

# Folofolo

Revue des sciences humaines et des civilisations africaines

N° Décembre 2020

*Tome 1*

ISSN 2518-8143



**FOLOFOLO**  
**Revue des sciences humaines et des**  
**civilisations africaines**

**Décembre 2020**

*Tome 1*

<http://www.folofolo.univ-ao.edu.ci>

## **Administration et Rédaction**

Directeur de publication BAMBA Mamadou

Rédacteur en chef KAMARA Adama

Rédacteur en chef adjoint KONE Kpassigué Gilbert

Webmaster ALLABA Djama Ignace

Chargé de diffusion et de marketing ALLABA Djama Ignace

Trésorière KOUADIO Affoué Sylvie

## **Comité scientifique**

ALLOU Kouamé René, Professeur titulaire, Université Félix Houphouët-Boigny

Sékou BAMBA, Directeur de recherches, Université Félix Houphouët-Boigny/IHAAA

OUATTARA Tiona, Directeur de recherches, Université Félix Houphouët-Boigny/IHAAA

OSSEYNOU Faye, Professeur titulaire, Université Cheick Anta Diop

LATTE Egue Jean Michel, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara

KOUAKOU Antoine, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara

GUIBLEHON Bony, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara

ASSI Kaudjis Joseph Pierre, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara

Marie MIRAN, Maître de conférences, EHESS/IMAF Paris

GBODJE Sékré Alphonse, Maître de conférences, Université Alassane Ouattara

CAMARA Moritié, Maître de conférences, Université Alassane Ouattara

COULIBALY Amara, Maître de conférences, Université Alassane Ouattara

KOUASSI Kouakou Siméon, Maître de conférences, Université Félix Houphouët-Boigny

BATCHANA Essohanam, Maître de conférences, Université de Lomé

N'SONSSISA Auguste, Maître de conférences, Université Marien N'gouabi de Brazzaville

N'GUESSAN Mahomed Boubacar, Maître de conférences, Université Félix Houphouët-Boigny

BEKOIN Tano Raphaél Maître de conférences, Université Alassane Ouattara

## **Comité de lecture**

KOUAKOU Antoine

BATCHANA Essohanam

CISS Ismaila

VEI Kpan Noël

GOMA-THETHET Joachim Emmanuel

N'SONSSISA Auguste

CAMARA Moritié

FAYE Osseynou

IDRISSA Bâ

BAMBA Mamadou

SARR Nissire Mouhamadou

GOMGNIMBOU Moustapha

DEDOMON Claude

DEDE Jean Charles

BAMBA Aboulaye

DIPO Ilaboti

## EDITORIAL

Prétendre écrire l'histoire de la civilisation africaine peut paraître une gageure.

En effet, des faits restent peu connus, et l'exploration intellectuelle et scientifique de l'Afrique n'est pas toujours chose aisée.

Le chercheur doit recueillir, classer et critiquer les sources écrites et orales de même qu'une documentation abondante pour aboutir à la vérité scientifique.

Il est pourtant nécessaire de réanimer à travers des écrits originaux la réalité substantielle de la civilisation africaine de l'époque antique à la période contemporaine en passant par les périodes médiévales et modernes.

C'est à cette tâche que s'est consacré ce numéro de la revue "FoloFolo".

Les propositions de sujets et les diverses approches scientifiques dans une entière liberté d'expression se sont avérées enrichissantes.

Ce numéro de décembre 2020 explore la science dans sa diversité.

Le résultat recherché est de connaître l'Afrique et ses civilisations dans sa profondeur et bien sûr avec ses joies et ses peines, mais aussi et surtout de proposer des pistes pour un développement durable de ce continent.

La pluralité des articles, l'originalité des problématiques et la diversité des sujets autorisent à penser que ce numéro sera accueilli à sa juste valeur par les universitaires.

**Bamba Mamadou**

## TABLE DES MATIERES

<b>Konnegbéne LARE / Kokou TCHALLA:</b> Pratiques informelles d'épargne-crédit des femmes en milieu rural et contribution à l'autonomisation socio-économique dans la Région des Savanes au Nord-Togo .....	7–24
<b>KOUI Kéassemaé Elysée:</b> La médecine traditionnelle en quête de revalorisation en Côte d'Ivoire : réussir la prise en compte du système thérapeutique en contexte moderne Wê .....	25–42
<b>Joseph WOU DAMMIKÉ:</b> Femmes et combat pour l'accession aux postes électifs dans le Diamaré (Extrême-Nord Cameroun) : cas de Foutchou Julienne .....	43–56
<b>KOUADIO Kouakou Didié:</b> L'impact socioculturel des guerres dans le baoulé sud en côte d'ivoire : le cas de la region de hiré (1784-1969) .....	57–69
<b>Grégoire LEFOUOBA:</b> Les fondements de la gouvernance politique sous les lumières Rousseau .....	70–81
<b>Martin ADANVOESSI / Raymond-Bernard AHOUANDJINOÛ / Clarisse NAPPORN / Cédric ASSOGBA:</b> L'orientation professionnelle au secondaire : de l'absence des structures d'orientation à une orientation spontanée à Avrankou (Bénin) .....	82–95
<b>Saïd Kolawolé Hounkponou / Rodéric Roland Singbénou Sagbo / Sedjro Gilles Armel Nago / Immaculée Agossi Hounkpè / Jacob Afouda Yabi :</b> Vulnérabilité de la culture de maïs dans la commune de Dangbo face aux changements climatiques .....	96–111
<b>Ana María DJÉ:</b> La cultura africana en la enseñanza del español en Costa de Marfil (Manuel Horizontes) .....	112–127
<b>BAMBA MAMADOU:</b> Notes sur l'éthique dans l'écriture de l'histoire contemporain .....	128–140

Idrissa BA : « L’islam noir » : sens, trajectoire et critique d’un concept appliqué au Sénégal ..... 141–157

**TOME Adama:** L’art lobi au contact de la colonisation : innovation ou inertie ? ..... 158–184

**SERI JEAN-JACQUES:** La prolifération des églises évangéliques en Côte d’Ivoire (1980-2000): forces et faiblesses ..... 185–199

**EI Hadji Malick DEME:** Survivances pharaoniques dans la titulature des rois africains : le cas du serpent et du vautour ..... 200–214

**Mamadou DIA / Boubacar SANOGO / Arnaud RICHARD:** Le français de la presse écrite malienne : entre nouvelles pratiques professionnelles et créativité linguistiques ..... 215–232

**Ibrahima TRAORE:** Difficultés d’application de la prohibition des punitions corporelles par les enseignants au Mali ..... 233–246

**Souleymane YORO / Fatou NDIAYE:** Les activités langagières orales: quelles stratégies pour une qualité des apprentissages au préscolaire ? Le cas du langage dans l’Inspection de l’Éducation et de la Formation de Dakar-Plateau au Sénégal ..... 247–269

**PALÉ Miré Germain / KONÉ Odanhan Moussa :** Los recursos naturales del Sahara Occidental, una “llave” para la hegemonía geoeconómica marroquí ..... 270–284

# **La médecine traditionnelle en quête de revalorisation en Côte d'Ivoire : réussir la prise en compte du système thérapeutique en contexte moderne Wê**

KOUI Kéassemaé Elysée  
Université Felix Houphouët Boigny de Côte d'Ivoire  
Tel : +225 47 29 75 33  
Mail : Keassemaebly@gmail.com

## **Résumé :**

Treize mars 1996, la sous-direction de la médecine traditionnelle voit le jour au sein de la direction des établissements sanitaire en Côte d'Ivoire. Elle met fin à la promotion de la seule médecine occidentale et donne désormais droit de cité au système de soin traditionnel depuis 1978. Cette reconnaissance intervient après plus d'un siècle. Au cours de cette période, une nouvelle pathocénose a émergé et les pratiques thérapeutiques ont perdu leur "authenticité". Face à cette situation, la présente étude cherche à saisir les conditions de réussite de la prise en compte de l'ancien système de santé à travers l'exemple Wê. Celles-ci passent par une connaissance des limites socio-culturelles de la pratique médicale, la prise en considération de tout le principe culturel traditionnel qui donne valeur à l'art thérapeutique, c'est-à-dire sa dimension spirituelle, sociale et somatique.

Mots clés : médecine traditionnelle - revalorisation - types de soin

## **Summary:**

The decree which created an under-heading of the traditional medicine in the breasts of charge of healthy institution came out in Ivory Coast, the march 13<sup>th</sup> in 1996. It puts an end to the promotion and soon gives rise to the traditional health care system since 1978. This recognition operated after one decade during which a new "pathocenose" escaping the traditional aetiology emerged; where therapeutic practices lost their authenticity. Faced with this problem, the current study attempts to group from a diachronic approach, also taken by the representations of the disease to the precolonial ear, the success condition of the former refunding system of health related to the example of Wê. Those go through knowledge of sociocultural sort comings of medical practice, the consideration of all cultural traditional principle gives value to the therapeutic art, that is its spiritual, social and somatic dimension.

**Keywords:** traditional medicine – upgrading – care types

## **Introduction**

En Côte d'Ivoire, la rencontre qui aurait dû se faire entre la médecine moderne et les pratiques thérapeutiques traditionnelles juste après les indépendances s'est finalement officialisée en 1996. Ateliers, programmes et décrets se sont succédé partir des années soixante-dix afin de faire sortir les soins de santé traditionnels de l'ombre. Aujourd'hui, le nombre des tradipraticiens s'est accru si bien que plusieurs acteurs se réclamant de cette corporation exercent partout, dans les marchés, aux abords des routes, dans les gares comme dans les cars de transport. Ils commercialisent des remèdes satisfaisants pour certains et inefficaces pour d'autres, comme si des arnaqueurs avaient trouvé à travers ce noble corps de métier un moyen pour abuser de la santé des populations.

Dans ce contexte de modernité où la médecine traditionnelle perd de son authenticité et où il est de plus en plus difficile de distinguer le vrai thérapeute du faux, il s'agit pour nous de voir comment l'intégration du système de soin traditionnel peut atteindre pleinement le succès.

Aux moyens d'enquêtes orales, d'écrits d'auteurs antérieurs et de quelques notes d'archives, notre démarche se veut rétrospective. Elle part de l'exemple du peuple wê et entend se référer aux pratiques thérapeutiques traditionnelles d'avant la colonisation, au moment où celles-ci s'exerçaient selon tout le bain culturel. C'est suivant ce modèle originel, porté à la fois sur la dimension spirituelle, sociale et somatique de la maladie que la médecine traditionnelle pourra pleinement reprendre sa place d'autrefois, pourvu qu'elle sache l'adapter aux nouvelles réalités de la modernité. Pour ce faire, notre travail est structuré en trois parties. La première montre les facteurs qui nécessitent la prise en compte de « l'antique » système de soin à travers un bilan de l'action médicale en milieu Wê, depuis sa mise en œuvre. La deuxième analyse les représentations et les pratiques thérapeutiques traditionnelles<sup>1</sup>. Enfin, la dernière est une ouverture sur les conditions d'une meilleure intégration de cette médecine.

## **I-LA MÉDECINE OCCIDENTALE EN MILIEU IVOIRIEN WÊ : L'HEURE DU**

### **BILAN**

#### **1-Présentation du peuple wê**

Situés à l'ouest de la Côte d'Ivoire, les Wê appartiennent à la sphère culturelle krou ivoirienne dont ils constituent le groupe occidental. Ils se sont installés sur leur espace actuel à partir du XV<sup>e</sup> siècle sous l'influence des mouvements migratoires manding et akan. L'espace territorial Wê est composé des villes de Kouibly, Facobly, Bangolo, Duékoué, Guiglo, Taï, Bloléquin et

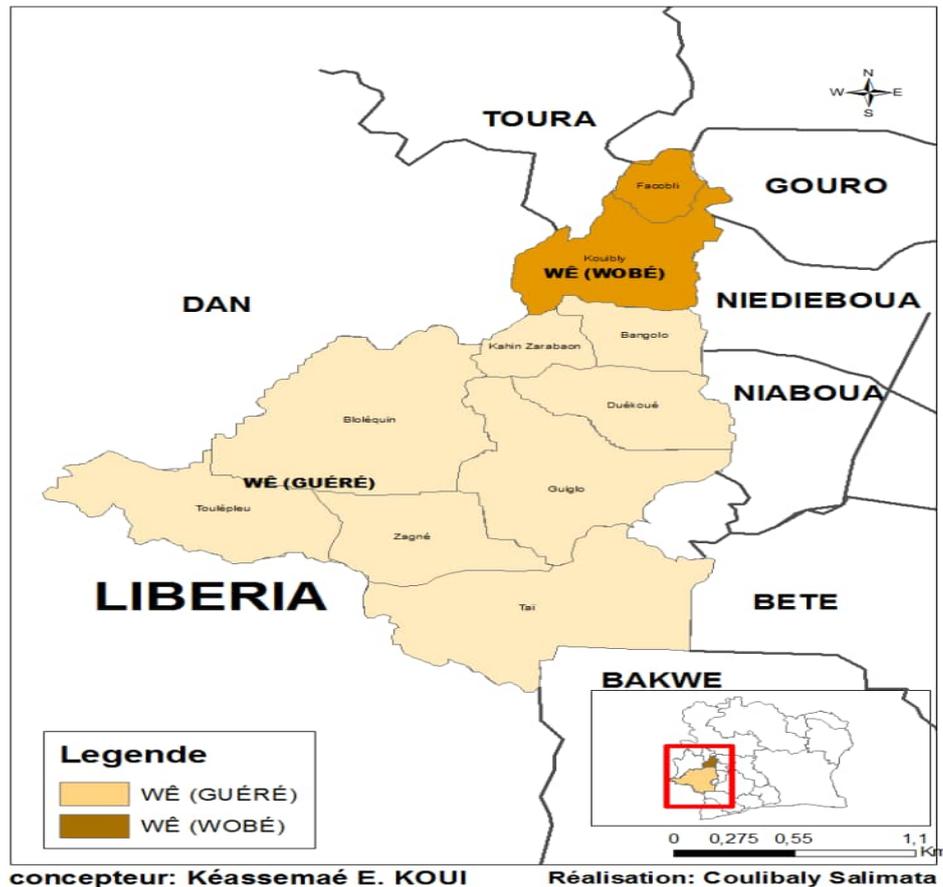
---

<sup>1</sup> Le terme traditionnel a un sens contextuel, il s'oppose au moderne. qui voit le jour dans la société une période

Toulépleu. Celles-ci dessinent un triangle isocèle avec pour base le fleuve Sassandra et la ville de Facobly comme sommet. (Tégbao, 1971 : 50)

Les Wê forment une même entité ethnique que la colonisation a divisée en deux groupes: les wôbé et les guéré.

Carte1 : Localisation de l'espace géographique wê



En effet, « parvenu sur les bords du fleuve kô, qui marque la limite orientale du pays Dan, l'officier commandant la colonne de la pacification s'enquit du nom des populations de l'autre côté de la rivière. Il lui fut répondu les Guémin » (Gnonsoa, 2007 : 30). Le terme guéré est alors une déformation de l'expression « Guémin »<sup>2</sup>. Le processus est le même du côté des wôbé, mais cette fois la réponse est venue des malinké qui répondaient par « *Wébêhe* », c'est-à-dire les wê sont là, ce qui donna wôbé.

L'organisation sociale de ce peuple était structurée autour de la parenté. Le patrilignage incarnait les rouages. Il était une institution régulatrice du comportement de ses membres en leur assurant la subsistance et l'union conjugale. La sexualité se consommait dans un mariage « non intra-muros ». Il validait les capacités de l'homme et représentait chez la

<sup>2</sup>Guémin signifie les hommes de Gué en Yacouba. Les Dan connaissaient bien ce sous-groupe wê pour leur avoir souvent fait la guerre.

femme « le prix de la fécondité ». (Tchéro, 2015 : 159) C'était là les principes d'une sexualité traditionnelle qui ne propageait pas les maladies vénériennes.

La filiation entre les parents et leurs enfants plaçait les premiers au-dessus des seconds sur qui pesait l'autorité parentale. Toute violation de cette autorité était sanctionnée parfois par des imprécations. Le doyen était la figure de référence, sous son autorité, l'activité agricole collective avait pour but principal de nourrir le groupe. L'alimentation était alors un don de la nature, elle était composée des produits des champs, de la pêche, de la chasse, de la cueillette et de l'élevage. S'il est difficile d'évaluer la composition nutritionnelle des repas de l'époque précoloniale pour inférer que les Wê se nourrissaient équilibré ou non, l'origine des aliments montre que ceux-ci étaient naturels. De plus, les Wê ne mettaient pas l'alimentation en rapport avec leur santé, ils lui attribuaient un rôle social et religieux.

A partir de 1913, la colonisation entraîne le bouleversement de tout l'ordre traditionnel, le patrilignage s'écroule emportant avec lui le doyen et son autorité. L'économie monétaire donne l'autonomie aux jeunes, ils se croient libres de changer de partenaires comme ils le souhaitent. L'inadaptation du nouveau système économique dégrade le niveau de vie en même temps que s'accroît la population. Les denrées alimentaires ne suffisent plus et le recours à la chimie dans l'alimentation sonne le début de la transition nutritionnelle. Il s'ensuit un nouvel état pathologique avec l'émergence de nouvelles maladies. C'est dans cette évolution sociale que la France, par sa pratique médicale, s'est engagée à soigner les Wê.

## **2-La médecine dans la pensée européenne à l'orée de la colonisation**

Tout système de soin étant le fruit d'une pensée sociale, la médecine occidentale exportée en milieu Wê depuis la colonisation repose sur les fidélités à la fois philosophiques, religieuses et sociétales européennes. Ces fidélités placent la raison au-dessus de la foi religieuse et des superstitions des temps passés. Elles ne considèrent plus Dieu, ni les sorciers comme la source des maux mais plutôt le microbe, un micro-organisme présent dans l'environnement et qui pénètre dans le corps pour en modifier le fonctionnement normal.

De fait, il s'agit pour l'homme de s'arracher du tutorat d'un être suprême afin de se prendre en charge grâce à sa raison. L'homme est appelé à s'assumer pleinement grâce à son libre arbitre. (Kant, 1784 : 43-44). Il n'est plus question pour lui de subir le courroux d'une autorité supérieure prête à le sanctionner par la maladie. Rien n'est le fruit du hasard, toute chose réelle trouve son explication dans un phénomène qui en est la cause.

L'analyse minutieuse des circonstances de production des phénomènes, en les rattachant les unes des autres, peut aider à connaître leur fonctionnement.

Ces réflexions conduisent à une médicalisation portée sur le corps malade grâce à la physiologie au détriment de l'âme et de l'esprit, deux autres constituants de l'homme qui échappent à la conception médicale. La physiologie va s'atteler à scruter les différentes parties du corps pour tenter de comprendre leur fonctionnement et par là, à saisir le processus de la maladie.

La démarche scientifique consiste ainsi à comparer le corps malade et le corps bien portant de sorte à connaître les facteurs provoquant les phénomènes de la vie à leur état normal. Elle aidera par la suite à maintenir les conditions nécessaires de la vie et à conserver la pleine santé. C. Bernard expose clairement la démarche de la médecine scientifique qui consiste en la mise en œuvre « immédiate et rigoureuses du raisonnement aux faits que l'observation et l'expérimentation nous fournissent. » (Bernard, 1984 : 26). C'est bien parce que la maladie est conçue comme « une panne du corps » qu'il faut observer et scruter les différents organes pour tenter de la réparer.

C'est sous les lanternes de cette représentation que L. Pasteur, grâce au microscope, met en évidence sa théorie des germes qui bouleverse les vieilles pratiques malsaines et propulse l'application des règles hygiéniques. Ces résultats sont si remarquables qu'il se faisait devoir l'exporter en Afrique, en milieu wê. Pour cause, la pensée occidentale considérait que l'organisme humain, en plus d'être identique et mortel sous tous les cieux, était constamment soumis à la maladie dont les traits caractéristiques sont les mêmes chez tous les hommes. Par conséquent, la médecine occidentale s'est fixée pour but de s'appliquer à « l'espèce animale nommée Homo Sapiens » (Lambrichs, 2014 : 456). Dans cette dynamique d'impérialisme médical, il devient impérieux d'ouvrir cette pratique médicale au monde guéré sans avoir cure de la représentation sociale de ce peuple.

### **3-La pratique médicale occidentale chez les wê : forces et limites**

Après presque un siècle de monopole du secteur sanitaire, la pratique médicale est appelée à tenir compte des réalités socio-culturelles des wê (Alma-Ata, 1978). Mais, pour qu'on en arrive à cette reconnaissance, quelles sont les réussites et surtout les limites de la médecine occidentale qui nécessitent l'intégration du système thérapeutique traditionnel aux politiques sanitaires en Côte d'Ivoire. Cette question mobilise chez l'historien un retour dans le passé pour voir dans le parcours de la médecine occidentale en milieu wê ses succès et ses insuffisances.

Dès le départ, le cadre colonial laisse voir une médecine dominante conçue à partir des logiques culturelles européennes. Elle entend soigner les wê sans tenir compte de leur représentation de la maladie. Il s'ensuit une opposition des populations qui ne se

reconnaissent pas dans les nouvelles pratiques prophylactiques et les vaccins que les agents de santé leur imposent. Les wê concevaient l'injection des sérums comme de nouvelles sources de maladies. Aux yeux de Oulaï, « lorsqu'on t'injecte l'eau du médicament, dans les heures qui suivent tu n'étais plus toi-même : tu te sens mal aise, tes émotions changent, et quelque temps après c'était la maladie »<sup>3</sup>. Les refus n'étaient donc que l'expression d'une antinomie entre le discours que tient l'individu sur la maladie dans son milieu et l'application d'une médecine qui lui est étrangère. La maladie et les systèmes de soins étant en corrélation avec les conceptions sociales, l'école et l'église chrétienne se chargent d'arracher à la conscience collective les assises culturelles des rites thérapeutiques.

Sur le terrain, les résultats des campagnes de vaccination contraignantes et la chimiothérapie produisent les résultats dissuasifs. Le recul des maladies infectieuses, notamment le pian, la lèpre, la variole, la trypanosomiase, la varicelle, le tétanos, la tuberculose<sup>4</sup>, confirme la théorie pasteurienne en milieu wê. Ces réussites montrent que l'Occident n'avait pas totalement tort d'axer la médicalisation sur la lutte contre les microbes.

Cependant, que vaut un bon résultat qui ne prend pas en compte l'humain, une démarche s'exerçant dans la brutalité du rationnel aux dépens des fidélités de ce dernier ? La réponse est connue : l'institution médicale, parce qu'elle piétine la vie intérieure du malade, butte sur certains maux. Ni ses appareils, ni ses comprimés n'arrivent à guérir une catégorie de maladies. Ce sont des maux auxquels les wê donnent une origine spirituelle ; soit la main d'un sorcier, soit la conséquence d'une discorde sociale. Bognon Bernard, le chef de terre de Bangolo-Pehai<sup>5</sup> fait remarquer « que l'hôpital connaît ce que ses appareils lui révèlent. Tous ceux qui sont atteints de maladies liées au sort ou à l'action du sorcier reviennent sans diagnostic »<sup>6</sup>. C'est auprès des guérisseurs traditionnels que les malades trouvent la plupart du temps leur salut.

C'est sur ce double contexte socio-culturel à la fois de réussites et d'échecs que vient se greffer la réalité socio-économique. Fille du progrès scientifique et économique européen, l'œuvre médicale en milieu wê ne bénéficie pas des conditions économiques nécessaires pour atteindre pleinement son objectif. L'introduction du système monétaire avec la croissance démographique, n'ont pas aidé à améliorer les conditions de vie des populations. Le capitalisme en effet, « coupé des flashes de la civilisation scientifique et technicienne en

---

<sup>3</sup> Oulaï, entretien à Touhandrou le 11/10/2016

<sup>4</sup> Ministère de la santé et de l'hygiène publique, *Annuaire des statistiques sanitaires 2009*, Novembre 2010

<sup>5</sup> Bangolo-Péhai est un petit village situé à quelques kilomètres de la ville de Bangolo dans l'ouest de la Côte d'Ivoire.

<sup>6</sup> Bernard Bognon, entretien à Bangolo Péhai le 07/10/2016

Afrique noire (...) c'est transformé en un instrument de destruction et de pauvreté » (Tchéro, 2015 : 165). Le niveau et la qualité de vie des populations ont régressé avec un taux de pauvreté qui passe de 10% en 1985 à 36,8% en 1995 (Zran, 2016 : 103).

Les difficiles conditions de vie constituent un véritable frein à l'accès aux soins de santé moderne à cause du coût de la prise en charge du malade, notamment celui des consultations, des ordonnances, de l'hospitalisation, de l'évacuation des malades etc. La distance entre les grands hôpitaux et les populations, particulièrement celles des campagnes, n'encourage pas à solliciter une intervention médicale. Or, l'état pathologique wê a beaucoup changé avec les bouleversements socio-économiques. De nouvelles affections méconnues de la société traditionnelle ont émergé. Celles-ci sont appelées « maladies de l'hôpital »<sup>7</sup>, c'est-à-dire des maladies qui se traitent plus efficacement à l'hôpital. Du coup, le recours à la médecine moderne devient une urgence. Son inaccessibilité se présente comme un handicap à son efficacité.

L'évolution de la pratique médicale occidentale héritée de la colonisation se révèle parfois inefficace au regard de certains faits. Et cela, en dépit des résultats extraordinaires qu'elle produit. La médicalisation étant un processus exogène, les techniques de création des médicaments, des vaccins, des équipements et des appareils médicaux sont restés méconnues des wê. Ces derniers se présentent comme de simples consommateurs à qui la France a juste donné une formation théorique pour appliquer ses découvertes. Manifestement, il n'y avait aucune réelle possibilité de se prendre en charge par des créations médicales internes. Ce d'autant plus que ce qui est donné n'est pas forcément productif dans la mentalité de celui qui reçoit. Conséquence, la vétusté voire l'inexistence des équipements médicaux entrave la bonne pratique médicale. Elle handicape les médecins dans l'exercice de leur métier et apparaît comme l'un des facteurs des décès dans les hôpitaux.

A ce déficit technique et économique s'ajoute un aspect déshumanisant de la pratique médicale en milieu Wê. Certains malades, par affinité avec le personnel de santé, sont privilégiés pendant que d'autres sont souvent mal accueillis dans les hôpitaux. L'empathie entre le médecin et le patient se raréfie. Cela n'aide pas le second à lutter pleinement contre son mal, serait-ce que sur le plan moral. Une étude réalisée dans les trois CHU d'Abidjan<sup>8</sup> révèle que 78,6% des patients interrogés estimaient que le personnel de santé n'avait pas de temps pour eux et réalisaient qu'ils étaient victimes de racket et de vol (Touré, 2015 : 70).

---

<sup>7</sup>Hyppolite Zahi, entretien réalisé le 07/10/2016 à Bangolo-Pehai, village de Bangolo.

<sup>8</sup>Cette étude n'exclut pas les wê dans la mesure où la structure pyramidale du système hospitalier ivoirien place les Centres Hospitaliers Universitaires au sommet de la chaîne. Les malades y sont évacués depuis les quatre coins du pays selon que l'urgence l'exige.

C'est face à toutes ces réalités d'ordre culturel et économique, constituant un véritable obstacle à l'amélioration et la qualité des offres de soins de santé, qu'il est nécessaire de trouver une alternative à travers les savoirs et savoir-faire thérapeutiques endogènes.

## **II-DE LA NÉCESSITE DU RÉFÉRENT ENDOÈNE : COMPRENDRE LA CONCEPTION SOCIALE TRADITIONNELLE POUR COMPRENDRE LES CHOIX THÉRAPEUTIQUES TRADITIONNELS**

### **1-les fondements philosophiques et sociétaux de la médecine traditionnelle Wê**

La pensée collective qui donne sens aux principes thérapeutiques Wê repose sur des croyances spirituelles et une double vision du monde : le visible et l'invisible. Tandis que le monde visible désigne la réalité matérielle, l'espace des vivants où se déroulent les manifestations sociales, le monde invisible est le domaine des forces divines incarnées par *gnon soua* (Dieu), les *habéman* (les ancêtres), les *klosri* (génies) et les *souhou* (fantômes). Les Wê croient en l'existence de ces forces et à leurs influences dans la vie des hommes. Ces puissances divines assurent l'ordre social et le bien-être tant individuel que collectif.

Autant elles savent activer la maladie, autant elles savent guérir. Autant elles sont sources de bénédiction et de bonheur, autant elles sont la cause des malheurs et des calamités. (Schwartz, 1971 : C'est pour toutes ces raisons que les wê ne font rien sans invoquer la grâce et la faveur des divinités. Pour une maladie qui s'annonce, pour des récoltes qui sont mauvaises, pour une femme stérile, les guéré et les wobé sollicitent le secours des puissances invisibles. Il transparait un lien de dépendance tel que « l'appareil divinatoire rend visible le langage du destin, il établit une communication entre les intentions du monde visible et les interrogations des hommes » (Ortigue, 1973 : 285).

Le recours à Dieu, aux forces de la nature dans tous les domaines de la vie, montre nettement que dans la société traditionnelle wê, les croyances spirituelles placent Dieu au centre du monde, dans un rapport intime avec les hommes, faisant de lui un acteur incontournable de la vie. Il est omniprésent, incarné dans une pierre, une rivière, une montagne, un arbre, une forêt, un objet, « des hiérophanies [qui] montrent quelque chose qui n'est plus pierre ni arbre, mais le sacré » (Mircea, 1982 : 15). On est en présence d'une foi immanente, celle qui désengage toute la responsabilité de l'individu dans son destin pour l'abandonner entre les mains de la force supérieure, maîtresse de la vie matérielle. Toute chose qui se produit, bonne comme mauvaise, émane de la volonté de *Gnon soua* (Dieu) de l'action d'une force mystérieuse. L'homme est objet de son histoire, sa conscience est continuellement tournée vers le monde invisible pour donner sens et une compréhension aux phénomènes sociaux.

Si dans ce rôle de régulateur, les puissances divines sanctionnent les contrevenants aux règles de la société par la maladie, le sorcier est également admis comme un acteur qui active des affections. En mettant en œuvre son "influx vital", un corps spirituel constituant un véritable fluide que l'âme met en action par la volonté, le sorcier interagit avec le monde invisible pour lancer la maladie sur sa cible.

Face à ces croyances et conceptions sociales en milieu wê, on est malade parce que, ayant transgressé une norme sociale<sup>9</sup>, on a offusqué les forces invisibles qui expriment leur vindicte par la maladie. Le désordre organique n'est rien d'autre que l'œuvre d'une « sanction divine », le prix à payer en réparation à un tort commis. Cela sous-entend que la maladie est rattachée aux attitudes et aux actes que l'on pose au quotidien. Elle se présente comme un moyen de communication, une balance aidant à évaluer la vie de chaque individu dont les « problèmes les plus intimes [...], faute de se dire se somatise » (Erny, 2001 : 100) Toute maladie est l'expression d'une crise sociale, une rupture de l'équilibre que l'acte thérapeutique rétablit en réconciliant le corps social.

En définitive, le concept de maladie en vigueur dans la société traditionnelle Wê met les sources de la maladie dans une conviction de péché et dans une nécessité d'expiation. Dans le principe, ce concept ne diffère pas de celui des autres peuples de l'Afrique subsaharienne. Cette singularité des représentations de la maladie révèle un trait commun à tous les africains. 2- Apaiser les tensions sociales pour guérir le malade : les acteurs de la médiation thérapeutique et les modes de soin)

De même que la maladie tire ces origines du monde invisible pour se manifester dans le monde matériel, il existe deux types de thérapeutes dans le système de soin traditionnel, le *Koinhi-djéi* et le *Gougnon*. Le *Koinhi-djéi* ou l'homme médecin est une personne dotée d'une connaissance parfaite des plantes, des racines, des minéraux et des recettes dans les soins thérapeutiques. Son action est avant tout orientée vers le corps physique sur lequel il applique ses traitements. Quant au *Gougnon* ou le devin c'est une personne dotée de capacités spirituelles lui permettant de jouer le rôle d'intermédiaire entre le monde réel et le monde irréel. En cela, il communique dans les deux univers grâce aux prières et aux rituels. Il détecte les causes invisibles des phénomènes matériels : on dit alors de lui qu'il a « *l'œil au front* »<sup>10</sup>. Grâce à sa force vitale, le *Gougnon* apparaît comme la personne par qui se rétablit l'harmonie brisée entre les hommes et entre eux et les esprits. Il est aussi celui qui extirpe les maladies

---

<sup>9</sup> Dans la conscience collective wê, le vol, la violation des interdits alimentaires, un acte adultérin ou le fait de causer injustement du tort à autrui peuvent être source de maladie. A cela s'ajoute la violations des interdits sociaux notamment égrapper les noix de palmier au village (propre au groupement nidrou), pleurer la nuit

<sup>10</sup> Paul Sokoué, entretien réalisé le 30/07/2014 à Facobly

lancées des corps souffrants et met au grand jour les manœuvres obscures des sorciers. Son plaidoyer pour le rachat, ainsi que la guérison du malade, a un écho favorable auprès des puissances de l'au-delà d'où vient sa légitimité.

Chez les Wê, le rôle de ces principaux acteurs de l'art thérapeutique vise à rétablir la fracture sociale, à apaiser la colère des divinités et à appliquer les remèdes naturels. Le tradipraticien procède tantôt par des rites magiques, tantôt par l'utilisation de la phytothérapie et, sous cette forme, l'acte thérapeutique est une médiation auprès des divinités et du groupe social. L'agent pathogène à extirper du corps étant une déviation du comportement, le malade était appelé à faire face à l'échec de ses rapports avec le reste du groupe. Il devait chercher en lui ses fautes, les déviations, les manquements afin de donner les moyens au thérapeute d'entamer les pourparlers auprès des puissances invisibles.

L'anamnèse, un dialogue visant à pénétrer la vie morale du malade pour ensuite scruter et mettre au jour ses secrets les plus intimes, en constitue le point de départ. Au cours de cet entretien psycho-social, le malade faisait souvent référence à ses nuits troubles, « *les poursuites dont il était victime ou un ennemi qui le tient captif* »<sup>11</sup>. Il appartenait au *Gougnon* de confirmer ou infirmer le lien étroit entre ces cauchemars et l'état de santé du malade.

Il s'agissait de faire face à la colère des puissances invisibles ou de contrecarrer l'œuvre funeste du sorcier. L'opération mobilisait les forces divinatoires du myste qui jetait ça et là des cauris. Il « fixe [son] regard sur ce canari plein d'eau [...], [il] prononce des incantations »<sup>12</sup> pour entrer en communication avec le monde des esprits. Puis, dans cette dimension spirituelle, ayant percé le mystère du mal, il recourait à deux formes de thérapies à savoir « l'exorcisme » et « l'adorcisme ». Le premier vise à retirer du corps souffrant le sort ou le maléfice qui l'assaille, le second consiste en un transfert de la maladie dans un autre corps.

En effet, le devin pratiquait « l'exorcisme » lorsque le destin du malade se trouvait entre les mains d'un sorcier qui refusait de « lâcher prise ». Dans ces conditions, le *Gougnon* exige que l'âme du patient soit libérée. Il parvient à briser le maléfice grâce à la divination imprégnée de symbolisme. En ce qui concerne « l'adorcisme », le transfert de la maladie se fait généralement sur un animal domestique qui était par la suite sacrifié. La mise à mort de la bête mettait un terme au supplice du malade ; par elle aussi, le devin apaisait le courroux des esprits, lesquels accordaient la grâce au malade. L'adorcisme était une pratique salvatrice dont le principe était admis par tous. Les rites étaient privés, ils s'accomplissaient

---

<sup>11</sup> René Tia, entretien réalisé le 30/07/2014 à Facobly

<sup>12</sup> Joseph Gbahé T., entretien réalisé le 29/07/2014

dans une intimité entre le thérapeute et les esprits et, avec tout le symbolisme, toute la divination qui les caractérisent, sacralisaient l'acte thérapeutique.

Du coup, aux yeux des Wê, les soins touchaient en premier l'âme du malade (le « souhou »), avant de s'attarder sur le corps. La maladie, interagissant entre le monde surnaturel et le monde physique, le traitement devait porter avant tout sur la racine de la souffrance. A partir de là, les wê avaient compris comme les Grecs anciens que

« ce n'est pas le corps qui par sa vertu rend l'âme bonne ; c'est l'âme qui, si elle est bonne donne au corps toute sa perfection dont il est capable [...] c'est donc l'âme qui doit être traitée en premier lieu et avec la plus grande sollicitude, pour que la tête et le corps entier s'en trouve soulagés ». (Sendrail, 1980 : 103)

Il importait de ce fait, d'aborder les soins thérapeutiques à travers un discours religieux, c'est-à-dire social où est soulignée l'action conciliatrice du devin. Celle-ci est tournée vers les ruptures entre les hommes et les forces surnaturelles. Sur ce dernier aspect, une pratique thérapeutique sociale incarnait le principe, c'était la "grâce vivifiante". Entendons par "grâce vivifiante" un mode de soin observé dans les sociétés traditionnelles krou, intervenant suite à un mal activé sous l'action d'une imprécation « *si c'est moi qui l'ai mis au monde, je le laisse entre les mains de dieu* »<sup>13</sup>. Les wê croyaient que de tels propos provoquaient la maladie et qu'il fallait par conséquent, se reprendre en confessant des paroles de rachat en faveur du souffrant.. La « grâce vivifiante » réconciliait le malade avec sa famille dont les membres déchargeaient leur cœur.

Selon Tchéro, par ce rite, les Krou se mettaient en harmonie avec

« la société et ses institutions, [les]ancêtres qui représentent la permanence de la vie dans ses exigences, notamment la mansuétude et l'amour. La panacée est dans le langage : « Il (le malade) m'a fait ceci, il m'a fait cela, alors qu'il n'en a pas le droit, parce que je suis l'aîné ; si c'est ce tort qui suscite le courroux de nos ancêtres, je les exhorte au pardon ; je veux qu'ils le libèrent et le mettent sur la voie du repentir afin qu'il ne recommence plus... » (Tchéro, 2014 : .141)

Par-delà toutes les représentations symboliques, la « grâce vivifiante », en donnant un sens aux principes traditionnels, attestait de l'homogénéité du monde et confortait la philosophie de l'interdépendance des hommes.

A la dimension sociale et spirituelle des soins, s'ajoute le traitement par les éléments de la nature. La maladie se manifestait par la douleur et le dysfonctionnement organique. Par conséquent, il appartenait à l'homme médecin de se pencher sur l'aspect somatique du mal. La thérapie par les plantes variait non seulement d'un mal à un autre, mais changeait aussi dans la composition des médicaments. Elle passait des feuilles d'une même plante à plusieurs

---

<sup>13</sup> Oulai, entretien à Touhandrou le 11/10/2016

types de feuilles auxquelles le guérisseur ajoutait des écorces et/ou des racines. Les remèdes étaient composés de mets de viande – couramment celle de l’animal sacrifié – d’argile, de cendre, de citron et autres fruits. Parmi les modes d’utilisation, les décoctions étaient les plus courantes. Certains guérisseurs faisaient prendre des bains curatifs au malade, d’autres recommandaient des lavements ou massaient le malade avec des pâtes à base de feuilles ou d’argile.

Il convient de préciser que le mal pouvait affecter à la fois plusieurs parties du corps, c’est pourquoi les soins portaient sur les organes atteints en passant par différentes voies. La voie orale et anale visait les organes de l’intérieur du corps pendant qu’on appliquait directement les remèdes sur le corps pour guérir les organes externes. Les wê, par l’entremise de leurs guérisseurs, savaient que le corps souffrant avait besoin d’apport matériel pour parachever le processus de la guérison. Ce qu’ils ignoraient par contre, c’était l’explication des mécanismes qui s’opéraient dans le corps du malade et qui aboutissaient à la guérison. C’est au moyen de cette thérapeutique portée sur les discordes sociales, la grâce des puissances invisibles et le corps malade que la société traditionnelle a longtemps fait reculer ses maux.

### **III-LES VOIES D’UNE COLLABORATION EFFICIENTE ENTRE MEDECINE MODERNE ET MEDECINE TRADITIONNELLE**

#### **1-Redéfinir la mentalité wê en intégrant la conception traditionnelle**

L’histoire des pratiques de soin en milieu wê laisse apparaître trois grandes phases : la phase de la période pré-médicale (d’hier<sup>14</sup> à 1913), l’étape de la médication (de 1913 à 1996) et la phase de la collaboration des deux modes de soin (1996 à aujourd’hui). La période pré-médicale, est la période au cours de laquelle le système thérapeutique traditionnel a connu un essor. En s’imprégnant des réalités culturelles, elle s’exerçait seule, en toute liberté et selon que la société orientait « son destin pathologique ». L’ensemble de l’enseignement véhiculé de génération en génération servait à perpétuer les valeurs anciennes socles du système de référence du groupe et donnait la valeur à l’action des thérapeutes.

Lorsqu’avec la colonisation, s’amorce la deuxième phase marquée par la pratique médicale, c’est à travers l’école et le christianisme que la médecine moderne intègre les mœurs. Ces deux nouvelles institutions vont progressivement influencer le système de penser

---

<sup>14</sup> Nous entendons par hier la période d’avant la colonisation. Etant donné que le fait social étudié est structurel, hier indique un temps « extensif à l’infini » comme le souligne Braudel dans sa *Longue durée*. Et, pour les sociétés anciennes sans écriture comme la société traditionnelle wê, seul le temps social peut aider l’historien à compartimenter le fait qu’il étudie. Ce fait social retenu dans ce cas échéant est celui d’une société repliée sur elle et vivant en autarcie, selon ses propres modes culturels.

traditionnel, surtout chez les jeunes scolarisés. La mentalité étant la source des forces qui guide les comportements (Mucchielli, 1985 : 22), il faut commencer par redéfinir tous les canaux de formation sanitaires et éducatifs, religieux comme laïcs en prenant en compte les principes moraux et spirituels endogènes. Ce, dans le but de mettre au même diapason les représentations sociales modernes et les logiques culturelles traditionnelles. De la sorte, l'idée d'une médecine scientifique exclusivement efficace, bonne à faire face à tout type de maux à partir de la seule logique occidentale fera place à une mentalité qui perçoit les deux systèmes au même niveau, dans un rapport d'équivalence et de complémentarité.

Le changement de mentalité est nécessairement la condition de tout changement d'attitude vis-à-vis de la santé. Il s'agit, dès la base, de s'approprier ce qu'il y a de vrai et de cohérent dans le discours traditionnel en partant des résultats obtenus par la médecine traditionnelle. Et là, nous ne parlons pas d'un choix porté sur un aspect des soins au détriment d'un autre ; parce que, s'il apparaît que la dimension somatique des soins traditionnels l'emporte sur les soins de types spirituelles, ce que Dozon nomme la « gangue « irrationnelle » (Dozon, 1987 : 14), selon les modes d'acquisition des savoirs et savoir-faire des guérisseurs, la source première des plantes est le monde invisible.

Cette étape de prise de conscience est primordiale pour dissiper les peurs reçues afin de redonner une entière confiance aux wê.

Il ne pourra s'établir une réelle collaboration entre les praticiens des deux types de soin ainsi que les populations que si au préalable les systèmes de références s'appuient sur les mêmes conceptions. L'éducation constitue donc la première clé de réussite de la revalorisation de la médecine traditionnelle. C'est par elle et en elle que les individus redéfiniront leurs comportements sociaux en admettant qu'autant les microbes sont pathogènes, autant les modes de vie en déséquilibre avec l'ordre social sont sources de maladies. Il faut connaître cet ordre bâti autour de la morale traditionnelle et accepter de s'y soumettre. Cette morale prend ces racines chez les wê, dans la structure et le fonctionnement du patrilignage.

Loin de cette initiative, les causes des maladies spirituelles, les maladies lancées, telles que conçues dans le contexte culturel africain en générale et particulièrement chez les wê, resteront méconnues et continueront à faire des victimes. Cela ne signifie pas qu'il faut reprendre les insuffisances de la pensée ancienne qui confinait ses limites et ses échecs dans un destin inévitable programmé par Dieu. Une fois ce préalable acquis, il servira d'assise solide pour réussir les initiatives pratiques de la collaboration entre médecine traditionnelle et médecine moderne. En claire, un travail lent au ras du sol porté sur les mentalités doit

précéder la marche commune de la médecine européenne et de l'antique système thérapeutique wê.

## **2-Revaloriser le système sanitaire selon le modèle traditionnel**

Dans la pratique, notre démarche fait apparaître toute la différence tant conceptuelle que pratique des deux médecines. A partir de là, parvenir à une meilleure prise en compte de l'ancien mode de soin passe par une collaboration parallèle. L'institution médicale européenne assurant l'aspect scientifique de la santé, il ne s'agit pas d'intégrer "l'antique" système de soin selon le modèle européen. L'exemple des recherches scientifiques phytochimiques et pharmacologiques sur les plantes, grâce auxquelles « *des propriétés thérapeutiques telles que les isoflanovoïdes (vogéline A, B, C), tanin, saponosides, les alcaloïdes (holarrhésine)* »<sup>15</sup> ont été mises à jour, ne sont que l'aboutissement de procédés médicaux. Ce n'est pas que de telles prospections soient à rejeter, elles entrent dans le domaine de la science médicale et arrachent aux pratiques thérapeutiques toutes leurs particularités. Cette tendance à vouloir revaloriser la médecine traditionnelle a été à l'origine de l'échec des premières initiatives. Tantôt sous-estimés et rabaissés par les agents des services médicaux, tantôt contraints à employer des méthodes qui vont contre leurs principes, bon nombre de guérisseurs ont refusé de collaborer.

De fait, il faut permettre à la médecine traditionnelle d'évoluer en suivant son propre modèle tout en tenant compte des mutations sociales en cours. Cela revient d'abord à maintenir les devins et les guérisseurs traditionnels dans leur milieu d'origine, le village. En effet, dans le contexte moderne où la déculturation entraîne une perte des valeurs culturelles, l'espace villageois reste le meilleur cadre de travail des thérapeutes. Il les met en contact directe avec leurs outils de travail, notamment les plantes, les parties d'animaux, les minéraux et les esprits. Contrairement aux centres urbains où ces éléments constitutifs des remèdes sont difficiles à trouver et perdent parfois de leur énergie après un long trajet, le cadre rural permet une utilisation immédiate tout en aidant au respect temporel de leur emploi. Cette démarche est capitale, elle assure le succès des soins par le respect des dispositions particulières imposées par les forces invisibles avant, pendant et après certains traitements.

Aussi, les centres urbains ne présentent pas de cadres idéaux pour assurer une profonde intimité entre le devin et les esprits en vue des rites expiatoires. Pour cause, le processus d'urbanisation et de déforestation a fait reculer les grands massifs forestiers d'autrefois et avec eux la demeure des esprits. Les offrandes en l'honneur des dieux, de même

---

<sup>15</sup> Ministère de la santé et de la lutte contre le SIDA, *Politique nationale de promotion de la médecine traditionnelle*, mars 2014, p.16

que certains remèdes de type « adorcisme » que l'on rencontre le long des carrefours n'étant pas dans leur cadre d'origine sont parfois désacralisés. D'où l'urgence de se référer à l'espace villageois où la présence des dernières réserves forestières en lutte continuel avec les champs agricoles, assurent encore le contexte traditionnel de l'acte thérapeutique.

Sur le plan économique, les populations des villes ayant en majorité un niveau de vie économique plus élevé que ceux des campagnes<sup>16</sup> le recours aux soins de type traditionnel doit prendre la direction des villes vers les villages, disons le sens inverse de l'itinéraire médicale. De cette façon, les thérapeutes ne seront pas trop étranglés par le coût élevé de la vie en zone urbaine, ils ne seront pas tentés d'exercer leur métier dans un but lucratif au risque de faire fi de la déontologie de leur métier comme c'est le cas des « néo-tradipraticiens » (Gruénais, 2002 : p.225). Face au faible niveau de vie en milieu rural, le coût des prestations aidera les thérapeutes à vivre de leur métier. Car, si l'on parle de plus en plus de la revalorisation de la médecine traditionnelle, force est de constater que la faiblesse du coût des prestations, doublée de la scolarisation et les pratiques ascétiques poussent les jeunes à se désintéresser davantage de cette médecine qui ne garantit pas un avenir meilleur. Les guérisseurs et les devins, ne sachant véritablement plus à qui transmettre leur savoir meurent avec toutes leurs connaissances.

C'est donc le lieu d'indiquer que la promotion de la médecine traditionnelle doit dépasser les fondements et les principes<sup>17</sup> des politiques nationales. Il faut aller plus loin et trouver un système de rémunération des tradipraticiens. En effet, devins et guérisseurs travaillent pour sauver des vies humaines au même titre que les médecins. Ils aident à apaiser les tensions sociales tout en offrant des solutions aux problèmes des hommes. Le projet est difficile, mais pas impossible. Des études approfondies peuvent dégager des modalités de paiement, pourvue que la volonté y soit.

Enfin, c'est par cette ouverture économique que les réticences et les barrières d'une pleine collaboration pourront disparaître. À travers l'exemple Wê qui ne diffère pas de celui des autres peuples africains en général<sup>18</sup>, la marche commune de la médecine moderne et la médecine traditionnelle doit se faire côte à côte, dans un respect mutuel où chacune, consciente à la fois de ses compétences et de ses limites, saura solliciter l'autre. Voilà qui

---

<sup>16</sup> Ministère d'État, ministère du plan et du développement, *Enquête sur le niveau de vie des ménages en Côte d'Ivoire*

<sup>17</sup> Au-delà des fondements et des principes des politiques de promotion de la médecine traditionnelle (voir le rapport du ministère sur la promotion de cette médecine), sur le terrain, les pratiques thérapeutiques sont toujours dans l'informel. Les devins sont davantage rares.

<sup>18</sup> C'est le lieu de faire remarquer qu'au-delà des différences culturelles qui subsistent au sein des peuples africains, leur principe philosophique sont les mêmes.

suppose un minimum de connaissances de part et d'autres dans le but de permettre un échange de patients. Les pharmaciens et autres chercheurs, dans leur volonté d'exploiter scientifiquement les plantes médicinales, devront tenir compte du concours des puissances invisibles, quitte à passer par des offrandes en l'honneur des divinités pour avoir leur collaboration. Malgré tout, le rôle de ces forces n'est pas à nier.

### **Conclusion**

Le discours sur l'intégration des modes de soins traditionnels dans les politiques de santé nationale vient de l'échec de la médecine moderne. Ce n'est pas que cette médecine n'a pas aidé à faire reculer les affections, son insuccès réside dans le déni des réalités socio-culturelles et son inadaptation aux conditions économiques wê. En effet, l'introduction du système monétaire et le processus de développement ont entraîné l'effondrement des modes de vie traditionnels. Il s'en est suivi un changement de l'état pathologique avec la multiplication des maladies que le mode de fonctionnement de l'institution médicale n'aide pas à freiner efficacement.

Face à cette situation sanitaire alarmante, il est nécessaire d'alterner avec les soins traditionnels plus accessibles et plus adaptés à la vie socio-culturelle wê. Seulement, la médecine traditionnelle n'est plus vraiment ce qu'elle était. Sa pratique tend à se spécialiser dans la phytothérapie. Dès lors, la réussite de sa prise en compte doit se référer au modèle ancien où apparaissent ses aspects spirituels, sociaux, et somatiques. Et, suivant cette logique, il faut commencer par redéfinir les mentalités en faisant connaître, grâce à l'éducation et à l'enseignement, la conception traditionnelle de la maladie et de la santé à tous les acteurs du secteur sanitaire. C'est alors que toute initiative d'échange et de collaboration pourra réellement atteindre les résultats souhaités.

## Sources et Bibliographie

### • Sources orales

N°	Prénoms	Date et Lieu de l'entretien	Qualité et profession	Age et date de naissance
1	Béhi Léon	11/10/2016 Gouénier-Zibiao	Garant de la tradition-plantieur	79 ans- né en 1937
2	Bognon Bernard	07/10/2016 Bangolo Péhai	Chef de terre - plantieur	66 ans- né en 1950
3	Djro Ferdinand	11/10/2016 Trodrou-Batiébly	Notable, plantieur	73 ans-né en 1943
4	Gbahé Tahï Joseph	29/07/2014 Touhandrou Béoué	Devin-guérisseur-plantieur	78 ans- né en 1936
5	Oulaï	11/10/2016 Touhandrou	Plantieur	Np.
6	Sokoué Paul	07/10/2014 Facobly	Guérisseur-plantieur	80 ans- né en 1934
7	Tia René	30/07/2014 Facobly	Guérisseur-plantieur	85 ans- né en 1929
8	Zahi Hyppolite	07/10/2016 Bangolo Péhai	Guérisseur-plantieur	75 ans- né en 1941

### • Rapports

Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation (DIPE), 2010, *Annuaire des Statistiques Sanitaires de la Côte d'Ivoire 2009* 258p.

Ministère de la santé et de la lutte contre le SIDA, 2014, *Politique nationale de promotion de la médecine traditionnelle*, 36p

Organisation mondiale de la santé et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 1978, *Les soins de santé primaires*, Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata, du 6 au 12 septembre, p.88

### • Références Bibliographiques

BERNARD (Claude), 1984, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, Paris, Flammarion, 318p.

DOMERGUE-CLOAREC (Danielle), 1986, *Politique coloniale française et réalités coloniales. La santé en Côte d'Ivoire 1905-1958*, Paris, Académie des Sciences d'Outre-Mers, association des publications de l'université de Toulouse-le Mirail, 1319p.

- DOZON (Jean-Pierre), 1987, « Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire », in *Politique Africaine*, N° 28, pp. 9 – 20.
- ERNY (Pierre), 2001, *L'homme divers et un : position en anthropologie*, Paris, l'Harmattan, 320p.
- GNONSOA (Angèle), 2007, *Les masques au cœur de la société wê*, Abidjan, Fraternité matin, 135p.
- GRUENAI (Marc-Éric), 2002, « La professionnalisation des« néo-tradipraticiens » d'Afrique centrale », in *Santé Publique et Sciences Sociales* n° 8 et 9, pp.218-239
- KANT (Emmanuel), 1784, *Qu'est-ce que les Lumières ?*, Trad. Jean-François Poirier et Françoise Proust, Paris, Flammarion, première édit. 1991, p43-44).
- LAMBRICHS Louise, 2014, « La médecine occidentale en quête d'humanité » in *Histoire de la pensée médicale contemporaine. Evolutions, Découvertes, Controverses*, Paris, Seuil, 531p.
- MIRCEA (Eliade), 1982, *Le sacré et le profane*, Paris, Gallimard, 186p.
- MUCCHIELLI (Alex), 1985, *Les mentalités*, Paris, PUF, 126p.
- ORTIGUES (Edmon), 1973, *Œdipe africaine*, Paris, U.G.E., coll. 10/18, n°746, 436p.
- SCHWARTZ (Alfred), 1971, *Tradition et changement dans la société guéré*, Paris, ORSTOM, 250p.
- SENDRAIL (Marcel), 1980, *Histoire culturelle de la maladie*, Paris, Privat, 556p.
- TCHERO (Joachim), 2015, *Notions, stratégies et méthode en histoire sociale*, Paris, l'Harmattan, 247p.
- TCHERO (Joachim), 2014, *Santé et développement en Afrique subsaharienne. La maladie : approche historique, d'hier à aujourd'hui*, Paris, l'Harmattan, 246p.
- TEGBOA (Jean Diay), 1971, *Christianisme et intégration culturelle en Afrique (le pays guéré en Côte d'Ivoire)*, Thèse de doctorat de troisième cycle, 175p.
- TOURE (Amidou), 2015, *Satisfaction qualité dans les services des urgences médicales des trois CHU d'Abidjan : Enquête réalisée auprès des patients*. Yamoussoukro, Thèse de Doctorat
- ZRAN (Toily Anicet), 2016, « L'impact des mesures de redressement économique sur le secteur de la santé en Côte d'Ivoire de 1980 à 1995 » in *Contribution aux débats sur les enjeux du monde contemporain : héritage colonial et santé*, *Edilivre*, pp.273-314