

Ethnomédecine et Ethnopsychiatrie en Afrique: enjeux et perspectives

**Actes du Colloque International Pluridisciplinaire
07 & 08 Novembre 2019
Université Peleforo Gon Coulibaly de Korhogo-Côte d'Ivoire**



Editeurs Scientifiques :

**Mohamed ABDOU
Zoumana COULIBALY
Taiba Germaine AINYAKOU
Mathieu Hermann COULIBALY
Tome 2**


Editions SYDO

Ethnomédecine et Ethnopsychiatrie
en
Afrique: enjeux et perspectives

Ethnomédecine et Ethnopsychiatrie

en

Afrique: enjeux et perspectives

**Actes du Colloque International Pluridisciplinaire
07 & 08 Novembre 2019
Université Peleforo Gon Coulibaly de Korhogo-Côte d'Ivoire**

Editeurs Scientifiques :

**Mohamed ABDOU
Zoumana COULIBALY
Taiba Germaine AINYAKOU
Mathieu Hermann COULIBALY
Tome 2**

**ÉDITIONS SYDO
51 QUAI LAWTON 33300 BORDEAUX**

Ce livre est édité par les éditions SYDO, assistées par M AFFAGNON Ismail Brice Tito et avec le soutien de l'Institut Culturel Africain à Bordeaux.



ISBN 978-2-490898-24-4
Dépôt légal : Novembre 2020
© ÉDITIONS SYDO

Le Code de la propriété intellectuelle interdit les copies ou reproductions destinées à une utilisation collective. Toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite par quelque procédé que ce soit, sans le consentement de l'auteur ou de ses ayant cause, est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L.335-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle.

www.editionsydo.com

COMITÉ DE LECTURE

AINYAKOU Taiba Germaine, Maître-Assistant, UPGC (Côte d'Ivoire)

AMALAMAN Djedou Martin, Maître-Assistant, UPGC (Côte d'Ivoire)

ATSE Amédée Pierre, Maître-Assistant, UPGC (Côte d'Ivoire)

BOA Assemien, Maître-Assistant, UFHB (Côte d'Ivoire)

COULIBALY Brahim, Maître de conférences, UAO (Côte d'Ivoire)

COULIBALY Mathieu Hermann, Assistant, UPGC (Côte d'Ivoire)

COULIBALY Zoumana, Maître-Assistant, UPGC (Côte d'Ivoire)

ETTIEN Ablan Anne-Marie, Maître-Assistant, UPGC (Côte d'Ivoire)

FOFANA Memon, Maître-Assistant, UPGC (Côte d'Ivoire)

IRIGO Gbete Jean Martin, Maître-Assistant, UPGC (Côte d'Ivoire)

KADJO Arsène, Maître-Assistant, UPGC (Côte d'Ivoire)

KPATTA N'cho Jérôme, Maître-Assistant, UFHB (Côte d'Ivoire)

MOHAMED Abdou, Maître de Conférences, Université d'Abomey Calavi (Bénin)

MOUNKORO pakuy pierre, Maître-Assistant, FMOS/USTTB (Mali)

N'GUESSAN Tenguel Sosthène, Maître-Assistant, UNA (Côte d'Ivoire)

SADIA Martin Armand, Maître-Assistant, UAO (Côte d'Ivoire)

TRAORE Kassoum, Maître de conférences, UPGC (Côte d'Ivoire)

VONAN Pierre Claver, Maître-Assistant, UFHB (Côte d'Ivoire)

COMITE SCIENTIFIQUE

Président : Dr ABDOU Mohamed, Maître de Conférences, Université d'Abomey Calavi (Bénin)

Vice-président : Dr VANGA Adja Ferdinand, Professeur Titulaire de Sociologie, UPGC Korhogo (Côte d'Ivoire)

Membres :

Prof. DEDY Seri Faustin, Directeur de Recherches de Sociologie, UFHB (Côte d'Ivoire)

Prof. KOUDOU Opadou, Professeur Titulaire de Psychologie, UFR criminologie, UFHB, Abidjan (Côte d'Ivoire)

Prof. ESSANE Séraphin, Fondateur de l'Institut des Sciences Anthropologiques de Développement, Abidjan (Côte d'Ivoire)

Prof. BAHA BI Youzan, Doyen de l'UFR-SHS, UFHB, Abidjan (Côte d'Ivoire)

Prof. DELAFOSSE Roger Charles Joseph, Directeur Coordonnateur du Programme National de Santé Mentale, Abidjan (Côte d'Ivoire)

Prof. KONE Drissa, Professeur Titulaire de Psychiatrie, UFHB, Abidjan (Côte d'Ivoire)

Prof. KONE Issiaka, Professeur Titulaire de Sociologie, ULG, Daloa (Côte d'Ivoire)

Prof. AMANI N'Goran, Professeur Titulaire de Psychiatrie, UFHB, Abidjan (Côte d'Ivoire)

Prof. GUIBLEHON Boni, Professeur Titulaire de Sociologie, UAO, Bouaké (Côte d'Ivoire)

Prof. YEO-TENENA Jean Marie Y., Professeur Titulaire de Psychiatrie, UFHB, Abidjan (Côte d'Ivoire)

Prof. DIOMANDE Dramane, Professeur Titulaire des universités, UPGC Korhogo (Côte d'Ivoire)

Prof. YORO Blé Marcel, Professeur Titulaire d'Anthropologie, ISAD, UFHB, Abidjan (Côte d'Ivoire)

Dr DAGO Aka Akribi Hortense, Maître de Conférences, Psychologie clinique, UFHB (Côte d'Ivoire)

Dr DAYORO Arnaud Kevin, Maître de conférences, Vice-Doyen UFR SHS, UFHB (Côte d'Ivoire)

Dr DIABATE Donourou, Maître de Conférences, Secrétaire Général, UPGC Korhogo (Côte d'Ivoire)

Dr GNABRO Ouakoubo Gaston, Maître de Conférences, Histoire des techniques, UPGC Korhogo (Côte d'Ivoire)

Dr KOUA Asseman Médard, Maître de Conférences Agrégé en Psychiatrie, UAO, Bouaké (Côte d'Ivoire)

Dr OURA Kouadio Raphael, Maître de Recherches, Géographie, CRD, Bouaké (Côte d'Ivoire)

Dr YAO Yao Léopold, Maître de Conférences de Sociologie, ISAD, UFHB Abidjan (Côte d'Ivoire)

Dr TOH Alain, Maître de conférences, chef de département, I.E.S., UFHB (Côte d'Ivoire)

PARRAINS SCIENTIFIQUES

1. Prof. COULIBALY Adama, Président UPGC, Korhogo (Côte d'Ivoire)
2. Prof. ESSANE Séraphin, Fondateur de l'Institut des Sciences Anthropologique de Développement (ISAD), Abidjan (Côte d'Ivoire)

COMITÉ D'ORGANISATION

Président : Dr COULIBALY Zoumana, Maître-Assistant, Sociologie, UPGC (Côte d'Ivoire)

Vice-président : Dr KPATTA N'Cho Jérôme, Maître-Assistant, Anthropologie, ISAD, UFHB (Côte d'Ivoire)

Trésorière : AINYAKOU Taiba Germaine, Maître-Assistant, Sociologie, UPGC (Côte d'Ivoire)

Rapporteur : Dr IRIGO Gbété Jean Martin, Maître-Assistant, Sociologie, UPGC

Membres :

Dr ADIKO Marcelline, Faculté de Pharmacie, UFHB (Côte d'Ivoire)

Dr ADOH Bissè, Assistant, Sociologie, UPGC, Korhogo (Côte d'Ivoire)

Dr A. Pierre Claver Vonan, Maître-Assistant, Sociologie, UFHB (Côte d'Ivoire)

Dr AHI Noel, Attaché de Recherche, IPR/INSP, Bouaké (Côte d'Ivoire)

Dr AHLONSOU M. Laurent, Assistant, psychopédagogue, UAC (Benin)

Dr AFFESSI Adon Simon, Maître-Assistant, Sociologie, UPGC (Côte d'Ivoire)

Dr AMALAMAN Djedou Martin, Maître-Assistant, Sociologie, UPGC (Côte d'Ivoire)

Dr AMEDEE Atsé Pierre, Maître-Assistant, Sociologie, UPGC (Côte d'Ivoire)

Dr BROU Assandé Patrice, Assistant, Sociologie, UPGC (Côte d'Ivoire)

Dr COULIBALY Mathieu Hermann, Assistant, Sociologie, UPGC, Korhogo (Côte d'Ivoire)

Dr DROH Antoine, Assistant, Gérontologue, INJS/UFHB (Côte d'Ivoire)

Dr ETTIEN Ablan Anne-Marie, Maître-Assistant, Sociologie, UPGC (Côte d'Ivoire)

Dr FOFANA Memon, Maître-Assistant, Sociologie, UPGC (Côte d'Ivoire)

Dr GUEHI Zagocky Euloge, Maître-Assistant, Sociologie, UPGC (Côte d'Ivoire)

Dr KADJO ARSENE, Maître-Assistant, Sociologie, UPGC (Côte d'Ivoire)

Dr KONE Siata, Assistant, Sociologie, UPGC, Korhogo (Côte d'Ivoire)

Dr MELIHO Pierre Codjo, Maître-Assistant, Sociologie-Anthropologie de la santé, Université Nationale d'Agriculture (UNA, Bénin)

Dr N'DRI Kouamé Abou Maître-Assistant, Sociologie, UPGC (Côte d'Ivoire)

Dr SEHI Bi Tra Jamal, Maître-Assistant, Sociologie, UFHB, (Côte d'Ivoire)

Dr SINAN Adaman, Maître-Assistant, Sociologie, UPGC, (Côte d'Ivoire)

Dr TRAORE Ramatou, Maître-Assistant, Sociologie, UPGC (Côte d'Ivoire)

Dr SANGARE Moussa, Maître-Assistant, Sociologie, UPGC (Côte d'Ivoire)

Dr SILUE Donakpo, Assistant, Sociologie, UPGC, Korhogo (Côte d'Ivoire)

Dr TRAORE Kassoum, Maître-Assistant, Sociologie, UPGC, Korhogo (Côte d'Ivoire)

Dr ZADI Serges Zadi, Assistant, Sociologie, UAO (Côte d'Ivoire)

COULIBALY Zana Madou, Doctorant, Droit, UAO (Côte d'Ivoire)

TOURE Bêh, Doctorant, Droit, UAO (Côte d'Ivoire)

REMERCIEMENTS

Le comité d'organisation voudrait adresser ses remerciements au Président de l'Université Peleforo Gon Coulibaly de Korhogo, Prof. Adama COULIBALY et à tous les membres de la direction pour avoir autorisé et soutenu la tenue de ce rendez-vous scientifique au sein de cette institution. Nous remercions nos partenaires (Centre Focolari de Man, Health Dialogue Culture d'Italie, LAPODEV, Hôpitaux Psychiatriques de Bingerville et de Bouaké) et particulièrement l'association du cercle des amis de St-Camille dont le siège est situé en Allemagne pour leur soutien. Nos remerciements vont également à l'endroit des enseignants-chercheurs et des chercheurs des Universités et des instituts au plan national et international, des praticiens de la médecine traditionnelle et moderne pour le partage de leurs expertises et de leurs connaissances. Enfin, nous adressons une mention spéciale à tous les membres du comité scientifique et du comité de lecture pour leur diligence.

SOMMAIRE

1. Ethnopsychiatrie, genre et éducation

KOUA Aka N’Zi Jean Vincent et al.

« Modèles explicatifs de l’épilepsie dans les camps de prière dehima de la région sanitaire de Gbèke » p19.....

SREU Eric et al.

« Camps de prière et soins psychiatriques dans la région sanitaire de Gbèke (centre de la Côte d’Ivoire) » p35.....

COULIBALY. Souleymane et al.

« Les aspects thérapeutiques du *kotèba* dans la prise en charge des malades mentaux au service de psychiatrie du CHU Point G, Bamako (Mali) » p55.....

KPATTA N’cho Jérôme

« Inimitié et guérison: *l’ayèla gba* comme solution bio-culturelle de l’angoisse chez les Akyé de Côte d’Ivoire une contribution à l’Ethnopsychiatrie ivoirienne » p77.....

KOUASSI Koffi Athanase

« L’ethnopsychiatrie en quête de revalorisation en Côte d’Ivoire : propositions pour une intégration aux soins de santé primaires » p89.....

BABADJIDE Charles Lambert

« Importance et association de la phytothérapie à la médecine occidentale dans le traitement des maladies à Athièmi au sud ouest du Bénin » p109.....

MOUNKORO Pakuy Pierre, COULIBALY Souleymane, SANOGO Rokia, DIALLO Drissa, KOUMARE Baba

Effet d’implication des tradipraticiens de santé dans la prise en charge des troubles mentaux au Mali : expériences du centre régional de recherche en médecine traditionnelle de Bandiagara p131

BOA Assemien et Gbaka Djedjehnonon Cecile

« Le système de santé moderne ivoirien face au défi de la médecine traditionnelle : Exemple des accouchements à domicile des femmes fréquentant la maternité de l’hôpital général de Treichville (Abidjan, Côte d’Ivoire) » p151.....

TAKPE Kouami Auguste

« Infertilité masculine : de la représentation sociale aux choix thérapeutiques dans les communautés Yoruba de Kétou au Bénin » p167.....

SORO Nangahouolo Oumar

« La lutte contre le « bizutage » à l’INP-HB de Yamoussoukro : une contribution de la communication engageante » p187.....

GHIMBI Nicaise Léandre et BAYETTE Jean Bruno

« Etude clinique et sociologique des adolescents auteurs des violences en milieu scolaire à Brazzaville » p205.....

SADIA Martin Armand et ESSIOMLE Yawa Ossi, Gnamien

« Dépendance aux substances psychoactives et violences chez des étudiants syndicalistes de l’Université Alassane Ouattara (UAO-Bouaké) » p221.....

.....

2. Culture, santé, environnement et différences face aux soins

YEKOKA Jean Felix et BILALA Serge Rufin Kaya

« Le mukisi en pays kongo de la vallée du niari (république du Congo): du culte à la guérison féminine des corps malades du xviii^e au xxe siècle »p239
.....

ASSOGBA C. Raymond

« O Fa ou l'anti-maladie en milieu Fon du sud-Bénin

OUATTARA Zié Adama, DOUDOU Dimi Théodore et ABE N'Doumy Noël

« Maladies liées au vent et stratégies préventives chez les Baoulé »p279

SILUE Donapko, AINYAKOU Taiba Germaine et ETTIEN Ablan Anne-Marie

« Prévention contre les maladies liées aux attaques mystiques « sorts » par des pratiques du Poro à Korhogo »p301.....

N'CHO Brou Hyacinthe, ATSE Achi Amédée-Pierre et Doté Chantal

« Lecture socio-anthropologique des recours thérapeutiques Chez les Akyé d'Adzopé en côte d'ivoire. »p319

ABDOU mohamed, MELIHO Pierre Codjo et TCHABI Josue Erifolabi

« Soins par massage traditionnel au nouveau-né entre recommandations médicales et savoirs locaux chez les nago de shabe »p337

KAZON Diescieu Aubin Sylvere

« Le recours à la médecine traditionnelle chez des enfants prostituées à Yopougon Bel Air (Abidjan) »p355

KONDO Akuélé Radha, KOUDOUVO Koffi et, ALUBO Ogoh

« Connaissances et pratiques thérapeutiques des herboristes du marché de Lomé au Togo »p369.....

IRIGO Gbété Jean Martin, COULIBALY Mathieu Hermann et COULIBALY Zoumana

« La perception de la raréfaction des plantes médicinales (PM) chez les senoufos de Côte d'Ivoire»p381

KOUAME N'Guessan Fidèle

« Réaction sociale des agriculteurs vis-à-vis des pathologies liées aux produits phytosanitaires : cas de la sous-préfecture de Diégonéfla »p401

BENON Monra Abdoulaye

« Agriculture familiale : Une agriculture de subsistance ou de marche dans les ménages paysans de Glo-Djigbe au Bénin ? »419

TRAORE Ibrahima

« Fréquentation du Centre de santé communautaire 3 de Sabalibougou en Commune V du district de BAMAKO »p435

I. Ethnopsychiatrie, genre et éducation

**INFERTILITE MASCULINE : DE LA REPRESENTATION SOCIALE
AUX CHOIX THERAPEUTIQUES DANS LES COMMUNAUTES
YORUBA DE KETOU AU BENIN**

TAKPE KOUAMI AUGUSTE

Enseignant-Chercheur /auguste.takpe@flash.uac.bj

Université d'Abomey-Calavi (Bénin)

Laboratoire d'Anthropologie Appliquée à l'Education pour un Développement Durable
(LAAEDD)

INFERTILITE MASCULINE : DE LA REPRESENTATION SOCIALE AUX CHOIX THERAPEUTIQUES DANS LES COMMUNAUTES YORUBA DE KETOU AU BENIN

Résumé

Dans la société béninoise, l'enfant est la fondamentale raison d'être d'un couple. Si l'espérance n'est pas concluante, on se donne l'hypothèse que la femme est stérile. Or, le problème de stérilité est capital dans le contexte socioculturel yoruba où la vie du couple est intégrée aux mœurs et traditions ancestrales. La femme était tenue pour seule responsable de l'infertilité du couple. Les regards ne se tournent vers l'homme qu'en cas de l'impuissance sexuelle. L'objectif de cette recherche est de déterminer les causes de recours à la thérapie endogène en cas d'infertilité masculine dans les communautés de Kétou. Pour y parvenir, d'une approche qualitative avec une démarche méthodologique appropriée basée sur la recherche documentaire, l'enquête de terrain a été menée : l'observation directe, les entretiens avec 45 individus composés de médecins, tradithérapeutes, patients infertiles en situation de couple, leaders d'opinions, célibataires et couples ayant connu une infertilité secondaire. Pour mieux organiser cette recherche, une approche a servi de source d'inspiration. Il s'agit de la contracculturation qui est définie comme la « dialectique du discours que l'Africain tient sur lui-même et sa société sans se couper de la mondialisation. A l'origine, la contracculturation a pour objet la recherche sur les variables scientifiques des savoirs et savoir-faire endogènes. Cet objet s'étend à la rationalité des savoirs endogènes, à leur logique et à leur dynamique sociale » (R. Assogba, 2016, p.34). Il ressort que la procréation apparaît comme un devoir moral. Le sujet infertile regrette sa présence dans la vie, se sent humilié et toujours préoccupé par la recherche de solution. La société influence l'état de santé de l'individu à cause des phénomènes sociaux comme la sorcellerie, l'envoûtement, le non respect des règles et coutumes. Lorsqu'en médecine moderne, le spermogramme et le spermocytogramme présentent des résultats normaux après toutes les analyses, elle devient impuissante devant son patient. Il faut un appui traditionnel pour parfaire les résultats. Le tradithérapeute fait preuve de compétence en renonçant au plaisir de guérir pour s'engager dans la voie du réalisme à moindre coût. L'enjeu des deux médecines n'est pas un fait de hasard. Chacune d'elles a sa manière de poser son diagnostic avant l'étiologie. Les tradithérapeutes parviennent à traiter le mal.

Mots clés : *Infertilité masculine, choix tradithérapeutique, représentations sociales, contracculturation, Kétou*

Abstract

In the company beninese, the child is the fundamental reason d'être of a couple. If the hope is not conclusive, the assumption is given that the woman is sterile. However, the problem of sterility is capital in the context sociocultural yoruba where the life of the couple is integrated into ancestral manners and traditions. The woman was held for only person in charge for the infertility of the couple. The glances turn to the man only in the event of the sexual impotence.

The objective of this research is to determine the causes of the use of endogenous therapy in cases of male infertility in the communities of Kétou. To achieve this, from a qualitative approach with an appropriate methodological approach based on documentary research, the field survey was conducted: direct observation, interviews with 45 individuals composed of doctors, traditional therapists, infertile patients in a couple situation, opinion leaders, singles and couples who have experienced secondary infertility. To better organize this research, an approach was used as a source of inspiration. This is contracculturation, which is defined as the "dialectic of the discourse that Africans hold on themselves and their society without cutting themselves off from globalization. Initially, contracculturation was aimed at research on the scientific variables of endogenous knowledge and know-how. This object extends to the rationality of endogenous knowledge, its logic and social dynamics" (R. Assogba, 2016, p.34) . It arises that procreation seems a moral duty. The unfertile subject regrets its presence in the life, is always smelled humiliated and worried by the search for solution. The company

influences the health of the individual because of the social phenomena like sorcery, bewitchment, no the compliance with the rules and habits. When in modern medicine, the spermogramm and the spermocytogramm have normal results after all the analyses, it becomes impotent in front of its patient. One needs a traditional support to perfect the results. The traditional healer shows competence while renouncing with the pleasure of curing to take the route of realism at lower cost. The stake of two medicines is not a fact of chance. Each one of them has its manner of posing its diagnosis before the etiology. The traditional healer manage to treat the evil. The effectiveness of traditional medicine is not to show. Male infertility always has a social cause. This perception of the disease is based on endogenous and ancestral beliefs.

Key words: *Male infertility, choice traditherapeutic, social representations, contraculturation, Kétou*

Introduction

La santé est incomparable à l'honneur et à la richesse. Elle ne s'échange pas en cas de maladie, et sa valeur ne peut être évaluée seulement en cas de maladie. Ce n'est qu'en cas de maladie que l'on remarque la perte de la santé. Ainsi, la recherche du maintien de la santé devient inévitable. Dès lors, la recherche d'une santé parfaite de l'homme en harmonie avec son environnement devient préoccupante. Dans la civilisation africaine, avant l'avènement de la colonisation, les Africains ont essayé de résoudre leur problème de santé en faisant usage de ressources naturelles et autres. Les communautés de Kétou abordent la santé en fonction de leur culture et mettent toute « une banque de données en matière des recettes et de comportements thérapeutiques » (P. Bognon, 2010, p.38). Si l'homme est en cause, il assimile son infertilité à sa non virilité. « *Le l'homme est plus affecté par son état que la femme ne l'est car l'enfant est sa première raison d'être* » (A.Takpé, 2012, p.191). La détermination du couple à la recherche d'enfants entraîne le médecin dans un état de frustration car « *ne disposant pas souvent de moyens suffisants et adéquats pour répondre à l'attente des acteurs surtout lorsque le mal est d'origine sociale* » (N.do Régo, 1988, p.47). L'infertilité est considérée comme un problème de santé publique dans les villages même si le nombre des victimes est restreint. Ceci confirme la pensée G. Brucker, (1989, p.54). « La première contribution des sciences sociales, c'est de montrer du social là où on ne voit habituellement que de l'individuel, la maladie, la souffrance, la mort, la relation médecin-malade qui apparaissent à première vue des événements privés sont en fait pris au sein de relations sociales qui les déterminent pour une large part » (O .Ahognissè, 1986, p.74).

Les normes interprétatives définissent un univers de sens, « le pluralisme étiologique » qui oriente les populations vers un ou plusieurs recours thérapeutiques. Il en ressort que : « *Le sens de la maladie est conditionné, bien sûr, par la nature de la maladie elle-même mais aussi par l'univers de croyances, de normes, de valeurs, de rapports sociaux, de situations ou d'événements qui marquent la vie quotidienne de la collectivité* » (P.Bougnon, 2010, p.33). Partant de cette assertion, l'interprétation et l'explication personnelle de l'infertilité se construisent à partir des normes, des valeurs, des symboles qui prévalent dans le groupe d'appartenance de l'individu. Alors, il devient important de voir le comportement des acteurs sociaux concernés de la commune de Kétou face à la maladie de l'infertilité.

Les acteurs interviennent dans la gestion de la maladie et l'empilement des recours thérapeutiques demeure propre aux perceptions qu'ils se font de ce mal ou malheur, et les différentes interprétations que se fait la population de ce mal joue un rôle important dans le processus thérapeutique, bien au-delà de tout, ces recours posent un problème de rationalité. Alors comment peut-on expliquer le pluralisme médical dans un couple infertile dans la commune de Kétou ? La diversité des interprétations de l'infertilité amène le patient et son entourage à adopter une démarche de pluralisme étiologique et thérapeutique, ce qui conduit à un « syncrétisme thérapeutique ».

1. Itinéraire méthodologique

La commune de Kétou est située à l'extrémité nord du département du Plateau. Elle est subdivisée en six arrondissements: Adakplamè, Idigny, Kétou, Kpankou, Odomèta et Okpomèta. Le chef-lieu de la commune est situé à 138 Km de Cotonou. La population est estimée à 156 497 habitants dont 76. 110 hommes et 80. 387 femmes (RGPH 4, 2013). La commune de Kétou est le cadre de la recherche. Elle est peuplée majoritairement de Yoruba (70%), les communautés Fon, Mahi et autres. L'objectif de cette recherche est de déterminer les causes de recours à la thérapie endogène en cas d'infertilité masculine dans les communautés de Kétou.

De nature qualitative, la démarche méthodologique est basée sur la recherche documentaire et l'enquête empirique. Les outils comme l'observation directe et les entretiens ont été utilisés. L'échantillon est constitué de 45 individus composés de médecins, traditheurapeutes, patients infertiles en situation de couple, leaders d'opinions et acteurs célibataires. Pour mieux organiser cette recherche, l'approche structuro-fonctionnaliste a servi de source d'inspiration. La production des données essentiellement qualitatives nécessite la confrontation du discours des acteurs de premier plan que sont les détenteurs du savoir endogènes avec celui du monde de la recherche dans une recherche analytique. Ceci pour dégager enfin de compte les fondements de maintien, la stabilisation des relations et la cohésion sociale au sein des communautés. Les données empiriques sont dépouillées, traitées manuellement et analysées.

2. Résultats de la recherche

2.1. Infertilité comme stérilité

L'infertilité est un phénomène social car l'homme peut être né infertile. Quelle que soit la thérapie appliquée envers lui, les résultats sont inefficaces. Mais parfois la maladie est provoquée. Les recherches sont axées sur l'infertilité de l'homme dans ce travail de recherche parce que la maladie d'infertilité est très sensible. L'homme est appelé à fonder un foyer. Lorsqu'on sait que l'enfant est le miroir dans lequel s'inscrit le bonheur des géniteurs, l'infertilité est considérée comme un grand fléau qui suscite une grande inquiétude. D'où on a recours au concept de la stérilité. En effet, la stérilité, selon le dictionnaire universel (2015), est le fait d'être stérile, l'inaptitude à reproduire. C'est l'état de ce qui ne produit rien, l'impossibilité complète de la reproduction par l'homme ou par la femme ou les deux conjoints. De façon classique, c'est le défaut de production de spermatozoïdes chez l'homme et d'ovules chez la femme ou par suite des circonstances qui s'opposent à la production. Chez les Yoruba, le concept *agan* s'utilise aux deux sexes : masculin et féminin. La rencontre des deux aboutit normalement à la procréation. Selon la conception de cette communauté, le mot *agan* signifie l'improductivité, c'est-à-dire

l'état de ce qui n'est pas productif. En effet, l'infertilité ou l'infécondité est l'incapacité d'une personne à procréer. Elle est différente de la stérilité conjugale qui se définit comme l'absence d'une grossesse après un certain nombre d'années de vie en couple (O. Ahognissè, 1986). Selon la conception de cette communauté, dans un foyer, la femme est le plus souvent considérée comme la seule responsable de la stérilité.

A partir du XVIII^e siècle, les chercheurs ont commencé par douter de l'exclusivité de la responsabilité féminine dans la stérilité du couple. Ainsi, en Afrique noire, la stérilité masculine a attiré un peu plus tardivement l'intérêt des chercheurs. C'est surtout dans le but de compléter le bilan de la stérilité du couple que beaucoup de gynécologues demandent le spermogramme et la spermoculture à l'époux. Au Bénin, « la part de responsabilité masculine dans la stérilité du couple, a été estimée à 35,88 % » N. do Rego (1977, p.64). L'homme comme la femme peuvent être aussi frappés de stérilité. La stérilité est depuis des décennies un sujet préoccupant. A cet effet, le groupe socioculturel yoruba a ses représentations sociales.

2.2. Vécu du phénomène de l'infertilité masculine

La perception de l'infertilité masculine varie d'une catégorie sociale à une autre. Pour les tradithérapeutes, l'infertilité masculine est perçue sous trois angles: le destin, l'hérédité et la mal formation congénitale. L'origine de l'infertilité masculine se révèle par la consultation du de l'oracle Fa. Les propos de ce tradithérapeute est illustratif:

« L'infertilité masculine a toujours une cause social compte tenu des phénomènes comme l'environnement, la sorcellerie, la malédiction, le tabac, l'alcool, etc. Seuls nous qui pourrions trouver une situation efficace » (Z.D. Tradithérapeute, 68 ans).

Les phénomènes comme la transgression des règles coutumières, l'adultère, l'alimentation, etc. peuvent rendre un individu infertile. Quelle que soit la place qu'un individu occupe dans la société, il peut devenir infertile. Pauvre ou riche, tout homme peut en être victime. Par contre, les praticiens de la médecine moderne trouvent un avis contraire même si les deux experts traitent leur patient. Selon les médecins, l'infertilité masculine est vue comme le résultat d'une maladie mal traitée comme l'oreillon, l'ulcère, la tuberculose, l'exposition aux rayons X et divers traumatismes. Elle prend ses sources au niveau de la spermatogenèse et des voies sécrétrices des spermatozoïdes.

L'ensemble des définitions montre que l'infertilité masculine a plusieurs origines dans la société africaine en général et dans la communauté yoruba en particulier. A première vue, le phénomène apparaît comme un problème psychologique. L'aspect social est négligé. Or, la société influence la maladie. Ce qui exige la participation active du patient pour un diagnostic et un traitement efficaces. C'est donc un phénomène multidimensionnel qui a ses fondements dans le biologique et le social.

2.3. Causes de agan ou de l'infertilité masculine

Il existe deux formes causales du phénomène. Il y a des causes exogènes et celles endogènes.

Par causes exogènes, on entend des phénomènes qui viennent de l'extérieur et rendent l'individu malade. Certaines maladies de l'enfance mal traitées peuvent être. A l'origine de l'infertilité masculine en l'occurrence la sorcellerie, l'adultère, l'exposition professionnelle ou accidentelle à la chaleur aux rayons X, aux produits toxiques comme le pesticide, l'alimentation, le traumatisme crânien avec ou sans perte de connaissance, le traumatisme testiculaire, la torsion testiculaire opérée, l'intervention sur l'appareil génito-urinaire ou sur les orifices herniaires sont autant des causes de la maladie.

En ce qui concerne les causes endogènes, elles sont liées au comportement de l'individu. Les phénomènes tels que l'oreillon, le diabète, l'hypertension, la tuberculose, les maladies sexuellement transmissibles et autres peuvent rendre l'individu infertile soit par une azoospermie ou soit l'oligozoospermie. Il peut s'agir d'une obstruction au sein des organes génitaux masculins ou encore d'une dilatation des veines qui entourent le cordon spermatique.

2.4. Manifestations de agan ou l'infertilité

Après une vie commune pendant au moins six mois dans un foyer, le couple ne trouve pas de changement par rapport à la venue d'un enfant ou tout au moins l'apparition d'une grossesse. En effet, l'absence de la procréation est la principale manifestation de l'infertilité au sein du couple. Si, après une vie commune pendant plusieurs années, le couple ne procrée pas, l'inquiétude commence à gagner l'entourage, voire le couple lui-même. Les questionnements sortent à tous les endroits. La faute provient de qui ? L'homme se dira que ce serait son épouse car *a priori* c'est à la femme que la famille accable le tort. C'est après des années plus tard le regard sera tourné vers l'époux. A ce propos, une femme témoigne :

« Avant le mariage, j'ai fait une fausse-couche à 17ans lorsque j'étais au collège. Logiquement, je suis féconde. A 29ans, je me suis mariée. Je suis restée au foyer conjugal. Les devoirs conjugaux, on les accomplissait. Au début, c'était comme un jeu de jeune couple que nous avons considéré ce que nous faisons. Notre souci était de faire l'amour. Nous n'avions jamais pensé à procréer. C'est après deux ans de vie ensemble que nous avons réalisé que l'entourage nous soupçonne de couple infécond. Comme j'ai fait mon expérience ailleurs avant notre union, je ne me suis pas inquiétée. D'accusation en accusation, j'ai dû livrer mon secret pour laver mon honneur. Ma belle-famille est obligée de prendre au sérieux notre situation. Elle a recours aux thérapies tant modernes qu'endogènes. C'est six ans après, l'aubaine est tombée » (T. M. Institutrice, 38ans).

L'infertilité est alors ressentie comme une gêne, une déviance sociale, une exclusion, un échec absolu. Les problèmes de fécondation sont des problèmes de

couple. Le couple infécond vit une pression social notamment celle de la belle-famille.

2.5. Importance de l'enfant dans un foyer

Pour la communauté Yoruba, il est inconcevable qu'un couple n'ait pas d'enfant. Il est donc très important de mettre au monde tout au moins un enfant, non seulement pour compter sur le minimum de bras valides qui travaillent aux champs mais aussi pour être certain qu'à la mort des parents, il restera des vivants qui accompliront les cérémonies et les sacrifices nécessaires pour que les défunts puissent réussir le grand voyage car toute cérémonie funèbre non accomplie rend l'âme du défunt errante.

Selon la vision populaire, quiconque n'a pas d'enfants pour actualiser les rites post-mortels lors de son décès ne deviendra jamais ancêtre. Pour cette communauté, *agan ko nya* qui veut dire le stérile ne se réincarne pas. L'enfant est l'espoir des parents dans leur vieillesse. Ce sont eux qui unissent davantage non seulement leurs parents directs mais aussi leurs grands-parents et par conséquent, les familles alliées. Pour ces diverses raisons, l'enfant reste la chance du groupe, condition sine qua non de son appartenance au niveau familial, de sa permanence et de son avenir. On comprend pourquoi, la situation du couple infécond est particulièrement dramatique. La reconnaissance d'un enfant commence dès sa naissance à travers certains rituels qui caractérisent les cérémonies dévolues au nouveau-né dans sa communauté.

L'enfant, c'est le bonheur, oui, la descendance, c'est le bonheur pour toute femme et tout homme. Par rapport à l'enfant comme étant un enjeu social le chercheur est plus pragmatique et précis. Il est déclaré :

« Les enfants, c'est la vie. Si un individu vit et qu'il n'a pas d'enfants, il est déjà mort ... il ne vit pas vraiment. Si l'on meurt sans laisser des enfants derrière soit on meurt deux fois. Qui prononcera son nom après sa mort ? Qui restera parmi les hommes après sa mort ? Si quelqu'un n'a pas d'enfants, il est déjà mort avant de mourir. Mais, s'il meurt en laissant beaucoup d'enfants, alors il n'est pas vraiment mort, il reste, parce qu'on continuera de dire : « regardez, c'est la fille ou le fils de tel ... et le nom aussi restera ». Il ne sera pas oublié, ne disparaîtra pas. Pour l'homme, comme pour la femme, les enfants sont pour leur vie, leur bonheur. Ils sont le remède contre la mort. En voyant les enfants, les gens continuent à voir les parents qui les ont mis au monde. Nous dirons pour cela que les enfants font le relais » (C. Rivière, 1990, p.88)

Partant de tels propos, nous pouvons deviner combien l'enfant est très nécessaire pour les acteurs de la société. La possession d'un enfant, au-delà de la satisfaction personnelle qu'elle procure est un événement qui hausse l'individu dans la société. L'enfant est cette richesse accordée par Dieu qu'il faut souhaiter avoir ici-bas.

3. Discussion des résultats

3.1. Perception de *agan* ou la stérilité masculine

Le vœu secret de tout parent dans la communauté yoruba est qu'un jeune homme ait une femme et devienne père dans un foyer. C'est pourquoi, l'une des valeurs à inculquer au jeune homme est souvent orientée vers son foyer. Si la stérilité masculine au foyer, son influence au sein de la communauté sont parfois en rapport avec sa capacité de procréer, il est important d'analyser les perceptions que les communautés se font de la fécondité et de *agan*. Il est dit :

« La fécondité est antinomique à la stérilité. Au moment où la première reçoit la bénédiction, la seconde la malédiction. En effet, la fécondité est considérée comme l'un des biens que les divinités et les ancêtres réservent aux femmes qui ont su attirer leur bienveillance. C'est pourquoi, la famille bénie est celle qui compte beaucoup d'enfants. La stérilité, quant à elle, est la pire des malédiction et se traduit par un sentiment d'inquiétude et de frayeur » (P. Bognon, 2010, p.37).

L'homme stérile est qualifié de *egi gbingbin* c'est-à-dire l'arbre sec, incapable de donner des fruits. Les fruits d'un arbre sont assimilés aux enfants. D'où la comparaison d'arbre sec à une femme inféconde. Les communautés ne tarissent pas d'expressions pour désigner une personne sans enfant. A titre illustratif, un homme sans enfant est souvent appelé « grand frère des petits enfants ». Il y en a de même pour une femme sans enfant. L'adjectif "grand" est synonyme de "aîné". Or, un jeune frère aîné n'a pas l'âge d'avoir d'enfants. Dans cette communauté, les belles-familles ou les parents ou encore le voisinage désignent un géniteur par sa progéniture. Au pire des cas, la personne non virile est appelée par le nom d'un enfant qu'il aurait adopté. Pour adoucir son état psychologique, certains beaux-parents préfèrent carrément le terme *agba* qui signifie grand.

Pour mieux comprendre le choix des divers recours thérapeutiques des populations dans le traitement de la stérilité et les représentations sociales de cette maladie, on s'est intéressé aux théories des fondements psychosociaux dans l'étude des comportements liés à la santé. Ces théories soulignent que la promotion de la santé s'oriente autour de deux pôles : le pôle de décision personnelle de l'individu lié aux modes de vie et celui de décision collective ayant trait à l'environnement. En effet, le but poursuivi par ces théories est reconnu par A. Takpé (2012, p.57) en ces termes : « *L'interprétation d'un problème ou d'un phénomène oriente de façon systématique les démarches scientifiques observées pour y faire face* ». Ces constats légitiment et fondent l'importance des représentations socioculturelles dans la dynamique entre le besoin de santé et la démarche d'une aide à satisfaire ce besoin.

3.2. Représentations sociales de l'infertilité masculine

Dans la société, la procréation apparaît comme un devoir moral. Il en résulte une attitude d'hostilité à l'égard du sujet d'infertilité. Ce qui conduit à des difficultés relationnelles et des troubles caractériels observés chez les patients. Cet état de fait inflige à l'homme un sentiment d'incapacité et d'inutilité au sein du foyer conjugal. Les communautés yoruba ne perçoivent pas la stérilité comme une fatalité. Il faut, selon P. Bognon (2010, p.78),

« Recourir à la thérapie : c'est parce que la stérilité n'est pas considérée comme une fatalité que les victimes ne se laissent point dans la quête de guérison. Elles ne ménagent aucun effort pour respecter minutieusement les instructions des différentes prescriptions thérapeutiques. Les parents ne restent pas indifférents à leurs souffrances ».

Les représentations sont liées, soit aux instances ancestrales, soit aux relations interpersonnelles, soit à la volonté du créateur à la demande de la victime. La stérilité est alors perçue et traitée par ces communautés loin du cadre médical. Son traitement est confié aux devins et aux guérisseurs. Elle est aussi soignée par les sacrifices et les rites que par les médicaments. Par-là, on pourrait affirmer que les tradithérapeutes maîtrisent parfaitement le traitement de l'infertilité masculine et conjuguent leurs efforts en vue d'une satisfaction complète du traitement. Ils forment habituellement certains de leurs proches qui les relayent dans n'importe quel traitement de maladie sauf les cas de sorcellerie, d'envoutement où le coût est variable.

3.3. Choix thérapeutique

Dans toutes les sociétés africaines traditionnelles, la plupart des maladies font l'objet d'une consultation auprès d'un devin, à l'exception de certaines affectations courantes. Nous allons présenter quelques exemples de thérapeutiques symptomatiques qui sont des cas vécus par les enquêtés au cours du chemin de guérison. Chaque guérisseur possède à des recettes, souvent sans rapport apparent avec celles de ses pairs. Un acteur s'interroge sur le sort de sans-enfant car après une douzaine d'années de mariage avec son épouse, ils n'ont pas eu d'enfants. A cet effet, il se plaint :

« Il y a plus de douze ans que ma femme et moi vivons ensemble. Nous n'avons pas eu une brindille sous notre toit. J'ai fait beaucoup de sacrifices. Des consultations tant au niveau des médecins qu'au niveau des tradithérapeutes sont restées vaines. Je suis la risée de mon entourage ». On peut en déduire que ces cris de désespoir sont bien fondés et légitimes parce que sa communauté n'admet pas qu'un foyer reste sans enfant » (V.E. Artisan, 45ans).

Dans la société, le divin a une puissance spécifique. Ceci permet de parler de la divinité qui a la possibilité d'accorder la fécondité aux acteurs qui sont dans le

besoin et qui lui adressent une demande. Dns cette même veine, on lire sous la plume d'un chercheur ce qui suit ;

« Un couple qui a des difficultés de procréer après plusieurs années de vie conjugale peut se présenter à la divinité laquelle est garante de la fécondité pour implorer son assistance. Le couple n'est pas obligé d'entreprendre la démarche lui-même, il peut se faire représenter par un proche parent qui l'accomplira à sa place » (K.Ganyé, 2012, p.42).

Cette pratique consiste à amener un poulet au chef devin à qui on expose les raisons de la visite. Celui-ci prend le poulet et unealebasse remplie de la boisson du mil. Il conduit le demandeur auprès du dieu procréateur. La présence des témoins s'avère nécessaire car, en cas de décès de l'un que l'autre soit en mesure de rappeler la promesse qui avait été faite, s'il y avait satisfaction. Si la demande du couple avait été accordée, à la naissance de l'enfant et avant d'entreprendre toute activité visant à favoriser une nouvelle grossesse, l'offrande promise à la divinité doit être faite. Assez souvent, le nom de la divinité est attribué au nouveau-né. Autrement, le père, la mère, l'enfant et leur entourage immédiat courent le risque d'être frappés par la sanction du la divinité en cas du non-respect de la promesse. Cette sanction peut être la perte de l'enfant ou l'un des parents. Soulignant la vertu qu'offre la nature ou des ancêtres, un chercheur mène ses analyses à travers ce qui suit :

« La stérilité est reconnue dans la communauté comme un fait pathologique à la fois biologique et social. Cette conception s'explique par l'interprétation cosmogonique axée sur l'unité entre l'homme, le monde visible et invisible. Biologiquement, c'est le corps de l'individu atteint qui souffre. Du point de vue social, c'est toute la communauté qui est atteinte. C'est bien ce qui explique le traitement réservé au corps de l'individu, mais aussi au corps social puisque la maladie est vécue comme violence faite à l'individu, et à travers celui-ci, à sa communauté. Tous les efforts pour vaincre le mal visent à établir l'équilibre perdu au niveau de l'individu mais à rétablir l'ordre social entre temps brisé. En visant le corps individuel, c'est l'aspect social qui est le plus visé » (A-P. Amoussiuga, 1986, p. 61).

3.4. Enjeux des deux médecines

L'infertilité masculine comme enjeu des deux médecines n'est pas un fait du hasard. La maladie est considérée comme un malheur qui exige de la part du patient un certain recommencement du traitement jusqu'à l'obtention parfaite de sa santé. Lorsqu'on fait un rapprochement des deux médecines, chacune d'elles n'a sa manière de poser son diagnostic avant le traitement. Faisant la comparaison des deux thérapies, un chercheur affirme :

« La médecine moderne, de par ses progrès techniques, s'est imposée à la société tout entière dans le domaine de la santé. Ainsi, nombre de projets sont élaborés pour la construction des centres de santé, l'équipement et la formation continue des agents de santé. Cette médecine est réservée aux habitants des villes, aux fonctionnaires et surtout aux cadres de haut niveau. C'est alors que commencent les traitements jusqu'au rétablissement de son état ou non. La majorité des patients ont recours au premier abord à la médecine moderne » (E. Fourn, 2005, p. 32).

Parallèlement, la médecine endogène essaie avec ses moyens limités de garantir la santé aux personnes et à l'environnement. Cette médecine était réservée aux habitants du milieu rural et aux chefs religieux, aux pauvres et aux analphabètes. L'efficacité de la médecine endogène n'est plus à démontrer car au commencement c'était elle, vint ensuite celle moderne et enfin les deux pratiques cohabitent avec une domination de la première qui est pratiquée gratuite. L'administration de remède pour telle et telle maladie en médecine endogène suit les règles que dicte l'environnement. C'est ce qui justifie les systèmes de soins existant aujourd'hui. Dans cette optique, on peut lire :

« Les ancêtres sont des instances de la psychologie du yoruba et qui s'ajoutent aux trois autres freudiennes, à savoir : le ça, le moi, le surmoi. Ils sont les antennes des sanctions infligées aux vivants qui ont failli au respect des règles élémentaires de la vie sociale et assurent la pérennité du groupe dont ils ont à charge la dimension hiérarchique. Les génies constituent les forces surnaturelles, les hommes occupent une position subalterne. La transgression de l'ordre voulu par les forces surnaturelles en particulier des génies est notoirement passible de sanctions, à savoir : la maladie (A. Takpé, 2012, p.174).

Pour l'auteur, la maladie relève de divers ordres : elle peut être descriptive, causale, technique ou encore réalisée d'une double détermination. L'institution divinatoire à qui est confiée l'interprétation de l'événement (maladie ou autres) même de profondes investigations sur la recherche de la signification des choses.

Aujourd'hui, les deux médecines cohabitent car l'homme malade recherche une guérison rapide et efficace. Il ne fait plus le choix entre les médecines. De façon analogue, chaque peuple secrète ses propres technologies. Le tradithérapeute

apporte les soins selon la définition de la santé par l'OMS : physique, mental, social, etc. La médecine endogène constitue un domaine où se mêlent les éléments magiques et religieux.

« Généralement, on ignorait les causes véritables des maladies. Leurs origines sont plutôt d'ordre magique ou d'ordre pathogénique. La plupart des affections sont considérées comme la conséquence d'une infraction à l'ordre du Monde moral ou cosmique, et sont l'œuvre de divinités offensées ou d'entités malfaisantes (démons, sorciers). La thérapeutique part du principe que la puissance divine peut suspendre le mécanisme de redistribution des fautes commises. Elle consiste principalement en formule qu'on devrait réciter pour implorer le pardon des dieux, expulser les démons ou briser les envoutements des sorciers. Leur récitation s'accompagnait d'opérations magiques ayant pour objet de renforcer l'efficacité des charmes curatifs. » (P. Bognon., 2010, p.46).

3.5. Savoirs populaires et recours conséquents

L'itinéraire thérapeutique peut être défini comme la succession des recours aux soins depuis le début jusqu'à la fin de la maladie (guérison, stabilisation ou décès).

3.5.1. Savoirs profanes et recours

L'infertilité masculine est considérée comme un malheur ou le porteur doit se remettre en cause. Il doit être le seul avec son entourage à déterminer la cause afin de rechercher le recours idéal. Toutefois le registre de la grand-mère (les connaissances de l'entourage ou les proches) intervient pour solutionner le phénomène. Cet aspect implique l'usage des expressions comme *ara è kole* c'est-à-dire il n'est pas bien portant. Il est ainsi montré une cohésion sociale des membres de la famille autour de la maladie. Nous pouvons donc dire que la maladie renforce le tissu social et n'est plus l'affaire d'une seule personne mais de tout un groupe social. Le recours à la médecine moderne a été observé. Cela montre que la maladie est considérée comme un fait biologique pour ceux qui se rendent à l'hôpital. Parfois, l'on s'y rend sans avoir d'espoir. Les soins biomédicaux constituent la source de guérison. Entre autres, le manque de moyen financier, les perceptions autour du phénomène constituent le handicap.

3.5.2. Savoirs populaires et recours conséquents

Considérant les perceptions où la maladie est provoquée, dans cette dynamique, le malade et son entourage vont se diriger vers les soignants des églises pour des séances de prière d'exorcise, ou de délivrance afin de chasser l'esprit nuisible, ou ils vont voir des prêtres, le devin-guérisseur pour purification, offrande de sacrifice aux divinités. Une autre perception est que la promesse faite et non respectée aux divinités. Il est exprimé dans une relation entre l'homme et une divinité ou mieux l'esprit de la divinité qui ici veut bien rappeler la promesse manquée en rendant malheureux ce dernier. Il est question d'une puissance maléfique (sorcier, esprit,

diable) qui est à l'origine de la maladie. Ceci s'exprime chez presque tous les acteurs autour de l'infertilité masculine. Il est ainsi mis en évidence le modèle exogène, car les patients disent simplement que la "tension" est souvent provoquée ; par conséquent la cause est donc extérieure au patient.

La maladie ne relève donc pas seulement du soma mais aussi de l'esprit ou de l'âme. Ceci est justifié par le modèle exogène qui exprime la cause et ce qui conduit à un modèle exorciste dans la prise en charge de la victime. Les déterminants des recours sont donc multiples et variés. Nous essayerons de voir comment le contexte socioculturel détermine et oriente la prise de décision dans les recours.

3.6. Procréation et contraintes dans le couple

Pour trouver une réponse à la stérilité, les couples Yoruba utilisent plusieurs recours, à savoir : la médecine endogène, la médecine occidentale et le spiritualisme. Certains déterminants de la stérilité relativement fréquentes sont d'origine masculine et par contre d'autres sont féminines. Le choix thérapeutique est fonction du milieu socioculturel, du niveau d'instruction, de la religion, du degré de la maladie ou des relations avec l'entourage. Alors, il faut : *«Etre guéri totalement de son mal, de trouver rapidement une solution à son mal, l'espoir d'avoir des enfants et de supprimer la honte, détermine le choix de son traitement »* (P. Bognon, 2010, p.64).

L'essentiel, c'est d'atteindre l'objectif visé qu'importe le coût du traitement. L'enfant n'a pas de prix. Il est la richesse pour qui il faut tout donner et l'avoir à tout prix. Car, un adage populaire dit qu'un enfant est une bénédiction divine et une source prospérité. C'est l'enfant qui enterre, pleure ses parents. Il est joie et couverture du couple. C'est par lui que le nom de ses parents ne disparaît pas. L'individu qui a connaissance que les sources de son mal proviennent de sa famille ou des antécédents sociaux, choisit directement le traitement de la médecine endogène pour essayer d'intervenir au niveau de la société.

3.7. Recours et conséquences sur le couple

Les conséquences des recours sur les couples sont très importantes. Lorsque la stérilité est déclarée chez un individu, il devient craintif et pensif parce qu'il se trouve dans une situation critique et réagit en conséquence par rapport à son entourage. Le désespoir et la honte devient un mode de vie. Il se sent différent par rapport aux autres couples et à sa communauté. Il gère des difficultés liées à l'expression de la personnalité du foyer. Sa situation financière est instable. Il n'a hésité pas à investir tout son héritage pour rétablir sa fertilité. Il est confronté à un parcours médical très long. Cela provoque une répercussion sur sa vie professionnelle et sociale. L'échec finit par accentuer le stress. Il s'agit donc d'une démarche à la fois douloureuse et contraignante pour l'homme. Celui-ci n'hésite

pas à questionner aux gynécologues ou aux thérapeutes endogènes sur la prise du traitement.

Face à l'échec, la situation est vécue de façon pénible. Il n'est pas facile de déterminer de manière précise à quel moment leur projet d'avoir des enfants dans leur foyer se réalisera. Certains se dépriment totalement et prennent leur mal en patience en se remettant à leur foi. Par contre, d'autres couples continuent leur combat en procédant à une autre tentative en allant d'un thérapeute à un autre ou d'un médecin à un autre.

3.8. Stérilité masculine et stigmatisation

L'importance que revêt la fécondité dans les cultures Yoruba laisse entrevoir la difficulté et la déception que peut entraîner l'infécondité. Avoir au moins un enfant demeure un vœu secret dans le couple car, l'enfant est le sens de la vitalité du foyer. La stérilité fait d'une préoccupation douloureuse et une interprétation négative. Elle met en évidence certaines constructions sociales. Le couple qui fait l'expérience de son échec dans le domaine de procréation, vit une souffrance intolérable et insupportable pour lui-même, son entourage et la société tout entière. Cette stigmatisation est construite dans un contexte social par les différents acteurs. Ainsi, les hommes non pères subissent une forte stigmatisation. On comprend les préoccupations de cet acteur à travers ses propos :

« Chez nous ici, à Kétou, la stérilité est considérée comme une insulte. Par le discrédit social qui l'accompagne, la stérilité masculine a le même statut celui d'une maladie, celui d'une maladie durable qui implique l'isolement et la différence. Cela peut traduire une dette vis-à-vis des autres » (H.K. fonctionnaire à la retraite, 69 ans).

Cela montre bien qu'une trop grande importance a été donnée et continue d'être accordée à la fécondité par la famille. Ce qui reste une évidence et répond à un besoin vital surtout lorsqu'on sait que l'enfant détermine l'avenir de la famille et de la communauté Yoruba. C'est pourquoi, dans la plupart des centres ruraux, les hommes stériles sont souvent abandonnés par leur épouse.

« Car la stigmatisation constitue un stress et une difficulté à mener une vie normale. La séparation ou le divorce qui est une plaie la plus profonde parmi les maladies de la famille est suivie bien souvent d'un traumatisme et de déséquilibre qui affecte tous les secteurs de la vie : matériel, relationnel, et affectif, psychologique et spirituel où l'on se trouve face aux questions essentielles de la vie de foi où règnent dans le cœur le sentiment de culpabilité, de remords et de trahison » (N. do Régo, 1988 :82).

La stérilité constitue un handicap social majeur autant pour l'homme que pour la femme. Plus que le désarroi de ne pas avoir d'enfant, c'est la honte et la culpabilité qui prévalent dans un système de valeur qui ne reconnaît d'autre voie de reconnaissance et de construction que la fécondité accomplie. L'ordre social pour la communauté Yoruba de Kétou, c'est « la procréation » et la situation douloureuse, c'est la stérilité. C'est pourquoi, lorsque survient la stérilité, les

frères, le liage voire toute la communauté prennent en charge le sujet, recourent à la thérapie endogène, essaient de diagnostiquer le mal afin de connaître son origine et l'itinéraire thérapeutique à suivre pour trouver la solution pouvant conduire à éviter « la honte collective ». Si « l'idéologie de l'évitement promeut l'anticipation du désordre comme une vie perpétuelle d'ordre, d'harmonie et de convivialité », la philosophie de la communauté Yoruba de Kétou prend cette anticipation comme le processus de la contrainte archétypale de la double dialectique de prévention et de raffermissement de l'ordre sociologique. Cette réalité explique le comportement des différents acteurs sur les unions conjugales qui tardent à procréer après le mariage et surtout dans le traitement de la stérilité dans la communauté Yoruba de Kétou et résout un défi qui inaugure la recherche scientifique.

Conclusion

Au demeurant, les pratiques de la médecine populaires ne viennent pas toujours à bout de la maladie. Non soulagées par ces traitements, certaines victimes finissent souvent par s'adresser à la médecine moderne. Les malades sont pour la plupart des analphabètes ou non instruites. Mais ils se voient très tôt obligés d'arrêter le traitement pour des raisons économiques auxquelles elles n'arrivent pas à faire face. Le traitement de la maladie à la médecine moderne, nécessite assez de fonds car il faut le diagnostic à travers les analyses, l'ordonnance qui impose des coûts de médicament, le suivi régulier du traitement auprès du gynécologue. Seul le diagnostic du mal peut permettre d'apporter un remède aux douleurs persistantes du patient. Les soins administrés au malade se fondent sur la conception que les Yoruba se font non seulement de la personne humaine mais surtout de la stérilité en tant qu'infortune. La stérilité requiert une interprétation, un avatar des relations sociales et des représentations qui ne renvoient pas à des conduites qui passent par des choix thérapeutiques, destinés à vaincre l'infertilité et surtout à restaurer l'équilibre afin d'éviter la honte sociale.

L'infertilité est un problème individuel surtout lorsque le malade sait réellement que c'est par des comportements maladroits qu'il est devenu infertile. Il s'agit surtout de la pratique de l'adultère ou de l'offense à ses ancêtres ou le non-respect des mœurs thérapeutiques. Elle est également un problème de la société car elle suscite une grande inquiétude. Le vécu de la stérilité traduisant l'inconfort, le désespoir ou l'isolement social, a été constamment révélé lors des divers entretiens que ce soit à travers la formulation des plaintes, l'existence d'interprétation traditionnelle, la nature de la structure de la personnalité et la présence de certaines aptitudes relationnelles et émotionnelles. La stérilité devient une occasion des représentations et des pratiques regroupant les tradithérapeutes, les membres de la famille, les chefs religieux et tous ceux qui sont susceptibles de fournir des informations sur le mal. Ceci crée des relations interpersonnelles. Cette relation de collaboration se tisse au cas où les membres de la famille s'associent pour mettre

ensemble leurs savoirs et leur savoir- faire pour sauver le malade, les savoirs sont plus liés à l'interprétation qu'elle fait de la stérilité.

Les acteurs de la médecine endogène interagissent et cumulent le prêtre-vodou ou le devin-guérisseur. Les patients et leur entourage font simultanément ou successivement recours à plusieurs thérapies. Pour les deux formes de recours, un déterminant leur est commun : le manque de moyen financier est une logique pour réduire ou exclure le recours à la médecine moderne. Aussi, chaque recours a sa particularité. L'entourage de la victime pense qu'avec l'accumulation des recours de façon simultanée, la maladie ou le malheur sera éradiqué le plus tôt possible. Contrairement aux recours simultanés, les perceptions sont variables, mais une logique détermine souvent le changement : lorsque la satisfaction n'est pas ressentie au niveau du recours précédent, cela pousse à une nouvelle quête de sens, de l'origine, de source de guérison, voire une nouvelle thérapie. Les dimensions biologiques, naturelles, environnementales et culturelles ne sont pas à négliger dans la prise en charge du patient, car les représentations ont un effet important dans la vie des communautés surtout celles d'Afrique noire.

BIBLIOGRAPHIE

- ABAYOMI Sofowora (1996), *Plante médicinales et médecines traditionnelles*, Paris Karthala, 371p.
- AHOGNISSE Odile, (1986), *La stérilité conjugale au CNHU de Cotonou : Etude étiologique à propos de 1135 cas recensés de 1984 à 1986*, Thèse de doctorat en médecine, FSS/UNB, 176p.
- AMOUSSOU Alain-Paul (1986), *Aspects psycho-sociaux des dysfonctions sexuelles masculines en milieu urbain béninois à propos des 34 cas observés au CNHU de Cotonou*, Thèse de doctorat en médecine, FSS, UNB, Cotonou, 191p.
- ASSOGBA Raymond (2016), *Le paradigme de la contraculture : nouveau courant sociologique et anthropologique de pensée en science sociale et humaine*, LASODYLA-REYO, 223p.
- BOGNON Prudence (2010), *Les logiques sociales autour de la stérilité chez les Xwala de Sèmè-Podji*, FLASH, UAC, 97p.
- DURKHEIM Emile (1995), *Les règles de la méthode sociologiques*, Paris, PUF, 149 p.
- FOURN Elisabeth (2005), « La situation de la femme béninoise hier et aujourd'hui » in *Annales de la FLASH*, N°10, pp.23-38
- REGO Nouratou,(do) (1988), *La stérilité conjugale, étiologie et prophylaxie à propos de 834 cas*, Thèse de doctorat en médecine FSS, UNB, 170p.
- RIVIERE Claude (1990), *Union et procréation en Afrique*, L'Harmattan, 242p.
- TAKPE Auguste (2012), *Similitudes et spécificités des peuples de souche yoruba du département des Collines*, Thèse unique de doctorat, UAC, EDP, 365p.
- TOMETY Léonie (1988), *Les aspects psychosociaux de la stérilité conjugale à propos de 140 cas observés au CNHU de Cotonou*, Thèse d'Etat en Médecine, FSS, UNB, Cotonou, 197p.
- TOMETY Zinsou (1988), *Les aspects psychosociaux à la stérilité conjugale*, Thèse de doctorat à la médecine, FSS, UNB, 185p.

ISBN 978-2-490898-24-4
Ce livre a été achevé d'imprimer par TheBookEdition
630 rue des Bourreliers – ZAC du Moulin Lamblin
59320 - HALLENES-LEZ-HAUBOURDIN
France

Le papier intérieur couleur en 80g
La police utilisée est Times New Roman
Couverture dos carré, pelliculée mate - 350g, aux dimensions 18*26cm
L'ouvrage fait 464 pages
Dépôt légal : Novembre 2020