en sciences humaines. Cette personne retournant au Bénin durant la période que j'avais choisie pour effectuer la partie ethnographique de mon travail représentait donc une aide importante pour le démarrage de mon terrain.

Pour finir, le Bénin me semblait parfaitement correspondre à mes attentes du fait de la vigueur des pratiques traditionnelles l'animant encore aujourd'hui. Les rituels «voduns»³ en étant bien sûr l'exemple le plus reconnu à ce propos mais ne constituant de loin pas les seuls en la matière.

1.2 L'anthropologie et la sphère de la santé

1.2.1 Les liens qui existent entre l'anthropologie et le monde de la santé

Il est un événement auquel chacun des membres de la communauté humaine doit faire face, la maladie. En effet, un jour ou l'autre, les hommes et leur société respective sont confrontés à cette «forme élémentaire de l'événement»⁴ (AUGE M.& HERZLICH C., 1984 : 14). La maladie, que je qualifie de «déséquilibre» en l'opposant comme il est souvent admis, à un état stable dit de «normalité» ou de santé⁵, représente un événement d'une importance fondamentale. Ceci provient du fait que ce déséquilibre résonne souvent dans nos esprits comme autant de questions auxquelles nous ne pouvons nous empêcher de tenter de répondre pour éviter ou repousser l'indubitable réalité qu'il préfigure, la mort de chacun d'entre nous.

²Institut Universitaire d'Etudes sur le Développement.

³Rituels qui se rapportent à un culte animiste originaire de la région autrefois délimitée par le royaume du Dahomey. Célèbre de par les pratiques «obscurés» qui lui sont rattachées, ce culte s'est imposé comme un exemple courant pour définir la sorcellerie maléfique.

⁴L'auteur entend par cette expression le fait que les manifestations biologiques de la maladie s'inscrivent dans le corps de l'individu mais font l'objet, pour la plupart d'entre elles, d'une interprétation sociale engendrant du même coup la création d'un système de sens.

⁵Je me réfère ici à la définition générale que l'OMS (Organisme Mondial de la Santé) donne de la santé, soit : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°2, 1946 : 100).

Il faut ici comprendre la maladie comme un événement qui «de par son enracinement dans un corps souffrant, et parce qu'elle menace l'intégrité et la pérennité tant de la personne que du corps social, [...] a la particularité de mobiliser une forte charge affective et d'activer des processus sociaux souvent complexes» (AUGE M. in BONTE & IZZARD, 2000 : 436).

La maladie apparaît alors comme un phénomène «bio social», touchant l'Homme en tant qu'entité biologique et en tant que composante active des rouages constitutifs de la société dans laquelle il vit.

C'est ainsi que les groupes humains tentent de conjurer les maux qu'ils subissent en créant, par d'habiles manœuvres, tout un ensemble de réponses afin d'éviter ces derniers. Cet ensemble, constitué de dispositifs matériels et spirituels, représente de véritables systèmes visant à sauvegarder l'intégrité des sociétés dans lesquelles ils prennent place. Autrement dit, ces systèmes, que je choisis de nommer les systèmes médicaux⁶, sont composés de l'«ensemble des institutions sociales et des traditions culturelles issues d'un comportement spécialement destiné à renforcer la santé» (DUNN F.L. in FOSTER George M., 1996 : 17).

Je tiens à ajouter qu'à travers ces tentatives de réponses du genre humain aux maux qui l'assaillent, il apparaît que l'homme s'inscrit dans une forme de quête de sens. En effet, il cherche à replacer la maladie au sein d'un système de sens afin de neutraliser son caractère aléatoire.

Le monde de la santé et la maladie, en particulier, représentent donc un sujet dont les caractéristiques fondamentales coïncident parfaitement avec les centres d'intérêts qui animent la discipline de l'anthropologie. A plus forte raison si je me réfère au débat ayant secoué la communauté des anthropologues durant les années quatre-vingt. Débat au sein duquel la proposition de l'autonomie de la branche anthropologique dédiée à la médecine et à la maladie a été retenue avec attention avant d'être finalement abandonnée. Une autonomie proposée en fonction, d'une part, de l'ampleur fantastique que les interrogations gravitant autour du thème général de la maladie a prise dans le domaine de la réflexion anthropologique. Et d'autre part, du besoin que cette communauté scientifique ressentait d'analyser cette problématique sous un éclairage moins unilatéralement basé sur les sciences positives. Je ne veux cependant pas ajouter de l'eau à cet antique moulin qui est celui des guerres de clochers entre disciplines et sous-disciplines. Je trouve préférable de me pencher sur certains points qui ont amenés l'anthropologie à s'intéresser à la maladie et plus largement à la sphère qui l'entoure, celle de la santé.

⁶ J'attire l'attention sur le fait que certains anthropologues refusent d'utiliser l'expression « système médical » afin de définir la totalité des divers dispositifs de prises en charge de la maladie. En effet, selon ces auteurs, l'identification et la dénomination des troubles, les schèmes de causalité et les institutions thérapeutiques ne font pas nécessairement à priori système (SINDZINGRE N. cité par HERZLICH C. in : AUGE M.& HERZLICH C., 1984 : 14). Je m'accorde pourtant de cette expression à cette étape de ma réflexion en mettant l'accent sur la cohérence qui définit ces systèmes en terme d'objectif et en terme de fonctionnalité en me plaçant du point de vue des usagers de ces dispositifs.

En premier lieu, comme je le suggère plus haut en guise d'introduction, la maladie, les pratiques qu'elle engendre ainsi que la production de sens qui l'entoure constituent un ensemble d'éléments universellement répandus qui permet de développer des démarches comparatives pour le moins caractéristiques au domaine de l'Anthropologie.

Je soulève dans le même élan que, s'il est vrai qu'une des «marques de fabrication» de cette discipline est bien l'intérêt porté à la diversité culturelle, il va de soi que la comparaison en est un outil méthodologique incontournable.

Suite à cela, l'évidence physique de la maladie semble à première vue lier l'analyse de cet objet d'étude à des explications d'ordre naturaliste, le faisant échapper aux prismes d'approches plus sociales ou culturelles. Je décèle encore à ce niveau un des éléments centraux de la réflexion anthropologique qui tend à déterminer pour de multiples sujets quelle est la part de nature ou de culture qui les compose. Plus encore, l'anthropologie cherche à découvrir, puis à traduire, comment ces deux concepts s'entrelacent afin de constituer le monde. C'est ainsi qu'à travers ses diverses expériences empiriques et les outils méthodologiques en découlant, l'anthropologie a su mettre en exergue les dimensions sociales et culturelles de la maladie sans toutefois en nier le substrat biologique.

Pour terminer, la maladie relie l'individu à sa société, elle fonctionne aux yeux du chercheur comme un véritable révélateur de la relation qu'entretient la personne malade avec le monde (AUGE M.& HERZLICH C., 1984 : 201-215).

Suivre un individu dans sa maladie, c'est se rendre compte des perceptions qu'il partage (ou ne partage pas) avec son entourage proche et avec la communauté plus large dont il fait partie. C'est aussi percevoir la prise en charge d'un individu par sa société et les doutes que peuvent créer dans la population un mauvais fonctionnement des autorités dans ce processus.

Pour synthétiser les assertions contenues dans les deux points précédents, il est intéressant de reprendre les termes de J. Benoist, soit : «L'étude des dimensions sociales et culturelles de la maladie croise et recroise une frontière imprécise qui se révèle finalement son objet ultime : frontière entre la sollicitation d'un sens au monde par des vivants qui se savent fragiles, la quête des soins par des malades inquiets ou douloureux, et les institutions qui, telles des coquilles enveloppant des corps trop vulnérables, viennent s'enrouler autour des demandes les plus intimes, les ajuster en un chœur ou chacun saisit qu'il n'est pas seul, mais qu'on le prend en main pour le conduire vers une réponse» (BENOIST J., 1996 : 6).

Après avoir soulevé ces quelques points, je peux avancer que l'anthropologie semble bien être une discipline à même d'aborder la problématique de la maladie et plus généralement celle de la sphère de la santé.

Il convient alors d'énoncer brièvement quels sont les courants principaux qui ont constitué l'histoire du savoir anthropologique à ce sujet.

1.2.2 Rapide survol de l'histoire de la discipline

A la fin du XIX^{ème} siècle et au début du siècle suivant, les premières monographies qui mentionnent les maladies et la médecine indigène contiennent toutes des jugements stéréotypés, ce qui n'est pas sans rappeler la pensée missionnaire qui régnait alors. Les croyances et pratiques médicales y sont considérées comme un amalgame incohérent et inefficace. Ce n'est qu'en 1924 que W.H.R Rivers entreprend de relier les croyances et les pratiques médicales en un véritable système. Il distingue toutefois les éléments qui, dans les pratiques, relèvent de la magie, de la religion ou de la science. Procédant de cette manière, il isole trois domaines et s'empêche d'en reconnaître les connexions. Il découpe ainsi la réalité en trois visions particulière du monde : magique, religieuse ou empirique⁷.

Par la suite, E.H. Ackerknecht prouve «l'efficacité indéniable de certaines pratiques médicales» à travers la démonstration qu'il fait de "la diversité des médecines primitives". Il est le premier à ordonner les croyances et les pratiques d'une manière cohérente. Selon cet auteur, le système médical dépend d' "un réseau complexe lié à l'organisation sociale" et non pas d'une vision magique, religieuse ou empirique comme l'avait émis son célèbre prédécesseur⁸.

Vient ensuite une période où les intérêts de la médecine convergent avec ceux de l'anthropologie. En effet, suite à la deuxième guerre mondiale, l'administration sanitaire américaine cherche à rénover ses institutions médicales en les humanisant. Elle procède ainsi à l'analyse des aspects psychologiques de la vie hospitalière. Pour ce faire, elle se penche sur le déroulement de la vie quotidienne dans les hôpitaux à travers l'expérience des usagers et celle du personnel soignant.

D'autre part, les programmes de développement proposés par les Etats-Unis dans les pays défavorisés se soldent irrémédiablement, à l'époque, par un refus des populations concernées. Devant ces difficultés, le monde médical décide de faire appel à l'anthropologie. En référence à cette initiative, il est possible de parler d'un rapprochement entre les deux disciplines, bien qu'elles ne partagent pas les mêmes intérêts. La médecine cherche alors plus à pallier à des impératifs pratiques que l'anthropologie, dont l'objectif est l'approfondissement de connaissances théoriques. Il n'en demeure pas moins que cette période est prolifique en travaux où se côtoient les deux types de savoirs. Caudill réunit alors ces recherches dans un essai typologique aux allures de bilan qu'il intitule «Applied Anthropology in Medicine». Cet essai

⁷ Informations tirées par WALTER A. de RIVERS W. H. R. 1924, *Medicine, Magic and Religion*, London : Kegan Paul, 147p.

⁸ Informations tirées par WALTER A. de ACKERKNECHT E. H. 1942, "Problems of primitive medicine", in :Bulletin of the history of medicine n° 11.- pp. 503-521 & 1971.- *Medicine and Ethnology : selected essays.*- Baltimore : Johns Hopkins Press.- 195p.

est désormais reconnu comme un élément constituant les prémisses de la naissance d'une discipline nouvelle : the Medical Anthropology⁹.

C'est précisément dix ans plus tard, en 1963, que Scotch crée le terme «Medical Anthropology» dans un essai du même ordre que celui de Caudill. Il détermine dans son travail trois catégories qui constituent le champ d'étude en question, l'ethnomédecine, l'épidémiologie et la santé publique.

Peu à peu, l'auteur attribue à l'ethnomédecine l'étude des médecines non occidentales comme objet de prédilection, excluant de fait la médecine occidentale de l'éclairage anthropologique¹⁰.

En 1971, Faberga accentue une partition identique lorsqu'il adjoint à l'anthropologie médicale «la division EMIC/ETIC»¹¹, catégorisant deux axes de recherche distincts suivant la définition donnée à la maladie. Cette dernière est alors perçue soit comme une catégorie culturelle (ce qui représente l'approche EMIC), soit comme une catégorie biologique (ce qui tient plutôt de l'approche ETIC)¹² (WALTER A., 1983 : 409-412).

Au début des années quatre-vingt, plusieurs auteurs, dont un bon nombre est français¹³, optent pour remplacer la médecine par la maladie au centre de leurs investigations. Ils soutiennent que la démarche spécifique de l'anthropologie socioculturelle à laquelle ils se rattachent leur impose ce changement d'objet empirique.

Survient ensuite la création de toute une terminologie technique plus spécifique afin de pouvoir mieux définir les diverses dimensions de l'événement de la maladie¹⁴, et ceci suite à la confrontation des chercheurs dans ce domaine avec «le caractère trop ambigu et massif du terme maladie dans son acception courante» (MEYER F. in : BONTE P. & IZARD M., 2000 : 437). L'anthropologie médicale qui traverse alors une nouvelle période de subdivision durant laquelle plusieurs courants se cristallisent, formule un véritable florilège d'approches pour appréhender la complexité de ce sujet. Certains auteurs comme Illario Rossi vont jusqu'à qualifier l'anthropologie médicale de «nébuleuse de courants de recherche» en se référant à cette situation de morcellement des approches (ROSSI I., 1997 : 2). Notons cependant que

⁹ Informations tirées par WALTER A. de CAUDILL W. 1953, "Applied Anthropology in Medicine", in : *Anthropology today*, Chicago : University of Chicago Press, pp. 771-805.

¹⁰ Informations tirées par WALTER A. de SCOTCH N. C. 1963, *A medical Anthropology*, Stanford : Stanford University Press, pp. 30-68.

¹¹ L'approche EMIC consiste à analyser le champ sémantique de certains termes afin de mettre en évidence la façon dont les indigènes pensent et conçoivent eux-mêmes un certain domaine. La difficulté majeure de cette approche est de délimiter précisément les frontières du domaine à l'étude, telles qu'elles sont établies par la société considérée. L'approche ETIC, quant à elle et selon PIKE, devrait analyser la distribution des catégories culturelles dans l'espace et dans le temps (WALTER A., 1983 : 411).

¹² Informations tirées par WALTER A. de FABERGA H. Jr. 1971.- *Medical Anthropology*.- in : *Biennial Review of Anthropology*.- California : Stanford University Press.- pp.167-229.

¹³ Parmi eux, SINDZINGRE N., AUGÉ M et ZEMPLÉNI A., auteurs phares pour toute une génération de chercheurs.

¹⁴ A consulter à ce propos, les ouvrages de KLEINMAN A., HAHN R. A. et YOUNG A.

même si ces courants ont des finalités diverses, ils gardent une forme d'homogénéité dans la nature sociale et culturelle de leurs perspectives théoriques.

1.3 Problématique

1.3.1 Positionnement théorique

Il convient de déterminer avec plus de précision le développement et les finalités de mon enquête de terrain. Je cherche, dans un premier temps, à comprendre comment s'articulent les différentes pratiques de soins dans une configuration de pluralisme médical qui caractérise le système de santé du département du Borgou situé au nord du Bénin¹⁵. Je me positionne ainsi afin de déterminer quels types de relations entretiennent les diverses catégories de soignants les unes par rapport aux autres. Grâce à l'analyse de la nature de ces relations, je tente de faire ressortir un certain nombre d'intérêts qui, me semble-t-il, coïncident avec des stratégies individuelles et/ou collectives mises en place par les différents groupes et individus pourvoyeurs de soins.

Je soulève que, procédant de cette manière, j'aborde la réalité comme un système où les différents acteurs en question agissent en fonctions de leurs intérêts dans une forme de lutte plus ou moins ouverte et généralisée¹⁶.

Envisageant le pluralisme médical et les relations le composant sous l'angle spécifique de la défense d'intérêts particuliers, j'interprète mes résultats en terme d'enjeux et de rapport de pouvoir. Pour ce faire, je me réfère à la notion de pouvoir déterminée par la définition que D. Fassin en donne, soit : «ce qui permet aux individus d'agir sur les hommes, sur les choses, et donc sur le cours des événements» (1996 : 16-17).

A l'instar de cet auteur, dont je garde en mémoire les concepts tout au long de ma réflexion, je considère de même que «savoir soigner, c'est pouvoir guérir. C'est être en mesure d'agir sur le cours de la vie des autres, d'alléger leur souffrance, de repousser leur maladie, de les faire échapper à la mort - ou parfois de la leur donner» (ibid. : 45). A la lumière de cette conception, le pouvoir de guérir et la légitimité de l'exercer deviennent alors des enjeux principaux pour les différents détenteurs de connaissances thérapeutiques. Autrement dit, «les divers agents thérapeutiques sont en compétition pour s'assurer au moyen d'une définition de la santé et de la maladie, la capacité de contrôler la production, la circulation et

¹⁵ Cf. Cadre de la recherche, première partie, point 2.1.

¹⁶ Conception qui rejoint parfaitement la théorie formulée par J.P. Olivier de Sardan dans laquelle il parle de «conflits», d'«arène» et de «groupes stratégiques» (OLIVIER de SARDAN J.P., 2003 : 21-25). Cette proposition théorique et les concepts que je lui emprunte seront explicités plus précisément au point 3.1.1 de la première partie de ce travail.

l'accumulation de cette forme particulière de capital, la santé, qui est en jeu dans le champ thérapeutique» (WERNER J. F. in BENOIST J., 1996 : 372).

Dès lors, tout comme D. Fassin, je conçois la sphère de la santé comme un véritable espace politique où se confrontent les différents milieux médicaux afin de s'assurer le contrôle des pratiques de soins. Je compare cet «espace politique de la santé» à une arène qui se subdivise en plusieurs niveaux qui s'échelonnent entre le local et le global. C'est précisément ces niveaux et l'articulation qui existe entre eux que j'essaie de mettre en exergue dans mon travail afin de déterminer la nature des relations qu'entretiennent les différents types de pratiques médicales. En définitive, c'est à travers le type spécifique de relations établies entre deux groupes de soignants préalablement déterminés que j'étudie l'état et la faisabilité de la collaboration entre les «pratiques médicales modernes»¹⁷ et les «pratiques médicales traditionnelles»¹⁸.

1.3.2 Déroulement de l'enquête de terrain

Pour parvenir à l'objectif cité dans le point précédent, j'ai procédé de la manière suivante. Je me suis penché sur la situation du pluralisme médical prévalente dans une commune du département du Borgou dénommée N'Dali en énumérant les différentes pratiques de soins qui y cohabitent. Ce faisant, j'ai indiqué quelles pratiques ont fait l'objet de mes investigations et celles qui ont été éliminées de ma réflexion.

Ensuite, eu égard aux concepts avancés dans le point précédent, mon attention s'est focalisée sur l'association des «tradipraticiens»¹⁹ de N'Dali en la considérant comme un élément du niveau local de l'arène constituant l'espace politique de la santé. Par ailleurs, cette association constitue à ce niveau particulier, un véritable lieu d'articulation entre les divers détenteurs de savoirs médicaux traditionnels et les différents représentants des pratiques de soins modernes. Grâce à cette ultime caractéristique, l'association de N'Dali s'est retrouvée au centre de ma réflexion, elle a été utilisée comme une base d'où ont émané et où ont conflué mes interrogations.

¹⁷ Il faut entendre ici par «pratiques médicales modernes» ou «médecine moderne», termes que j'utiliserai par la suite, la biomédecine d'origine occidentale qui est dispensée par des médecins béninois et qui représente le principal système de soins promulgué par les autorités sanitaires béninoises. J'emploierais donc cet adjectif qualificatif «moderne» dans le même sens tout au long de mon travail parce que c'est l'usage qu'en fait la majorité de la population en question.

¹⁸ Je me permets de catégoriser ces pratiques sous le vocable traditionnel car c'est ainsi que leurs pourvoyeurs procèdent bien que les modifications et autres adaptations dont elles font aujourd'hui l'objet les rendent, à mes yeux, tout à fait contemporaines.

¹⁹ Ce néologisme fait partie de la terminologie officielle des instances médicales internationales et béninoises, il représente une partie des guérisseurs traditionnels. Je le défini plus précisément en guise de préambule au point 2.1 de la deuxième partie de ce travail.

Dans une première partie du développement de ce travail, je me suis donc intéressé aux «guérisseurs traditionnels»²⁰ de N'Dali en m'interrogeant sur la nature de leur pouvoir et sur le type de relations qu'ils entretiennent aussi bien entre eux qu'avec les représentants de la médecine moderne. De cette manière, un certain nombre de jalons ont été mis en valeur et m'ont permis de comprendre la situation de base de cet ensemble d'acteurs traditionnels. Mon cheminement s'est poursuivi par l'analyse des problèmes dont ces guérisseurs traditionnels font part dans leur discours quant à l'exercice de leurs savoirs médicaux et ceci afin de soulever les facteurs propices à l'émergence d'une association de tradipraticiens. Vient ensuite une partie où sont relatées les raisons invoquées par les guérisseurs traditionnels qui ne veulent pas intégrer l'association des tradipraticiens. Dans le même temps, un retour sur ces raisons est effectué par l'entremise du discours des guérisseurs traditionnels favorables à l'avènement d'une association et ceci afin de déterminer les tendances qui animent l'ensemble de ces praticiens.

Le décor de mes investigations est planté par la description de la configuration du pluralisme médical en présence à N'Dali et je tente d'éclaircir la situation spécifique dans laquelle se trouve l'ensemble des guérisseurs traditionnels de cette commune, une analyse détaillée de l'association des tradipraticiens en question est mise en place.

Dans cette optique, l'histoire de cette association est brièvement dépeinte à travers les prémisses de sa naissance, les enjeux et perspectives qu'une telle initiative laisse augurer et la situation actuelle de ce regroupement.

L'accent est ensuite porté de façon plus approfondie sur les facettes particulières de deux des principaux instigateurs de cette association, feu le président et l'actuel secrétaire et ceci parce que l'hypothèse est émise que les particularités de ces deux individus sont à même de renseigner sur la réussite de cette association. Cette hypothèse est confirmée par l'énumération d'un contre exemple rencontré dans une commune avoisinante.

Suite à cela, le fonctionnement de l'association des tradipraticiens de N'Dali est décrit en termes de règles, celles que les membres doivent observer pour pouvoir intégrer l'association et celles qui régissent le fonctionnement interne de ce regroupement. Par le biais de l'analyse de ces règles, j'ai tenté d'observer dans quelle mesure ces dernières traduisent des ambiguïtés au niveau des positions qu'occupent les deux groupes d'acteurs sociaux qui m'intéressent (les tradipraticiens et les représentants de la médecine moderne).

Dans la troisième partie de mon développement, la réflexion est dirigée sur les rapports qu'entretiennent les tradipraticiens de l'association en question avec le monde médical moderne en présence à N'Dali. L'intérêt est alors porté sur la nature des relations entretenues

²⁰ J'utilise cette dénomination pour désigner les détenteurs de savoirs médicaux traditionnels. Je démontrerai en quoi les guérisseurs traditionnels se différencient des tradipraticiens au point 1.1 de la deuxième partie de ce travail.

par ces deux types de praticiens en analysant leur discours respectif et leurs liens au niveau pratique. Cette perspective est creusée pour savoir si une éventuelle collaboration entre ces deux milieux de soins est possible. Pour parvenir à répondre à cette interrogation, des exemples symptomatiques et susceptibles de rendre compte des positions adoptées par chacun des groupes d'acteurs médicaux abordés au cours de cette étude ont été choisis. Autrement dit, j'ai essayé de déterminer dans cette partie, par l'entremise des points de vue des différents acteurs abordés, si les tentatives d'association de tradipraticiens se traduisent dans la réalité en terme de rapprochement des groupes étudiés.

Enfin, il est démontré comment la tendance imprimée par l'association des tradipraticiens et la nature des relations entretenues par les deux milieux médicaux en question, vont de pair avec la politique de l'Etat Béninois qui est formalisée par le PPMT²¹.

Ce travail est conclu par la critique du mouvement de revalorisation que traduit ce programme et par la proposition d'un scénario possible concernant l'avenir des pratiques traditionnelles de guérison par rapport au contexte actuel.

Avant de procéder à cette phase analytique, j'ai tenu à énumérer quelques données économiques, historiques et géographiques afin de sensibiliser le lecteur, tant que faire se peut, à la réalité béninoise. Pour clore cette première étape de mon travail, j'ai expliqué les options méthodologiques qui ont guidé mon entreprise.

²¹ Programme de promotion de la Pharmacopée et de la Médecine Traditionnelle

II. Cadre de la recherche

2.1 Situation géographique

La République du Bénin est un petit Etat d'Afrique de l'Ouest d'une superficie de 122'622 km². C'est un pays au climat chaud et humide de la zone intertropicale où les températures avoisinent les 27° C de moyenne annuelle. Il s'étend entre l'océan Atlantique et le fleuve Niger sur plus de 700 km et sa largeur varie de 125 km le long de ses côtes à plus de 325 km dans sa partie Nord. Le Bénin est entouré de quatre autres nations, le Nigéria sur son flanc Ouest, le Togo du côté Est, le Burkina Faso et le Niger occupent le Nord et la partie Sud est bordée par l'océan Atlantique (RICHARD, 2001 : 46)²².

La capitale officielle du Bénin est Porto-Novo, lieu de son Parlement. C'est cependant Cotonou qui est son centre économique. Cette ville abrite la plupart des ministères et accueille aussi les deux tiers des établissements industriels du pays.

Le Borgou est un département du Bénin d'une superficie de 25'310 km². Son chef lieu est Parakou, la capitale économique du Nord du Bénin. Ce département se situe dans la partie centre Est du pays. Au niveau de son environnement, le Borgou est une région principalement constituée de savane arbustive ou arborée.

En ce qui concerne plus précisément la situation géographique de la commune où ont eu lieu mes investigations, N'Dali se situe à 69 km au nord de Parakou sur l'axe routier qui traverse le Borgou du Nord au Sud. Elle se compose d'un centre qui se trouve construit le long de cet axe et d'une myriade de petits villages qui l'entourent dans la brousse avoisinante (www.gouv.bj/benin/géographie_2.php)²³.

2.2 Sur les populations en présence

2.2.1 La démographie

Selon les estimations effectuées en 2005, le Bénin compte environ 7,46 millions d'habitants. Les trois quarts de la population béninoise sont concentrés dans la partie Sud du pays. Par ailleurs, seulement 45% des Béninois vivent en milieu urbain. Quant à l'espérance de vie de ceux-ci, elle se situait en 2005 à 50 ans et demi en moyenne.

Malgré sa petite taille, le Bénin réunit une grande diversité ethnique et religieuse. On y rencontre pas moins d'une cinquantaine de groupes ethniques parmi lesquels on trouve les

²² Cf. Carte du Bénin, annexe n°1.

²³ Cf. Carte du Borgou, annexe n°2.

Fon qui représentent 42% de la population (y compris les groupes apparentés comme les Mahi), les Adja et leurs apparentés (15,7%), les Yoruba (12,2%), les Baatonu ou Bariba (8,7%)²⁴, les Otamari (6,3%), les Peul (6,2%) et les Dendi (2,7%) (Richard 2001 : 46-47).

En ce qui concerne la population du Borgou, elle représente 830'000 individus selon les derniers recensements effectués en 2006. Elle se compose d'une majorité de Bariba, 40% environ, de 20% de Peul, de 10% de Gando et de 30% constitué de petits groupes de populations diverses telles que les Fon, les Dendi et les Nagot. Cette population est pour deux tiers composée de musulmans et pour un cinquième de chrétiens, eux-mêmes subdivisés en 77% de catholiques et 7% de méthodistes. La situation de N'Dali est sensiblement similaire. Je soulève cependant, pour donner un ordre de grandeur de la population de cette commune, que son centre représente environs 11'000 individus tandis que 6'000 personnes habitent les villages alentours (www.gouv.bj/benin/géographie_2.php).

2.2.2 L'ethnie principale du Borgou : les Bariba

Il est très difficile de trouver des informations récentes sur l'ethnie principale de la région du Borgou : les Bariba. C'est pourquoi j'ai dû me référer aux écrits de J. Lombard qui, bien qu'excellents, explicitent uniquement la situation des Bariba dans la première moitié du XX^{ème} siècle. Ces éléments sur les Bariba nous informent toutefois fort bien sur la position que ce groupe occupe encore à l'heure actuelle au sein des autres populations principales du département du Borgou. En effet, de ce que l'on sait sur l'histoire des populations de cette région, les Bariba ont toujours dominé les Peul et les Gando qui sont les deux autres groupes principaux de ces contrées.

Les Gando étaient les esclaves publics appartenant aux chefs ou aux nobles bariba. Ils étaient rassemblés dans des villages de cultures dans lesquels ils travaillaient pour leur maître. Leur condition d'esclave éliminait rapidement leur différence ethnique et ils prenaient généralement le nom clanique de leur maître après une ou deux générations.

Les Gando étaient considérés comme des biens transmissibles par les nobles bariba qui en profitaient pour les utiliser comme monnaie d'échange avec d'autres groupes comme celui des Peul par exemple.

Bien que détenteurs d'un statut supérieur et d'une certaine liberté, les Peul de cette région n'avaient pas un sort beaucoup plus enviable que le précédent groupe présenté. En effet, les nobles bariba ne portant attention qu'aux valeurs guerrières, cette population de pasteurs

²⁴ Le terme «Bariba» est la traduction française du terme «Baatonu» qui désigne cette population. J'utilise dans mon travail cette terminologie francophone ayant constaté durant ma recherche sur le terrain qu'une grande partie de la population employait de manière indéterminée les deux versions du terme. J'en ai aussi décidé ainsi étant donné la difficulté que j'éprouvais à prononcer le terme vernaculaire, évitant par la même tous risques de malentendu.

musulmans était dédaignée et ne pouvait en aucun cas prétendre à une quelconque fonction d'autorité. Ils gardaient toutefois la possibilité de quitter la région et de s'installer ailleurs contrairement aux Gando dont les mouvements étaient surveillés de très près. Ce faisant, il s'établissait un accord tacite entre les Peuls et les représentants de la noblesse bariba. Les uns acceptaient une forme d'exploitation alors que les autres leur fournissaient une protection efficace. C'est ainsi qu'un certain équilibre existait entre les intérêts réciproques des deux groupes en présence. Malgré cette sorte de contrat qui équilibrait les relations entre ces populations, le mariage interposé entre les deux groupes était encore proscrit. Même si les Peul profitaient d'une forme de liberté par rapport aux Gando, ils restaient enfermés dans un statut que nous pourrions qualifier de servage.

Le groupe bariba s'opposait donc par son statut d'homme libre et par ses activités pour la plupart orientées vers la guerre, la chasse, l'artisanat et accessoirement vers l'agriculture, aux deux autres groupes principaux présents dans la région du Borgou. Il se distinguait aussi de ses voisins de par son origine ethnique (LOMBARD J., 1965 : 35-38).

Par ailleurs, la société bariba était organisée sous forme de royaumes dirigés par des souverains qui représentaient l'autorité suprême sur leur terres tout en se soumettant au roi de la ville de Nikki, cette dernière étant considérée comme le premier lieu où les Bariba se sont installés dans la région.

La situation actuelle de ces populations a évidemment considérablement changé. Elles sont aujourd'hui sur un pied d'égalité face aux instances gouvernementales. Or, bien que ces groupes soient libres aujourd'hui, une domination symbolique des Bariba persiste sur les deux autres populations. De plus en plus mélangées dans les communes, ces groupes montrent par exemple encore certaines réticences à accepter des mariages entre leurs membres. Je soulève que ce type de clivages et de tensions pourrait avoir des influences sur le fonctionnement des systèmes de soins dans lesquels les différentes populations se côtoient et je souligne même que cette situation serait des plus intéressante à analyser. En ce qui concerne ma recherche, j'élude pourtant cette perspective interethnique de ma problématique car mes interlocuteurs proviennent tous du groupe des Bariba.

Il faut ajouter que malgré la destitution du pouvoir féodal traditionnel par les institutions modernes du gouvernement béninois, les familles princières bariba bénéficient toujours d'une grande reconnaissance populaire dans la région du Borgou. Elles influencent donc encore la politique de cette région par l'importance qu'elles gardent aux yeux de la population car cette dernière se soumet encore à certains principes traditionnels.

2.3 Situation économique

L'économie du Bénin est essentiellement basée sur l'agriculture dont le secteur représente 54 à 75% de la population active et autour de 40% du PIB²⁵. Hormis les produits de l'élevage, le Bénin est autosuffisant sur le plan alimentaire. Les principales denrées issues de la culture vivrière sont l'igname, le manioc, le sorgho, le palmier à huile, le mil, le haricot, le maïs et l'arachide.

Le secteur de l'élevage bovin dont s'occupent les populations Peul est assez précaire.

Plus de la moitié des exportations repose actuellement sur le commerce du coton qui a détrôné le palmier à huile comme principale culture de rente. Ce commerce constitue plus d'un quart des recettes de l'Etat. Les autres cultures de rentes comme l'arachide, le tabac, l'amande de karité, le kapok et l'anacardier sont beaucoup moins importantes en terme de volume de bénéfices. Il faut souligner que le marché du coton a subi depuis quelques années un revers sans précédent, acculant ses producteurs à une situation d'extrême précarité (RICHARD J-M., 2001 : 48-49).

L'activité économique principale du Borgou est la production de coton, généralement associée aux productions vivrières et à l'élevage bovin. Encore une fois, cette dernière activité est l'apanage des populations Peul, pour la plupart sédentaires dans cette région. Leurs techniques d'élevage, restant pour l'essentiel traditionnelles, sont peu productives.

En ce qui concerne les activités du secteur secondaire, le Borgou dispose d'usines d'égrenage de coton, de confection de textile et d'une brasserie.

Au niveau des services, les entreprises de transport basées à Parakou représentent un secteur d'activité dynamique.

La cueillette représente enfin un secteur informel largement exploité par la population borgoise (du Borgou). C'est ainsi que l'amande de karité, dont on extrait un beurre blanchâtre aux vertus cosmétiques avérées et le fruit du néré qui donne un type de moutarde riche en lipides et glucides sont ramassés durant deux saisons de récoltes (PASSOT B., 1996 : 209-210). Les principales activités de N'Dali se confondent dans les domaines que nous venons de citer.

²⁵ Produit Intérieur Brut.

2.4 Un brin d'histoire

2.4.1 Histoire du Bénin de la période de la colonisation jusqu'à nos jours

Colonie française depuis 1894, le Bénin, anciennement prénommé Dahomey jusqu'en 1975, accède à l'indépendance en 1960. Vient alors une période durant laquelle se succèdent de nombreux présidents à la tête du pays, et ceci jusqu'à l'accession au pouvoir du général Mathieu Kérékou en 1972 suite à un coup d'Etat militaire. Le nouveau président décide alors de guider le Bénin vers une voie marxiste-léniniste en effectuant un rapprochement important avec le gouvernement de l'URSS²⁶.

Durant le passage des années 1980-90, de nouveaux éléments tels que la chute du mur de Berlin et une aide extérieure de plus en plus liée à la démocratisation, instaurent un nouveau contexte politique mondial. Cette situation a pour conséquence de plonger le Bénin dans de graves difficultés économiques. Le pays étant acculé à la faillite, le président Kérékou est contraint en juin 1989 d'accepter les conditions draconiennes imposées par le FMI²⁷ et la banque mondiale pour l'obtention de leur aide financière.

En février 1990, la décision de mettre fin au régime du parti unique et d'organiser des élections générales après avoir doté le pays d'une nouvelle constitution est prise lors d'une conférence nationale. En mars de l'année suivante, le Premier ministre Nicéphore Soglo s'empare du pouvoir en remportant les élections contre Kérékou. Ce dernier récupérera démocratiquement la tête de l'Etat béninois durant les élections présidentielles de 1996 (RICHARD J-M., 2001 : 46).

2.4.2 Eléments de la médecine coloniale dans la région

Il est intéressant de remarquer certaines caractéristiques fondamentales de la médecine coloniale promulguée au Bénin afin d'avoir une idée de l'empreinte qu'ont pu laisser ces pratiques au sein des populations.

Premièrement, la grande majorité des auteurs qui se sont penchés sur la question s'accordent à dire que cette médecine coloniale n'était dispensée que dans le but de préserver les forces productives représentées par leurs administrés. Ensuite de cela, la médecine coloniale était conçue comme une médecine de masse, caractérisée par sa mobilité et desservie par des auxiliaires de santé non médecins (HOURS B., 1996 : 125). Elle n'avait pas pour vocation de traiter un patient ou un malade mais plutôt une épidémie, une pathologie, une affection. Elle

²⁶ Union des Républiques Socialistes Soviétiques.

²⁷ Fond Monétaire International.

était organisée sur un modèle militaire et se voulait efficace et rationnelle. Depuis l'avènement des découvertes pasteurienne de la fin du XIX^{ème} siècle, cette médecine a occulté les explications traditionnelles des causes de maladies et a introduit des traitements radicalement différents de ceux que proposaient les guérisseurs africains. Elle ne s'intéressait alors qu'aux causes «objectives» des affections en écartant tout autre type d'explication. En agissant de la sorte, elle s'imposait dans toute sa puissance comme une vision monolithique de la connaissance, niant par la même la spécificité culturelle des savoirs locaux.

C'est ainsi que sous ce type d'influence, des pays de l'Afrique de l'Ouest comme le Bénin, le Burkina-Faso ou encore le Mali, ont hérité à leur accession à l'indépendance d'une infrastructure sanitaire lourde et économiquement mal adaptée. Leurs dirigeants ont pourtant continué à promulguer le système de santé occidental et à appliquer des principes thérapeutiques ne répondant pas aux attentes populaires. Les différentes nations de cette région ont donc privilégié une médecine hospitalière coûteuse, impopulaire, enclavée dans les centres urbains et finalement inappropriée aux réalités socioculturelles du continent (FROIDEVAUX S., 2001 : 490).

2.4.3 Initiatives de l'Etat béninois pour le développement et l'intégration de la médecine traditionnelle dans le système national de santé

Depuis maintes années, les autorités béninoises en charge de la promotion des soins constatent que les services de santé de la médecine moderne ne donnent pas pleine satisfaction à leurs utilisateurs. Premièrement, les dispositifs sanitaires mis en place ne sont pas répartis uniformément sur le territoire du Bénin. Deuxièmement, même lorsque ces dispositifs sont présents, ils ne jouissent que d'une fréquentation très partielle (34%) alors que la population ne cesse de recourir massivement à la médecine traditionnelle. C'est pourquoi le ministère de la santé béninois a souvent tenté de promulguer le développement et l'intégration de la médecine traditionnelle dans le système de santé étatique, exposant cette ambition comme une véritable «préoccupation nationale et un impératif de développement»²⁸. C'est ainsi qu'entre 1985 et 1990, le gouvernement béninois a formé la direction de la recherche, de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle au sein de son ministère de la santé publique afin d' «améliorer et de valoriser les compétences locales traditionnelles».

En date du 3 Mars 1986, les instances décisionnelles en terme de santé ont aussi décrété les statuts et le règlement intérieur de l'association nationale des praticiens de la médecine traditionnelle béninoise. Entre 1990 et 1995, le fonctionnement de cette association s'est vu ralenti par une mauvaise gestion de la coordination des groupes membres au niveau

²⁸ Pour plus amples informations sur les options sanitaires du gouvernement béninois préfigurant cette tendance au développement des médecines traditionnelles, se référer à l'annexe n°3.

départemental comme au niveau national. En réponse à ce passage difficile, le gouvernement a effectué une table ronde du secteur de la santé en janvier 1995, rencontre au cours de laquelle a émergé l'idée du développement de la pharmacopée et de la médecine traditionnelle.

C'est donc le programme pour la promotion de la pharmacopée et de la médecine traditionnelle qui représente la dernière initiative du gouvernement béninois dans le sens d'un développement et d'une intégration de la médecine traditionnelle dans le cadre de la médecine moderne promulguée par la nation. Ce programme fait partie des investissements publics et bénéficie de l'appui de l'OMS. Voici les cinq points qui sont prévus par le gouvernement dans son plan d'action pour la période 2001-2006 afin de réaliser ce programme :

- l'élaboration et la mise en œuvre d'un cadre juridique adapté aux praticiens de la médecine traditionnelle ;
- le renforcement de la capacité technique des praticiens de la médecine traditionnelle ;
- la poursuite de l'installation de 50 jardins de plantes médicinales dans les circonscriptions administratives.
- la mise en place d'une base de données sur les plantes médicinales ;
- la construction d'unités de soins de médecine traditionnelle dans tous les départements.²⁹

²⁹ Informations tirées du dépliant informatif sur le PPMT. Document émis en septembre 2004 par le ministère de la santé publique de la république du Bénin (Direction des Pharmacies et des Explorations Diagnostiques). Cf. Annexe n°4.

III. Méthodologie :

3.1 Approche méthodologique et démarche empirique

3.1.1 Inspirations théoriques

Tout comme J.P. Olivier de Sardan, O. Biershenk et leurs collaborateurs, je considère que les méthodes en sciences sociales doivent faire état d'une relation d' "affinité sélective" avec un "point de vue" sur le social contrairement à une vision plus techniciste qui conçoit ces méthodes indépendamment des problématiques auxquelles elles se rattachent. Je soulève toutefois que cette notion d'affinité sélective ne doit pas être comprise dans un sens déterministe puisque, si un point de vue théorique écarte certaines méthodologies d'enquêtes, il reste valable pour plusieurs d'entre elles. Inversement, si une méthode spécifique ne peut fonctionner dans le cadre de toutes les approches théoriques, elle peut s'avérer probante pour plusieurs d'entre elles. Je peux donc dire que la méthode que j'utilise pour effectuer mon travail est une méthode à "problématique minimum intégrée" étant donné sa filiation directe avec un «point de vue» en sciences sociales qui se définit à travers trois concepts : «le conflit», «les arènes» et «les groupes stratégiques». Selon ces concepts, que je vais expliquer, et à l'instar des chercheurs susmentionnés, je ne pense pas «qu'un village africain soit une communauté unie par la tradition, cimentée par le consensus, organisée par une "vision du monde" partagée, et régie par une culture commune...» (OLIVIER de SARDAN J.P., 2003 : 20-21).

La pertinence de l'usage du concept de «conflit» se base sur deux points essentiels. Premièrement, le conflit est un élément inhérent à toute vie sociale si je me réfère au constat empirique selon lequel il anime la totalité des sociétés. En second lieu, les sociétés sont toutes clivées et divisées même lorsqu'elles semblent dénuées de toutes formes institutionnalisées de gouvernement. Ces divisions et clivages se maintiennent par les normes et règles morales que constituent les coutumes. Dans cette situation, les conflits se construisent autour des intérêts défendus par les acteurs sociaux depuis les diverses positions sociales qui composent la structure de la société. Il faut toutefois souligner que si cette analyse structurelle de la société est bien valable, elle demande à être un temps soit peu revisitée. En effet, les individus qui occupent ces positions sociales bénéficient d'une certaine marge de manœuvre car les conflits qui les animent ne sont pas uniquement l'expression de leurs intérêts «objectifs» divergents mais aussi «l'effet de stratégies personnelles, plus ou moins insérées dans des réseaux et organisées en alliance» (ibid. : 22). C'est pourquoi, il faut ajouter à cette analyse structurelle, une dimension stratégique. En fait, les acteurs sociaux «jouent» avec les contraintes et les

ressources que représentent pour eux les caractéristiques sociales dans une certaine marge de manœuvre déterminée par leur position sociale. Il ne faut cependant pas oublier que «chaque acteur appartient à plus d'une structure et a plus d'un rôle à jouer, plus d'une identité à gérer» (ibid. : 22). Ce qui l'amène à choisir entre différentes normes suivant la situation sociale concrète dans laquelle il s'implique.

J'utilise donc dans mon approche le repérage et l'étude de ces conflits comme fil conducteur pour me permettre de révéler la structure et les normes de la société en question.

La notion d' «arène», quant à elle, définit l'espace social où prennent place les confrontations et autres affrontements dont j'ai souligné l'existence en évoquant le concept de conflits. Cette notion peut-être rapprochée de la notion voisine de "champ", souvent utilisée dans la recherche en sciences humaines. Par exemple, selon J.P. Olivier de Sardan qui reprend les théories de M. Swartz³⁰, le champ (politique) est «un espace social et territorial à l'intérieur duquel sont reliés les uns aux autres les acteurs impliqués dans un processus politique» (ibid. : 23). Le champ politique comprend alors "the values, meanings, resources, and relationships employed by (the) participants in that process" (SWARTZ in OLIVIER de SARDAN J.P., 2003 : 23).

Il convient aussi de mentionner l'acceptation que P. Bourdieu confère à cette notion de champ. Selon cet auteur et suivant ce qu'en rapporte J.P. Olivier de Sardan, cette notion est polysémique dans le sens qu'elle représente «à la fois un "marché" (au sens métaphorique) où les acteurs dotés de "capitaux" divers (capital économique, symbolique, social...) sont en concurrence, à la fois un certain type de structure sociale autonomisée (des institutions, des agents spécialisés, un langage) et à la fois un espace de jeux et d'enjeux relevant d'un rapport de forces entre groupes sociaux» (OLIVIER de SARDAN J.P. 2003 : 23).

Bien que ces définitions de la notion de champ correspondent au niveau théorique avec la notion d'arène que je compte utiliser, elles se situent trop à un niveau macro-sociologique pour être efficaces dans le cadre de ma problématique. C'est pourquoi, je préfère m'en remettre à la définition défendue par le collectif de chercheurs dirigé par J.P. Olivier de Sardan en ce qui concerne la notion d'arène, soit : «Pour nous, l'arène évoque à la fois une échelle plus restreinte et une plus claire conscience des affrontements chez les acteurs eux-mêmes. Une arène, au sens où nous l'entendons, est un lieu de confrontations concrètes d'acteurs sociaux en interaction autour d'enjeux communs» (ibid. : 23-24).

Vient alors la notion de «groupes stratégiques» que cet ensemble de chercheurs emprunte au sociologue allemand H.D. Evers³¹ qui propose par cette expression une alternative à la

³⁰ Pour plus d'informations à ce sujet, consultez SWARTZ M. J. 1969.- *Local-level Politics. Social and Cultural Perspectives*.- London : University of London Press.- pp. 1-46.

³¹ Pour plus d'informations à ce sujet, consultez EVERS H. D. & SHIEL T. 1988, *Strategische Gruppen. Vergleichenden Studien zu Staat, Bokratie uun Klassenbildung in der dritten Welt*, Berlin : Reimer Verlag.

catégorie de classe sociale. Catégorie qui selon son point de vue est «trop figée, trop mécanique, trop économique, trop dépendante d'une analyse marxiste en terme de "rapports de production"» pour rendre compte des réalités empiriques (ibid. : 23-24). Cette perspective pragmatique conçoit alors les groupes stratégiques comme «des agrégats sociaux plus empiriques, à géométrie variable, qui défendent des intérêts communs, en particulier par le biais de l'action sociale et politique» (ibid. : 24). Elle se base sur l'analyse des formes d'actions observables ayant pour but l'appropriation de ressources afin de définir les groupes pertinents en confrontation. Et ceci au lieu de prédéterminer les critères de constitution de ces groupes sociaux.

J.P. Olivier de Sardan soulève toutefois que les classifications sociales "classiques" comme la classe sociale, le "genre" ou l'ethnicité restent utiles mais sans bénéficier de priorité théorique. Selon lui, «elles peuvent n'être que indirectement pertinentes, en tant que variables structurelles constituant des contraintes ou des ressources pour l'action politique» (ibid. : 24).

J.P. Olivier de Sardan et ses collaborateurs constatent par la suite que la notion de groupes stratégiques chez H.D. Evers s'applique uniquement à l'échelle de l'arène nationale se situant de fait au niveau "macro" et qu'elle ne prend quasiment en compte que les aspects économiques. C'est pourquoi, ils proposent «de libérer le concept de "groupes stratégiques" de sa définition économique étroite et de son acception trop "macro", en le rendant opératoire au niveau de la société locale, où il peut être lié à l'observation des formes d'interaction directe entre acteurs identifiables» (ibid. : 24).

Reste à savoir, comme se le demandent ces auteurs, si ces groupes existent réellement en tant que «corps» partageant des normes communes, des actions collectives et des procédures de concertation ou s'ils existent seulement sous la forme d'agrégats artificiels construits par les chercheurs. A l'instar de ces auteurs, je considère au départ le groupe stratégique comme une hypothèse de travail du chercheur, comme une sorte de "groupe virtuel" qui m'aide à penser la convergence des stratégies entre certains individus dont je peux supposer qu'ils partagent une position similaire face à un même "problème" (qui peut être évidemment de nature économique ou non). Cette supposition se vérifie par le fait que suivant les positions sociales dans lesquelles les acteurs se situent face à un problème donné, ces derniers n'ont pas un nombre infini de comportements à adopter. En fait, c'est à travers l'analyse du rapport qu'entretiennent ces groupes stratégiques devant un problème défini, qu'il incombe aux chercheurs de déterminer en dernier lieu, la cohésion et l'existence «réelle» de ces regroupements (ibid. : 25).

J'ajoute, de concert avec l'équipe de chercheurs entourant J.P. Olivier de Sardan, que les groupes stratégiques (virtuels ou réels) ne sont pas pertinents pour tous les problèmes et constitués définitivement comme les définitions classiques des groupes sociaux. En effet, il

s'avère qu'ils varient selon les problèmes considérés ou autrement dit, selon les enjeux locaux.

3.1.2 Méthodes utilisées sur le terrain

La méthode empirique principale que j'ai employée pour effectuer ma recherche sur le terrain est celle de l'entretien semi directif enregistré. J'ai donc élaboré un questionnaire que j'ai utilisé non pas comme un cadre strict au déroulement immuable mais comme un canevas laissant une grande liberté à mes interlocuteurs. J'ai cependant toujours commencé par la même entrée en matière pour pouvoir observer une rigueur que je considère indispensable en termes éthiques et techniques.

En guise d'introduction à ces entretiens, je prenais le temps de me présenter personnellement (nom, provenance, fonction) et de définir dans des termes compréhensibles pour mes interlocuteurs, l'objet de ma recherche. Je continuais en m'assurant que l'enregistrement n'offusquait aucunes sensibilités tout en garantissant la nature confidentielle des informations collectées. Je démarrais ensuite l'enregistrement en déclinant les informations nécessaires au classement ultérieur des informations engrangées.

En ce qui concerne le déroulement des entretiens, j'ai toujours initié la conversation par des questions appelant des réponses descriptives ou narratives afin de mettre mes interlocuteurs en confiance. Je lançais ensuite des interrogations liées à des points généraux de ma problématique pour inciter les interviewés à s'avancer sur des pistes de réflexions plus spécifiques qu'ils choisissaient eux-mêmes. Je creusais alors les développements adoptés par ces acteurs sociaux en créant de nouvelles questions au fur et à mesure que la discussion avançait. J'ai essayé par ce biais de modeler mes interventions sur le discours de mes partenaires en rebondissant sur certains éléments de leurs réponses. De surcroît, j'ai tenté de leur laisser un maximum de temps de parole tout en les incitant à oublier le caractère formel que prenaient parfois ces entretiens à leurs yeux.

D'autre part, j'ai essayé d'explorer le plus grand nombre de variantes en ce qui concerne les configurations «physiques» des entretiens. Je me suis donc appliqué à modifier des variables telles que le lieu où ont pris place ces entretiens et le nombre de personnes qu'ils impliquaient. J'ai donc procédé à des entretiens collectifs et individuels, chez mes interlocuteurs (habitat, lieux de travail), dans des endroits publics ou encore à mon propre domicile. En agissant ainsi, je comptais diminuer, dans la mesure du possible, les diverses influences sur les discours qui pouvaient provenir du contexte dans lequel se passaient ces entretiens. Outre les avantages difficilement observables provoqués par cette manière de fonctionner, tels que l'amélioration de l'état de sérénité de mes interlocuteurs ou la

diminution de l'influence de la dimension symbolique des lieux où se tenaient ces entretiens sur leur discours, j'ai concrètement constaté les effets positifs de cette démarche.

Pour prendre un exemple, c'est dans les termes suivants qu'un de mes interlocuteurs s'est exprimé au sujet de ses «collègues» en me recevant chez lui après une première rencontre collective effectuée au sein d'un groupe dont il faisait partie : *«Nous ne nous aimons pas et c'est ce qui est dommage. Vous êtes ensemble mais vos intentions sont diverses. C'est pour ça que j'ai apprécié le fait que vous ayez proposé de nous rencontrer individuellement»* (10 juin 2005). Cet interlocuteur était donc plus à l'aise pour me répondre individuellement dans sa demeure que dans un groupe qui constituait visiblement pour lui, une forme de pression. Pour prendre un second exemple, j'ai remarqué que mes interlocuteurs mettaient souvent un point d'honneur à me recevoir en boubous³² de fêtes et ceci, pour respecter les règles de bienséances attenantes à l'hospitalité béninoise. Or, suivant les situations (et bien malgré moi d'ailleurs), il m'arrivait parfois de rencontrer ces personnes dans leurs vêtements quotidiens, ce qui les plongeait dans une forme de désarroi gênant pour les deux parties en présence. C'est pourquoi, j'ai décidé d'effectuer quelques entretiens là où j'habitais. Ce faisant, mes intervenants détenaient plus de liberté quant à l'heure à laquelle ils comptaient s'entretenir avec moi et quant au choix de leur habillement.

La deuxième méthode utilisée lors de la partie ethnographique de mon travail est celle de l'observation. J'ai observé entre autres choses, les lieux où mes interlocuteurs travaillaient, les conditions de vie matérielle de ces derniers, leurs interrelations respectives lors de scènes quotidiennes et le cadre général dans lequel leurs activités s'inscrivaient. Pour ce faire j'ai récolté des données au fil de mes pérégrinations dans la région du Borgou. J'ai aussi décidé de partager des moments de vie de certains de mes interlocuteurs en participant à des événements de natures diverses comme des parties de football, des concerts, des mariages, des baptêmes, des fêtes traditionnelles etc. Ceci m'a permis d'observer la relation qu'entretenaient les membres de la société borgoise (du Borgou) avec leurs traditions, leur gouvernement et leurs institutions. Je réunissais ces observations sous forme de notes dans «un carnet de bord» le soir, en arrivant chez moi.

En relation plus directe avec ma problématique, j'ai passé des heures à observer le fourmillement typique dans les couloirs des établissements médicaux modernes et à décrire les éléments significatifs constituant la case d'un guérisseur traditionnel.

J'ai procédé pour ce dernier point, par une prise de notes parallèles à l'établissement de mes entretiens. En effet, une bonne moitié de ces entretiens ayant été effectués en langue vernaculaire par l'intermédiaire du traducteur qui m'accompagnait, je me retrouvais souvent

³² Habillement traditionnel consistant en une sorte de longue et ample tunique de bazin portée par les hommes souvent affublée de fines broderies aux motifs arabisants. Porté dans des circonstances particulières, il désigne aussi le rang de l'individu qui le revêt.

réduit à une position de spectateur dont je profitais pour décrire tout ce que j'étais en mesure d'observer. J'ai ainsi accumulé des notes sur les comportements gestuels de mes interlocuteurs pendant qu'ils s'exprimaient, sur le détail des lieux où se situaient ces entretiens et sur les comportements des membres de la famille de ces interlocuteurs durant mes entretiens³³. Je reportais ensuite ces informations sous forme de «didascalies» pour les adjoindre aux retranscriptions de mes entretiens. Cet exercice m'a permis d'ajouter dans certains cas de figure une touche «qualitative» supplémentaire à mes interprétations.

Concernant le réseau d'informateurs que j'ai constitué afin de rencontrer les acteurs sociaux qui composaient les milieux approchés, je me suis essentiellement basé sur des personnages «ressources» qui étaient en relation étroite avec les populations locales. C'est donc grâce à des chercheurs en «socio-anthropologie³⁴», des coordinateurs de projets promulgués par des ONG³⁵, des anciens représentants des autorités des communes en question et des dignitaires des pouvoirs traditionnels autochtones que j'ai élaboré les contacts indispensables à la mise en place de cette recherche.

Pour finir, et à mon plus grand regret, je tiens à souligner que je n'ai pas réussi à réaliser une véritable «observation participante» dans le domaine médical traditionnel, faute d'avoir pu maîtriser les fondements linguistiques nécessaires à cet effet, problème linguistique sur lequel je vais me pencher plus particulièrement dans le point suivant.

3.1.3 Difficultés rencontrées

Bien évidemment, j'ai rencontré une multitude de difficultés dans la pratique de mes recherches de terrain dont la première et la plus importante a très certainement été la barrière de la langue. Partant du fait que ma problématique avait trait pour une partie considérable aux pratiques médicales traditionnelles, il me fallait maîtriser la langue utilisée par leurs détenteurs.

Dans un premier temps, j'ai donc tenté de me familiariser avec la langue vernaculaire de la région du Borgou, entreprise qui s'est vite révélée dénuée de sens au regard du temps imparti à la phase ethnographique de ma recherche et à la grande complexité de la langue en question. Je me suis donc cantonné à l'acquisition des formules élémentaires de politesse qu'exige le minimum de respect envers les populations interrogées. Parallèlement à cela et pour palier à cette difficulté linguistique, je me suis adjoint les services d'un traducteur, et ceci au prix d'une longue réflexion dont les causes sont les suivantes :

³³ Cf. Annexe n°5.

³⁴ Les disciplines de l'Anthropologie et de la Sociologie n'étant pas séparées dans les universités béninoises les deux sciences sociales sont regroupées sous une appellation commune, la «socio-anthropologie».

³⁵ Organisations Non Gouvernementales

Il fallait que cette personne soit intéressée par le sujet de ma recherche, qu'elle ait acquis un bon niveau de français et de bariba afin de pouvoir traduire le plus précisément possible les propos de chacune des parties et qu'elle puisse être perçue positivement par les dignitaires de la tradition en présence. J'ai trouvé une personne qui réunissait toutes ces conditions requises. Cet individu n'était autre que le frère de mon ami et contact originel dont j'ai parlé lorsque j'ai évoqué les raisons du choix de mon terrain.

Ce jeune étudiant à l'université réunissait tous ces facteurs avantageux. Il parlait couramment les deux langues, faisait partie d'une famille princière bariba³⁶, s'intéressait aux rapports existant entre la modernité et la tradition et jouissait d'une bonne expérience de la pratique de l'entretien ayant collaboré avec son frère dans le cadre d'études socio-anthropologiques promulguées par le LASDEL³⁷. Il a donc largement contribué au bon déroulement de mon étude de terrain.

Pour en revenir à la complexité de la langue bariba, mon traducteur, mes collaborateurs et moi avons constaté plusieurs facteurs. Tout d'abord, le bariba n'est pas employé uniformément dans toute la région du Borgou. Nous avons ainsi repéré des différences significatives au niveau des accentuations et des expressions dans des villages parfois seulement séparés de quelques kilomètres, ce qui a considérablement complexifié nos démarches. Plus encore, cette langue est utilisée sous forme de paraboles par les guérisseurs traditionnels que nous avons pu rencontrer. Ce qui a rendu la traduction d'autant plus difficile étant donné la finesse et la multitude des interprétations possibles pour déchiffrer le sens des discours entendus.

Une autre difficulté rencontrée a été le phénomène d'«enclichage» dont parle abondamment J.P. Olivier de Sardan dans ses commentaires au sujet des «biais» existants dans toutes recherches de terrain. Selon lui, «l'insertion du chercheur dans une société ne se fait jamais avec la société dans son ensemble, mais à travers des groupes particuliers. Il s'insère dans certains réseaux et pas d'autres» (2003 : 49). Il en a bien été ainsi lors de mon travail durant lequel j'ai toujours été projeté bon gré mal gré dans un groupe spécifique de la population. Cette tendance directionnelle a souvent été imprimée par l'influence des «personnes ressources» impliquées.

Pour prendre un exemple, j'ai eu la chance de rencontrer la totalité des membres d'une association de tradipraticiens par l'entremise du secrétaire de celle-ci qu'on m'avait présenté. Ce secrétaire, qui est devenu ma «personne ressource», m'a donc permis de faciliter ma rencontre avec un grand nombre de tradipraticiens. Dans le sens inverse, l'intermédiaire du

³⁶ Cet élément s'est révélé fort utile pour établir un climat de confiance avec mes interlocuteurs, les guérisseurs traditionnels. Ces derniers étant issus d'un domaine aux références traditionnelles ont toujours manifesté leur contentement lorsqu'ils apprenaient l'origine familiale de mon traducteur et compagnon.

³⁷ Laboratoire d'Etudes et de Recherches sur les Dynamiques Sociales et le Développement.

secrétaire de cette association a constitué un problème pour rencontrer les guérisseurs traditionnels qui ne voulaient pas intégrer l'association en question. J'étais en fait catégorisé par ces derniers comme un élément «pro association» de tradipraticiens car je me promenais souvent avec le secrétaire de l'association du village dans lequel j'ai mené mon enquête. De plus, mon informateur ne cherchait pas forcément à me présenter des guérisseurs hors de l'association pour laquelle il militait.

Pour reprendre le même exemple mais sous un «angle» différent, constituant une autre forme d'«enclichage», j'ai été introduit à cet informateur principal par un représentant béninois d'une des branches actives des projets liés au domaine de la santé promulgués par la coopération suisse dans cette région. Ce qui a induit des comportements des différents membres de cette association à mon égard qui laissaient supposer des intérêts particuliers. En effet, bien souvent, le discours de ces tradipraticiens dépeignait la solidité et l'efficacité de leur groupe ainsi que leurs doléances comme des arguments favorables à une intervention extérieure.

Pour citer un troisième type d'enclichage, il faut soulever que le chercheur est toujours dépendant «des propres affinités et hostilités de son interprète, comme des appartenances ou des ostracismes auquel le voue le statut de ce dernier» (OLIVIER de SARDAN J.P. 2003 : 49). C'est pourquoi, j'ai longuement parlé avec le traducteur qui me secondait au sujet de l'objet de ma recherche afin de déterminer ses positions et les stéréotypes qui pouvaient en découler, exercice qui m'a d'ailleurs aussi permis de repérer certains de mes propres appriorismes. Il va sans dire que nous avons des points de vue divergents sur certaines facettes du sujet abordé, ce qui constituait d'ailleurs l'occasion de vifs débats.

Un autre problème auquel j'ai été confronté était lié aux difficultés logistiques produites par le contexte culturel ambiant. En effet, et très logiquement, j'ai adapté mon fonctionnement aux usages de la région du Borgou. J'ai par exemple dû me prêter à des présentations aux autorités³⁸ locales avant de procéder à mes investigations. Ces étapes préliminaires que je trouvais par trop empruntées d'un formalisme inutile en référence au niveaux touchés par la portée d'un travail tel que le mien, m'assuraient la caution des autorités modernes de la communauté dans l'éventualité d'un quelconque quiproquo induit par mes activités.

Je me suis aussi rendu compte que la période durant laquelle j'ai mis en place mes entretiens ne correspondait pas à une bonne disponibilité des guérisseurs traditionnels. En effet ces derniers étant pour leur grande majorité des agriculteurs, ils devaient travailler leurs champs toute la journée à cette époque de l'année.

³⁸ Nous faisons ici références aux autorités officielles des localités que nous avons parcourues. Nous parlons donc des maires, des adjoints et autres membres administratifs qui composent les instances dirigeantes officielles des communautés que nous avons approché.

J'ai de même été surpris à plusieurs reprises par des événements dont je ne connaissais pas l'existence (rites calendaires, fêtes traditionnelles...), ce qui m'a empêché de tenir le fil de ma procédure comme je l'avais initialement pensé.

En dernier lieu, j'ai été bousculé dans ma façon d'agir par la conception différente que mes interlocuteurs et moi-même avions de la notion de temps. Il s'est avéré que mes interlocuteurs percevaient le temps d'une manière si «élastique» que j'avais de la peine à organiser mes activités.

Deuxième partie :

I. Description et analyse de la situation à N'Dali

1.1 Le pluralisme médical en présence à N'Dali

Avant d'entrer dans des considérations plus détaillées quant à ma problématique, je tiens à souligner que la situation du pluralisme médical régnant dans le village où mes investigations ont pris effet constitue une configuration doublement plurielle comme c'est le cas dans de nombreuses régions du Bénin et de l'Afrique de l'Ouest en général.

Il est souvent admis que la notion de pluralisme médical définit une situation dans laquelle cohabitent principalement deux types de systèmes de soins. Un système de soins moderne et un autre traditionnel. Pour le premier, il faut comprendre un ensemble de pratiques essentiellement basées sur des axiomes provenant des sciences positives et, pour le deuxième, un ensemble plus vague comprenant les pratiques de soins présentes dans la région considérée, avant l'influence coloniale.

Utilisé ainsi, ce concept divise de manière simpliste et dichotomique le monde médical en deux parties, celle de la modernité et celle de la tradition. Or, cette approche me paraît peu probante, voire réductrice, au regard de la diversité des pratiques de soins qui sont communément réunies sous le vocable de «médecines traditionnelles». C'est pourquoi, à l'instar d'auteurs spécialisés sur la question, je considère que l'ensemble des pratiques «traditionnelles» représente en lui-même, une forme de pluralisme médical dont il faut aborder la diversité qui le compose au plus près. Pour reprendre les termes de Françoise Grange, «les sociétés africaines possèdent diverses institutions chargées de fonctions diagnostiques et curatives et comportent en cela un pluralisme en quelque sorte intrinsèque» (GRANGE F. 1997 : 58).

Il existe donc une forme de pluralisme originel auquel viennent s'ajouter divers éléments au fil du temps pour donner naissance à «une gamme de divers systèmes médicaux dont l'histoire a superposé les strates sans qu'il y ait substitution d'une forme à l'autre» (ibid. : 58). Pour prendre un exemple, aux cultes de possessions liés à des formes religieuses animistes qui représentent la plupart des pratiques médicales traditionnelles dans le nord du Bénin, se sont ajoutés des cultes d'inspirations monothéistes comme les cultes maraboutistes issus de l'islam ou encore les cultes prophétiques issus du christianisme.

D'autre part, l'époque contemporaine avec ses caractéristiques spécifiques parmi lesquelles nous pouvons compter le développement croissant des échanges et des migrations ainsi que

l'avènement des nouveaux types de médiatisation voit se multiplier des formes d'hybridation des systèmes thérapeutiques de plus en plus complexes. Ce phénomène est plus particulièrement observable dans les milieux urbains (ibid. : 59).

Il en va de même à N'Dali où se côtoient une multitude de guérisseurs traditionnels parmi lesquels il faut compter les prêtres et autres prophètes charismatiques³⁹, les guérisseurs aux pouvoirs rattachés aux vertus des plantes, les guérisseurs s'appuyant sur les forces mystiques, ceux qui utilisent les thérapies à base de massages, et les devins ou autres marabouts⁴⁰. Ce qui constitue déjà une première partie de la définition du pluralisme en question. Ces divers praticiens représentent en quelque sorte le pluralisme médical originel de N'Dali.

La seconde partie de cette définition du pluralisme oppose les praticiens précités à la présence formelle et informelle des divers médecins modernes et agents de santé. Bien que ces représentants de la médecine moderne se basent sur des références communes en terme de techniques et de pratiques (ce qui n'est pas forcément le cas chez les différents guérisseurs traditionnels), ils ne constituent pas un groupe si homogène que cela. En effet, leurs différents statuts (privé, public, formel, informel) constituent parfois des sources de conflits au sein même de la communauté des praticiens modernes.

Il ne faut pas oublier de relever la présence importante des vendeurs ambulants souvent qualifiés par le surnom de «charlatans». Ces vendeurs à l'étalage représentent un groupe hétérogène de soignants difficilement classables dans un où l'autre type de médecines puisqu'ils utilisent tour à tour des produits et des savoirs de natures différentes.

Pour terminer, il faut mentionner l'usage généralisé de l'automédication par la population du nord du Bénin. Les individus ont l'habitude d'utiliser des recettes familiales à base de plantes médicinales et de se fournir en médicaments de contrefaçon sur un marché de contrebande parallèle aux canaux de distributions officiels.

Compte tenu de cette spectaculaire diversité, j'ai opéré des choix quant aux acteurs sur lesquels j'allais me pencher. Comme je l'ai déjà mentionné, mon attention s'est focalisée sur la nature des relations existantes entre les guérisseurs traditionnels et les représentants de la médecine moderne. Plus particulièrement, c'est à travers l'étude de l'association de tradipraticiens de N'Dali que j'ai tenté de découvrir la nature de ces relations.

J'ai donc entrepris d'étudier les guérisseurs traditionnels et les agents de la santé moderne. Au niveau du groupe des praticiens traditionnels, j'ai toutefois éliminé de ma réflexion les guérisseurs pratiquant la divination et les praticiens à caractères confessionnels comme les

³⁹ Pour plus amples informations au sujet de l'avènement de ces nouveaux types de mouvements thérapeutiques, consultez l'excellent article de TONDA J. 2001.- *Le syndrome du prophète. Médecines africaines et précarités identitaires.*- in : Cahiers d'études africaines vol. 161, n°41.- Paris : EHESS.- pp. 139-162.

⁴⁰ Il faut savoir que la plupart de ces différents types de thérapies énoncées ici peuvent être maîtrisées par un seul guérisseur traditionnel. Ils ne sont donc pas tous relatifs à un type spécifique de guérisseurs traditionnels.

prêtres charismatiques et les prophètes en tous genres, et ceci, parce qu'ils doivent, selon moi, faire l'objet d'une approche spécifique. En ce qui concerne le côté moderne de la médecine, outre ses représentants officiels, j'ai seulement abordé le sujet des agents de santé privés et informels de manière succincte. J'ai aussi brièvement évoqué le cas spécifique des charlatans mais uniquement à travers la définition qu'en donnaient les autres groupes de praticiens.

En définitive, pour ajouter à la compréhension de mon travail, j'ai décidé d'employer systématiquement la terminologie suivante. Lorsque j'utilise le terme de guérisseurs traditionnels, je comprends tous les guérisseurs que j'ai décidé d'étudier. Parmi ceux-ci, j'opère une subdivision entre les tradipraticiens et les guérisseurs indépendants. Le premier groupe défini est celui des guérisseurs réunis en association et le second représente les guérisseurs qui refusent ou n'ont pas eu l'occasion d'intégrer ce type de regroupement.

Bien entendu, cette façon de déterminer les différents groupes en présence est très schématique et ne peut en aucun cas traduire la complexité de la situation réelle. En effet, la réalité de ces groupes est beaucoup plus nuancée et les différences utilisées pour délimiter les groupes de praticiens entre eux se retrouvent parfois au sein même de ces subdivisions.

Ce découpage de la réalité permet toutefois d'appréhender les distinctions primordiales qui existent entre les groupes de guérisseurs traditionnels et de décrypter par la même occasion le système dans lequel ils interagissent.

1.2 Les guérisseurs traditionnels

1.2.1 La nature du pouvoir des guérisseurs traditionnels

Je désire mettre en exergue dans ce passage les particularités qui constituent la nature du pouvoir traditionnel en m'appuyant sur trois caractéristiques proposées par D. Fassin à ce sujet. Caractéristiques que j'étais par des éléments de discours tenus par des guérisseurs traditionnels de N'Dali.

La première de ces caractéristiques est la nature personnelle du pouvoir de guérir. En fait, ce pouvoir est plus lié à un individu qu'à une fonction. J'en prends pour preuve son mode d'acquisition qui se décline de trois manières principales qui sont, l'héritage, la révélation et l'apprentissage auprès d'un maître. Ces trois façons d'acquérir le pouvoir médical traditionnel qui m'ont été explicitées par des guérisseurs de N'Dali sont toutes individuelles. L'apprentissage est le résultat d'une initiative personnelle et l'héritage se transmet individuellement. La révélation, quant à elle, touche des individus particuliers, souvent marginalisés par les autres membres de la société avant même qu'ils ne reçoivent ce pouvoir

sous forme de don. Il n'existe donc aucune forme d'institutionnalisation de la transmission de ce type de pouvoir au niveau traditionnel. D'autre part, ces trois façons d'obtenir ou de recevoir ce pouvoir sont toutes liées à des qualités dont doivent faire preuve les futurs guérisseurs. Il faut que la personne mérite le pouvoir en démontrant de la patience, de l'abnégation, de l'honnêteté et de la gentillesse. Pour reprendre les paroles d'un ancien guérisseur d'un petit village situé aux abords de N'Dali, *«il faut accepter de devenir esclave de la nature, pour avoir ses vertus. Avant de te donner les pouvoirs de guérir, il faut accepter devenir esclave, ce qui n'est plus le cas maintenant, les enfants n'aiment plus souffrir, ils n'aiment plus s'approcher de nous. Or, si l'enfant n'a pas la volonté d'apprendre et que tu le forces à apprendre, il devient dangereux par la suite, de ce fait, c'est seulement à mes petits frères que je transmets, car eux m'écoutent et acceptent de faire ce que je leur demande de faire. Sinon, pour mes enfants, je ne fais rien dans ce sens»* (16 juin 2005). Dans le même sens, une grande partie des guérisseurs interrogés s'exprimaient en terme de «conditions à remplir» afin d'être habilités à détenir le pouvoir. Il s'avère que les disciples de ces individus possesseurs de pouvoirs sont observés depuis leur plus jeune âge, et ceci afin de déterminer s'ils conviennent pour assumer une telle puissance. La plupart des guérisseurs m'ont dit vouloir éviter les comportements bagarreurs, lunatiques, par trop démonstratifs ou encore peu enclins à la pitié en ce qui concerne le choix de leurs successeurs potentiels.

Les guérisseurs invoquaient d'ailleurs souvent à ce propos une contine qui résume bien cette forme de test imposé par les anciens aux plus jeunes. Dans cette courte histoire, un guérisseur demande à son jeune disciple de piler deux frêles poussins dans un mortier. Pensant être en face d'un test de courage devant l'atrocité de cet acte, le novice s'exécute. L'ancien sage le dénigre alors sans attendre pour le fait de ne pas avoir montré la moindre compassion envers les oisillons. Toutes ces précautions mises en œuvre par les guérisseurs pour ne pas transmettre leurs pouvoirs aux mauvaises personnes amènent à considérer une deuxième caractéristique du pouvoir de guérir, son ambiguïté.

Ce pouvoir est ambigu parce qu'il peut autant être utilisé pour guérir que pour provoquer la mort. Comme le dit si bien un adage Bariba : *«Celui qui sait mettre, sait enlever»* (2 juillet 2005). Ce qui veut dire que si les guérisseurs sont capables de lutter contre des sortilèges, ils peuvent aussi les lancer.

Le pouvoir peut donc être utilisé dans le sens du bien, ou celui du mal. Cette «incertitude qui entoure son usage potentiel» le rend à la fois ambivalent et équivoque. Il en devient «d'autant plus redoutable que nous ne sommes jamais tout à fait sûr du sens dans lequel sont orientées les forces et que nous ne sommes jamais à l'abri non plus d'un retour à l'envoyeur» (FASSIN D., 1996 : 133). Un guérisseur de la région corroborait ces ultimes assertions en me révélant : *«Nous sommes nombreux avec des intentions différentes. Je puis vous dire qu'il y a certaines*

maladies où nous devons nous traiter nous-mêmes avant et après la guérison du malade» (10 juin 2005). Il en va ainsi car «d'une manière générale, dans le combat livré contre les forces maléfiques, il s'agit de neutraliser celles-ci par d'autres forces qui seront bénéfiques à celui que nous guérissons, mais néfastes pour celui qui est à l'origine du malheur et parfois même pour celui qui met en œuvre la guérison» (FASSIN D., 1996 : 133). A travers ces derniers éléments, je remarque que ce n'est pas tellement la nature du pouvoir qui est en question mais bien celle de son utilisateur, c'est lui qui imprime une direction à la force qu'il détient⁴¹.

La troisième des caractéristiques du pouvoir traditionnel réside dans son indivisibilité, «il s'exerce simultanément dans tous les registres de la vie sociale. Pour le dire autrement, il n'est pas différencié en fonction d'un découpage de la société en spécialisation fonctionnelle ou institutionnelle. Il est par conséquent abusif de parler de pouvoir de guérir, car ce sont les mêmes forces que l'on mobilise pour soigner un malade, jeter un sort à un ennemi, favoriser une bonne récolte, permettre une chasse fructueuse, donner la victoire à la guerre, et dans le monde moderne, réussir à un examen, trouver un emploi ou gagner une élection» (FASSIN D.1996 : 134). En fait, s'il en est ainsi, c'est que les fonctions comme les institutions ne sont pas très nettement départagées au sein des sociétés traditionnelles. A ce titre, je soulève que les guérisseurs traditionnels sont toujours appelés à s'impliquer aux côtés des autorités royales traditionnelles en ce qui concerne les options et les décisions entreprises pour la communauté. J'ai eu la chance de suivre au plus près une fête traditionnelle annuelle lors de laquelle les pouvoirs des guérisseurs ont été mis à contribution pour assurer le bon déroulement des événements à venir. Ces détenteurs de pouvoirs ont donc été utilisés afin de protéger leur souverain d'une attaque mystique potentielle, de prévenir les succès et insuccès de l'année à venir et de déterminer les sacrifices adéquats à effectuer pour «contenter» les esprits des ancêtres en favorisant leur bénédiction.

Si j'ai bien rencontré toutes ces caractéristiques lors de mes entretiens, je relève la présence de différences significatives entre les guérisseurs de la ville de N'Dali et ceux des villages composant cette commune. Dans un milieu urbain, les références à ces caractéristiques sont beaucoup moins appuyées bien que les guérisseurs se disent appartenir au même système que leurs prédécesseurs. J'ai ainsi repéré des différences pour chacune des caractéristiques. Je reprendrai en détails ces divergences lorsque je parlerai de l'association de tradipraticiens à N'Dali. En fait, je démontrerai que s'ils se désignent comme garants des pouvoirs de leurs illustres aïeux, les guérisseurs traditionnels présents en milieu urbain plus particulièrement les tradipraticiens ne peuvent que difficilement éviter d'en modifier des éléments allant jusqu'à mettre en cause les fondements de leurs pouvoirs.

⁴¹ Il serait intéressant à ce niveau d'approfondir la réflexion sur la nature des «esprits» employés dans certains rituels. En effet, certains de ces esprits sembleraient spécifiquement attachés au mal ou au bien, ce qui influencerait leurs utilisateurs dans une direction particulière.

1.2.2 Les relations entretenues par les guérisseurs traditionnels entre eux

La présence d'une certaine forme de suspicion prenant place au sein des relations qu'entretiennent les guérisseurs est communément soulignée. Il m'a souvent été confié que les guérisseurs tentaient de nuire à leurs «homonymes» en testant leur pouvoir. Un des leurs m'affirmait par exemple que *«certaines personnes sont juste là pour jauger nos connaissances, tout cela fait que c'est un monde que j'évite, [...]»* (10 juin 2005). Un autre de ces praticiens abondait dans le même sens en avançant que *«lorsque vous êtes un jeune guérisseur, il y a toujours un ancien pour vous tester avec des produits que vous ne détenez pas»* (2 juillet 2005). Un dernier guérisseur traditionnel évoquait de son côté une dégradation des relations entre eux en se référant à l'actuelle augmentation des sorciers. Selon ses dires, *«avant, il n'y avait pas de sorciers, maintenant, ils foisonnent. Il n'y a plus de pitié, le monde était restreint, ce n'est plus le cas maintenant»* (10 juin 2005). Il est intéressant de remarquer que cette ultime intervention fait état d'un changement de situation provoqué par le passage d'un monde restreint à un monde plus élargi. Dans un système restreint, tout le monde se connaît et par conséquent, les actes maléfiques sont repérables et contrôlables, ce qui n'est plus le cas dans les grandes communautés d'aujourd'hui. Il semblerait donc que les discours des guérisseurs traditionnels font état d'une situation plutôt négative quant à leurs relations respectives. Cependant, j'ai relevé un type de discours opposé qui traduisait au contraire d'excellentes relations unissant les guérisseurs traditionnels. J'en prends pour preuve cet exemple où un guérisseur s'exprimait ainsi : *«Tout va pour le mieux entre nous, nous nous entendons et chacun connaît et respecte la valeur de l'autre. Si tu as un cas que tu sais qu'il te dépasse, il suffit de t'approcher de celui qui peut t'aider et tu as l'aide dont tu as besoin»*. Ce guérisseur surenchérisait avec le fait qu' *«il y a aussi le respect entre guérisseurs, chacun connaît sa place, si par rapport à une urgence, les trois se retrouvent auprès du malade, les deux autres font place au plus âgé, c'est à lui que revient l'honneur de faire le traitement, mais s'il désire, il peut permettre aux autres de faire le traitement »* (16 juin 2005).

Il y a donc deux courants dominants qui apparaissent au sein de la diversité de ces discours. D'une part, il y a celui qui dépeint le monde des guérisseurs comme un monde entouré de prudence et de suspicion et celui qui le dépeint comme une sorte d'ensemble familial dont les membres se côtoient dans des relations de respect et d'échanges. Je me suis alors interrogé sur une telle disparité qui semblait connoter en premier lieu une véritable contradiction. Je me suis d'abord demandé si cette différence découlait de la provenance des discours, faisant par exemple s'opposer les discours des guérisseurs traditionnels ruraux à ceux des guérisseurs

traditionnels urbains. Ce n'était pas le cas étant donné la présence des deux types de messages dans les deux milieux.

J'ai donc opté pour une autre résolution de ce dilemme. Je pense en fait que le discours relayant les éléments négatifs des relations entre guérisseurs est celui qui constitue en quelque sorte la charpente des représentations entourant le secret des pratiques du guérisseur. Il soutient une forme de consensus collectif qui est partagé par l'ensemble de la communauté, y compris par les thérapeutes. Ce consensus n'est pas véritablement basé sur le côté «mauvais» des relations entretenues par les différents guérisseurs mais sur la nature mystique, ésotérique du pouvoir de ceux-ci. Or, ces pouvoirs traditionnels étant ambigus, comme je l'ai soulevé précédemment, engendrent un climat à tendance paranoïaque qui s'alimente par ses propres tensions. Un climat où les craintes que provoque la nature ambiguë du pouvoir de guérir engendrent des actes qui sont à leur tour interprétés et susceptibles d'engendrer de nouvelles craintes et ainsi de suite.

Quant aux discours faisant part d'une bonne entente entre les guérisseurs, ils sont tenus par ceux qui conçoivent ces bonnes relations comme un intérêt particulier. Ils utilisent en fait ce type de discours comme une stratégie afin d'atteindre un objectif qui est celui de la reconnaissance étatique. Déjà supposée plus haut dans mon raisonnement, je reprendrai cette manière d'utiliser le discours plus en détail dans la partie attenante aux perspectives que recouvre une association de tradipraticiens.

D'autre part, les bonnes relations qui existent entre les guérisseurs semblent plus correspondre à la réalité des choses. En effet, eu égard à leurs âges respectifs, les individus détenteurs de pouvoirs traditionnels partagent souvent une histoire commune, des valeurs similaires et un grand respect mutuel. Ils m'ont d'ailleurs paru beaucoup plus liés entre eux qu'avec les jeunes de leur communauté ou encore les individus ayant succombés aux «attraits» de la ville.

Au fond, les relations les plus tumultueuses sont certainement plus liées à des problèmes intergénérationnels et à des conflits existant entre des familles depuis fort longtemps qu'en fonction d'une appartenance commune à l'ensemble des individus dépositaires de pouvoirs traditionnels.

1.2.3 Les relations entretenues par les guérisseurs traditionnels avec la médecine moderne

Les relations qu'entretiennent les guérisseurs traditionnels avec la médecine moderne sont relativement bonnes. Ces derniers admettent souvent la grande efficacité de la médecine moderne en citant par exemple les avantages techniques qu'elle offre par rapport aux pratiques traditionnelles. Un guérisseur me disait dans ce sens : «*Qu'on le veuille ou non, la*

médecine moderne est en avance sur la traditionnelle ; nous ne savons pas transfuser le sang, nous ne savons pas faire des injections, ni des perfusions. De plus nous ne savons pas faire des interventions chirurgicales et des fois même quand nous avons des malades, nous les conduisons d'abord à l'hôpital pour une éventuelle transfusion de sang ou injection avant que nous continuions nos traitements» (10 juin 2005). La référence à ces aspects techniques revient d'ailleurs périodiquement dans les discours des guérisseurs traditionnels. Ces prouesses techniques impressionnent les guérisseurs traditionnels parce qu'ils les associent à des actes «magiques». Un anesthésiste me racontait à ce propos l'étonnement dont lui faisait part un guérisseur quant à la capacité qu'avait la médecine moderne de ramener les patients à la vie par une simple injection.

D'autre part, les guérisseurs traditionnels mentionnent aussi la rapidité d'actions des médicaments de la médecine moderne. Cet avantage est cependant toujours cité par les guérisseurs avec certaines précautions faisant apparaître une précision sur la nature de la maladie. En effet, pour eux, les maladies se subdivisent en deux types spécifiques, les maladies «naturelles» et les maladies «surnaturelles». Pour les premières, les guérisseurs parlent volontiers d'une efficacité supérieure de la médecine moderne tandis que pour les secondes, ils se montrent catégoriquement sûrs de la supériorité des pratiques traditionnelles. Par ailleurs un guérisseur nous apprenait *«que la médecine moderne guéri partiellement les maladies contrairement à la médecine traditionnelle qui guéri de façon définitive»* (16 juin 2005). Encore une fois, ce guérisseur faisait référence aux aspects potentiellement mystiques des maladies qu'on peut rencontrer en Afrique.

En définitive, les guérisseurs admirent les possibilités offertes par la médecine moderne tout en soulignant son incapacité à guérir des maux d'origine surnaturelle. Ils rappellent de cette manière l'indispensabilité de leurs pouvoirs dans certains cas spécifiques.

En fait, d'après mes informations, j'avance que les guérisseurs traditionnels n'ont rien contre la médecine moderne en tant que discipline mais fustigent plutôt son mode de fonctionnement qu'ils trouvent trop influencé par l'argent. Un de ceux-ci s'indignait sur le fonctionnement de la médecine moderne en me disant au sujet des médecins modernes : *«Ils guérissent, mais c'est l'argent qui compte beaucoup chez eux, même pour un simple mal de tête il faut dépenser beaucoup d'argent. Normalement, ils devraient tenir compte du niveau de vie de la population pour réduire les frais de soins»* (10 juin 2005). Un autre continuait sur un ton identique en me confiant : *«L'argent, la médecine moderne demande assez d'argent. Si tu as un malade et que tu te pointes sans un sou, alors dis-toi que tu n'auras pas droit aux soins, ce qui est tout à fait le contraire chez nous, l'argent ne fait pas partie de nos préoccupations, seule la guérison du malade nous importe»* (12 juin 2005). Ces derniers propos émis par les

guérisseurs sont très importants car ils soulèvent une des principales différences entre le fonctionnement de la médecine moderne et les pratiques médicales traditionnelles.

Cette différence de rapport à l'argent est revendiquée par les guérisseurs traditionnels comme un fondement de leurs pratiques qui les distingue foncièrement des charlatans et de la médecine moderne. Selon la tradition, le pouvoir de guérir ne doit jamais être vendu sous peine d'échapper à son pourvoyeur. Un guérisseur traditionnel doit offrir ses services sans demander une quelconque rémunération et c'est seulement après satisfaction que le patient peut décider de récompenser son soigneur comme il l'entend et selon ses propres moyens. Les seules contreparties directes que les guérisseurs traditionnels acceptent sont les frais que représentent l'achat des matériaux utilisés (plantes, feuilles, racines, poules et boucs) et leurs recherches.

Bien que cette façon de procéder m'aie été confirmée par de nombreux usagers, je tiens à relativiser cette vision quelque peu idéale du «système de soins» traditionnel. Il semblerait en effet que des conventions tacites lient les usagers aux guérisseurs en ce qui concerne les montants acceptables à «offrir» en cas de guérison⁴². D'autre part, des guérisseurs traditionnels me disaient «gonfler» un peu leur frais afin de pouvoir survivre et certains ne se cachaient point de demander une somme fixe pour des maladies spécifiques. Ces derniers praticiens semblent toutefois encore minoritaires face aux guérisseurs qui prodiguent leurs soins pour des sommes dérisoires. Agissant ainsi, ces derniers fondent un peu plus leur légitimité populaire et prouvent leur respect des traditions mais se confrontent par la même occasion à des difficultés qui constituent des facteurs propices à l'émergence d'une association de tradipraticiens.

1.3 Les facteurs propices à l'émergence d'une association de tradipraticiens : problèmes de guérisseurs traditionnels

1.3.1 Les difficultés pratiques rencontrées par les guérisseurs traditionnels

A la fin de la partie précédente j'ai brièvement défini le rapport que les guérisseurs entretiennent avec l'argent dans le cadre de l'exercice de leurs pratiques. Comme je l'ai démontré et parce que la tradition le demande, la majorité d'entre eux ne perçoit finalement qu'un minimum de compensations matérielles pour les soins qu'ils prodiguent. J'insiste sur cette information en ajoutant qu'aucuns des guérisseurs que j'ai eu la chance de rencontrer ne pratiquent les soins en tant qu'activité principale. Ils doivent donc subvenir à leurs besoins par

⁴² Encore une fois, il faut souligner que les patients ne paient généralement les guérisseurs traditionnels qu'en cas de guérison et ceci contrairement aux médecins modernes qu'il faut rétribuer à chaque intervention.

l'entremise d'un métier tout en promulguant leur savoir médical, ce qui les place dans une situation souvent précaire. Pour citer ce qu'un guérisseur me disait : *«Je dois manger, je suis cultivateur et ce n'est pas tous les jours que les gens tombent malades et nous sommes nombreux, nous tradipraticiens, encore que même quand tu guéris, c'est juste le geste qu'on te fait. Cela ne peut pas te permettre de vivre, la seule reconnaissance que tu as c'est que c'est par ton intermédiaire que la personne est guérie, c'est ça ta fierté»* (10 juin 2005). Cette intervention est très intéressante car elle prouve encore une fois l'ambiguïté de la position adoptée par les guérisseurs traditionnels par rapport à l'utilisation de leurs pouvoirs. Cet interlocuteur commence par avancer ses difficultés à subvenir à ses besoins tout en laissant supposer qu'il n'en serait pas ainsi s'il y avait un plus grand nombre de malades et moins de guérisseurs. Il laisse alors imaginer qu'il compte sur ses activités de guérisseur pour générer un revenu alors que j'ai fait remarquer plus haut que le pouvoir de guérir ne devait en aucun cas être vendu selon les règles de la tradition. C'est pourquoi, selon moi, l'interlocuteur ravise immédiatement son discours en soulignant que son activité de guérisseur ne lui rapporte que des compensations d'ordre symboliques au sens propre comme au sens figuré. Cette ambiguïté ne change toutefois pas le caractère précaire de la situation dans laquelle se trouve ce guérisseur et la plupart de ses homologues.

En interrogeant d'autres guérisseurs cultivateurs, je me suis rendu compte qu'on les appelle souvent à soulager des patients pendant qu'ils travaillent dans leurs champs. Ils laissent alors de côté leur activité rémunératrice pour s'occuper des patients qu'on leur amène, ce qui ne leur permet pas de générer un revenu suffisant pour assurer leur subsistance et ceci d'autant plus que leurs pratiques de guérisseurs sont devenues plus compliquées avec le temps. En effet, les plantes qu'ils utilisent pour préparer leurs décoctions et autres potions ne se trouvent plus aussi proches de leur lieu de vie qu'auparavant, *«les plantes deviennent rares maintenant, il faut aller très loin en brousse avant de les trouver et cela ne nous facilite pas le travail»* (10 juin 2005). Ils doivent donc aller se fournir en matière première de plus en plus loin dans la brousse où les effets dévastateurs de la ville et l'augmentation démographique ne se font pas encore trop sentir au niveau de la végétation. Ce dernier point pose un problème de déplacement et un problème de temps imparti à la recherche d'espèces indispensables aux traitements traditionnels. Une autre difficulté provient du fait que les guérisseurs traditionnels hébergent chez eux leurs patients. Ils relèvent à ce propos le manque de place dont ils souffrent : *«J'ai d'énormes difficultés par rapport à l'hospitalisation, souvent nous sommes obligés de partager la même chambre que les malades, ce qui n'est pas du tout bien...»* (10 juin 2005). De plus, la charge de nourrir les patients durant leur convalescence incombe aussi aux guérisseurs qui les accueillent. Tous ces éléments plongent les guérisseurs traditionnels dans une situation complexe ponctuée par le manque de moyens. Cette configuration est

d'autant plus compliquée que ces guérisseurs ne peuvent palier à leur manque de moyens en professionnalisant leurs activités traditionnelles de guérison puisque le pouvoir auquel elles sont liées est censé être utilisé de manière dénuée de tout intérêt matériel. Par conséquent, il convient de rappeler que si les difficultés énumérées dans ce passage sont bien d'ordre économique, elles sont rattachées à des problèmes que posent les interdits liés aux représentations traditionnelles du pouvoir de guérir.

1.3.2 Séparer le bon grain de l'ivraie, un problème de définition

Un autre problème auquel se confrontent les guérisseurs traditionnels consiste en l'apparition d'une profusion d'individus se prévalant de pouvoirs traditionnels. Il faut chercher l'origine de cet avènement dans les bouleversements naguère provoqués par la période coloniale. En effet, par les changements qu'elle a engendré dans les structures et les modes de comportements socioculturels, la colonisation a induit une confusion dans la population quant aux critères que cette dernière utilisait pour déterminer les qualifications médicales. Profitant de cette véritable crise de repères qui secouait les sociétés en question, un grand nombre d'individus souvent qualifiés de charlatans se sont mis à usurper l'identité des guérisseurs traditionnels. Fort de l'autorité que leur conférait le statut symbolique de guérisseur, ces charlatans ont abusé de la crédulité de la population.

D'autre part, les communautés d'autrefois profitaient d'une forme d'autocontrôle concernant les tentatives d'impostures puisqu'elles étaient restreintes et que par conséquent, tout le monde s'y connaissait. Un inconnu qui arrivait dans un village ne pouvait pas passer inaperçu et risquait par la même occasion de se faire découvrir en cas de dérapage (escroquerie, incapacité, sorcellerie). Le cas échéant, les sanctions exécutées, allant du bannissement au lynchage, étaient fort dissuasives. Contrairement à cela, la plupart des communautés actuelles sont beaucoup plus grandes et peuplées, ce qui empêche leur autorégulation par un système similaire à celui qui existait auparavant. De surcroît, la législation qui entoure aujourd'hui les pratiques médicales non officielles au Bénin reste encore floue au niveau de la détermination de ce qui est considéré comme pratiques frauduleuses. Dans ce contexte marqué par l'indéfinition, les charlatans jouissent encore d'une certaine liberté d'action.

Pour faire face à cette situation, les guérisseurs se trouvent donc devant l'obligation de redéfinir leur autorité dans le champ de la santé, et ceci, non seulement afin de se différencier des charlatans mais aussi afin d'individualiser leurs pratiques dans le pluralisme médical ambiant. Ils se doivent de réagir de la sorte pour éviter d'être l'objet d'amalgames malencontreux par une population qui, tiraillée entre diverses sources de références et souvent victime de mauvaises expériences avec les charlatans, a fini par devenir plus méfiante à

l'égard des pratiques traditionnelles. Les guérisseurs traditionnels énumèrent bien certains éléments qui les différencient des charlatans en disant par exemple que *«le vrai guérisseur ne se promène pas, on vient plutôt le voir chez lui»* tandis que le charlatan est un marchand ambulant parce qu'*«il peut vendre son poison et s'en aller sans craindre les conséquences, car personne ne le connaît»* (10 juin 2005).

Il n'en demeure pas moins que, si ce type de discours sur la distinction entre les vrais guérisseurs traditionnels et leurs usurpateurs est partagé par la population, il n'est pas suffisant pour éluder les quiproquos néfastes au maintien d'un climat de confiance indispensable entre les soigneurs et les soignés.

1.3.3 De la légitimité des guérisseurs traditionnels

Il ressort du dernier point énoncé une interrogation majeure qui anime la problématique dans laquelle se situent les guérisseurs traditionnels, la question de leur légitimité. Au niveau populaire, la légitimité dont jouissaient les guérisseurs traditionnels a subi de multiples revers à cause de l'impact de l'ère coloniale. Comme je l'ai expliqué auparavant, les conséquences de la colonisation se sont traduites essentiellement par deux changements. Premièrement, l'arrivée d'une multitude d'acteurs proposant des soins sur le «marché» de la santé a créé une concurrence à laquelle les guérisseurs traditionnels n'étaient pas accoutumés. Deuxièmement, les colons ont apporté avec eux leur système idéologique et ont imposé par la même occasion leur propre système de soins à la population béninoise, ce qui a eu pour effet de fragiliser l'autorité des guérisseurs traditionnels.

Malgré cela, la légitimité qu'accorde aujourd'hui la population béninoise à ses guérisseurs reste spectaculairement élevée et ceci pour plusieurs raisons. Tout d'abord, la médecine traditionnelle est bien plus adaptée aux moyens financiers de la population que la médecine moderne ne l'est. Un usager me confirmait par exemple le coût trop élevé de la médecine moderne en se plaignant ainsi : *«Hein hein, quand je me lève le matin je prie à Dieu pour ne pas tomber malade. Parce que les choses deviennent chères. Les comprimés sont chers, les traitements sont chers. Si tu n'as pas de moyens pour te guérir, c'est grave. Il y a beaucoup de personnes qui n'ont pas les moyens et qui meurent»* (6 juillet 2005).

La médecine traditionnelle propose aussi un système de soins de proximité à la population qu'elle touche, eu égard au grand nombre de guérisseurs qui la dispense et à la présence élargie de ceux-ci qui s'étale du moindre hameau perdu dans la brousse aux différents quartiers des grandes villes du Bénin. D'autre part, ses pourvoyeurs ne se limitent pas à guérir les maux physiques des patients dont ils s'occupent mais agissent aussi sur l'équilibre psychique de ceux-ci en réorganisant leurs malheurs dans un système cohérent de

représentations. Pour ce faire, les guérisseurs traditionnels se réfèrent à un système de valeurs traditionnelles qui, bien qu'ébranlé tous les jours un peu plus par le truchement des valeurs occidentales diffusées au niveau de l'éducation nationale béninoise, constitue toujours le système de référence pour la plupart des gens. Il faut toutefois remarquer que ces valeurs traditionnelles perdurent plus facilement dans des communes rurales, comme c'est le cas à N'Dali, que dans les grands centres urbains béninois où les idéologies occidentales prennent peu à peu le pas sur leurs aïeules traditionnelles.

En définitive, la légitimité populaire des guérisseurs traditionnels semble encore être de mise au Bénin bien qu'elle s'amenuise sous l'effet de la démultiplication des soins proposés et des changements initiés par l'avènement de la colonisation.

Or, les guérisseurs traditionnels, en personnes averties qu'ils ont toujours été, ne sont pas dupes de cette situation. Ils savent que les changements apparus sous la colonisation se prolongent par les traits modernes que les dirigeants béninois imposent à leur société depuis l'indépendance, ils connaissent aussi les conséquences que provoquent ces modifications. Ils relèvent par exemple que les nouvelles générations acceptent de moins en moins de suivre la voie traditionnelle promulguée par leurs aïeux et ceci, entre autres, parce qu'ils sont plongés dans un nouveau contexte socioéconomique qui les pousse à ériger le pouvoir de l'argent au centre de leurs préoccupations. Les paroles de ce jeune béninois au sujet des pratiques traditionnelles ne font que confirmer cette constatation : *«On ne veut plus faire ça, on veut de l'argent. Si on reste toujours avec les vieux, on ne peut pas faire de l'argent»* (5 juillet 2005). Les guérisseurs remarquent de surcroît que de plus en plus de jeunes Béninois remettent en cause l'efficacité du pouvoir traditionnel en se référant à la rationalité qu'on leur inculque sous la férule de l'éducation nationale. Cette remise en question touche non seulement le pouvoir traditionnel en tant que tel mais aussi le système socioculturel auquel il est lié. Tous ces éléments poussent même un guérisseur à avancer : *«Moi, je pense que la tradition ne régresse pas, mais plutôt qu'elle va vers la mort, car il n'y a plus le respect qui existait au temps de nos parents. Actuellement, l'argent a fait qu'il n'y a plus de respect et il y a aussi la civilisation. Il faut voir, nos enfants suivent la vie des blancs, ils vont même jusqu'à convoquer leurs parents, parce qu'ils ne sont pas d'accord avec eux»* (18 juillet 2005).

Je crois que ce type de discours un peu extrême définit assez bien l'état de conscience actuel des guérisseurs traditionnels. Ils se rendent compte que plusieurs formes d'autorités reconnues par la tradition comme l'autorité qu'ils représentaient ou même l'autorité parentale dans sa forme passée, sont tranquillement mais indubitablement remplacées par l'autorité gouvernementale. L'Etat prend donc inexorablement la place du référent principal pour les générations du futur et les guérisseurs l'ont compris. C'est pourquoi, ils ont décidé de se repositionner face aux pouvoirs gouvernementaux en cherchant à acquérir une légitimité

officielle. La seule manière d'y parvenir consiste en la formation d'un groupe réunissant les guérisseurs traditionnels sous une bannière commune. Les guérisseurs traditionnels ont donc créé des associations de tradipraticiens dans cet objectif de légitimation officielle et aussi dans l'expectative de pallier aux difficultés énoncées dans les deux points précédents. Par le biais de ce type d'association, ils escomptent en effet formaliser les spécificités de leurs pratiques en les différenciant par exemple de celles des charlatans et comptent aussi obtenir plus de répondant quant à leurs doléances basées sur le manque de moyens qui accompagne la pratique de leurs pouvoirs .

Les divers éléments énumérés dans cette partie constituent donc bien des facteurs propices à l'émergence d'une association de tradipraticiens. Or, ce regroupement n'est pas chose facile à réaliser, notamment à cause du fait de l'hétérogénéité des avis des guérisseurs traditionnels à ce sujet.

Je m'emploie donc dans le point suivant à relever les avis contraires à la constitution d'une association de tradipraticiens provenant des guérisseurs qui ne veulent pas intégrer ce type de regroupement, et ceci en essayant d'en déterminer les raisons sous-jacentes.

1.4 Analyse des raisons allant à l'encontre de la formation d'une association de tradipraticiens

1.4.1 Raisons invoquées par les guérisseurs traditionnels indépendants

Les raisons que mettent en exergue les guérisseurs traditionnels ne voulant pas intégrer une association de tradipraticiens sont de divers ordres. En premier lieu, ces guérisseurs indépendants considèrent que la participation à une association leur demande des efforts trop élevés en terme de disponibilité. Un de ces praticiens me confiait ainsi: *«Moi je vois que travailler seul et rester seul vaut mieux que de travailler avec eux. Tu n'as pas le temps et à tout moment tu es embêté par les gens. Tu as des réunions, des voyages, il y a ça. Lorsque tu es en dehors et avec des amis à côtés, tu es plus à l'aise»* (2 juillet 2005). Cette intervention est fort intéressante car, si elle relève un élément communément rapporté qui se fonde sur la perte de temps qu'occasionne le fonctionnement d'une association, elle fait aussi allusion dans sa deuxième partie à l'importance de l'appartenance des guérisseurs traditionnels à un «réseau» d'interconnaissances basé sur l'amitié. Ce dernier point n'est pas si anodin dans le sens qu'il préside à une autre raison qui pousse des guérisseurs à ne pas vouloir intégrer une association.

En effet, certains de ces guérisseurs indépendants invoquent leur inimitié avec une partie de leurs «confrères» en guise de raison pour ne pas entrer dans une structure associative. Du

point de vue opposé, de nombreux membres de ces associations tiennent un discours similaire en disant ne faire confiance qu'aux praticiens qu'ils connaissent. Ils font sans doute référence par cette prise de position, aux charlatans dont ils veulent se distinguer, qui déambulent de villes en villages sans attaches particulières avec les populations rencontrées. Il m'a pourtant semblé que la réticence que suppose l'assertion de ces membres d'associations de tradipraticiens repose aussi sur l'existence de liens préalables qui unissent ces derniers et les séparent des autres guérisseurs. Il est cependant trop aventureux de chercher à démêler les réseaux d'interrelations qui lient personnellement les guérisseurs. Je me contente d'attirer l'attention sur le fait que ces relations interfèrent sur la constitution d'un groupe de personnes tel que le représente une association.

A part cela, certains guérisseurs indépendants avancent qu'ils ne ressentent pas le besoin d'intégrer une association de tradipraticiens car ils considèrent la popularité dont ils font l'objet, bien assez établie. D'autres ne conçoivent pas l'intérêt de participer à de telles associations parce qu'ils trouvent qu'elles dérogent à des principes constitutifs de leurs pouvoirs traditionnels. Ce sont ces principes qui constituent selon moi les raisons sous-jacentes et parfois inconscientes qui sous-tendent les discours proférés par les guérisseurs indépendants à l'encontre du bien fondé de la création des associations de tradipraticiens. C'est pourquoi, je tiens à rappeler dans le point suivant en quoi ces principes sont remis en question par le fonctionnement d'une association.

1.4.2 Raisons sous-jacentes au discours des guérisseurs indépendants : une question de principe

J'ai énuméré tout au long de cette partie de mon travail des principes qui sont considérés comme constitutionnels du fonctionnement traditionnel du pouvoir de guérir. J'ai par exemple avancé que le pouvoir traditionnel ne devait pas se vendre. Or, on sait que, par l'entremise de la création d'une association de tradipraticiens, les guérisseurs impliqués cherchent à obtenir une légitimité officielle et à contrecarrer leurs manques de moyens matériels. Il est alors difficilement imaginable qu'ils y parviennent sans passer par l'institutionnalisation de leurs pratiques, ce qui induirait la mise en place d'un système de salaires. Le déroulement logique du développement d'une association va donc à l'encontre d'un des principes de fonctionnement de la médecine traditionnelle. Cette éventuelle institutionnalisation et les modifications qu'elle occasionnerait dans la pratique des pouvoirs traditionnels exaspèrent certains guérisseurs indépendants. Un de ceux-ci me disait en critiquant l'institutionnalisation de la médecine traditionnelle : *«C'est ce que je viens de dire, tout conduit à l'argent. Je pense que ce sont des foutaises toutes ces histoires là et c'est ce qui*

tue la tradition. Si nous mettons l'argent devant, nous risquons de faire disparaître ce que nos parents nous ont laissé» (15 juin 2005). Je démontrerai dans une partie ultérieure comment cette situation paradoxale est éludée par les membres de l'association de tradipraticien de N'Dali qui se prévalent pourtant aussi de la nature traditionnelle de leurs pouvoirs de guérison.

Un autre principe qui sous-tend selon moi les raisons des guérisseurs récalcitrants vis-à-vis des associations est celui qui se rattache au caractère personnel et ambigu du pouvoir traditionnel. En effet comme je l'ai déjà mentionné, ces deux caractéristiques amènent les guérisseurs indépendants à agir individuellement. Ils procèdent ainsi pour se protéger des agissements maléfiques qu'ils prêtent à certains de leurs «confrères» et pour garder la main mise sur leurs pouvoirs qui représentent souvent leur unique richesse (au niveau symbolique notamment). Ces éléments sont interprétés par les membres des associations de tradipraticiens comme la preuve d'un certain égotisme de la part des guérisseurs indépendants. Ces derniers prétextent plutôt un besoin de prouver leur humilité par ce refus d'intégration au cadre associatif. L'humilité qui, il faut le rappeler, est une qualité requise pour être guérisseur traditionnel. Pour ma part, outre les éléments déjà cités dans ces dernières lignes, je pense que la marginalité choisie par les guérisseurs indépendants profite à l'efficacité que leur attribue la population, même si ces guérisseurs le pressentent plus qu'ils ne l'avancent consciemment. Cette position marginale entretient le secret qui entoure les pouvoirs des guérisseurs et renforce par la même occasion l'efficacité symbolique de ces pratiques.

1.5 Premier arrêt sur image, la situation des guérisseurs traditionnels de N'Dali en question

Dans cette partie, il est question de déterminer la situation prévalente à N'Dali en terme de pluralisme médical et d'observer par la même occasion la situation occupée par les guérisseurs traditionnels dans cette commune. Pour ce faire, je définis dans un premier temps quelques traits caractéristiques du pouvoir traditionnel de guérir. Il convient de le faire pour pouvoir ensuite expliquer en quoi ces caractéristiques influencent les positions adoptées par les divers guérisseurs. J'ai donc mis en évidence qu'au niveau du pluralisme de N'Dali, on peut parler, conformément aux théories de J.P. Olivier de Sardan, auxquelles j'adhère, de «groupes stratégiques» en «conflit» dans une «arène» (2003 : 20-21). En effet, les guérisseurs traditionnels luttent non seulement pour se distinguer des charlatans, mais aussi pour pallier à leur manque de moyens pour enfin obtenir une légitimité officielle dans la sphère de la santé. Ils représentent donc un groupe stratégique qui se bat pour des intérêts en établissant des stratégies dans une arène composée du cadre physique de leur commune et de la sphère plus

idéologique de la santé. Cependant, ces conflits ne les opposent pas seulement aux autres pourvoyeurs de la santé, ils les scindent aussi comme je l'ai souligné précédemment en deux tendances qui se différencient essentiellement par les stratégies qui s'y rattachent.

Une première tendance réunit les guérisseurs traditionnels qui adoptent une attitude passive face à leurs problèmes car ils trouvent que la solution proposée à ces difficultés par leur «confrères» est contraire aux fondements de leurs pouvoirs ou encore contraignante. Cette solution qui représente la deuxième tendance animant les guérisseurs traditionnels consiste en la création d'une association de tradipraticiens.

C'est cette initiative d'association que je considère comme une véritable stratégie établie par certains guérisseurs traditionnels qui fait l'objet de mon attention dans la partie suivante de ce travail. Il en est ainsi car cette stratégie me semble traduire à merveille la nature des relations qui existent entre ces guérisseurs traditionnels que nous appellerons désormais tradipraticiens et les représentants de la médecine moderne.

II. L'association de tradipraticiens de N'Dali

Préambule : de guérisseurs traditionnels à tradipraticiens, un changement de terminologie significatif

Le passage de l'appellation de guérisseurs traditionnels à tradipraticiens est significatif à plusieurs égards. Il correspond tout d'abord aux volontés des instances médicales internationales de revaloriser la médecine traditionnelle. Le terme de tradipraticien apparaît dans la terminologie officielle au courant des années septante et c'est en 1979, durant le troisième symposium de l'OUA⁴³ tenu à Abidjan, que le docteur Atisso lui appose une définition qui sera d'ailleurs reprise par l'OMS. Selon cette définition, le tradipraticien est «[...] une personne qui est reconnue par la collectivité dans laquelle elle vit, comme compétente pour dispenser des soins de santé grâce à l'emploi des substances végétales, animales, minérales et d'autres méthodes basées sur les connaissances, comportements et croyances liés au bien-être physique, mental, social, ainsi qu'à l'étiologie des maladies et invalidités prévalant dans la collectivité» (BICABA in FROIDEVAUX S., 2001 : 699).

L'utilisation de ce nouveau terme est donc significative dans le sens qu'elle marque une prise de position des instances internationales face à la médecine traditionnelle. Longtemps laissée de côté par le monde médical moderne, la médecine traditionnelle obtient par l'entremise de cette définition, les jalons d'une reconnaissance officielle.

Cependant, suivant cette définition, il est impossible de distinguer les tradipraticiens des guérisseurs traditionnels. Or j'ai fait remarquer que s'ils partagent les mêmes difficultés et un socle plus ou moins commun de références, les guérisseurs traditionnels se divisent en deux tendances particulières. Une tendance plutôt conservatrice qui réunit les guérisseurs ne voulant pas intégrer une association de tradipraticiens parce qu'ils pensent qu'elle va à l'encontre des principes des pouvoirs traditionnels et une autre, plus progressiste, qui réunit les guérisseurs traditionnels qui voient en la création d'une association de ce type, le salut de leurs activités thérapeutiques traditionnelles. Le passage d'une terminologie à l'autre est aussi significatif au niveau local parce qu'il définit une scission au sein des guérisseurs traditionnels dans les choix qu'ils ont effectués quant à leurs activités thérapeutiques.

Je vais donc suivre la démarche des guérisseurs traditionnels de la deuxième tendance énoncée afin de comprendre ce que peut engendrer une association de tradipraticiens en termes de relations entre ces guérisseurs traditionnels et le monde de la médecine moderne.

⁴³ Organisation de l'Unité Africaine

2.1 L'histoire de l'association

2.1.1 Naissance de l'association

L'association des tradipraticiens de N'Dali est née à la fin des années nonante à l'initiative d'un guérisseur traditionnel nommé Monsieur Tissirougui. Ce personnage est issu d'une famille renommée pour son pouvoir de guérir les individus victimes de toutes sortes de fractures. De ce fait, M. Tissirougui jouissait d'une forte reconnaissance dans le monde traditionnel de la guérison et d'une popularité qui dépassait d'ailleurs le cadre de la commune de N'Dali. Parallèlement à cela, M. Tissirougui était très intéressé par les pratiques modernes de la santé promulguées dans les structures officielles en présence à N'Dali. Cet intérêt s'est aussi développé par l'entremise de la confiance que lui démontrait le médecin en chef du CSC⁴⁴ de cette époque qui n'hésitait pas à lui confier des patients⁴⁵. Les deux praticiens issus de milieux médicaux différents se sont donc mis à interagir à tel point qu'ils en sont devenus amis. La confiance s'étant établie entre les deux thérapeutes, ils se voyaient de plus en plus souvent et M. Tissirougui était souvent convié aux réunions de CSC de N'Dali. Il s'informait ainsi sur les initiatives qui provenaient du ministère de la santé en terme d'intégration de la médecine traditionnelle. Je rappelle que cette période coïncide avec le dernier volet des tentatives de l'état béninois de développement et d'intégration de la médecine traditionnelle dans le système de santé moderne. Cette dernière initiative s'est concrétisée par la formation du programme pour la promotion de la pharmacopée et de la médecine traditionnelle toujours en vigueur à l'heure actuelle. Ce programme proposait, entre autres mesures concrètes, de promouvoir des jardins botaniques pour planter des espèces végétales rares, de construire des centres de soins traditionnels et de promulguer des formations pour les guérisseurs traditionnels. Au regard de ces mesures et considérant, en fonction de sa propre expérience, qu'elles répondaient bien aux problèmes des guérisseurs traditionnels, M. Tissirougui a décidé d'en exposer le contenu à ses «confrères» guérisseurs. C'est ainsi qu'après plusieurs concertations, un bon nombre des guérisseurs a décidé de créer une association de tradipraticien à N'Dali aux côtés de M. Tissirougui. Compte tenu de ses excellentes relations avec les instances médicales modernes et du respect que lui accordaient les guérisseurs traditionnels, M. Tissirougui a été élu président de cette association. L'objectif principal de cette association était donc d'obtenir un statut officiel qui permettrait à ses membres de profiter des mesures gouvernementales précitées. Malheureusement, cet homme aux multiples

⁴⁴ Centre de Santé Communal.

⁴⁵ Il est intéressant de relever à ce niveau que la plupart des médecins que j'ai côtoyé ont montré moins de réticences à l'encontre des pratiques traditionnelles liées à la réduction des fractures qu'aux autres pratiques. Je pense qu'il en est ainsi car cette pratique de soins paraît moins attachée à des composantes irrationnelles qui déplaisent aux médecins modernes.

qualités sur lesquelles je reviendrai dans le point suivant est décédé au début des années deux mille. Sa mort a quelque peu ralenti l'engouement premier de cette association d'autant plus qu'il a été suivi par la mutation du médecin qui représentait le lien entre les tradipraticiens et les instances officielles de la santé.

Cette association ne s'est pourtant pas arrêtée de fonctionner et elle continue à se développer sous l'impulsion du fils de feu le président et d'un secrétaire au charisme impressionnant. Cette association se compose aujourd'hui d'une dizaine de tradipraticiens qui se partagent en plusieurs spécialités thérapeutiques parmi lesquelles j'ai pu déterminer : la guérison des morsures de serpents, la réduction de fractures osseuses, la guérison des maladies infantiles, la guérison de l'épilepsie, la guérison des maux d'origines surnaturelles et la guérison des maux courants (crises de paludisme, coliques, céphalées etc..).

Cette association ne bénéficie toujours pas d'un statut officiel mais le fils de M. Tissirougui m'a confié que les démarches dans ce sens vont bon train et qu'une issue favorable ne saurait tarder.

Ce statut non officiel n'a pourtant pas empêché l'ancien président de préparer l'avenir de son association en la dotant d'un terrain où certaines plantes médicinales poussent déjà.

De surcroît, le médecin actuel de CSC de N'Dali ayant eu vent de la bonne entente entre les deux milieux médicaux avant son arrivée, a décidé d'allouer une salle réservée à l'usage des tradipraticiens de l'association. Pour finir, ces derniers ont déjà un terrain où ils pourraient construire des cases pour héberger leurs patients mais il leur faut changer de statut pour pouvoir espérer obtenir des subsides étatiques afin de poursuivre ce dessein.

2.1.2 Les clés de la réussite de l'association des tradipraticiens de N'Dali

L'association des tradipraticiens de N'Dali se distingue par un dynamisme remarquable, ce qui n'est pas le cas de toutes les associations de ce type, et j'ai cherché à comprendre pourquoi il en est ainsi. Je crois avoir trouvé une large partie de la réponse à cette interrogation dans les particularités de deux personnages importants dans l'histoire de ce regroupement, l'ex-président et le secrétaire de l'association. J'ai déjà mentionné quelques traits caractéristiques du premier qui l'ont logiquement positionné comme un pilier du pont reliant le monde traditionnel de la guérison et celui de la médecine moderne. Certes, il était reconnu par les guérisseurs traditionnels et entretenait de bonnes relations avec les représentants de la santé moderne mais, plus encore, il détenait la faculté de rallier les individus autour d'une cause commune dont il était le fer de lance par l'entremise d'une forte personnalité imprégnée de convictions et de générosité. Il m'a été décrit comme un inlassable travailleur qui n'hésitait pas à arpenter sa commune pour informer individuellement chaque

guérisseur traditionnel afin qu'ils connaissent les ultimes développements au sujet de l'association des tradipraticiens. Ce personnage a aussi beaucoup apporté au développement de l'association en terme matériel par le don de deux parcelles lui appartenant. Je relève d'ailleurs que ces deux derniers éléments soit : l'investissement personnel dans de laborieuses tournées de palabres et le don de richesses matérielles (dénotant par ailleurs un certain détachement de celles-ci), représentent des valeurs extrêmement bien perçues dans les milieux traditionnels, ce qui a certainement contribué à la reconnaissance du bien-fondé des intentions de M. Tissirougui par les guérisseurs de la communauté de N'Dali. Bien sûr, ces éléments peuvent être considérés comme des investissements calculés par cet homme pour atteindre des objectifs servant avant tout sa famille et l'avenir de ses activités thérapeutiques. Il n'en demeure pas moins que les autres tradipraticiens profitent tout autant de ces investissements et ne tarissent pas d'éloges envers celui qu'ils érigent en véritable leader charismatique de leur association.

Outre ses qualités «humaines», M. Tissirougui était lettré et maîtrisait bien la langue française, ce qui constituait un avantage de poids au niveau des échanges qu'il promulguait entre les deux milieux médicaux. Il représentait bien une pièce maîtresse du bon fonctionnement de l'association en y occupant le rôle de «locomotive».

Un autre personnage a constitué un élément fondamental de la cohésion du groupe de tradipraticiens de N'Dali, le secrétaire de l'association. Aujourd'hui à la retraite, cet ancien infirmier répondant au nom de M. Kissira représente en quelque sorte la preuve vivante de la possibilité d'associer les deux types de médecines. Hormis son ancien travail, M. Kissira est un tradipraticien qui, pendant de longues années de services au sein de la santé moderne, a promulgué les deux types de savoirs médicaux de façon complémentaires. Il me disait dans ce sens : *«Je suis de la médecine traditionnelle et ce plus a permis de faire de moi autre chose dans la médecine moderne»* (9 juin 2005).

De surcroît, M. Kissira s'est toujours battu pour légitimer la médecine traditionnelle en participant aux premières tentatives de l'Etat béninois allant dans ce sens. Il a par exemple fait partie des membres de l'association nationale des tradipraticiens⁴⁶. Il a aussi vécu les difficultés que causaient les savoirs des guérisseurs traditionnels au gouvernement marxiste-léniniste béninois de l'époque révolutionnaire qui comptait utiliser la substance de ces pratiques thérapeutiques tout en éliminant les croyances auxquelles elles étaient rattachées.

D'autre part, M. Kissira a eu un passé de militant syndicaliste qui l'a accoutumé au fonctionnement associatif et à la gestion de regroupements. En dernier lieu, tout comme M. Tissirougui qui était, par ailleurs, son ami de longue date, M. Kissira est parfaitement à l'aise avec la langue française.

⁴⁶ Expérience qui a tourné à un échec retentissant à cause de la structure lourde et par trop centralisée sur laquelle elle reposait.

Ces deux personnages réunissaient donc à eux deux, de nombreux éléments favorables à la mise en place d'une entreprise telle que la création d'une association de tradipraticiens. Ils jouissaient tout deux d'une double légitimité dans le domaine de la santé, et ceci même si elle n'était pas tout à fait de nature égale dans les deux cas⁴⁷. Ils se partageaient aussi une connaissance étendue de la société béninoise, l'un connaissant les méandres des structures traditionnelles et l'autre, la complexité des instances médicales et étatiques modernes. Ils représentaient de fait un tandem idéal dans la construction solide d'une association de tradipraticiens. Je dirais même qu'ils étaient tous deux de véritables passeurs, essayant de formuler une sorte d'interface entre les deux mondes médicaux par l'intermédiaire de l'association de tradipraticiens.

La réussite ne se distinguant jamais autant que mise en perspective avec un échec, je tiens à démontrer en quoi les éléments positifs de l'association de N'Dali énumérés plus haut correspondent aux éléments manquants de l'association de tradipraticien de Nikki (une ville-commune avoisinante). J'ai en effet pu déterminer que les raisons de la faillite de l'association de Nikki sont exactement opposées aux raisons de la réussite de celle de N'Dali. L'ancien secrétaire de l'association de Nikki m'a par exemple avoué que leur président était incapable de comprendre le fonctionnement associatif. Ce président ne parlait pas français et faisait des crises de jalousie lorsque des patients qui ne connaissaient pas sa langue passaient par l'intermédiaire du secrétaire plus au fait de la langue véhiculaire du Bénin pour se faire guérir. D'autre part, il ne détenait pas une réelle légitimité dans le monde des guérisseurs traditionnels, ni dans celui de la santé moderne. Plusieurs guérisseurs de Nikki m'ont expliqué qu'il existait un guérisseur beaucoup plus reconnu dans leur commune et que celui-ci devrait logiquement être le président de l'association.

Je pense en fait que certaines villes d'importance comme Nikki, ont été dotées en mesures concrètes par le PPMT (jardins botaniques par ex.) alors qu'elles n'avaient pas d'associations solides de tradipraticiens. C'est pourquoi, on y observe des structures qui sont créées de toutes pièces pour justifier les apports matériels gouvernementaux, structures qui ne comprennent aucunes racines populaires. Ce type de mouvement, ne venant pas d'initiatives partant de la population et ne reposant pas sur des qualités spécifiques de leurs instigateurs, est voué à un échec certain.

Tous ces éléments confirment que la faisabilité ou pour le moins la solidité d'une association est fortement liée à des conditions que doivent réunir les membres du collectif de tradipraticiens.

⁴⁷ La nature de la double légitimité de M. Tissirougui était plus morale que celle de M. Kissira qui reposait et repose toujours essentiellement sur des aspects techniques.

Il convient maintenant de s'interroger sur le fonctionnement interne de l'association des tradipraticiens de N'Dali pour pouvoir découvrir quelles ambiguïtés il recèle par les modifications qu'il engendre dans les pratiques traditionnelles.

2.2 Description et analyse des règles de fonctionnement de l'association

2.2.1 Les critères d'intégration à l'association

J'ai démontré dans un point antérieur que les associations de tradipraticiens de cette région ont, entre autres objectifs, de distinguer les membres qui les composent parmi la pléthore de praticiens constituant le pluralisme médical ambiant. De plus, ces associations cherchent à se repositionner face aux instances médicales de leur pays pour obtenir une reconnaissance officielle des pratiques traditionnelles employées par leurs membres constitutifs. Pour ce faire elles doivent donc constituer leurs rangs en fonction de critères déterminants qui sont autant de règles à suivre pour les tradipraticiens.

Les membres de ces associations doivent par exemple prouver leur efficacité en ce qui concerne trois types de maladies. M. Kissira avançait à ce sujet : *«Si par exemple il y a un épileptique, nous l'envoyons à celui qui traite l'épilepsie et nous demandons quand est-ce qu'il pourra le guérir ? Si il arrive à respecter le délai de guérison alors nous le notons et nous savons que lui, il sait guérir cette maladie, et nous n'acceptons pas qu'un tradipraticien aille au delà de 3 maladies, car c'est ce que nous avons reçu comme instruction du Ministère de la Santé»* (9 juin 2005). Les tradipraticiens suivent donc un impératif de spécialisation qui correspond plus au système de santé moderne qu'aux pratiques traditionnelles dont *«[...] chaque guérisseur se dit capable de guérir toutes les maladies»* (ibid.). Ce changement de fonctionnement peut être expliqué de plusieurs manières. Premièrement, la colonisation a amené avec elle de nombreuses nouvelles maladies inconnues des guérisseurs traditionnels africains, ce qui les a poussés à reconnaître une nouvelle catégorie de maux contre lesquels ils étaient plus ou moins impuissants. C'est ainsi qu'on a vu apparaître dans la nosographie traditionnelle, la catégorie des maladies dites «blanches». D'autre part, certains guérisseurs traditionnels des nouvelles générations disent que leurs prédécesseurs pouvaient tout guérir car les interdits que ces derniers suivaient et «prescrivaient» à leurs patients étaient respectés. Une tradipraticienne de l'association de N'Dali disait à ce propos : *«Avant nos parents respectaient beaucoup les interdits, ce qui n'est plus notre cas, nous bravons les interdits»* (11 juin 2005). A l'heure actuelle, si la population béninoise souscrit toujours à des valeurs traditionnelles, ce n'est plus par obédience de type religieux comme c'était le cas auparavant, mais plus par respect d'une forme de morale et de déontologie. Par la perte de cette ferveur

populaire totale, l'efficacité des guérisseurs et le caractère holiste des maux touchant la communauté qui sous-tend la conception traditionnelle du pouvoir de guérir se sont vus remettre en question. Ces éléments expliquent pourquoi les guérisseurs traditionnels ont été «naturellement» poussés à se spécialiser mais il faut chercher pourquoi ils ont choisis cette règle de spécialisation.

Selon moi, ils ont agi dans ce sens pour pouvoir se distinguer des charlatans qui ont repris comme leitmotiv le fait de pouvoir guérir toutes les maladies. Les édifiantes pancartes que ces derniers utilisent pour vanter leurs mérites attestent de cette prétention à guérir la totalité des maux.

Malgré tous ces éléments qui poussent les tradipraticiens à se spécialiser dans certains pouvoirs, quelques membres de l'association m'ont avoué détenir beaucoup plus de spécialités thérapeutiques que celles qu'ils ont déclarées à leur entrée dans le rang des tradipraticiens. Je soulève ce point pour rappeler que les dissensions existant entre les tradipraticiens et les guérisseurs traditionnels perdurent dans le fonctionnement interne des associations. Cette règle de spécialisation est pourtant suivie, et ceci pour deux raisons principales. Elle permet d'établir une complémentarité au sein du groupe qui renforce une certaine cohésion entre les membres de celui-ci et elle permet surtout de prouver la bonne volonté du collectif des tradipraticiens à accepter les directives des instances médicales officielles.

Un deuxième critère que doivent remplir les guérisseurs traditionnels pour pouvoir intégrer l'association des tradipraticiens est celui de la neutralité face aux puissances maléfiques. Les tradipraticiens doivent montrer pour ainsi dire «patte blanche sur la magie noire» pour se distinguer des sorciers aux yeux des autorités médicales officielles.

Le problème consiste alors, pour les dirigeants de l'association, à déterminer si les prétendants à l'intégration au groupe des tradipraticiens ont des penchants susceptibles de les pousser à des actes de sorcellerie. Afin de déceler ces engeances, les membres de l'association procèdent à des enquêtes au niveau de la population. Ils se basent aussi sur le fait que les guérisseurs traditionnels ont déjà été présélectionnés par leurs aïeux comme des personnes de bonnes mœurs, par le biais du processus de transmission du pouvoir traditionnel de guérir. Il demeure pourtant difficile d'écarter les individus usant de forces maléfiques, car ces pouvoirs néfastes, comme je l'ai déjà mentionné, ne se distinguent pas foncièrement des pouvoirs bénéfiques, ce qui oblige les dirigeants des associations de tradipraticiens à juger les guérisseurs sur leur comportement et non sur le type de pouvoirs qu'ils utilisent. Ce faisant, ils doivent se fier aux ouï dire de la communauté, ce qui rend leur discernement quelque peu aléatoire. Je tiens cependant à faire remarquer que ces pratiques liées à la magie noire ont fait l'objet de véritables chasses aux sorcières organisées par l'Etat béninois, notamment durant la

période révolutionnaires⁴⁸. Ces périodes difficiles pour les guérisseurs traditionnels dont il était complexe de déterminer la non appartenance aux pratiques de sorcellerie, ont amené une partie des thérapeutes traditionnels à se prévaloir de spécialités thérapeutiques nullement liées au monde des esprits. Par la force des choses, certains membres de la communauté des guérisseurs traditionnels avaient donc déjà commencé à se spécialiser en se distinguant des pratiques mystiques. D'autres ont même affirmé s'être totalement débarrassés des connotations mystiques de leurs pouvoirs en avançant que ces derniers étaient uniquement fonction de la connaissance des vertus médicinales des plantes.

De ce fait, on trouve aujourd'hui au sein des associations de tradipraticiens un large échantillon de guérisseurs traditionnels dont le pouvoir est selon leurs dires plus ou moins rattaché à des forces mystiques. Je tiens tout de même à relever que si les tradipraticiens ne parlent pratiquement jamais directement du lien de leurs pouvoirs avec des forces mystiques, les multiples objets aux vertus magiques qui ornent quasi inmanquablement leurs habitations attestent des croyances auxquelles ils se réfèrent toujours. Ils glissent aussi souvent dans leurs discours que certaines des maladies qu'ils guérissent sont des maladies qui se situent hors des compétences modernes, ce qui veut dire en langage profane que les maladies en question sont d'origines surnaturelles.

2.2.2 Les règles internes de l'association

Les règles internes de l'association de tradipraticiens de N'Dali ne sont pas strictement formulées, elles reposent plutôt sur des principes de fonctionnements implicites. Un de ces principes que j'ai pu relever est celui de la circulation accompagnée des patients. En effet, les tradipraticiens doivent faire preuve d'une certaine «clairvoyance» en dirigeant les patients qu'ils ne pensent pas pouvoir guérir vers un confrère tradipraticien plus compétent ou encore vers l'unité de soins moderne la plus proche. Un des membres de l'association déclarait ainsi : *«Quand on m'amène un malade, je demande toujours à ce qu'on l'amène d'abord aux soins et des fois, c'est moi même qui l'amène, si les médecins constatent que c'est une maladie qui n'est pas de leurs compétences, alors je l'amène avec moi pour le traiter »* (11 juin 2005). Les tradipraticiens de l'association de N'Dali agissent en fait tous de cette manière. En ce qui concerne la circulation interne des patients d'un membre à l'autre de l'association, une tradipraticienne me faisait remarquer qu' *«[...] actuellement avec l'association beaucoup de*

⁴⁸ Il faut toutefois relativiser cette information du fait qu'à l'époque révolutionnaire, les commissaires du peuple qui devaient faire régner les directives gouvernementales concernant les pratiques occultes étaient souvent impliqués dans le système traditionnel, ce qui fait qu'ils ne jugeaient pas trop durement les pratiques mystiques. De plus, il faut ajouter que la position du président Kérékou a toujours été ambiguë sur cette question, lui qui oscillait entre combattre la mystification et élire des éminents représentants des cultes traditionnels dans son gouvernement.

choses sont en train de changer, car il y a la complémentarité qui s'installe et vous en avez été témoins, la dernière fois quand le vieux avait un malade et qu'il ne pouvait pas guérir, il est venu poser son problème et il y a eu un autre vieux qui a dit qu'il pouvait guérir le petit » (ibid.). Elle faisait référence dans ces quelques mots à un changement de fonctionnement par rapport aux guérisseurs qui se disent «[...] *tout guérir même s'ils en sont incapables* » (ibid.). Il est intéressant de rappeler que ce principe d'échanges de patients n'existe pas de manière répandue dans le système de soins traditionnels dans lequel les guérisseurs agissent seuls et ne veulent pas s'appuyer sur leurs «confrères» sauf si ces derniers font partie de leurs amis proches, et ceci pour ne pas trahir une certaine incompétence et ne pas risquer une attaque mystique provoquée par un autre guérisseur. Ce type de fonctionnement a d'ailleurs souvent été condamné par les agents de la santé moderne qui voyaient arriver dans leurs services des patients dans un état avancé voire irrécupérable de leur maladie à cause de leur trop long passage chez un guérisseur. Au regard de cette situation, certains médecins sont même allés jusqu'à menacer des guérisseurs de les attaquer en justice, ce qui représenterait pour ces anciens sages, qui sont sensés pouvoir donner la mesure du bien et du mal, le pire des affronts.

Dès lors, il devenait urgent d'établir ce principe de circulation des patients et c'est pourquoi il a été érigé comme une sorte de pierre angulaire du fonctionnement des associations de tradipraticiens. Cependant, ce principe, qui fait intervenir les notions de complémentarité et de réciprocité, fonctionne de manière trop unilatérale car si les tradipraticiens acceptent tous de confier leurs patients à la médecine moderne, celle-ci ne procède quasiment jamais à l'inverse. Les médecins modernes se doivent en fait de référer leurs cas difficiles à un échelon supérieur de leur hiérarchie et ont l'interdiction formelle de diriger un patient vers les tradipraticiens. Plus encore, la plupart d'entre eux refusent toujours d'accorder une bonne crédibilité à l'efficacité des pouvoirs traditionnels en termes médicaux, même s'il faut mentionner que certains conseillent parfois officieusement à des patients d'aller se faire soigner «à la maison»⁴⁹.

Un autre principe qui régit le fonctionnement de l'association des tradipraticiens de N'Dali est celui de la cohésion du groupe en terme de respect des uns envers les autres et en terme d'unification des membres derrière un même discours. Ce principe peut paraître une véritable lapalissade au regard du fonctionnement d'une association mais il n'est pourtant pas moins difficile à suivre, et pour cause. En premier lieu, bien que les relations entre tradipraticiens soient relativement bonnes comme je l'ai démontré, certaines d'entre elles souffrent encore

⁴⁹ Cette expression qui veut dire «soins traditionnels» est souvent employée par les médecins qui veulent envoyer un patient chez un guérisseur tout en faisant attention à ce que leurs conseils ne puissent se retourner contre eux. En utilisant cette expression, ils se prémunissent de plaintes auxquelles ils pourraient être exposés dans le cas de figure où le patient référé mourait chez un guérisseur.

du discours mettant en exergue la suspicion et la crainte d'un acte de sorcellerie. Un tradipraticien de l'association me révélait par exemple être content d'avoir été interrogé individuellement parce qu'il pouvait alors avancer : «*Nous ne nous aimons pas et c'est ce qui est dommage. Nous sommes ensemble mais nos intentions sont diverses*» (10 juin 2005). Il est intéressant de remarquer qu'en plus de la remise en question des relations qui unissent les tradipraticiens, les paroles de ce personnage mettent en doute l'unisson des intentions du collectif. Je pense en fait que ces intentions sont similaires chez tous les praticiens de l'association mais que ces derniers n'acceptent pas toutes les modifications engendrées dans leurs pratiques par le fonctionnement d'une association de ce type. Cependant, hors de cet entretien, je n'ai jamais entendu émettre ce doute par un autre tradipraticien de N'Dali. J'ai bien observé pendant un entretien collectif des tradipraticiens de N'Dali que certains membres se faisaient rabrouer lorsqu'ils tentaient de prendre la parole afin qu'ils laissent s'exprimer le président de l'association, mais si ce genre de comportements peut exprimer une forme de censure de certains discours et par la même occasion une dissension interne à l'association, il faut toutefois souligner qu'il est dans l'intérêt général pour un tel collectif de suivre une ligne directrice claire et homogène.

En définitive, il semblerait que l'union que veulent démontrer les dirigeants de l'association de N'Dali est assez profonde même si elle contient certaines failles et qu'elle doit être supportée par un discours homogène «de façade» construit pour servir une stratégie visant un objectif commun.

2.2.3 Les conséquences impliquées par ces règles

Il va sans dire que ces diverses réglementations de l'association de tradipraticiens de N'Dali, qu'elles soient sous forme de principes ou encore de critères, engendrent un certain nombre de conséquences positives et négatives en ce qui concerne la situation des membres de ce groupe et de leurs pouvoirs respectifs. Pour reprendre les avantages qu'elles déterminent, je peux avancer que ces règles permettent à ce groupe de tradipraticiens de se distinguer par rapport à d'autres groupes de praticiens de cette communauté et d'acquérir ainsi une identité collective dont les guérisseurs traditionnels ne jouissaient pas auparavant étant donné la nature individuelle de leurs pratiques de guérison. Identifiée de la sorte, l'association gagne en visibilité et repositionne surtout ses membres par rapport aux instances de la santé moderne. En effet, ces instances dirigeantes ne peuvent reconnaître les tradipraticiens que s'ils sont réunis, et ceci pour d'évidentes raisons pratiques. Le regroupement de ces tradipraticiens est donc une condition indispensable à l'établissement d'un lien solide avec les

représentants du ministère de la santé. Un lien solide sans lequel les tradipraticiens ne peuvent escompter profiter des mesures d'aide concrète à leur fonctionnement promulguées par l'Etat.

Je soulève tout de même ici que l'imposition de cette politique de regroupement peut être interprétée comme une stratégie gouvernementale pour pouvoir mieux contrôler les guérisseurs traditionnels qui étaient tout à fait ingérables dans la dissémination qui caractérisait leur disposition dans la communauté avant l'avènement de l'association.

Un autre avantage que constitue la création d'une association de tradipraticiens est celui de l'efficacité élargie qu'elle représente par l'entremise de la diversité des spécialisations thérapeutiques que réunit l'ensemble de ses membres. Cette grande efficacité permet aux tradipraticiens d'être plus compétitifs face aux nombreux praticiens qui composent les différents types de soins proposés dans leur communauté parce qu'elle maximise les chances de guérison des usagers ayant choisi l'association pour trouver satisfaction. Il n'en est pas ainsi dans le système des guérisseurs indépendants où les usagers doivent passer d'un guérisseur à l'autre en cas d'échec de leur guérison ; ce fonctionnement occasionnant des pertes de temps souvent irrémédiables pour leur état de santé.

En ce qui concerne les aspects négatifs que traduisent les règlementations de l'association, il faut d'abord souligner l'éloignement des fondements traditionnels qu'elles provoquent chez les tradipraticiens. J'entends par là que la plupart des règles de ce groupement remettent en question les caractéristiques et les principes de la médecine traditionnelle. Par exemple, il a été montré que le pouvoir traditionnel repose sur des caractéristiques dans lesquelles on retrouve le caractère individuel (personnel) du pouvoir et son caractère ambigu. Or, les règlementations de l'association que j'ai énumérées vont à l'encontre de ces deux caractéristiques. En effet, le principe de réunion en association et celui de la circulation des patients s'opposent assez clairement au caractère individuel du pouvoir traditionnel tandis que l'ambiguïté de ce pouvoir pose problème par rapport à la déontologie qu'observent les instances médicales modernes. Il va sans dire que ces dernières ne peuvent pas reconnaître les tradipraticiens s'ils sont susceptibles d'utiliser leurs pouvoirs à mauvais escient. Il en va de même en ce qui concerne le caractère indivisible du pouvoir traditionnel. Dans le système traditionnel, le guérisseur est un élément qui prend place directement aux côtés des autorités dirigeantes. Il fait en quelque sorte partie du pouvoir décisionnel tandis qu'intégré dans le système de santé national, il n'est qu'un élément exécutif de la politique de son gouvernement.

Pour finir, la conception holiste du mal soutenue par la tradition est peu défendable dans une association qui prône une spécialisation des pouvoirs thérapeutiques de ses membres constitutifs. Il faut aussi ajouter que la direction que prend le fonctionnement de cette

association mène sans nul doute à une institutionnalisation⁵⁰ des pratiques traditionnelles. Si la question de cette institutionnalisation reste encore un sujet de discordes, je l'ai vu poindre au cours de multiples discussions dans lesquelles les tradipraticiens favorables à cette option n'essaient plus de dissimuler leurs intentions comme c'est le cas chez les guérisseurs traditionnels indépendants. Une tradipraticienne remarquait au sujet de l'institutionnalisation : *«Ce serait une bonne chose si cela pouvait vraiment se réaliser, dans notre association, nous avons ce souci, seulement il y a l'esprit traditionnel qui est encore en nous»* (10 juin 2005). Toute la difficulté que pose cette institutionnalisation réside dans cette dernière assertion, l'esprit traditionnel est toujours en arrière plan des pratiques des tradipraticiens. Le président de l'association de tradipraticiens de N'Dali me disait au sujet de cette difficulté : *«[...] nous n'arrivons pas à fixer un prix avant de guérir un malade et d'ailleurs, on ne fixe même pas de prix, c'est seulement après guérison que le malade nous donne, s'il le désire, ce qu'il veut»* (11 juin 2005).

Les tradipraticiens se trouvent donc dans une situation de contradiction puisqu'ils avancent leur appartenance au monde traditionnel de la guérison pour différencier leurs pratiques de celles des agents de la santé moderne tout en s'écartant des principes traditionnels afin d'obtenir une reconnaissance des instances gouvernementales. Les tradipraticiens risquent en fait, par l'entremise de cette émancipation des fondements traditionnels du pouvoir de guérir que demande la création d'une association, de perdre leur légitimité populaire ainsi qu'une partie importante de leur efficacité.

De plus, ils risquent de voir se transformer leurs pouvoirs en une sorte de «sous-médecine» moderne qui aura comme seul avenir, une assimilation au système moderne de santé. En effet, dénués de leurs principes fondamentaux, de leurs spécificités et par la même occasion de leur sens, les pouvoirs traditionnels des tradipraticiens ne constituent plus que des savoirs liés à l'herboristerie où à certaines manipulations, connaissances qui auraient tôt fait d'être phagocytées par l'énorme machine que représente le système médical moderne. Le terme même de tradipraticien est tout à fait significatif de ce phénomène selon J-P Dozon car «il représente à lui seul une véritable épure qui ne réfère à aucune compétence particulière, mais suggère une figure positive dépouillée de tout élément "magico-religieux"» (DOZON J.P., 1992 : 14).

⁵⁰ Il faut comprendre ici l'institutionnalisation d'une association comme le passage à une réglementation stricte de cette dernière et la salarisation de ses membres dans un deuxième mouvement.

2.3 Deuxième arrêt sur image, l'association des tradipraticiens en question

Tout au long de ce passage consacré à l'association de tradipraticien de N'Dali, j'ai mis en évidence le rôle qu'elle occupe dans la sphère de la santé béninoise. Ce rôle est celui d'une véritable charnière entre le monde médical traditionnel et le monde de la médecine moderne. L'association de tradipraticiens représente un lieu d'articulation entre ces deux mondes qui concrétise les intentions d'un certain nombre de guérisseurs traditionnels. Ces derniers cherchent entre autres à «faire évoluer les soins de santé "traditionnels" vers une pratique plus "moderne", pour changer l'image figée et caricaturale d'une connaissance "ancestrale" refusant de s'adapter aux réalités et aux connaissances contemporaines» (FROIDEVAUX S., 2001). Ces efforts produits par les tradipraticiens constituent une originalité dont une des particularités consiste en la capacité que démontrent ces praticiens à intégrer des données de la médecine moderne dans leurs conceptions étiologiques. Pour prendre un exemple concret allant dans ce sens, au sein de l'association de N'Dali, M. Kissira me disait faire recours à ses connaissances d'infirmiers pour désinfecter les plaies des fractures ouvertes que la famille Tissirougui se charge de soigner. Or, si cette forme technique de modernisation des pratiques traditionnelles est généralement acceptée par tous les membres de l'association, elle engendre plus de réticences lorsqu'elle touche plus directement les principes fondateurs du pouvoir traditionnel de guérir. J'ai en effet démontré que la constitution d'une association de tradipraticiens passe par des réglementations qui vont dans le sens de la modernité tout en séparant les tradipraticiens des caractéristiques traditionnelles de leur pouvoir. Il faut dès lors se demander dans quelle mesure la balance des intérêts penche favorablement pour les tradipraticiens de ces associations.

D'un côté, s'ils modifient trop lourdement leurs pratiques, ils en perdent leurs prérogatives parmi lesquelles on peut dénombrer la faveur populaire et la spécificité de leurs pouvoirs. De l'autre côté, s'ils n'acceptent pas de réglementer leurs activités, ils préférent l'obtention de la reconnaissance gouvernementale dont ils savent qu'elle deviendra particulièrement importante lorsque les autorités statueront sur la légitimité des médecines traditionnelles en imposant des lois à leurs promoteurs.

Encore une fois, les tradipraticiens se trouvent au cœur d'un conflit où ils doivent faire preuve de stratégie pour atteindre le précieux sésame de la distinction de leur groupe parmi les autres groupes de praticiens par rapport aux instances médicales modernes. Ils doivent agir ainsi pour pallier à l'instabilité qui caractérise la situation actuelle des guérisseurs traditionnels et aux difficultés liées aux pratiques médicales traditionnelles.

Aujourd'hui, l'association des tradipraticiens de N'Dali a choisi de jouer la carte de la modernisation en montrant, par l'entremise des dispositions qu'elle a pris en terme de

réglementation, qu'elle compte suivre les directives prononcées par le ministère de la santé béninois. Ces dispositions me semblent décrire un mouvement unidirectionnel parce qu'elles ne sont pas suivies d'une démarche similaire provenant des agents de santé.

Je tiens à vérifier cette supposition dans le passage suivant de ce travail afin de déterminer quelle est la nature des relations qui lient les tradipraticiens et les agents de la santé moderne. Pour ce faire, je vais procéder à l'analyse du discours des membres de ces deux groupes sur leurs relations respectives ainsi qu'à la revue détaillée de leurs relations concrètes.

III. Relations entre les tradipraticiens et les représentants de la médecine moderne

3.1 Les discours des différents praticiens sur leurs relations respectives

3.1.1 Exemples de discours des tradipraticiens

Parmi les formulations que j'ai rencontrées dans les discours des tradipraticiens en ce qui concerne leurs relations avec les agents de la santé moderne, j'ai relevé certains aspects qui me semblent significatifs quant aux types de liens qui existent entre les deux milieux. J'ai par exemple remarqué que les tradipraticiens utilisent souvent dans leur discours une construction particulière pour définir les relations qu'ils entretiennent avec leurs «confrères» modernes. Lors de mes entretiens, ils commençaient quasiment inmanquablement par décrire des relations très positives avec les agents de la médecine moderne avant de nuancer ensuite leurs discours en relevant que ces relations pourraient être bien meilleures. Ainsi, un tradipraticien de l'association me disait : «*Nous sommes à nos débuts et pour le moment tout se passe biens entre nous, mais espérons que cela aille beaucoup mieux*» (10 juin 2005). Un autre avançait derechef : «*Je dirais que tout va bien, mais on aurait souhaité que cela aille beaucoup plus de l'avant*» (11 juin 2005).

Je trouve ce type de phrases extrêmement intéressant car il s'en dégage une certaine ambivalence. Après une amorce positive, le ton du discours de ces tradipraticiens s'obscurcit brusquement. Je pense qu'il en est ainsi car ces phrases représentent la dichotomie qui règne entre l'intentionnalité des tradipraticiens à entretenir d'excellentes relations avec le monde de la médecine moderne et la réalité sur le terrain. En fait, le discours positif des tradipraticiens tourne vite à un comparatisme au niveau du respect que chacun des groupes démontre l'un envers l'autre tout comme l'exprime si bien cette phrase du président de l'association de N'Dali : «*Telle que nous la respectons (la médecine moderne), je voudrais que ce soit un respect réciproque entre nous*» (11 juin 2005). Par ce type de discours, les tradipraticiens laissent entrevoir un déséquilibre qu'ils ressentent dans les relations qui les lient aux agents de la santé moderne.

Il faut toutefois ajouter que le déséquilibre de ces relations, qui est supposé dans cette intervention du président, ne provient pas uniquement des agents de la santé moderne. En effet, les tradipraticiens produisent aussi régulièrement un discours qui traduit une forme de complexe d'infériorité face aux médecins modernes. Pour prendre un exemple de ce type de discours, un membre de l'association m'expliquait : «*Nous, nous sommes des aveugles eux ils*

sont les éclairés, ce n'est pas une raison pour que nous délaissions notre tradition. C'est à eux de se rapprocher vers nous et de nous guider afin que tout se passe bien...» (ibid.). Un autre de ses collègues ajoutait : *«Nous les considérons comme nos supérieurs, ce sont eux qui doivent nous guider et nous dire ce qu'il faut faire et comment le faire»* (ibid.). Le développement de ce genre de discours ajoute à la domination du milieu de la médecine moderne sur celui de la médecine traditionnelle.

Or, ce type de discours dévalorisant, qui est développé par les tradipraticiens, ne prend en compte que la supériorité technique de la médecine moderne en ce qui concerne les maladies «blanches» ou «communes». Il en va tout autrement lorsqu'il s'agit de maladies «surnaturelles» pour lesquelles, les tradipraticiens n'hésitent pas à proclamer leur supériorité. Malgré ce dernier élément, on peut dépeindre un tableau plutôt sombre en ce qui concerne l'état des relations qui existent entre les deux groupes de praticiens considérés. Cependant, il faut tout de même relever que chaque configuration comporte ses spécificités. Pour prendre l'exemple de N'Dali, les relations qui existaient entre les deux milieux lorsque feu le président de l'association entretenait une amitié et un contact continu avec le médecin du CSC, étaient plutôt positives. Il m'a souvent été affirmé que cette période était sous le signe de l'échange et de la confiance. Il m'a aussi été avancé qu'actuellement, les équipes de la santé moderne ayant été modifiées et mises en relation avec le président de l'association depuis peu, une nouvelle période d'adaptation a vu le jour, ce qui pourrait engendrer de nouveaux types de relations. Là encore, ces quelques informations traduisent une espérance d'amélioration, ce qui laisse penser à un état primordial de déséquilibre.

En définitive, je pense que les discours émis par les tradipraticiens sur les relations qui les lient aux agents de la santé moderne, sont construits à cheval entre leur volonté d'obtenir la reconnaissance du monde moderne de la santé et la réalité empirique. Ils promulguent en fait selon moi un discours positif pour des raisons stratégiques. Bien sûr, l'établissement de ce discours positif provient aussi de phénomènes plus sommaires tels que le respect qu'il faut démontrer à ses contemporains et la prudence discursive qu'il convient d'observer dans une petite communauté où toute parole a vite fait le tour du village. Il n'en demeure pas moins que le principe le plus important qui sous-tend ce discours me paraît être la stratégie.

Il convient donc de vérifier si ce type particulier de relations qui semble construit sous le joug des intérêts relatifs aux parties en présence est confirmé par la forme du discours déployé par les représentants de la médecine moderne.

3.1.2 Le discours des différents représentants de la médecine moderne

Les discours émis par les divers agents représentant la médecine moderne doivent selon moi être découpés en plusieurs niveaux. Premièrement, il existe un rapport personnel de ces agents avec les détenteurs de pouvoirs traditionnels. Le médecin, l'infirmier et le pharmacien ont tous vécu dans leur existence des expériences plus ou moins directes avec des guérisseurs traditionnels qui faisaient souvent partie de leur entourage proche, voir de leur famille. Autrement dit, un grand nombre d'entre eux ont été élevés sous l'influence d'un système de significations établi par la tradition.

Deuxièmement, à travers leurs études et le développement de leurs connaissances sous la férule des dogmes de la science occidentale, ils se sont mis à remettre en question certains principes de la médecine traditionnelle. C'est pourquoi, la plupart des membres constitutifs du système de santé officiel développent un double discours au sujet des promoteurs des pouvoirs médicaux traditionnels. Ces agents de la santé moderne vouent un grand respect aux tradipraticiens en tant que personnes garantes d'un système de valeurs morales qui constitue une véritable identité de la société africaine. Ce respect est d'autant plus fort que le tradipraticien est souvent une personne âgée et bénéficie par conséquent de l'attention particulière accordée aux aînés dans les communautés de cette région. Même si ce respect apparaît parfois dans le discours des agents de santé comme une forme d'inertie comportementale face aux changements que subit la société béninoise, il est ancré au plus profond des individus, dans leurs émotions, dans leur identité. Ce respect est donc bien présent chez les agents de la santé moderne mais il est confronté aux problèmes techniques que posent les pratiques traditionnelles. En effet, si les agents de santé prêtent une certaine efficacité aux pouvoirs traditionnels, ils insistent tous dans leurs discours sur les discordances qui les séparent des agissements des tradipraticiens en fonction de la déontologie à laquelle ils souscrivent dans leur pratique de la médecine moderne. Ils fustigent par exemple l'imprécision des diagnostics posés par les tradipraticiens et celle qui caractérise la posologie préconisée dans le milieu des soins traditionnels. Une infirmière m'expliquait par exemple au sujet du fonctionnement des pratiques traditionnelles : «[...] *le problème que je trouve dedans, c'est le manque de dosage, il n'y a pas une dose précise, et des fois on donne à l'enfant sans se soucier si la dose correspond à son organisme ou pas et on arrive souvent même à des cas de surdosage, ce qui affaiblit l'enfant et entraîne une intoxication médicamenteuse*» (14 juin 2005). Un de ses collègues ajoutait en ce qui concerne le diagnostic traditionnel : «[...] *le problème, c'est que la médecine traditionnelle n'arrive pas à diagnostiquer avec exactitude la maladie, elle soigne à tâtons, parce qu'elle n'a pas les moyens de faire les analyses...*» (13 juin 2005). Les discours des agents de la santé moderne

condamnent aussi le côté mystique du pouvoir traditionnel de guérir parce que celui-ci contredit la rationalité sur laquelle se base le savoir médical moderne. Un médecin d'une ville voisine de N'Dali me disait par exemple : *«Il faudrait d'abord que les tradipraticiens cessent de mystifier les choses. Il faudrait qu'ils puissent mettre de la logique dans leurs trucs»* (29 juin 2005).

Entre profond respect des tradipraticiens et rejet des pratiques traditionnelles médicales, l'ambiguïté de ces discours traduit une situation de porte-à-faux dans laquelle se trouvent les agents de la santé moderne. Ces derniers éprouvent d'une part un grand respect envers les tradipraticiens en tant qu'individus ayant un statut particulier dans le cadre de la société mais réproouvent d'autre part le fonctionnement du pouvoir traditionnel parce qu'il contredit les règles auxquelles ils sont rattachés par leurs pratiques thérapeutiques.

Un autre élément présent dans le discours des agents de la santé moderne, qu'il est intéressant de soulever, est celui qui souligne l'importance des tradipraticiens dans les communautés. J'en prends pour preuve ces quelques mots du médecin en chef du CSC de N'Dali : *«Vous savez, c'est une corporation qui est très répandue chez nous ici, seulement elle n'est pas bien structurée et cela fait que chacun en fait à sa tête»* (9 juin 2005).

Encore une fois, tout en avançant que les tradipraticiens et les autres représentants des pratiques médicales traditionnelles sont une force en présence avec laquelle il doit composer pour gérer la santé de la commune où il officie, il fait remarquer que les tradipraticiens ne sont pas bien structurés. En fait, derrière les évidences que semblent traduire les paroles de ce médecin, ces deux phrases sont très significatives du discours des agents de santé.

En effet, les agents de la santé moderne savent qu'au sein des forces de soins représentées dans leur communauté, la population reste favorable aux moyens traditionnels, ce qui les pousse à promulguer une forme de rapprochement. Toutefois, ils comptent agir dans ce sens seulement à certaines conditions. Le médecin cité plus haut me disait par exemple être disposé à collaborer avec les tradipraticiens s'ils s'organisaient mieux et s'ils se soumettaient à certaines règles. Règles dont je ne vois pas l'importance de répéter la substance puisqu'elles sont identiques à celles qui ont été choisies par les tradipraticiens pour faire fonctionner leur association. Il semblerait donc envers et contre toutes attentes que les intentions des tradipraticiens et des agents de la médecine moderne convergent pour leur grande majorité vers l'«option» de l'association de tradipraticiens. Or, les compromis que supposent le fonctionnement d'une telle association ne sont pas forcément acceptés de manière équilibrées entre les deux parties concernées. C'est ce que je vais m'efforcer de prouver dans le point suivant à travers le type de relations pratiques qu'entretiennent les tradipraticiens avec les agents de la santé moderne.

3.2 Les relations entre tradipraticiens et représentants de la médecine moderne dans la pratique

3.2.1 La pratique des soins

Au niveau de leurs pratiques, les tradipraticiens et les agents de la santé entretiennent peu de relations si ce n'est par l'entremise de l'échange de patients et par quelques rares exemples d'associations des deux types de médecine. Pour prendre la première de ces deux relations soit : la circulation accompagnée des patients, j'ai déjà mentionné qu'elle intervient dans la pratique des tradipraticiens comme une véritable règle de fonctionnement alors qu'elle constitue une interdiction formelle au niveau des façons de procéder des agents de santé. Il va sans dire que cette différence entre les fonctionnements respectifs des deux groupes de praticiens informe sur une réelle asymétrie dans les relations qui les lient.

En effet, il est difficile d'envisager comment une relation d'égalité, et par conséquent un climat de confiance, pourrait s'établir entre ces deux groupes si leurs règles de fonctionnement ne penchent qu'en faveur de la médecine moderne. On pourrait même se demander dans quelle mesure cette situation perdure encore puisqu'elle semble vraiment déterminer un système où les tradipraticiens doivent se soumettre à des directives qui les placent dans une position de groupe dominé par rapport aux instances médicales modernes. Il faut chercher l'explication du maintien de cette situation dans plusieurs facteurs. Premièrement, les tradipraticiens semblent obligés de passer par l'établissement de réglementations de leurs pratiques pour profiter des bons hospices des instances médicales modernes comme je l'ai déjà démontré.

De plus, la réalité empirique de l'échange de patients ne coïncide pas tout à fait avec les directives théoriques émises par le ministère de la santé. Si les agents de santé ne sont pas censés diriger des patients vers le système de soins traditionnels, ils le font plus qu'il y paraît. Il m'a plusieurs fois été rapporté par des usagers et des tradipraticiens que ces agents de la médecine moderne envoient officieusement leurs patients se faire traiter par la médecine traditionnelle. Il en est ainsi, selon moi, car les agents de la médecine moderne sont encore partagés entre deux modes de représentation de la maladie. Conscients des avantages de leur médecine pour certaines pathologies, ils n'arrivent pas à se détacher de l'idée que pour d'autres pathologies, la médecine traditionnelle reste supérieure à la médecine moderne. J'en prends pour preuve le fait que la quasi totalité des agents de santé moderne m'a avoué faire un usage personnel de pratiques liées aux différents types de médecines traditionnelles. J'ai dans un premier temps pensé que cette ambiguïté n'existait que chez les agents de santé des échelons inférieurs de la médecine moderne comme les aides soignants ou les infirmiers. Je

pensais ainsi parce que ces derniers sont d'une part plus proches de la population et donc plus fortement soumis à son influence. D'autre part, ils sont moins avancés au niveau de leurs connaissances médicales que les médecins, ce qui aurait pour conséquence de ne pas les enfermer dans des conceptions trop strictes de la maladie. J'ai par exemple entendu le médecin en chef de N'Dali m'expliquer que son major (chef des infirmiers) utilisait la médecine traditionnelle pour soigner sa jambe alors qu'il est formellement interdit de proposer à un patient du CSC d'aller se faire soigner chez un tradipraticien. Je me suis aussi retrouvé devant cette ambiguïté lorsque je me suis entretenu avec le médecin chirurgien en chef et directeur de l'Hôpital de la ville de Nikki qui reconnaissait la puissance du pouvoir mystique de certains guérisseurs. Sachant le nombre d'années d'études médicales qu'implique l'obtention du titre de chirurgien et les qualités en terme de rationalité que cet homme a dû prouver pour être élu au poste de directeur d'Hôpital, il est incroyable de remarquer qu'il croit toujours aux aspects mystiques du pouvoir traditionnel de guérir. Il semblerait en définitive que les fondements culturels d'un individu en terme de croyance sont si profonds qu'ils sont à même de résister à plusieurs dizaines d'années d'imprégnation par un autre système.

Pour aller un peu plus loin dans l'interprétation de cette situation, je pense que cette ambiguïté alimente l'illusion chez les tradipraticiens selon laquelle leurs relations avec les agents de la santé moderne sont plus équilibrées qu'elles ne le sont en réalité. En fait l'efficacité accordée par un bon nombre d'agents de la santé moderne aux tradipraticiens en ce qui concerne les maladies dites «surnaturelles» et la reconnaissance qui s'y rattache, se substituent au manque de valeur accordé officiellement aux pratiques traditionnelles par les instances dirigeantes du monde moderne de la santé. Ce manque de valeur qui d'autre part se voit comblé en réalité par les compromis effectués par les tradipraticiens dans leurs activités thérapeutiques.

Cet état illusoire d'équilibre entre les deux groupes de praticiens se retrouve d'ailleurs aussi au niveau des pratiques associées des médecines. Là encore, les tradipraticiens sont les seuls à accepter de mêler leurs savoirs à ceux de la santé moderne alors que les différents agents de santé réfutent tout agissement dans ce sens. Il semblerait donc que la situation traduise une forme d'asymétrie où les tradipraticiens subissent une fois de plus la domination des principes de la médecine moderne. Toutefois, ils se contentent de cette situation en s'appuyant par exemple sur des «légendes» colportées au sein de la population qui décrivent l'utilisation des pouvoirs de grands guérisseurs traditionnels par de nombreux médecins du Bénin.

Bien que je fasse partie de ceux qui avancent qu'il n'y a pas de fumée sans feu et qu'en l'occurrence, il existe sûrement des liens entre des tradipraticiens ou autres guérisseurs traditionnels et de grands noms de la santé moderne béninoise, il n'en demeure pas moins que ces histoires ne sont nullement avérées. Peu importe finalement. Que ces histoires reposent

sur l'imaginaire collectif béninois ou sur des faits, il s'avère qu'elles nourrissent l'assurance des tradipraticiens sur le fait que la médecine traditionnelle se situe en terme d'égalité avec la médecine moderne au niveau du monde de la santé dans leur pays. Ces derniers se sentent ainsi moins en danger quant à la pérennité de leurs activités et ne conçoivent pas leurs compromis envers la médecine moderne comme des risques réels de perdre leur légitimité populaire. Il faut aussi ajouter que les tradipraticiens sont maintenus dans cet état d'équilibre «virtuel» par des facteurs plus matériels que je vais essayer de mettre en avant dans le point suivant.

3.2.2 Les avantages perçus par les tradipraticiens de N'Dali

Eu égard à leur statut, les tradipraticiens jouissent de certains avantages concrets promulgués par les représentants des institutions de santé officielles de leur communauté, ce qui conforte l'importance qu'ils croient détenir en tant que professionnels aux yeux de la médecine moderne. Pour prendre un exemple, ils bénéficient d'un excellent accueil dans les structures de la santé moderne alors que c'est un point qui est communément décrié par la population béninoise. L'actuel président de l'association de N'Dali déclarait par exemple : «Quand tu as un malade et que tu n'as pas d'argent dis toi que tu n'auras pas de soins. Encore, il faut vous le dire, nous sommes mal placés pour dire ce qui est négatif car, quand c'est un malade de notre maison, on le traite sans nous demander d'abord de payer l'argent, donc nous jouissons d'un certain privilège et cela existait depuis le vivant du vieux, donc c'est ce que les autres nous disent que je suis en train de vous dire» (11 juin 2005). Un autre tradipraticien de l'association abondait dans le même sens en disant : «Moi personnellement on m'accueille bien, peut-être que c'est dû au fait qu'il me connaisse, mais d'autres disent que l'accueil n'est pas bon» (ibid.). Un autre confrère de l'association surenchérisait enfin en m'avançant : «Oui, il arrive souvent que pour l'obtention d'un papier à la mairie qu'on me fasse des réductions, même à l'hôpital on me donne souvent gratuitement les médicaments ou on me les vend à demi prix» (12 juin 2005).

Tous ces exemples définissent une forme de reconnaissance des tradipraticiens par les agents de la santé moderne. Or, cette reconnaissance se base sur la notoriété des tradipraticiens en tant qu'individus et non sur la médecine traditionnelle qu'ils pratiquent. De ce fait, cette reconnaissance qui est à la fois symbolique et matérielle n'améliore pas concrètement la cause soutenue par les tradipraticiens. Elle touche cependant beaucoup les tradipraticiens qui ont toujours eu l'habitude de voir récompenser leurs activités par un type similaire

d'attentions basées sur le respect⁵¹. De plus, l'association des tradipraticiens étant somme toute une formule nouvelle dans l'histoire des guérisseurs de N'Dali, ces derniers sont encore sensibles au caractère personnel des avantages qu'ils perçoivent de leur communauté et ceci parce qu'il en était ainsi avant qu'ils ne s'allient avec leurs confrères. En définitive, les avantages que je viens de citer correspondent à certaines prérogatives dont bénéficiaient les guérisseurs dans le système traditionnel.

Pour citer un second type de profits dont jouissent plus particulièrement les tradipraticiens, je prends l'exemple des efforts produits par le médecin en chef du CSC. Ce jeune médecin très enthousiaste me disait ainsi : *«Il y a une association de tradipraticiens qui a vu ses activités amputées suite à la mort de leur président, ils sont venus me voir dans la perspective de relancer leurs activités au niveau de la commune toute entière, je leur ai donné une salle pour leurs rencontres et ils ont mis sur pied le bureau communal, je les ai mis en relation avec les chefs de postes afin qu'ils puissent installer au niveau périphérique, c'est à dire au niveau des arrondissements, leurs bureaux de cellule»* (9 juin 2005). Dans ce cas de figure, les tradipraticiens sont reconnus en tant que groupe et l'initiative du médecin en question appuie concrètement l'accomplissement des objectifs de l'association en terme de structuration. Toutefois, bien que cette action soit louable en tant que telle, elle s'inscrit toujours dans une idéologie de formatage des détenteurs de pouvoirs traditionnels. Il s'agit en fait de canaliser les tradipraticiens, de les organiser et ceci afin de les conditionner à une sensibilisation au fonctionnement de la médecine moderne. Je ne tiens pas ici à peindre le diable sur la muraille en considérant chaque pas effectué par la médecine moderne vers les tradipraticiens comme une tentative de prise de contrôle. Pourtant, force m'est de constater que la plupart des relations qu'entretiennent les deux milieux médicaux se cristallise finalement toujours autour d'un axe qui tend à la résolution des tradipraticiens aux principes de la médecine moderne. Le dernier exemple que je viens de décrire confirme cette tendance d'autant plus que la suite des actions énoncées par ledit médecin en faveur de l'association se tourne vite vers un impératif de formation des tradipraticiens. Il continuait ainsi son discours en disant : *«Il y a de cela un mois et demi, ils ont suivi une formation sur comment traiter le paludisme de façon préventive à la maison. Aussi, j'ai pu obtenir du niveau intermédiaire au niveau départemental, une formation sur l'identification des signes de la lèpre»* (ibid.).

Bien sûr, il ne faut pas voir dans les propos de ce médecin une quelconque animosité à l'encontre des pratiques traditionnelles. Ce jeune médecin croit véritablement aider les tradipraticiens en les amenant à suivre des formations mais je ne peux m'empêcher de voir dans cette initiative l'envie qu'a ce médecin d'améliorer la santé de la communauté dont il a la charge plus que celle de développer la spécificité des pouvoirs traditionnels. Je vais donc

⁵¹ Il faut ajouter que la reconnaissance énoncée dans ce paragraphe peut aussi être interprétée comme le résultat des craintes qui entourent l'ambiguïté des pratiques des guérisseurs traditionnels.

me pencher sur les formations susmentionnées pour prouver en quoi elles traduisent le type de relations faisant interagir les membres des deux groupes de praticiens impliqués dans cette problématique.

3.2.3 Les formations promulguées par le ministère de la santé béninois

Les formations dont je vais parler maintenant constituent un point central dans les relations unissant les tradipraticiens et les médecins modernes. Du point de vue de ces derniers, ces formations sont primordiales dans le sens qu'elles permettent de corriger les tradipraticiens dans certaines de leurs pratiques et de les habilitier à diagnostiquer les symptômes spécifiques caractérisant des infections graves. C'est ainsi que durant ces formations, les tradipraticiens se voient expliquer les principes de l'asepsie⁵², ceux de la posologie ou encore la manière de déceler la présence d'une maladie virulente chez un malade par des signes externes. Un tradipraticien me racontait à ce sujet : *«Ils nous entretiennent sur des différentes maladies, comment elles se manifestent, comment les attrape t-on, comment les guérir et aussi les règles d'hygiène»* (11 juin 2005). Un médecin quant à lui m'expliquait : *«Vous savez qu'à peu près quatre-vingt % de la population se présente d'abord chez un tradipraticien et seulement lorsque cela ne marche pas, chez le médecin. C'est pourquoi nous les avons formé au repérage de signes distinctifs de paludismes graves qu'il faut référer à nos services»* (2 juillet). Il est intéressant d'observer que cette dernière intervention souligne que la médecine moderne s'implique dans des relations avec les tradipraticiens parce que les services de ceux-ci sont encore majoritairement choisis par la population, dans une première phase de soins pour le moins. Cette situation marque une supériorité de la popularité des médecines traditionnelles, ce qui renforce le besoin que montrent les instances de la santé moderne de contrôler les activités des tradipraticiens.

Pour en revenir aux formations précitées, j'ai fait remarquer qu'elles servent principalement aux instances médicales modernes pour combattre les éléments que ces dernières reprochent aux tradipraticiens. Pourtant, ces formations, étant générées par le ministère de la santé par l'entremise du PPMT, ne devraient pas se limiter à la sensibilisation des tradipraticiens aux principes de la médecine moderne. Elles devraient par exemple selon les objectifs du PPMT⁵³ instaurer un dialogue sur le développement potentiel des pratiques traditionnelles de guérisons et sur les modalités de collaborations entre les deux types de médecine. Au fond, ces formations devraient avoir le rôle d'une plateforme réunissant les praticiens des deux parties

⁵² Méthode préventive qui s'oppose aux infections en empêchant, par des moyens appropriés, l'introduction de microbes dans l'organisme.

⁵³ Cf. Annexe n°4.

pour créer un échange de savoirs, un partage de connaissances. Or, ce n'est actuellement pas le cas.

Il convient donc de se pencher sur les raisons qui déterminent cet état de fait dans lequel les tradipraticiens se trouvent encadrés, voire mis sous tutelle, par le ministère de la santé.

Une de ces raisons est celle qui est invoquée par les dirigeants de la médecine moderne en terme d'intérêt prioritaire. Ces dirigeants disent chercher avant tout à maximiser le bon état de la santé publique en jugulant certaines pratiques traditionnelles qu'ils considèrent erronées. Ils justifient l'urgence de cette disposition puisque ces pratiques traditionnelles qu'ils trouvent dangereuses jouissent encore souvent de la préférence populaire par rapport aux soins modernes. Ils érigent donc ces formations en tant qu'étape fondamentale de leurs relations avec les tradipraticiens tout en rappelant qu'elles devraient être suivies par des phases de contacts plus compréhensives et interactives. Je tiens à faire remarquer que si cette manière de procéder ne constitue pas un aveu explicite de stratégie visant à diriger les activités des tradipraticiens, elle laisse toutefois présager la formation d'un sérieux biais dans les relations qui lient les deux groupes de praticiens. Il faut aussi comprendre, selon moi, l'utilisation de cette raison faisant référence à des objectifs prioritaires comme une parade employée par les instances médicales pour nier leur incapacité à répondre aux questions de fond que posent les relations entre les deux milieux.

Cette dernière considération me conduit à évoquer une autre raison qui s'ajoute à la difficulté de l'établissement de relations équilibrées entre ces deux groupes de praticiens. Cette raison consiste en l'impossibilité pour ainsi dire systémique à laquelle sont confrontées les deux parties en présence, d'échanger des connaissances thérapeutiques en termes égalitaires. Si je prends le point de vue des médecins modernes, ils ne peuvent enseigner la plupart de leurs savoirs qu'à des personnes lettrées ayant acquis des connaissances suffisantes dans la science pour pouvoir maîtriser la plupart des concepts médicaux, ce qui réduit les possibilités d'échanges avec les tradipraticiens qui sont en majorité analphabètes. En ce qui concerne les tradipraticiens, ils ne peuvent partager leurs pouvoirs car les règles traditionnelles de la transmission ne sauraient être respectées au cours d'éphémères rencontres avec des médecins dans le cadre de formations. En effet, comme je l'ai déjà expliqué, les tradipraticiens ne peuvent transmettre leurs pouvoirs à des personnes dont ils n'ont pas étudié le comportement pendant une longue période étant donné le caractère ambigu de la puissance que comportent les pratiques traditionnelles.

Plus prosaïquement, les tradipraticiens ne comptent pas délivrer tous leurs secrets aux médecins modernes, de crainte de s'en voir déposséder l'usufruit autant matériel que symbolique. Le témoignage d'un tradipraticien résume bien cette situation : *«Ce que Dieu t'a donné t'appartient, ce que tu connais, tu le connais. Il en est de même pour le médecin, sa*

connaissance qu'il a, c'est à lui et si tu ne suis pas la même formation que lui, tu ne pourras jamais avoir ses connaissances. Mais, s'il reconnaît l'efficacité de tes recettes, alors, tu peux lui en donner, mais jamais avec la racine même de ta recette, sinon, tu n'auras plus de valeur à ses yeux, car il détient sa science et ta science» (10 juin 2005). Un ancien proche du monde de la médecine traditionnelle avançait, à la défense d'un ami tradipraticien : *«En effet, s'il donne toute sa recette, il n'existe plus. C'est un docteur en pharmacie qui va récupérer cela et qui va en extraire la substance active pour ensuite déposer un brevet pour cette dernière. C'est donc le nom de ce pharmacien docteur qui sera reconnu et celui du pauvre tradipraticien sera oublié à tout jamais»*(8 juillet 2005). Il faut ajouter ici qu'une multitude d'histoires populaires faisant état de savoirs traditionnels volés par des escrocs rattachés à la médecine moderne renforcent la méfiance des tradipraticiens. A la lumière de ces propos, la réticence que montrent les tradipraticiens à confier le détail de leurs connaissances est fort compréhensible. Bien que justifiable, cette prise de position empêche la plupart des échanges de connaissances avec les représentants de la médecine moderne. Par ailleurs, cette réticence des tradipraticiens rend impossible l'incorporation de leurs savoirs dans le système scientifique parce que ce dernier se doit de vérifier systématiquement l'efficacité de chaque pratique afin de l'avaliser. Un médecin de la commune me disait ainsi : *«Mais on ne peut pas vraiment attribuer un diplôme, du moins une autorisation de fonctionnement à quelqu'un. Tout cela parce qu'il faut des preuves scientifiques valables pour prouver que les tisanes soignent véritablement les malades»* (9 juillet 2005).

Ces difficultés qui préteritent l'établissement de relations égalitaires entre les deux groupes de praticiens ne sont donc pas l'apanage d'un milieu ou d'un autre. Elles proviennent de spécificités des deux types de médecines et des conflits d'intérêts mettant en cause des enjeux qui seront repris dans la partie conclusive de ce travail.

Je perçois pourtant dans le fait que la recherche de solutions à ces difficultés soit écartée par les instances médicales modernes au profit des formations qu'elles dispensent, une disposition qui tend à mouler dans un premier temps les pratiques des tradipraticiens dans le creuset de la science. Procédant ainsi, ces instances escomptent à mon avis amoindrir les spécificités des pratiques traditionnelles afin qu'elles puissent être intégrées ultérieurement sans heurts dans le système de santé national officiel.

En tous les cas, si cette hypothèse ne peut être prouvée directement, les formations proposées actuellement par le gouvernement béninois définissent toujours une certaine domination imprimée par les représentants de la médecine moderne sur les tradipraticiens. Cependant, les initiatives de différents acteurs sur le terrain pour répondre à ces difficultés existent bel et bien et je vais tenter de déterminer si elles confirment ou infirment ce type de relations qui semble

de plus en plus tendre vers la domination d'un groupe sur l'autre. Pour se faire, je m'interroge dans le passage suivant sur la possibilité d'une collaboration entre les deux médecines.

3.3 La collaboration entre les deux types de pratiques médicales est-elle possible ?

3.3.1 Un exemple lié à l'institutionnalisation des pratiques médicales des tradipraticiens

J'ai déjà mentionné dans ce travail le principe lié à l'argent qui régit l'utilisation de la médecine traditionnelle. Le pouvoir de guérir, qu'il soit un don des esprits, un héritage familial ou issu d'une recherche personnelle est acquis gratuitement. C'est pourquoi il est interdit de le vendre. Un tradipraticien corroborait cette information en me disant : *«Je ne prends jamais d'argent, parce qu'on me l'a donné (le pouvoir) gratuitement, donc je dois aussi le donner gratuitement»* (13 juin 2005).

Par ailleurs, ce pouvoir représente un honneur et une fierté, valeurs qui ne sauraient être marchandées comme un vulgaire service. J'ajoute que l'individu qui se permet de vendre son pouvoir est considéré dans le monde traditionnel comme celui qui ose vendre une partie de son âme et de celle de sa famille⁵⁴.

De plus, si le pouvoir traditionnel de guérir définit bien un statut, un nom, un rang supérieur dans la hiérarchie sociale traditionnelle, il impose à son détenteur la responsabilité de guérir. *«J'ai pour mission de guérir»* me confiait un tradipraticien qui ajoutait derechef : *«C'est une obligation pour moi de sauver les vies humaines, d'une façon ou d'une autre je me trouve contraint de faire partie de ce monde»* (10 juin 2005). Les tradipraticiens se trouvent donc dans l'obligation de guérir les patients qui font appel à eux, et ceci sans rémunération. C'est pourquoi, certains d'entre eux n'hésitent pas à qualifier le pouvoir de guérir comme un véritable *«fardeau»* à transporter (ibid.).

Il faut toutefois, comme je l'ai fait remarquer, relativiser cette gratuité de la médecine traditionnelle car dans la pratique, le patient fournit souvent une contrepartie. Il arrive par exemple souvent que le patient doive offrir un animal pour effectuer un sacrifice aux esprits sollicités pour sa guérison et bien que la bête soit utilisée à cet effet par l'offrande de son sang, il n'est pas rare de retrouver la viande de celle-ci dans les assiettes de la famille du tradipraticien le soir venu. Un proche des tradipraticiens de Nikki me disait ainsi à propos du

⁵⁴ Je soulève ici que la règle de l'interdiction de vendre le pouvoir de guérir se réfère au système de représentations traditionnelles.

fonctionnement de la médecine traditionnelle : *«Lorsqu'ils demandent un bouc, c'est de l'argent caché»* (8 juillet 2005).

D'autre part, si les tradipraticiens ne doivent pas demander d'argent avant leur intervention, il est plus ou moins convenu que les usagers récompensent leur soigneur à la fin du traitement. Le discours de ce tradipraticien en atteste : *«Moi, mon grand-père en me léguant son pouvoir m'a toujours dit de ne jamais demander de l'argent avant de guérir quelqu'un. [...] . Si tu demandes de l'argent avant de guérir, tes pouvoirs vont te laisser et au fil des années tu vas perdre tous tes pouvoirs. Donc, ce n'est qu'après guérison que je prends ce que le patient me donne»* (11 juin 2005). Je souligne que selon les règles traditionnelles, les patients rétribuent les tradipraticiens dans la mesure de leurs moyens et seulement après satisfaction. Ces rétributions ne sont toutefois pas assez substantielles et ce type de fonctionnement ne constitue pas pour les tradipraticiens un moyen de subvenir à leurs besoins. Il s'oppose d'autre part à la faisabilité d'une collaboration avec le système de santé moderne. En effet, le système national de santé béninois ne peut s'allier les services d'un système qui s'adapte financièrement aux patients dont il a la charge, et ceci pour deux raisons. Premièrement, si le système médical moderne acceptait de «collaborer» avec un système traditionnel tel qu'il fonctionne actuellement, c'est-à-dire peu ou prou gratuitement, ce dernier deviendrait de facto une concurrence directe difficilement gérable. Une telle différence occasionnerait assurément des jalousies entre les praticiens en termes de revenus et des malentendus chez les patients. Deuxièmement, une activité dépourvue de réglementations fixes telle qu'une salarisation n'est absolument pas institutionnalisable parce que le gouvernement ne peut pas la contrôler et encore moins percevoir des taxes sur elle.

Devant cette double difficulté que constitue le mode de fonctionnement traditionnel en terme de «collaboration» avec les instances médicales modernes et par la difficulté que cette manière de procéder représente pour leur propre survie, les tradipraticiens ont trouvé une solution fort ingénieuse en adaptant l'éventualité d'un salaire aux représentations traditionnelles.

Selon eux, si l'Etat veut bien leur accorder un salaire, ils ne brisent aucunement le «contrat» qui les lie à l'utilisation de leurs pouvoirs traditionnels car à ce moment là, comme l'expliquait l'un d'entre eux : *«C'est tout à fait différent, car les tradipraticiens n'ont rien exigé, mais c'est plutôt l'Etat qui leur a fait la proposition, donc ce n'est pas le même cas »* (21 juillet 2005). En fait, les tradipraticiens avancent que l'intermédiaire de l'Etat dans la transaction économique serait à même de lever l'interdit qui les obligent à ne pas demander directement de l'argent à leurs usagers.

Cette solution amenée par les tradipraticiens est très intéressante car elle prouve que la tradition n'est pas figée comme l'image d'un passé obsolète. Cette faculté d'adaptation dont

font preuve ces tradipraticiens va à l'encontre du caractère conservateur que l'on prête trop souvent aux détenteurs de pouvoirs traditionnels.

Il n'en demeure pas moins que cette alternative proposée par les tradipraticiens fait rentrer les pratiques traditionnelles dans le cadre du système de réglementation de la médecine moderne, ce qui risque de leur faire perdre leurs prérogatives en terme de popularité. Il semblerait donc qu'il soit toujours question d'une soumission des tradipraticiens envers le modèle de fonctionnement de la médecine moderne. Par conséquent, d'une manière ou d'une autre, la situation traduit toujours une domination du système de santé moderne. Les difficultés auxquelles sont confrontés les tradipraticiens forcent cependant l'émergence du type de solutions énumérées dans ce passage, ce qui, soit dit en passant, sépare de plus en plus les tradipraticiens des guérisseurs traditionnels hors associations qui voient dans ces alternatives la pure et simple déréliction des pratiques traditionnelles.

Il convient maintenant de se pencher sur un exemple de «collaboration» proposé par un médecin moderne afin d'observer si la tendance dominante de la médecine moderne sur la médecine traditionnelle achève de se confirmer.

3.3.2 L'exemple de Monsieur Badarou, spécialiste en médecine communautaire

L'exemple que je vais rapporter ici est un cas fort intéressant de mise en place d'une approche compréhensive de la médecine traditionnelle par un agent de la médecine moderne. Cette approche est celle de M. Badarou, le médecin en chef du CSC de Perere, une commune de la même région que N'Dali.

Je me suis permis de rapporter sa manière de procéder avec les tradipraticiens et autres guérisseurs traditionnels bien qu'il n'officie pas directement dans la commune de N'Dali parce qu'il est un spécialiste de l'établissement des principes de la médecine communautaire⁵⁵ dans toute la région du Borgou. Expert et formateur en communication dans cette région, il aura donc tôt ou tard, une influence sur la politique relationnelle qu'emploieront les agents de la médecine moderne de N'Dali avec les détenteurs des pouvoirs traditionnels de leur commune.

Ce personnage est le seul représentant de la médecine moderne qui m'a fait part de l'importance de la compréhension de la culture d'une communauté afin de pouvoir y établir une relation efficace et sous le signe de la confiance entre les différents milieux médicaux. Selon lui, il est indispensable de se plonger dans la culture des populations approchées pour

⁵⁵ Principes selon lesquels la médecine moderne doit de se rapprocher au maximum de la population pour pouvoir proposer des services plus adaptés aux communautés. Ces principes tendent aussi à faire participer la population de façon active dans l'élaboration du système sanitaire en les impliquant à divers niveaux (économique, décisionnels etc...).

pouvoir comprendre les caractéristiques des membres qui les constituent. Il s'est donc personnellement intéressé à la culture et à l'histoire des Bariba. Il soulève par exemple que le peuple bariba a toujours été un groupe rebelle aux influences externes comme celle de l'islam et celle de la colonisation, d'où le fait que cette communauté soit encore fortement attachée à ses valeurs traditionnelles. Ces considérations socio-historiques qui peuvent paraître évidentes n'apparaissent pourtant quasiment jamais dans les propos des médecins modernes dont le discours tourne très vite à une analyse de type technique qui dépeint les pratiques médicales traditionnelles comme obsolètes. Ce faisant, la plupart des médecins modernes extraient les pratiques traditionnelles du système de représentations dans lequel elles ont pris forme, ce qui a pour effet de les priver de leur sens et par conséquent d'amputer une partie de leur efficacité. De l'avis de M. Badarou «[...] *ce qui se passe, c'est que nous même, ne sommes pas toujours ouverts. Nous pensons que c'est toujours les choses traditionnelles qui sont mauvaises. Alors, les tradipraticiens pensent que nous sommes là pour détruire leur travail ou que nous sommes juste là pour nous arroger leurs prérogatives ou juste pour leur prendre leurs recettes fétiches. Mais si vous les mettez à l'aise et que vous ne rentrez pas dans le secret de leur recette, je crois qu'ils sont d'accord de collaborer*» (19 juin 2005).

Ce médecin tient avant tout à éviter de confronter les deux types de savoirs pour ne pas créer une situation conflictuelle. Selon lui, «[...] *l'objectif n'est pas de dire que la médecine moderne ou la médecine traditionnelle est meilleure que l'autre. Le problème est de pouvoir créer les conditions de collaboration*» (ibid.). Il met donc au deuxième plan toutes comparaisons d'ordre technique susceptibles de provoquer quelques rivalités pour focaliser son énergie sur l'établissement de bases solides dans les relations qu'il tisse avec les tradipraticiens en particulier mais aussi avec toutes les autorités morales traditionnelles de la communauté dont il a la charge. Ce dernier élément démontre qu'il a bien su appréhender le système traditionnel dans lequel le pouvoir des tradipraticiens n'est pas séparé des autres formes de pouvoir qui existent dans une communauté.

Pour créer de bonnes relations, synonymes de conditions propices à une éventuelle collaboration, M. Badarou met en exergue l'importance du respect de certains codes communicationnels traditionnels. Il me disait ainsi : «*Vous êtes étranger et on vous offre quelque chose. Si vous refusez, vous bloquez la communication. [...] Même si vous ne chiquez pas le tabac, vous simulez quelque chose. Souvent c'est la Kola, c'est symbolique. Vous êtes obligés. Et lorsque vous faites cela, le tradipraticien dit : "Voilà un médecin qui accepte, qui m'a accepté"*» (ibid.). Une des subtilités de l'approche de ce médecin réside donc dans son respect des codes culturels de la région où il se trouve. Il procède en fait par une sorte d'immersion dans la communauté dont il doit s'occuper, il en analyse le système et en emprunte la logique. Comme il me le faisait si bien remarquer : «*Il faut rentrer dans leur*

logique pour améliorer les soins. Lorsque vous arrivez avec des logiques toutes faites, je ne suis pas sûr que vous obteniez ce que vous voulez» (ibid.). Il surenchérisait dans cette direction en arguant : *«Je pense que c'est pour cela qu'il faut qu'on ramène tout à la communauté car je crois que notre erreur fondamentale est celle de croire que nous pouvons prendre des décisions dans les bureaux. Alors que les grandes décisions devraient partir de ces communautés pour lesquelles vous vous tuez chaque jour»* (ibid.).

Pour prendre un exemple concret du fonctionnement de M. Badarou, je me réfère à une recherche épidémiologique à laquelle il a pris part. Lors de cette recherche, l'objectif était de prouver l'existence de cas de paralysies flasques aiguës⁵⁶ dans la région du Borgou. Cette infection encore rarissime faisait alors l'objet d'une attention toute particulière de l'OMS du fait de sa gravité et de son éventuel développement pandémique en Afrique de l'Ouest notamment. Il fallait donc trouver des personnes touchées par cette infection pour pouvoir mieux la comprendre et déceler ses éventuelles mutations.

M. Badarou s'est donc mis en quête de patients atteints par cette maladie par l'intermédiaire de certains tradipraticiens dont il avait la confiance en leur demandant de lui transmettre les individus présentant les symptômes caractérisant l'infection qu'il comptait repérer. Un de ces tradipraticiens a proposé au médecin d'aller informer le roi de la commune de cette recherche. Peu convaincu mais ouvert à toutes opportunités pouvant l'aider dans ses investigations, M. Badarou est allé exposer le problème au roi sans oublier bien sûr de lui accorder tout le respect conséquent au rang des hauts dignitaires de la tradition. Les effets de cette rencontre ne se sont pas fait attendre et comme par enchantement, l'improbable découverte est advenue. Le roi avait incité toute la population de la communauté et les tradipraticiens en particulier à chercher le précieux patient.

C'est à ce moment que M. Badarou a fait montre d'une honnêteté et d'une perspicacité exemplaire en mettant le nom du roi en valeur en ce qui concerne cette découverte. C'est ainsi que quelques semaines plus tard, une délégation de l'OMS en provenance de Genève arrivait chez le souverain pour le congratuler. M. Badarou racontait : *«[...] ils sont venus le voir toute une matinée avec les grosses voitures. Il s'est senti valorisé et depuis, un certain nombre de gens de son charisme se sont proposés pour nous aider»* (ibid.). Dans cet exemple, le médecin est rentré dans la logique traditionnelle par les réseaux qu'il a utilisés et par sa façon de récompenser l'effort produit par les représentants de la tradition.

Tout en saluant le respect dont fait preuve l'approche employée par ce médecin, je relève qu'il ne s'agit pas tout à fait d'une collaboration des deux médecines. Il est plutôt question selon moi d'une instrumentalisation sous couvert d'un certain respect des règles traditionnelles. C'est pourquoi j'ai demandé à M. Badarou comment il envisageait une

⁵⁶ Infection dérivée de la poliomyélite.

collaboration plus directe entre les deux pratiques. Il m'a répondu comme la plupart de ses collègues, que les pratiques traditionnelles devraient être vérifiées scientifiquement avant qu'elles ne puissent faire l'objet d'une intégration dans le système médical moderne. Là encore, il s'est empressé d'ajouter qu'une telle intégration serait acceptable uniquement si les tradipraticiens étaient assurés d'en bénéficier symboliquement ou matériellement. Il déclarait dans ce sens : « *Je crois qu'il ne faut pas donner l'impression aux gens que nous voulons les phagocyter. La crainte des gens, c'est qu'on se rende maître de leurs connaissances. Il faudrait s'assurer que les tradipraticiens puissent obtenir l'AMM⁵⁷ des produits dont ils ont bien voulu donner les compositions. Ainsi, je ne vois pas pourquoi ils refuseraient de collaborer* ». Il ajoutait d'autre part : « *Le problème se situe sur le fait que le tradipraticien veut qu'une trace perdure après lui. Tout le plaisir pour lui est peut être le fait qu'un jour on dise au Sénégal que ce petit guérisseur béninois a trouvé le médicament pour telle maladie. Je crois que cela est suffisant pour eux. C'est en effet plus que de l'argent* » (ibid.). Encore une fois, ces interventions prouvent la faculté de ce médecin à concevoir la nature ambivalente des besoins des tradipraticiens. Il recherche en fait des solutions variées aux problèmes des tradipraticiens pour pallier aux difficultés qui existent dans les relations unissant les deux milieux médicaux en question. Dans le dernier exemple cité, il essaie de trouver une solution qui intègre la nature symbolique et matérielle de la reconnaissance qu'il faudrait accorder aux tradipraticiens qui accepteraient de collaborer avec la médecine moderne.

En définitive, l'approche de M. Badarou est sans nul doute celle qui constitue la tentative la plus ouverte de rapprochement des deux systèmes de soins. Certains éléments de son discours décrivent cependant malheureusement une tendance à s'immiscer au sein du système traditionnel dans le but de pouvoir mieux le modifier et s'en servir. J'en prends pour preuve l'emphase que M. Badarou met sur le fait que la médecine traditionnelle constitue encore le choix favori des populations de la région du Borgou, il me disait ainsi : « *C'est le monsieur qui est dans le village qui traite tout. On ne connaît pas le médecin moderne, c'est d'abord lui. Nous sommes obligés de rentrer dans ce système pour pouvoir l'améliorer dans dix vingt ans peut-être* ». Il ajoutait sur un ton similaire « *Qu'on le veuille ou pas, ces personnes représentent des autorités morales dans leur région. Ils sont mieux écoutés que nous. Je suis médecin, je débarque dans un village, je vais parler. Mais si le grand tradipraticien vient dire la même chose que moi, je vous dis que la population va tout de suite porter plus de crédit à ses dires. C'est un phénomène culturel qui existe chez nous. J'ai eu le temps d'étudier la culture dans laquelle je travaille. Je me dis qu'il faut utiliser cette opportunité si nous voulons obtenir de bons résultats* » (ibid.). A la lumière de ces ultimes observations, je remarque que la

⁵⁷ Autorisation de Mise sur le Marché.

tendance manipulatrice de la médecine moderne est observable dans chaque tentative de contacts, si chargée de bonnes intentions soit-elle.

3.4 Troisième arrêt sur image, détermination de la nature des relations reliant les deux groupes de praticiens

Plusieurs éléments déterminent la nature des relations qui existent entre les tradipraticiens et les agents de la santé moderne. Il faut d'abord relever l'intéressante ambiguïté qui anime les discours sur les relations respectives entre chacun des groupes par rapport aux relations pratiques qu'entretiennent les deux milieux qui semblent plus clairement traduire une tendance dominatrice. Cette ambiguïté dans le discours dénote une certaine indétermination des praticiens quant à la position qu'ils comptent adopter dans cette problématique. En effet, qu'ils soient issus de la médecine moderne ou de la médecine traditionnelle, ils subissent tous un tiraillement entre les deux conceptions médicales et plus encore entre les idéologies qui les sous-tendent. Ils sont en fait pris entre deux mondes de représentations qui contiennent leur propre système de sens, leurs propres valeurs. Choisir entre ces deux mondes, c'est un peu choisir une manière de penser, un style de vie, une identité particulière. Etant donné l'importance de cet enjeu, il est alors plus facile de comprendre la difficulté des praticiens à développer un discours dépourvu d'ambiguïté sur la question d'autant plus que ces prises de positions se réfèrent à des niveaux émotionnels de la personne. Prendre position, c'est se situer face à l'autre, c'est le juger en quelque sorte, or il est difficile de le faire pour les acteurs sociaux considérés parce qu'ils partagent une origine commune.

Il faut aussi considérer l'ambiguïté des discours parce qu'ils détiennent un double rôle. Ils décrivent tant que faire se peut la réalité mais servent aussi de support soigneusement modelé afin de parvenir à des objectifs stratégiques. Ce double rôle occasionne parfois des divergences entre l'intentionnalité qui se cache derrière les discours et la réalité pratique.

Dans la réalité pratique, les relations qui existent entre les deux groupes de praticiens sont plus claires car elles reposent essentiellement sur des principes techniques qu'aucune des deux parties ne remettent en cause. Ces principes provenant des sphères médicales modernes, elles induisent une forme de domination d'un groupe par l'autre. Il apparaît que cette position de soumission représente aux yeux des tradipraticiens un compromis indispensable à la résolution des difficultés que constitue l'exercice de leurs activités. Comment pourrait-il en être autrement puisque les tradipraticiens souffrent d'un manque de moyens que seule une forme d'institutionnalisation de leurs pratiques pourrait endiguer. Il semblerait aussi que ce

groupe ait besoin de la reconnaissance étatique pour pouvoir se distinguer d'autres praticiens officiant dans leur communauté.

Or, comme je l'ai montré, ces compromis acceptés par les tradipraticiens dénaturent leurs pouvoirs et prêteritent par la même occasion une grande partie de leur efficacité, ce qui plonge ces guérisseurs dans une position à l'issue plus que compromise.

Dans ces conditions, la situation pourrait alors être perçue comme une domination totale du milieu médical moderne sur le milieu médical traditionnel mais la réalité sur le terrain est plus nuancée.

Les tradipraticiens comptent en effet à l'heure actuelle beaucoup plus d'adeptes que les agents de la santé moderne, ce qui crée un système de relations équivoques. La médecine moderne astreint les médecines traditionnelles tout en étant dépendante de la popularité de ces dernières. En d'autres termes, malgré la domination du monde de la santé moderne sur celui des guérisseurs traditionnels, les deux types de médecines sont encore interdépendants. Cependant, ce dernier élément ne modifie en rien le caractère inégalitaire des relations qui existent entre les deux groupes de praticiens. Il convient alors de déterminer dans l'ultime partie de ce travail quels éléments sous-tendent ce système dans lequel les tradipraticiens sont dominés par les principes de la médecine moderne.

Troisième partie :

I. Conclusion

1.1 La revalorisation des pratiques traditionnelles de guérison en question

Tout au long de ce travail , j'ai pris comme fil conducteur l'exemple du développement de l'association de tradipraticien de N'Dali pour pouvoir comprendre la nature des relations établies entre les représentants de la médecine traditionnelle et ceux de la médecine moderne. Ce faisant, j'ai constaté que ces relations convergent toutes vers un déséquilibre probant au sein duquel les tradipraticiens sont indubitablement défavorisés.

Je tiens à prouver maintenant que cette tendance s'inscrit parfaitement dans la mouvance plus générale des tentatives de revalorisation de la médecine traditionnelle ayant pris forme dans les années septante pour se concrétiser comme un mot d'ordre lors de la conférence d'Alma Ata de 1978. Je crois en effet qu'il est possible de comprendre les causes profondes du déséquilibre que j'ai constaté sur le terrain entre les deux milieux médicaux considérés en analysant de manière critique les fondements des tentatives de revalorisation de la médecine traditionnelle promulguées par les instances internationales de la santé et reprises par les systèmes nationaux de plusieurs pays en voie de développement dont le Bénin.

Il faut comprendre en premier lieu que ces tentatives sont issues d'un constat de dysfonctionnement des systèmes sanitaires officiels en place dans un grand nombre de pays en voie de développement. Ces systèmes, calqués sur des modèles occidentaux, ne parvenaient pas à satisfaire les besoins de la population de par leur coût élevé et leur incapacité à couvrir la santé des petits villages situés dans des zones rurales peu accessibles. C'est pourquoi, les instances médicales modernes internationales et celles des pays concernés se sont intéressées aux systèmes de soins traditionnels qui répondaient mieux à la réalité du terrain que les lourdes infrastructures sanitaires modernes.

D'autre part, ce mouvement de revalorisation correspondait à cette période avec de nouvelles conceptions du développement selon lesquelles, il fallait substituer à l'échange unilatéral de technologies, une utilisation des ressources endogènes. Ces nouvelles conceptions coïncidaient par ailleurs opportunément avec certains idéaux politiques socialistes développés en Afrique de l'Ouest. C'était le cas du Bénin qui cherchait, à travers un développement de type autocentré, à se dégager de l'emprise capitaliste et néocoloniale tout en revalorisant les valeurs traditionnelles africaines.

Pour finir, cette tendance à la recherche d'alternatives médicales dans les pays en voie de développement était dans l'air du temps, si je peux m'exprimer ainsi, car elle rejoignait alors des courants idéologiques présents dans certains pays industrialisés qui critiquaient le monopole de la biomédecine dans la sphère de la santé. Elle bénéficiait ainsi à son insu, des critiques formulées par ces courants à l'encontre des techniques de la médecine moderne (DOZON J. P., 1992 : 11).

Il y avait donc une forme de convergence d'intérêts et de mouvements d'idées qui semblait faire de la médecine traditionnelle la partenaire idéale d'une politique sanitaire nouvelle au niveau des pays en développement. Or, les instances médicales officielles de ces pays se sont limitées à considérer cette médecine traditionnelle à sa portion congrue en n'en retenant que ce qui pouvait être intégré, amélioré et contrôlé par la médecine moderne qui se fonde sur la prééminence de la biomédecine (FROIDEVAUX S., 2001 : 776).

Il est possible d'expliquer ce phénomène par plusieurs facteurs. Premièrement, les autorités en matière de santé ne se sont intéressées aux détenteurs des pouvoirs traditionnels que dans l'exacte mesure où ils leur donnaient la possibilité de combler les déficits d'une politique sanitaire peu adaptée aux besoins de la population. Elles comptaient utiliser la popularité dont les tradipraticiens jouissaient envers la majeure partie de la population pour rehausser la confiance de celle-ci envers les institutions modernes de médecine. Ces autorités cherchaient aussi à profiter de l'intégration des guérisseurs traditionnels jusqu'au fin fond des communes rurales pour pouvoir atteindre des populations trop éloignées des centres de santé officiels. Elles ne considéraient en fait ces soigneurs que comme le bras armé de leur nouvelle politique sanitaire qui visait le rapprochement des populations avec le système de santé officiel. Elles ont donc instrumentalisé les guérisseurs traditionnels qu'elles ont réunis sous le terme de tradipraticiens comme un simple moyen de parvenir à voiler leur incapacité à gérer la santé de leur population.

Ensuite de cela, elles ont ostensiblement occulté les spécificités des pouvoirs de guérir traditionnels pour deux raisons principales. Il faut chercher la première dans l'aspect irrationnel de certaines pratiques de guérisons traditionnelles. Les autorités médicales ne pouvaient en effet pas avaliser la partie «mystique» des pouvoirs traditionnels parce que cette dernière contredit les fondements de la rationalité scientifique auxquels se réfère le système médical moderne.

La deuxième raison qui a incité ces autorités à délaisser la prise en compte des spécificités des pouvoirs traditionnels de guérir est la fonction élargie que ces derniers détiennent au sein de la population. En effet, les tradipraticiens n'ont pas seulement le rôle de soigner les individus de leurs maux physiologiques, ils agissent aussi comme les garants d'un certain équilibre psychologique dans la société où ils officient et ceci, par le fait qu'ils représentent

une certaine autorité morale qui diffuse des valeurs comportementales traditionnelles. Cette forme d'autorité ne transmettant pas forcément un message identique à celui dispensé par l'Etat, il est clair que ce dernier ne tient pas à intégrer les tradipraticiens dans ses structures car ce faisant, il risquerait d'introduire un contre-pouvoir dans son propre système.

C'est pour ces raisons que les instances médicales nationales et les autorités auxquelles elles se rapportent ont créé un système d'intégration des tradipraticiens qui, contrairement à ce qu'elles laissent entendre, est plus dévalorisant que revalorisant. En effet, ce genre de système dont on a pu constater les contraintes qu'il impose aux tradipraticiens de N'Dali par le biais des règles qui guident leur association, est fort dépréciateur. Il tend en définitive à neutraliser l'importance que détient le système traditionnel de guérison aux yeux du peuple, et ceci en l'assimilant.

Il faut ici comprendre que l'intérêt de ces instances dirigeantes dans cette lutte pour le contrôle du pouvoir de guérir est d'ordre politique. Le gouvernement doit se montrer capable de gérer la santé de sa population et de pouvoir influencer celle-ci quant aux choix qu'elle entreprend pour se guérir. Il doit le faire pour garder son crédit envers la population et pour plonger cette dernière dans les conceptions spécifiques qui soutiennent le système de santé moderne et plus largement, la modernité.

Par l'intermédiaire de l'imposition du système de santé moderne, les dirigeants politiques d'un pays ont pour but de faire adhérer leur population à des valeurs, à une idéologie particulière. Ils tentent d'imprimer ce système dans les comportements de leur population car il reflète les options qu'ils ont élues en terme de fonctionnement social pour leur nation. Je dirai même que cette manière de procéder recouvre un enjeu identitaire.

Or, bien qu'il soit fondamental, cet enjeu n'est pas le seul que recèle cette problématique. En effet, il existe un enjeu économique essentiel qui ne ressort pas vraiment au cours de ma recherche et qui pourtant sous-tend en grande partie les décisions prises par les instances dirigeantes en ce qui concerne les relations établies avec la médecine traditionnelle. Il faut savoir que les connaissances pharmacologiques des tradipraticiens constituent un potentiel économique faramineux. Comme le relève G. Raboud : «Le marché des biotechnologies est estimé à plus de 100 milliards de francs suisses pour les dix prochaines années. Or les 80% de la biodiversité mondiale se trouvent dans les pays du Sud» (RABOUD G. in FROIDEVAUX S., 2001 : 778). Au regard de cette dernière information, il est plus aisé de cerner l'attention et l'intérêt que prodiguent les instances gouvernementales à l'égard des savoirs phytothérapeutiques de leurs tradipraticiens. Cet intérêt a poussé les instances médicales à ne retenir des médecines traditionnelles que les aspects susceptibles d'être les plus efficaces pour la recherche industrielle. Ce dernier élément est d'ailleurs confirmé par ce que j'ai pu relever comme information sur le terrain. J'ai par exemple souligné comment les pouvoirs

traditionnels sont normalisés par l'entremise des règles attenantes à la création d'une association de tradipraticiens, à tel point qu'ils en deviennent tout à fait assimilables par la médecine moderne.

Hormis cela, comme je l'ai observé au Bénin, les seules véritables contreparties offertes par le PPMT aux associations de tradipraticiens se résument à des éléments visant à encourager la pharmacopée traditionnelle comme la création de jardins et de point d'eau, ce qui informe sur la place primordiale que prend l'intérêt de la pharmacopée pour le gouvernement. La coordinatrice du PPMT me confiait par exemple : *«Ces jardins que vous avez vus sont des jardins ou ils doivent cultiver les plantes qu'ils estiment être des plantes rares. Et une fois que pour une affection donnée on aura validé un produit efficace, on doit commencer la culture à grande échelle de ces matières premières»* (8 août 2005).

Ces quelques phrases décrivent parfaitement le processus instauré par les instances gouvernementales de la santé en ce qui concerne la médecine traditionnelle. Dans une première phase, ces instances exploitent les connaissances des tradipraticiens et leur travail. Elles s'emparent ensuite du fruit du labeur de ces tradipraticiens pour l'avaliser selon les références de la science pour enfin le produire en quantité industrielle.

Bien sûr, cette manière de fonctionner résulte de bonnes intentions telles que la recherche de médicaments génériques aux prix plus adaptés à la bourse populaire, la protection de la pharmacopée nationale face au pillage, aujourd'hui en vogue, des substances que recèlent les plantes médicinales par les grandes entreprises pharmaceutiques. Mais qu'en est-il du pouvoir traditionnel de guérir en tant que tel ?

A travers cette approche biotechnologique, le gouvernement béninois choisit délibérément d'amputer ce pouvoir traditionnel de sa dimension symbolique, sociale et métaphysique. Cependant, en extrayant de telle manière le seul élément qui lui paraît valable dans la connaissance des tradipraticiens, il «contribue à vider celle-ci de sa substance, séparant en plusieurs parties un ensemble qui possède sa propre cohérence» (FROIDEVAUX S., 2001 : 780).

En écartelant ainsi la médecine traditionnelle entre ses divers principes actifs, l'approche biotechnologique la dénature et finit par en démontrer la non-pertinence en «la condamnant à long terme à s'effacer devant les avancées phénoménales de la biomédecine ou de la génétique» (ibid.). De surcroît, et tout comme je l'ai démontré durant ce travail, les promoteurs de ce type d'approches biotechnologiques renforcent ce penchant à l'éviction des pratiques traditionnelles en arguant leur manque d'efficacité, leur manque d'hygiène, le manque de précision des diagnostics et des dosages des tradipraticiens qui les dispensent et le fait que leur dimension «magico religieuse» ne soit pas vérifiable scientifiquement.

En définitive, la revalorisation promulguée à travers les différentes initiatives gouvernementales «implique une mise entre parenthèses, voire un rejet des configurations "magico religieuses", des systèmes symboliques auxquels ces savoirs et ces pratiques sont étroitement liés, comme s'il fallait pour les besoins de la cause, séparer le bon grain de l'ivraie, le noyau positif de sa gangue "irrationnelle". Il s'agit là d'une opération de réduction, voir même de dévalorisation puisque des valeurs, des statuts, des pouvoirs sont sinon ignorés, du moins pas pris en compte» (DOZON J. P., 1992 : 14).

Tous ces éléments constituent les jalons sur lesquels se fonde le déséquilibre qu'il existe dans les relations entre les tradipraticiens et les représentants de la médecine moderne. Il ne faut toutefois pas voir en ce déséquilibre une animosité intentionnelle déclarée d'un groupe envers l'autre. C'est plutôt l'enfermement de ces groupes dans des systèmes de références différents et leur imbrication dans un système global complexe d'enjeux multi variés et multi scalaires qui les font se confronter. Il n'en demeure pas moins que l'avenir de la médecine traditionnelle reste conditionné par ce déséquilibre et c'est par la proposition d'un scénario attendant au futur des pratiques thérapeutiques traditionnelles que je me propose de clore ce travail.

1.2 L'avenir des pratiques thérapeutiques traditionnelles : un scénario possible

Il est impossible de projeter avec certitude l'avenir des diverses pratiques thérapeutiques traditionnelles, étant donné la multiplicité et la complexité des facteurs intervenant dans cette problématique. Il me semble pourtant que les éléments que j'ai relevés dans ce travail me permettent d'émettre une hypothèse quant au futur de ces pratiques puisqu'ils convergent tous dans une direction similaire. Encore faut-il rappeler que cette hypothèse ne considère que les groupes de praticiens que j'ai approchés lors de mes investigations.

Cette hypothèse consiste en l'affirmation de la disparition, à long terme, des pratiques thérapeutiques traditionnelles dans leurs formes actuelles. En effet, que ces pratiques se profilent vers une modernisation ou qu'elles tentent de continuer à fonctionner comme auparavant, elles sont vouées à une fin inéluctable. Les tradipraticiens se feront phagocytter par les instances médicales modernes tandis que les guérisseurs indépendants disparaîtront à cause de l'effondrement des valeurs sur lesquelles leurs pouvoirs sont construits et à cause des difficultés matérielles auxquelles ils sont confrontés aujourd'hui.

Or, comme je l'ai fait remarquer à plusieurs reprises, ces praticiens agissent aussi sur le psychisme des populations qu'ils prennent en charge. Ils donnent du sens aux maux des

personnes qu'ils guérissent et rassurent ces dernières par la même occasion. Ils interviennent donc un peu comme des guides spirituels dans leur société. C'est pourquoi la disparition de leurs activités pourrait provoquer une énorme crise au sein de la société dans laquelle ils officient.

Je confirme que cette crise a déjà débuté, et ceci à travers l'observation que j'ai faite de l'émergence de nouvelles pratiques thérapeutiques qui offrent actuellement «un sens» aux troubles des populations de ces régions Ouest africaines. En effet, l'avènement des mouvements charismatiques dont les promoteurs influent un nouveau système de représentations sur les individus qu'ils soignent, coïncide avec la «mort» des pratiques traditionnelles de guérisons. J'ai d'ailleurs remarqué que ces nouvelles pratiques ont une très grande importance dans les pays où les formes traditionnelles de guérisons sont intégrées depuis longtemps au système gouvernemental. Cela confirme mon hypothèse selon laquelle, les soins traditionnels intégrées au système de santé moderne sont tout simplement ingérées et assimilées.

Reste à savoir si les nouvelles activités thérapeutiques susmentionnées qui tendent de plus en plus à colmater la brèche ouverte par la disparition progressive des pratiques traditionnelles de guérison, ont quelques substrats traditionnels. Dans quel cas, on assisterait plus à un re-fondement des procédés traditionnels sous une forme néo-traditionnelle qu'à une «mort» pure et simple de ceux-ci. Je crois pouvoir avancer pour finir que, plus que les pratiques en elles-mêmes, c'est peut-être le rôle qu'elles occupent qui ne disparaîtra jamais car ce dernier se fonde sur la croyance des individus et comme le dit si bien S. Moscovici : «Les croyances n'étant pas bâties sur des faits, les faits ne peuvent les ruiner».

Bibliographie

- ADJOTIN Pierre (sous la dir. de Rist Gilbert & Burnier Eric),
1996.- *Médecines traditionnelles et médecine moderne au Bénin. Collaborations ou conflits ?*- (Mémoire de DES).- Genève : IUED.- 57p.
- AHYI Gualbert R.,
1994.- *Modèles traditionnels de la santé et de la maladie mentales au Bénin.*- in : Les savoirs endogènes. Pistes pour une recherche.- Paris : Karthala.- pp. 200-254.
- AUGE Marc,
1982. - *L'anthropologie de la maladie.* - in : L'Homme : revue française d'anthropologie n° 97-98.- Paris.- pp. 77-88.
[Numéro de *L'Homme* intitulé *Anthropologie : état des lieux*, rééd. dans la collection Livre de poche, Biblio essais, n° 4046].
- AUGE Marc et HERZLICH Claudine,
1983. - *Le sens du mal: anthropologie, histoire, sociologie de la maladie.* - Paris : Ed. des Archives contemporaines. - 278p. - (Ordres sociaux).
- BENOIST Jean (éd.),
1992.- *Où en est l'anthropologie médicale appliquée ?*- Paris : Ed. AMADES.- 135p.
1996. - *Soigner au pluriel : essais sur le pluralisme médical.* - Paris : Karthala. - 520p. - (Médecines du monde)
- 2002.-*Petite bibliothèque d'anthropologie médicale. Une anthologie.*- Paris : Ed. AMADES.- 361p.
- BIBEAU Gilles,
1979.- *The World Health Organization in Encounter with African traditional Medicine : theoretical Conceptions and practical Strategies.*- in : African Therapeutic Systems.- Massachusetts : African Studies Association.- pp. 182-186.
- BONTE Pierre & IZARD Michel., 2000.- *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie.*- Paris : PUF.- 842p.
- BRAITO RITA & ASUNI Tolani,
1979.- *Modern Medicine and traditional Medicine.*- in : African Therapeutic Systems.- Massachusetts : African Studies Association.- pp. 176-181.
- COPPO Piero,
1983.- *Médecine et psychiatrie traditionnelle en Afrique (Section II).*- in : Médecine traditionnelle et couverture des soins de santé.- Genève : OMS.- pp. 33-36.
- DANKO Nouratou,
2002.- *Les Représentations sociales de la santé et des crises convulsives en milieu baatonu : cas de la ville de Ndali et de la Circonscription Urbaine de Parakou.*- (Mémoire de maîtrise).- Abomey : Université d'Abomey-Calavi.- 92p.

- DOZON Jean-Pierre,
1992.- *Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire.*- in : Cahiers ORSTOM sér. Sciences Humaines vol. 28, n°1.- Paris : ORSTOM.- pp. 1-20.
- DRAPER Alizon & HEGGENHOUGEN Kirs,
1990.- *Medical Anthropology and Primary Health Care.*- in : EPC n°22.- London : EPC.- pp. 1-95.
- DUNLOP David W.,
1979.- *Alternatives to "modern" Healthdelivery Systems in Africa : public Policy Issues of traditional Health Systems.*- in : African Therapeutic Systems.- Massachusetts : African Studies Association.- pp. 191-196.
- ROSNY Eric,
1981.- *Les yeux de ma chèvres : sur les pas des maîtres de la nuit enpays douala (Cameroun).*- Paris : Ed. Plon.- 415p.
- ERDMUTE Albert,
1997.- *Le pouvoir local face aux mutations au niveau de l'état. Le cas d'un village Bariba.*- in : Cahiers d'études africaines vol. 145, n° ?- Paris : EHESS.- pp. 137-156.
- FAINZANG Sylvie,
1983.- *La cure comme mythe : le traitement de la maladie et son idéologie à partir de quelques exemples ouest-africains.*- in : Cahiers ORSTOM sér. Sciences Humaines vol. 18, n°4.- Paris : ORSTOM.- pp. 415-422.
- FASSIN Didier,
1996.- *L'espace politique de la santé.*- Paris : PUF.- 324p.
- 2000.- *Entre politiques du vivant et politiques de la vie.*- in : Anthropologie et Sociétés. Terrains d'avenir vol. 24, n°1.- Canada : Université de Laval.- pp. 95-116.
- FOSTER M. George,
1983.- *Introduction à l'ethnomédecine.*- in : Médecine traditionnelle et couverture des soins de santé.- Genève : OMS.- pp. 17-24.
- FROIDEVAUX Sylvain,
2001.- *La connaissance, entre pouvoir et transgression.*- (Thèse de doctorat. Tome 3).- Lausanne : UNIL.- pp. 635-1040.
- GRANGE Françoise,
1997.- *Les arts de guérir : médecine plurielle en Afrique.*- in : Traversée des mondes : Artmédecine en Afrique.- Neuchâtel : MEN.- pp. 57-61.
- HAINARD Jacques & Roland KOEHR (eds),
1986. - *Le mal et la douleur.* - Neuchâtel : MEN.- 205 p.
- HARRISON Ira E.,
1979.- *Traditional Healers : a neglected Source of Manpower.*- in : African Therapeutic Systems.- Massachusetts : African Studies Association.- pp. 197-201.
- HEGBA Meinrad (sous la direction de),
1973.- *Croyance et guérison.*- Yaoundé : Ed. CLE.- 148p.

HOUNTONDJI J. Paulin (sous la direction de),
1994.- *Les savoirs endogènes. Pistes pour une recherche.*- Dakar : CODESRIA.- 345p.

HOURS Bernard,
1992.- *La santé publique, entre soins de santé primaires et management.*- in : Cahiers ORSTOM sér. Sciences Humaines vol. 28, n°1.- Paris : ORSTOM.- pp. 123-140.

LAPLANTINE François,
1986.- *Anthropologie de la maladie. Une étude ethnologie des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine.*- Paris : Ed. Payot.- 411p.

LAPLANTINE François et RABEYRON Paul-Louis,
1987.- *Les médecines parallèles.*- Paris : PUF.- 127 p. - (Que sais-je ?; 2395)

LATERALI Muriel,
2005.- *Ethnographie de la constitution d'un problème de santé publique au Cameroun : l'exemple de l'ulcère de Buruli ou atom dans l'arrondissement d'Ayos.*- (Mémoire de licence en Lettres).- Neuchâtel : IEN.- 163p.

LEVI-STRAUSS Claude,
1958.- "Le sorcier et sa magie", "L'efficacité symbolique" in *Anthropologie structurale*, pp.183-204 et 205-226. - Paris : Plon.- 452 p.
[1e publ.en 1949 : *Les Temps modernes* (Paris) 41, pp.3-24 et *Revue de l'histoire des religions* (Paris), t.135(1), pp.5-27].

LEWERTOWSKI Catherine & Tobie Nathan,
1998.- *Soigner (Le virus et le fétiche).*- Paris : Odile Jacob.- pp. 138-200.

LOMBARD Jacques,
1965.- *Structures de type « féodal » en Afrique noire : étude des dynamismes internes et des relations sociales chez les Bariba du Dahomey.*- Paris : Mouton & Co.- 544p.

MUTALIK G.S.,
1983.- *Aspects Organisationnels .*- in : Médecine traditionnelle et couverture des soins de santé.- Genève : OMS.- pp. 275-283.

OLIVIER de SARDAN Jean-Pierre,
2000.- *Le « je » méthodologique. Implication et explication dans l'enquête de terrain.*- in : rev. française de sociologie vol. 41, n°3.- Paris : ?- pp. 417-445.

2003.- *L'enquête socio-anthropologique de terrain : synthèse méthodologique et recommandations à usage des étudiants.*- Niamey : LASDEL.- 58p.

2004.- *La rigueur du qualitatif. L'anthropologie comme science empirique.*- In EspacesTemps 84-85-86.- Paris.- pp. 38-50.

OLIVIER de SARDAN Jean-Pierre, BOUTIER Jean & FABIANI Jean-Louis,
2001.- *Corpus, sources et archives.*- Marseille : IRMC.- 103p.

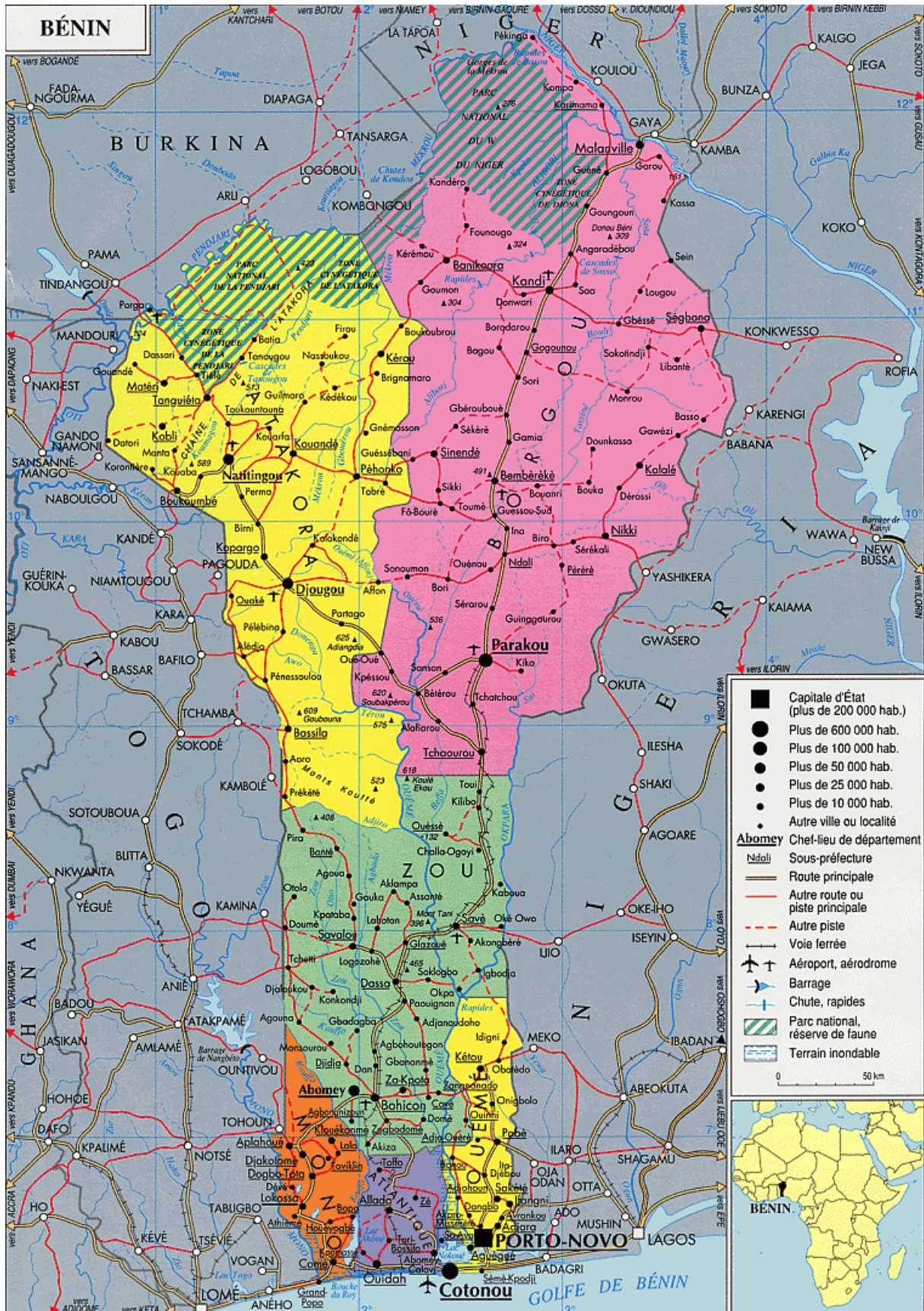
PASSOT Bernard,
1996.- *Le Bénin.*- Paris : L'Harmattan.- 336p.

- POOL Robert,
1994.- *On the Creation and Dissolution of Ethnomedical Systems in the Medical Ethnography of Africa.*- in : Africa vol. 64, n°1.- London : IAI.- pp. 1-20.
- RETEL LAURENTIN Anne (coordinatrice),
1987.- *Etiologie et perception de la maladie (dans les sociétés modernes et traditionnelles).*- Paris : Ed. L'Harmattan.- 494p.
- RICHARD Jean-Luc,
2001.- *Accès et recours aux soins de santé dans la sous préfectures de Ouessé (Bénin).*- (Thèse de doctorat).- Neuchâtel : Unine.- 1134p.
- ROSNY Eric,
1981.- *Les yeux de ma chèvre : sur les pas des maîtres de la nuit enpays douala (Cameroun).*- Paris : Ed. Plon.- 415p.
- ROSSI Illario,
1993-1994.- *Corps-sujet et miroirs culturels. Santé et maladie : une diagonale anthropologique.*- in : Les frontières du mal : approches anthropologiques de la santé et de la maladie = Kranksein und Gesundwerden im Spannungsfeld der Kulturen / éd. par Marc-Olivier Gonseth. - 539p. (Ethnologica Helvetica 17/18).
- 1997.- L'anthropologie médicale, entre théorie et pratique.- in : Psychosomatiche une Psychosoziale Medizin 1-2 n° 26.- pp. 2-9.
- SEVIGNY Odile,
1999.- *L'efficacité technique et symbolique. La perspective des homéopathes.*- in : Anthropologie et sociétés vol. 23, n°2.- Canada : Laval.- pp. 48-57.
- SEPAN Jan,
1983.- *Aspects juridiques.*- in : Médecine traditionnelle et couverture des soins de santé.- Genève : OMS.- pp. 284-307.
- STRAUSS Anselm,
1992.- *La trame de la négociation (Sociologie qualitative et interactionnisme).*- Paris : L'Harmattan.- pp.148-158.
- SURGY de Albert,
1995.- *La voie des fétiches : essai sur le fondement théorique et la perspective mystique des pratiques des féticheurs.*- Paris : Ed. L'Harmattan.- 441p.
- TONDA Joseph,
2001.- *Le syndrome du prophète. Médecines africaines et précarités identitaires.*- in : Cahiers d'études africaines vol. 161, n°41.- Paris : EHESS.- pp. 139-162.
- WALTER A.,
1983.- *Ethnomédecine et anthropologie médicale : bilan et perspectives.*- in : Cahiers ORSTOM sér. Sciences Humaines vol. 18, n°4.- Paris : ORSTOM.- pp. 405-414.
- ZEMPLENI Andras,
1997.- *Anciens et nouveaux usages de la maladie en Afrique.*- in : Traversée des mondes : Artmédecine en Afrique.- Neuchâtel : MEN.- pp.39-54.

ZIEGLER Jean,
1979.- *Le pouvoir africain*.- Paris : Ed. Seuil.- 255p.

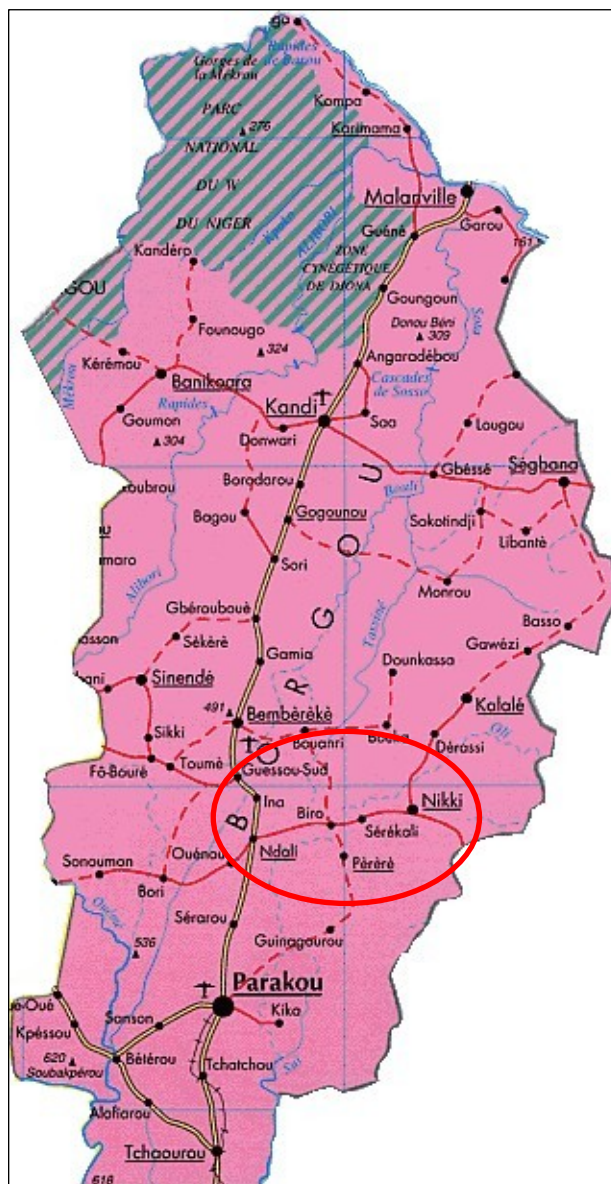
Annexes

Annexe 1 : Une carte du Bénin



Carte du Bénin (Source: Division Géographique du Ministère des Affaires Étrangères)

Annexe 2 : Département du Borgou



Carte du département du Borgou (Source: Division Géographique du Ministère des Affaires Étrangères)

Annexe 3 : Directives béninoises en terme de santé depuis le début de l'ère Kérékou

En 1978, le gouvernement du Bénin décide d'adhérer aux principes de la déclaration d'Alma-Ata étant donné leur correspondance avec la politique sanitaire béninoise qui tend à promulguer trois axes fondamentaux depuis l'accession au pouvoir du général Kérékou en 1972. Ces trois directives principales sont les suivantes :

L'Etat s'engage à privilégier l'implantation des infrastructures sanitaires dans les zones rurales les plus déshéritées, à accorder la primauté à la médecine préventive plutôt qu'à la médecine curative et recommande pour finir l'association de la médecine moderne et de la médecine traditionnelle (MINISTERE DE LA SANTE, 1994b).

Trois décisions qui coïncident parfaitement avec la proposition émise à Alma-Ata de promouvoir les SSP⁵⁸ comme stratégie principale pour atteindre l'objectif du fameux slogan de l'OMS⁵⁹ «santé pour tous en l'an 2000».

Malheureusement, et à l'instar de quelques uns de ces voisins, le pouvoir béninois continue d'allouer la plus grande partie de ses fonds destinés aux secteurs de la santé aux soins hospitaliers et aux infrastructures sanitaires urbaines, et ceci, à l'encontre du développement des SSP.

En 1986, selon les principes qui constituent «l'initiative de Bamako»⁶⁰, le Bénin s'applique à une réorganisation de ses services de santé au niveau des centres périphériques. Il tente par cette manoeuvre de rétablir un système au bord de la rupture. En effet, suite à la forte poussée démographique et à la mauvaise gestion de la réduction des budgets de santé provoquée par la crise économique, les administrateurs béninois se voient dans l'obligation de faire participer financièrement les patients aux prestations médicales. Ce qui n'était pas le cas auparavant, le système de soins étant jusqu'à là dispensé gratuitement. Ce revirement, difficile à accepter par la population, est accompagné de mesures visant à l'adoucir. C'est ainsi que l'Etat béninois s'engage à :

- encourager les initiatives de mobilisation sociale visant à promouvoir la participation de la collectivité aux décisions relatives à la santé maternelle et infantile ainsi qu'aux soins de santé primaire ;
- donner la possibilité à la collectivité de devenir le principal acteur du développement du système de santé ;

⁵⁸ Soins de Santé Primaire.

⁵⁹ Organisation Mondiale de la Santé.

⁶⁰ Pour plus amples informations sur le sujet, consultez (LEVY-BRUHL, KNIPPENBERG, SOUCAT [et al.] (1991)).

- maintenir un approvisionnement régulier en médicaments essentiels vendus sous un nom générique, moins chers que les spécialités équivalentes.

A l'heure actuelle, force est de constater que le recouvrement des prestations socio-sanitaires par le financement communautaire est peut-être la seule réalisation effective des points susmentionnés. Ce n'est pas pour autant que le gouvernement béninois cesse de tenter d'améliorer ses SSP et la collaboration qu'il entretient avec divers organismes de développement prouve bien cette détermination (RICHARD J-M., 2001 : 151).

Annexe 4 : Programme de promotion de la pharmacopée et de la médecine traditionnelle.

Il énumère dans ses grandes lignes, les critères et le lieu d'exercice de la Médecine Traditionnelle, les critères d'identification du praticien de la Médecine Traditionnelle et précise les responsabilités, les interdictions et les sanctions.

- Le décret formalise entre autres la Journée du 12 Juin de chaque année, Journée de la Pharmacopée et de la Médecine Traditionnelles Béninoises.

Il a été élaboré deux modules de formation des praticiens de la Médecine Traditionnelle :

- 1- Sur le diagnostic et le traitement du Paludisme simple, le diagnostic du Paludisme grave et la prévention du Paludisme.
- 2- Sur le diagnostic des IST/SIDA, la prévention des IST/VIH et la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA par les praticiens de la Médecine Traditionnelle

- 1830 Praticiens de la Médecine Traditionnelle sont déjà formés sur le Paludisme. Ces formations sont financées par le budget national, OMS Et le Fonds Global par le Programme de lutte contre le paludisme.

- le protocole d'identification des produits traditionnels disposant d'une certaine efficacité dans le traitement du Paludisme ou de la fièvre a été adopté. Sa mise en œuvre est déjà élaborée.

- Les praticiens de la Médecine traditionnelle formés sur le Paludisme organisent des séances de sensibilisation de leur communauté à la prévention du Paludisme et animent des émissions radio-diffusées sur les radios locales

- Pour l'intégration de la Médecine Traditionnelle dans le système national de santé, il est mis sur pied dans les départements de l'Ouémè Plateau un groupe scientifique composé de Médecins, Pharmaciens, Infirmiers, Sages-femmes, Techniciens de Laboratoire et Praticiens de la Médecine Traditionnelle. C'est un cadre concret de collaboration entre la médecine Traditionnelle et la Médecine Moderne

PERSPECTIVES

1- Renforcement de la capacité technique des praticiens de la Médecine Traditionnelle

- Désenclaver le protocole sur les produits traditionnels antipaludiques
- Poursuivre l'élaboration :

a) des modules de formation des praticiens de la Médecine Traditionnelle au diagnostic et à la prévention des affections courantes et assurer les formations

- des protocoles d'identification des produits traditionnels disposant d'une certaine efficacité dans le traitement des affections courantes
- Formaliser les rencontres de concertations pour un développement de la collaboration entre les deux Types de Médecines
- Identifier et valider les produits traditionnels

2- Développement de 50 jardins de plantes médicinales

- Poursuivre l'aménagement des jardins de plantes médicinales
- Cultiver et vendre les plantes médicinales utilisées pour la préparation des produits traditionnels identifiés efficaces dans le traitement des affections courantes.

3- Elaboration et mise en œuvre du cadre juridique des praticiens de la Médecine Traditionnelle


- Elaborer et faire adopter les textes législatifs et réglementaires pour le sous-secteur de la Pharmacopée et de la Médecine Traditionnelles.

4- Construction des Unités de soins de la Médecine Traditionnelle

- Construire et rendre fonctionnelle au-moins une unité de soins par la Médecine Traditionnelle

5- Mise en place d'une base de données sur les plantes médicinales

- Elaborer à partir des produits traditionnels identifiés efficaces une base de données sur les plantes médicinales
- Elaborer la Pharmacopée Traditionnelle Béninoise.



REPUBLIQUE DU BENIN
MINISTERE DE LA SANTE
PUBLIQUE
Direction des Pharmacies et des Explorations
Diagnostiques

PROGRAMME DE PROMOTION
DE LA PHARMACOPEE ET DE
LA MEDECINE TRADITIONNELLES

~~~~~  
 SEPTEMBRE 2004

01 BP 882  
 COTONOU

Tél : Fax : 00 229 33 45 83  
 Email : tradmed@inet.bj

## I- SITUATION DU SOUS-SECTEUR

La Médecine Traditionnelle joue un rôle de Premier Plan dans les soins de Santé Primaires. Elle intègre les us et coutumes des populations.

L'histoire et l'expérience nous montrent que les services de santé de la Médecine Moderne ne donnent pas toujours aux populations la pleine satisfaction en matière de soins de santé. De même, les implications aussi bien socio-culturelles, financières et les ressources humaines qui interviennent dans la pratique de la Médecine Moderne sont importantes. Ainsi les Centres de Santé n'existent pas partout en République du Bénin et lorsqu'ils existent, ils sont faiblement utilisés par les populations à majorité pauvres et rurales. Le taux de fréquentation des Formations Sanitaires Publiques est d'environ 34% (SNIGS 2000).

Par contre, nous constatons que les populations utilisent d'abord la Médecine Traditionnelle pour se soigner avant de se rendre dans les Formations Sanitaires. Parfois la Médecine Traditionnelle réussit là où la Médecine Moderne a échoué.

Aussi plusieurs structures de traitement par la Médecine Traditionnelle sont installées de façon informelle et soutiennent leurs activités par des spots publicitaires sur les Médias.

Face à cette situation, la Promotion et l'Intégration de la Médecine Traditionnelle dans le système national de la santé constituent une préoccupation nationale et un impératif de développement.

**De 1985 à 1990 :** Le Gouvernement, pour améliorer et valoriser les compétences locales traditionnelles a créé au sein du Ministère chargé de la Santé Publique par arrêté N°146/MSSP/DCM/DRMT du 26 Mars 1985 la Direction de la Recherche, de la Médecine et de la Pharmacie Traditionnelles.

Il a aussi reconnu par décret N°86-69 du 3 Mars 1986 les statuts et le Règlement Intérieur de l'Association Nationale des Praticiens de la Médecine Traditionnelle Béninoise. Le but de cette Association est de contribuer efficacement à l'amélioration de la santé en collaboration avec le Ministère chargé de la Santé Publique. Cette association a réalisé plusieurs activités en vue de la reconnaissance de la Médecine Traditionnelle sous la tutelle du Ministère de la Santé Publique.

**De 1990 à 1995 :** Une leharigie s'est installée dans le fonctionnement de cette Association qui connaît aujourd'hui quelques problèmes de Coordination aux niveaux Départemental et National.

Les conclusions de la Table Ronde du Secteur Santé tenue en Janvier 1995 ont retenu parmi les grandes orientations du Ministère de la Santé Publique le développement de la Pharmacie et de la Médecine Traditionnelles.

**De 1996 à 2003 :** Le Programme de Promotion de la Pharmacie et de la Médecine Traditionnelles a été créé et inscrit au Programme d'Investissements Publics. Il bénéficie aussi de l'appui de l'OMS.

Le Plan d'Action du Gouvernement pour la période de 2001-2006 a retenu dans le cadre de la lutte contre la Pauvreté cinq actions pour promouvoir la Médecine Traditionnelle. Il s'agit de :

- l'élaboration et la mise en œuvre du cadre juridique des praticiens de la Médecine Traditionnelle ;
- le renforcement de la capacité technique des praticiens de la Médecine Traditionnelle ;
- la poursuite de l'installation de 50 jardins de plantes médicinales dans les Circonscriptions Administratives ;
- la mise en place d'une base de données sur les plantes médicinales ;
- la construction d'unités de soins de la Médecine traditionnelle dans tous les départements.

## II- LA POLITIQUE DE PROMOTION ET D'INTEGRATION DE LA PHARMACOPÉE ET DE LA MEDECINE TRADITIONNELLES DANS LE SYSTEME NATIONAL DE SANTE A ETE ADOPTEE EN MARS 2002

Elle a pour :

### Objectifs :

- Rendre effective l'intégration de la Pharmacie et de la Médecine Traditionnelles dans le système national de santé ;
- Assurer la disponibilité de la matière première et des médicaments traditionnels de bonne qualité et à moindre coût ;
- Confirmer la pratique de la Médecine Traditionnelle.

### Résultats Attendus

- Les Centres de traitement par la médecine traditionnelle sont fonctionnels ;
- La disponibilité, l'accessibilité et l'usage rationnel des médicaments traditionnels efficaces dans le système national de santé sont effectifs ;
- la qualité des soins par la Médecine Traditionnelle est améliorée.

### Domaines d'Activités

- Le développement du traitement des maladies par la Médecine Traditionnelle ;
- La recherche sur la Pharmacie et la Médecine Traditionnelles ;
- L'élaboration de la Pharmacie traditionnelle ;
- La promotion des activités pour la santé par les praticiens de la Médecine Traditionnelle.

### Les Activités au Première Ligne :

- Renforcer la capacité technique des praticiens de la Médecine Traditionnelle ;
- Instaurer des rencontres de concertation entre les praticiens des deux types de Médecine ;
- Elaborer et adopter le cadre juridique d'intégration de la Médecine Traditionnelle dans le système national de santé ;

- Promouvoir le développement des jardins de plantes médicinales ;
- Identifier et développer des activités de promotion pour la santé par les praticiens de la Médecine traditionnelle ;
- Identifier les produits traditionnels efficaces dans le traitement des affections courantes ;

- Développer des médicaments de la Pharmacie Béninoise.

## III- ACTIVITES DEJA REALISEES : 1999-2004

- Réalisation de la liste des Praticiens de la Médecine Traditionnelle. Le nombre a été estimé à 7 500 en 1999 ;
- Elaboration de la liste des plantes médicinales rares par Circonscription Administrative ;
- Organisation de concertations aux niveaux Communal, Départemental et National ;
- Développement de jardins de plantes médicinales. Le Programme dispose actuellement de 41 actes de donation de domaines pour jardins de plantes médicinales. Les praticiens de la Médecine Traditionnelle sont organisés en équipes et travaillent au développement de vingt jardins.

L'Etat participe progressivement au développement des jardins de plantes médicinales. Il a été attribué trois à sept bicyclettes par Commune. Un point d'eau et un hangar sont en cours d'installation au niveau des jardins des localités suivantes :

**Quémé-Plateau :** Azowilissé, Adjara, Adjohoun, Dangbo, Adja-Quémé, Tangou, Avrankou, Bonou.  
**Mono-Couffo :** Bopa, Kloukamey, Dikakomey.  
**Atlantique-Littoral :** Sa-Ava, Tori-Bossito, Kpomassé, Ouidah.  
**Zou-Côlilles :** Agbanganzoun, Savé.  
**Borgou-Alibori :** Nikki  
**Atacora-Donga :** Kouandé, Djougou.

- Certains groupements de praticiens ont aménagé un point d'eau et un abris en paille pour les réunions de concertations entre praticiens
- L'OMS appuie le développement des jardins à travers la mise à disposition de bicyclettes et de matériel agricole
- la Journée du 31 Août, Journée Africaine de la Médecine Traditionnelle est célébrée comme recommandée par l'OMS.

Le décret 2001-036 du 15 Février 2001 fixant les principes de déontologie et les conditions de l'exercice de la Médecine Traditionnelle a été adopté. Il définit la Pharmacie traditionnelle béninoise, le Médicament Traditionnel, la Médecine Traditionnelle et ses actions.

## Annexe 5 : Exemple d'un entretien effectué à Nikki en juillet 2005

### Entretien n°33

**Date : 9 juillet 2005.**

**Interlocuteur : WILLIAM, docteur spécialiste en pédiatrie à l'hôpital de Sounon Sero de Nikki.**

**Traducteur : aucun.**

**Cote : K7 n°18, face B, 1/5 + K7 n°19, face A, 3/5.**

**Langue : Français.**

**Didascalies :** Cette discussion a pris place sous une paillote de buvette où nous avions l'habitude de converser devant une bière, les agents de santé moderne Nikkois et moi. C'est donc dans une ambiance décontractée que cet échange a pris place. Le Docteur Williams s'est montré fort intéressé par mes questions d'autant plus qu'ayant participé à des programmes de sensibilisation populaire quant au paludisme, il a travaillé en collaboration plus ou moins étroite avec les tradipraticiens. De plus, son parcours professionnel l'a emmené dans plusieurs régions du Bénin, ce qui a ajouté à l'étendue de son savoir.

Seule ombre au tableau, nous nous sommes assis à côté d'une jeune femme absolument magnifique. Situation qui n'a cessé de perturber notre concentration. Il faut donc noter que ce cas spécifique doit aussi être évité afin de ne pas nuire au bon déroulement d'un entretien.

### Entretien :

J.P. : Bon, je suis ici avec un médecin qui va commencer par nous donner son nom et puis sa fonction s'il le veut bien.

W. : - Je suis William, médecin à l'hôpital Sounon Sero de Nikki. Responsable de médecine pédiatrie.

J.P. : - J'aimerais d'abord te demander, si je peux te tutoyer car on se connaît un peu, comment est-ce que cette idée de travailler dans la MM t'est venue ? C'est depuis ton plus jeune âge ou c'est plutôt un concours de circonstance qui t'a plongé dans la médecine ou bien... ? Quelle est ton histoire avec la MM.

W. : - J'ai fini par un concours de circonstance mais d'abord mes parents et puis je me suis un peu plus intéressé à la chose.

J.P. : - Est-ce que toi-même tu as déjà utilisé la MTr ?

W. : - En bon Africain, je suis encore la MTr.

J.P. : - Et encore maintenant ?

W. : - Non, car je suis loin du pays.

J.P. : - Tu es originaire du Cameroun, n'est-ce pas ?

W. : - Voilà, et quand je retourne là-bas, les parents me disent dès fois, il faut prendre ça, il faut faire ça, alors on se plie à cela.

J.P. : - Donc, lorsque tu retournes chez toi, il y a quelque cas de figures ou tu utilises cela.

W. : - Si le besoin s'en présentait et que la famille dit que c'est ça alors...

J.P. : - Pourquoi ? Ta famille est impliquée dedans, elle a des connaissances comme cela, il y a des TPr.

W. : - Dans la famille je n'en connais pas. Il faut dire que dans la famille c'est un peu partagé. Ils y en a qui aime bien avoir recours de ce côté là et d'autres qui pensent pas trop à cela.

J. P. : - Et qu'est-ce que tu pourrais donner comme grande différences entre la MM et la MTr ? Ou pour reformuler la question. Est-ce que tu pourrais me donner les points négatifs et positifs de chacune des pratiques ?

W. : - Non, je préférerais donner les différences. Bon, pour la MTr, on ne peut pas l'écarter. Parce que c'est vrais, on ne sait jamais s'ils ont raison ou pas. On ne peut pas aussi dire que tout est effectivement moderne. Mais d'un autre côté, le problème qui se pose très souvent, c'est que les TPr refusent souvent de coopérer directement avec la MM. Mais aussi également les médicaments qui sont donnés aux patients qui en font recours. Et ceci pose le problème de la conservation et du dosage, de la posologie et du mode d'administration aussi. C'est plus une médecine qu'il faut valoriser. A savoir, comment on pourrait transformer ces médicaments pour qu'ils soient utiles la population.

J.P. : - Et tu penses que le refus des gens à aller à la MM provient de quels facteurs ?

W. : - Bon, là il faut retourner un peu dans le temps. Quand on a mal à la tête, on pense que c'est la grand-maman qui te veut du mal. Quand on a de la fièvre, qu'on a eu chaud à un examen, on dit, « Ahh, ce concours de circonstances, il faut aller voir à la famille, il y a un sorcier, c'est cela ».

J.P. : - Donc c'est plutôt lié à l'étiologie, à l'étude des causes de la maladie, c'est cela ?

W. : - C'est à dire, on rejette la cause de la maladie sur autrui. On se dit que si on est malade que c'est autrui qui est responsable de sa maladie. C'est pour cela que j'ai dit tout à l'heure que le vrai problème c'est que normalement il devrait y avoir une vraie coopération. D'accord c'est peut-être autrui qui a amené la maladie mais du côté de la MM, il y a aussi quelque chose et il faudrait associer les deux.

J.P. : - Quels ont les points de conflits selon toi, les nœuds où se trouvent les difficultés pour une bonne collaboration ?

W. : - Est-ce que la collaboration est difficile d'abord. De plus en plus, il y a quand même une étroite collaboration entre les deux médecines. Dans beaucoup de grandes villes même. Si tu prends, par exemple, le cas de la prise en charge de la trépanocitose, ça collabore. Si tu prends le paludisme ça collabore. Egalement le programme SIDA...si vous avez besoins d'un médicament traditionnel, on vous oriente vers un TPr. Ca existe dans le pays.

J.P. : - Cela existe concrètement dans le pays ?

W. : - C'est clair, le programme est clair. Il faut avoir un travail en étroite collaboration avec certains TPr.

J.P. : - Et comment se font les choix de ces TPr, en fonction de leur renommée, ... ?

W. : - En fonction de leur renommée, mais là encore, on ne peut pas être affirmatif car aucune étude scientifique valable n'a été faite sur l'efficacité réelle de la thérapie qu'ils donnent au malade. C'est ça le problème.

Sinon, quand même au moins pour les maladies que j'ai cité plus haut, les cas de fractures, il y a une collaboration. Même si cela n'est pas élargi à toutes les villes du pays, il y a des structures où cela collabore.

J.P. : - Et tu penses que cela pourrait vraiment être effectif ou bien ? Tu n'as pas vraiment répondu par rapport aux difficultés qu'on pourrait rencontrer dans ce type d'expérience ?

W. : - Les difficultés se retrouveront au niveau de la population. Il faut que la population comprenne qu'en fait, c'est deux choses qui devraient fonctionner en synergie et qu'il ne faudrait pas focaliser l'attention sur la MTr en oubliant la MM. C'est plus la population qui devrait faire cet effort là.

C'est vrais qu'il y a certains guérisseurs qui s'attardent à garder des malades jusqu'au stade final, avant de les envoyer à l'hôpital. Finalement ce n'est pas bien. Bon, c'est plus un problème de sensibilisation au niveau des comportements des usagers et des TPr. Il y en a quand même un bon nombre qui comprennent. Quand tu viens et que c'est la fièvre. Ils t'envoient à l'hôpital. C'est pour cela que ce que vous allez voir dans le cadre d'un CNHU, ce que nous appelons la médecine de jour et celle de nuit. Quand les allopathes rentrent chez eux, ce sont les TPr qui font leur travail.

J.P. : - Mais dans la structure du CNHU... ?

W. : - Mais c'est connu...

J.P. : Il vient là-bas et il s'en occupe mais c'est seulement pour des pathologies spécifiques ?

W. : - Pas seulement, par exemple, il y avait dernièrement un enfant à Sounon Sero qui faisait salmonélose. Et cela n'a pas empêché... Je suis passé et il le massait avec des huiles... mais je n'ai pas interdit cela... au moins cela remonte le psychisme de la personne. Ils se disent qu'au moins, ils ont déjà fait quelque chose au niveau traditionnel.

J.P. : A Sounon Sero, c'est donc assez ouvert et on permet ce genre de pratiques.

W. : - Ca c'est ouvert partout, c'est son droit le plus absolu, tu ne peux pas refuser un malade à faire recours à ce qu'il veut faire. Mais, si c'est peut-être une question de douleur au foie, Il faut peut-être attirer son attention sur les tisanes qui pourraient être toxiques pour son corps, c'est tout.

J.P. : - Et toi, qu'est-ce que tu penses d'une éventuelle institutionnalisation du champ de la MTr ? Que ce soit vraiment dans un cadre un peu plus officiel. Je sais qu'il existe une expérience de ce type à Kouandé ? Je crois que c'est la seule où un TPr a une salle où il peut traiter des patients dans le cas où ceux-ci n'auraient pas obtenu satisfaction avec la MM. Echange de patient tout en ayant un contrôle l'un sur l'autre. Tu crois que cela ne va pas engendrer des levées de boucliers ?

W. : - L'association, on ne peut pas dire que nous allons l'institutionnaliser d'une manière totale. Mais on ne peut pas vraiment attribuer un diplôme, du moins une autorisation de

fonctionnement à quelqu'un. Tout cela parce qu'il faut des preuves scientifiques valables pour prouver que tes tisanes soignent véritablement les malades. Donc pour le dire, cela suppose qu'il faut passer par des étapes qui sont internationalement reconnues. Or, jusqu'à preuve du contraire, ce n'est pas cela qui se passe.

C'est le problème de la revalorisation de la MTr, il faut d'abord mettre un système de preuve avant de pouvoir institutionnaliser tout cela.

J.P. : - Ce qui m'intrigue dans tout cela, bon, il y a les herboristes et pour eux, c'est peut-être plus facile d'imaginer une manière de les intégrer dans un système de normalisation mais il y a aussi tous ceux qui travaillent des savoirs plutôt de l'ordre mystique ? Des incantations, des moments particuliers pour cueillir les plantes, enfin des éléments difficilement rationalisables.

W. : - Même en ce qui concerne ces choses qui proviendraient du mysticisme, il serait possible de le cerner de la même manière. Par exemple, untel est arrivé en délirant ou il vient en pensant que certains le frappent. Le TPr lui fait quelque chose et il est guéri. Et là on lui reconnaît ce pouvoir spirituel. Il faut quantifier par exemple tous ceux qui disent qu'ils vont se faire frapper et qui ne disent plus cela après dix jours.

J.P. : - Mais est-ce que tu crois que le monde scientifique est prêt à accepter toutes les manières de faire tant que le résultat est là ? Peut importe s'il y a des incantations ou des poules...etc ?

W. : - Mais même dans le monde moderne, il y a des choses écrites pour des choses comme cela, pour les prières...Il y a des documents pour des prières spécifiques adaptées à certaines circonstances. Surtout chez vous en Europe. J'en ai vu. Bon. Je n'ai pas trop voulu lire ces documents là mais ça existe. Je crois que tu rentres en toi et que tu dois allumer des bougies.

J.P. : - De la parapsychologie ?

W. : - En fait, je crois c'est un peu des choses comme cela que des gens chez nous utilisent et disent qu'ils ont le pouvoir.

J. P. : - Je pense que c'est juste une autre manière de percevoir les choses.

W. : - Il parviennent juste à rentrer dans ton psychisme et à le modifier d'une manière ou d'une autre. Ce que fait également un bon psychologue.

J.P. : - Il n'y a donc pas, selon toi, de différences telles dans ces deux systèmes, qu'ils ne puissent collaborer depuis le début ?

W. : - C'est ce que je te dis depuis le début. Mais bon, il faut reconnaître qu'il y a certains trucs vraiment occultes. Mais on le prend comme tel, c'est l'Afrique. Par exemple tu vois dans certains enterrements des gens qui disent « C'est X qui l'a tué ». Ou alors, ils se repassent le film de l'enterrement pour voire avec de l'eau qui l'a tué...( coupure cassette ).

J.P. : - Donc, tu parlais de pratiques particulièrement occultes.

W. : - Oui, bon, par exemple le cas des gens qui font parler les personnes déjà décédées. Celui là va dire exactement comment cela s'est passé, pourquoi il est mort. Ca en général, je ne rentre pas souvent dans ces détails parce que ( rire gêné ). C'est ce que j'appelle l'autre monde et que je ne comprends pas.

J.P. : - Sinon, j'ai remarqué qu'une peur fondamentale des TPr était le fait de se faire piquer leur savoir. Qu'en penses-tu ?

W. : - Effectivement ça c'est clair, on a vu le Ghanéen qui a déclaré partout guérir le SIDA et qui a été retrouvé mort dans ça maison, deux balles dans la tête. La maison complètement cambriolée. Jusqu'au jour d'aujourd'hui les circonstances de sa mort ne sont pas élucidées. Ca, c'est un. On a vu le Zaïrois, mêmes circonstances. Ailleurs on a vu d'autres cas similaires donc c'est ça.

J.P. : - Est-ce que tu crois qu'il n'y a pas des choses un peu politiques là derrière. En fait, de ne pas laisser naître ou continuer des croyances dites occultes qui pourraient aller à l'encontre de programmes sanitaires de l'Etat.

W. : - Non, trucs politiques je ne crois pas car il y a des initiatives à certain niveau. Par exemple moi, j'ai travaillé sur le projet concernant le paludisme. J'ai eu à enquêter sur les guérisseurs traditionnels. On forme les TPr à la prise en charge du paludisme. De l'autre côté, sur la prise en charge du VIH SIDA, fait un tour à Cotonou. En ne disant rien. Promène toi un peu et pousse un peu ta curiosité, tu verras que même les chefs de ces secteurs là, ils conseillent de TPr. Est-ce que ceux-là sont efficaces ? Ca, c'est l'interrogation. Il semblerait que oui. Je ne l'affirme pas mais...

J.P. : Il y a un problème qui revient toujours, c'est que tous les membres de la MM veulent toujours réussir à prouver scientifiquement les choses. Cependant, il est difficile de prouver une croyance en quelque chose.

W. : - C'est en effet là que se pose le problème. Pour environ 75% des cas de fractures à Sounon Sero, les gens préfèrent avoir un massage traditionnel alors que tu leur préconises un plâtre. Ils te disent non. Bon certains sortent complètement guéris mais d'autre sortent avec une infection osseuse et autres difficultés.

C'est pourquoi, il faut faire la différence entre les bons TPr et les charlatans. Il y en a qui ont reçu le pouvoir divin d'aller soulager. Ca arrive. Tu es choisis et ça, les initiés, ils comprennent. Alors on te prend pendant trois mois quatre mois. Tu ressors et tu va guérir. En majorité, c'est comme cela que cela se passe. Ou bien, carrément à la mort du grand-papa, il t'appelle et il te donne le pouvoir.

Mais il y a aussi des charlatans vraiment, ils vont te prendre une feuille de bananier je ne sais quoi, il va l'écraser et il va dire que c'est une potion magique. Cela va te soulager. Alors que toi tu vas le prendre et tu vas te retrouver à l'hôpital avec les reins bousillés. C'est ce qui est difficile, c'est de choisir ceux qui sont bons.

J.P. - En effet, qui est capable de faire la différence ?

W. : - C'est la population. Puisque c'est la population qui fait recours à ces gens. Ils sauront s'ils ont été soulagés. De loin, il est impossible de savoir ce qui marche ou ne marche pas. Quand il est bon, tu vas avoir des échos de partout.

J.P. : - Sinon sur l'influence de l'argent dans ce milieu qu'est ce que tu en penses ? Est-ce que tu penses par exemple que les prix sont adaptés à la population dans la MM ?

W. : ( Après hésitation ). Il faut dire que je dirais non. Nous sommes quand même dans un pays qui est pauvre, ça c'est un. Et puis quand on est malade, on n'a pas besoins de savoir qui est pauvre ou qui est riche. C'est la même thérapie qu'on va administrer normalement aux pauvres qu'aux riches. Le riche pourra très facilement s'acheter son médicament alors que le pauvre ne le pourra pas.

Par exemple, pour illustrer cela, tu prends en cellule de réanimation au CNHU. Chaque matin, il y une ordonnance qui est délivrée. Et en moyenne c'est 25 000 CFA, l'ordonnance.



Au minimum 25 000. Le riche pourra se taper l'ordonnance pendant 10 jours mais le pauvre au bout de quatre jours...conséquence, il n'aura pas son traitement.

C'est pour cela que dans le programme national de lutte. Ils ont dit qu'il valait mieux leur donner des médicaments que des superviseurs et des grosses voitures. Ceux qui sont vraiment honnêtes diront cela. Même la dernière fois, c'était la tendance générale. Au lieu de créer plusieurs projet de ce de ça pour la même chose. On focalise tout cela sur un même niveau et voilà. Il y a un effort dans ce sens. Aujourd'hui la moustiquaire est 500 CFA et d'ici décembre elle sera gratuite. Il faut arriver à minimiser les coûts.

J.P. : Il y a une chose qui est claire c'est que pour les TPr, les prix sont adaptés à la population...

W. : - Ca c'est faux, cela coûte toujours plus cher, on va t'envoyer acheter un mouton, on va t'envoyer acheter du tissu, de l'huile. C'est après cela que tu vas payer pour ce qui a été fait. C'est ça, c'est toujours plus cher. Au bas mot, lorsque tu sors de chez un TPr, tu as dépensé plus de 200 000 CFA. Là c'est sûr, il faut se le dire.

J.P. : En tous cas, j'ai toujours entendu le contraire.

W. : - Tu vas payer en contre partie un mouton ou un bœuf. Tu paieras de toutes façons très cher.

J.P. Sinon dans le monde médical que tu as côtoyé, entre les élèves, entre tes collègues et tout cela. C'est quoi le discours qui prédomine sur la médecine traditionnelle ? Plutôt réticent ?

W. : - C'est ce que je t'ai dit. Même ceux qui disent ne pas collaborer, ils collaborent. On est de bons Africains, on sait ce dont on parle ça c'est clair.

Il faut avoir des niveaux...toi-même praticien...bon j'en connais même des praticiens à Cotonou, quand cela ne va pas, il ouvre son placard et il sait ce qu'il va te donner.

J.P. : - Y aurait-il une différence entre le discours officiel et le discours officieux ?

W. : - Ca c'est clair, bon je vais te raconter quelque chose. Je connais un praticien, bon, faut dire qu'il aime bien pratiquer les avortements. Il a voulu m'initier à cette technique mais j'ai refusé, je n'aime pas cela. Donc j'étais là et il faisait son avortement et cela tournait au vinaigre d'accord mais il a rapidement compris que cela n'était pas ça et il a rapidement préparé une potion qu'il a administrée à la fille qui s'est remise en état assez vite. C'est pour dire qu'il y en a qui connaissent, comment dire, ils ont d'autres yeux pour voir.

J.P. : Donc, même si apparemment il y a toujours eu une forme de relation entre les deux milieux. Etant donné qu'il n'y a pas de légitimation officielle, personne ne veut en parler quoi ? Il y aurait deux discours qui courraient sur cette question ?

W. : Non, il faut que tu ailles à Porto Novo où beaucoup de TPr qui travaillent en synergie pour la transformation des médicaments en médicaments acceptables dans le sens dosage etc...Transformation des plantes en consommables médicaux. C'est cela la différence entre le charlatan et le sérieux qui prend son temps, qui travaille et qui te dit prend ça et ça marche.

J.P. : Mais cette démarche est assez proche de celle des pratiques modernes.

W. : - Mais il faut faire cela sur une certaine échelle.

J.P. : En fait, j'aimerais te demander si tu trouves que les messages promulgués sur le rapprochement des deux médecines sont francs ? Est-ce que tu crois qu'un jour, les TPr seront reconnus, financièrement par exemple autant que leurs collègues allopathes ?

W. : - Mais, un bon TPr gagne même plus qu'un médecin à la fin du moi, puisque les gens viennent de partout. Il y en a un vers, Goré là. C'est des gros cas qui viennent le voir. Tu n'as pas de chance car pendant ton séjour, il n'est pas venu à l'hôpital. Il avait même prévu de discuter personnellement avec moi. Depuis ce moment je ne l'ai plus revu.

Ils ne sont pas mis en minorité et puis utilisé un peu comme une orange qu'on va presser. Un orange qu'on presse et qu'on jette le truc, non ! C'est une intégration. Si le malade, par exemple porteur du virus VIH. C'est clair qu'on lui dit qu'il y a tel TPr qui est là. Ils sont là, dans le programme de lutte. Ils sont reconnus.

J.P. : - Ils sont reconnus mais on ne leur donne rien.. !

W. : - De la même manière que quand on invite un TPr à faire une formation sur la prise en charge du paludisme. Il gagne son perdiem, tout comme le médecin moderne. Ce n'est pas qu'ils vont rester au soleil toute la journée, je ne sais pas mais ils gagnent quelque chose.

J.P. : Est-ce que dans ta formation médicale on t'a parlé des pratiques traditionnelles ? Est-ce qu'il existe un cours spécifique, dispensé sur la question ?

W. : - Il n'y en a pas mais par contre c'est quand tu fais un étude spécifique que tu peux avoir recours à la connaissance sur les TPr. Comme je te l'ai dit, cela a été mon cas dans le cadre de la formation sur le paludisme.

Il y a certains indicateurs en ce qui concerne le paludisme. Par exemple, au moins 60% des TPr de la zone où je travaillais, agissaient contre le paludisme. Et environ 40% pouvaient prendre en charge correctement le paludisme. Sur le sujet, il y a eu un peu des études officielles. A l'échelle nationale mais aussi internationale. Il y a aussi les chefs d'Etats qui ont intégrés cela comme objectifs d'amélioration...

J.P. : - Oui, par rapport au discours de l'OMS...

W. : - En 1998...

J. P. : - Ils ont promulgués un article...

W. : - Bon, tu as lu ça. Donc, quelque part c'est qu'ils sont reconnus. S'ils ne l'étaient pas, on ne pourrait pas demander à les former. D'ici 2010, il faut qu'il y en aie un certain nombre qui soient formés.

J.P. : - C'est justement par rapport à ce type de mouvement que je m'interroge. Par exemple, par rapport à l'effort promulgué par l'Etat béninois de l'époque socialiste pour essayer de développer les savoirs endogènes. Bon, cela s'est écroulé pour plusieurs raisons mais j'ai l'impression que la vague a repris sa course depuis le discours de l'OMS et sa proposition. C'est comme si les gouvernements africains s'étaient à nouveau intéressés à la chose en fonction de ce dernier point. Comme pour jouer les bons élèves.

W. : - C'est pas cela, pour avoir rencontré des TPr, je peux te dire que ce n'est pas cela. Il faut être patient et courageux pour les voir. Ils sont parfois très renfermés. D'accord ? Je me rappelle une histoire. Il y en avait un, avant d'arriver chez lui, il nous attendait déjà. Il nous a dit arrêtez-vous, qui vous a envoyé. Il nous a dit ce jour là qu'il n'était pas préparé pour nous voir. Qu'il fallait revenir demain. Malgré toutes les explications. Non, c'est tout de même des gens prudents d'une manière ou d'une autre. Il faut les prendre avec dextérité et pour se

faire, il faut des gens disponibles. Des sociologues, des gens qui travaillent vraiment sur le sujet.

J. P. : Il faut dire que cette méfiance existe aussi entre eux, et cela rend le travail d'autant plus difficile. Des fois chaque personne venant de l'extérieur représente une concurrence.

W. : - Il y en a qui pense peut-être que les gens qui viennent, arrivent pour soutirer un peu de leur savoir.

J.P. : - tu parlais de l'orange tout à l'heure...c'est une bonne métaphore...ils ont vraiment peur qu'on leur prenne leurs recettes et qu'on leur dise « Bon maintenant grand-père, tu peux t'en aller ».

W. : - Au moins pour les quelque programmes que j'ai cité, ils ont compris que....c'est pour travailler en synergie. Disons, ceux qui sont réputés en sont valorisés. Ceux qui sont recrutés, sont valorisés d'une manière ou d'une autre. Ils ne sont pas brandis comme cela.

J.P. : - Oui, ils ne sont pas manipulés enfin, il ne faut pas les manipuler.