



HAL
open science

Analyse du recours des populations de Lomé à la médecine traditionnelle et Projet de son intégration au système sanitaire du Togo.

Okaté Akpo Gnandi

► **To cite this version:**

Okaté Akpo Gnandi. Analyse du recours des populations de Lomé à la médecine traditionnelle et Projet de son intégration au système sanitaire du Togo.. Anthropologie sociale et ethnologie. Institut Régional d'Enseignement Supérieur et de Recherche en Développement Culturel; Institut National Supérieur des Arts et de l'Action Culturelle, 2018. Français. NNT: . tel-01861333

HAL Id: tel-01861333

<https://hal.science/tel-01861333>

Submitted on 24 Aug 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Institut Régional d'Enseignement
Supérieur et de Recherche
en Développement Culturel
☒ 01 BP 3253 Lomé 01



Institut National Supérieur
des Arts et de l'Action Culturelle
☒ BP 49 Abidjan 08

THESE DE DOCTORAT UNIQUE

*Analyse du recours des populations de Lomé à
la médecine traditionnelle et Projet de son
intégration au système sanitaire du Togo.*

Thèse présentée et soutenue publiquement par :

AKPO GNANDI Okaté
(TOGO)

Pour l'obtention du doctorat unique

Parcours : CULTURE ET DEVELOPPEMENT

Sous la direction de :

M. AWESSO Atiyihwè, Maître
de Conférences en
Anthropologie sociale et
ethnologie, Université de Lomé
(TOGO).

Membres du jury :

Prof. KADANGA Kodjona, Professeur titulaire en Histoire et
civilisation, Université de Lomé (Togo), Président du Jury.
Prof. AMOUZOUVI Dodji, Professeur titulaire en Sociologie-
Anthropologie, Université d'Abomey Calavi (Bénin), membre.
M. AWESSO Atiyihwè, Maître de Conférences en Anthropologie
sociale, Université de Lomé (TOGO), directeur de thèse.
M. ATCHRIMI Tossou, Maître de Conférences en Sociologie de
la Santé, Université de Lomé (Togo), membre.

21 avril 2018

SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	i
DEDICACE.....	ii
REMERCIEMENTS	iii
SIGLES ET ABREVIATIONS	iv
RESUME.....	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCTION GENERALE.....	1
PREMIERE PARTIE : ANALYSE DU CONTEXTE ET DU PROBLEME DE RECHERCHE.	55
Chapitre 1 : ANALYSE DU CONTEXTE.....	57
Chapitre 2 : RECOURS A LA MEDECINE TRADITIONNELLE PAR LES POPULATIONS DU GRAND LOMÉ.....	85
Chapitre 3 : DISCUSSIONS ET ANALYSE.....	114
DEUXIEME PARTIE : PROJET D’INTEGRATION EFFECTIVE DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE DANS LE SYSTEME DE SANTE	143
Chapitre 4 : CONTEXTE GENERAL DU PROJET	145
Chapitre 5 : CONTEXTE SANITAIRE	167
Chapitre 6 : INTEGRATION DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE DANS LE SYSTEME SANITAIRE PAR LA VULGARISATION DES PRATIQUES PROBANTES.....	198
CONCLUSION GENERALE	232
BIBLIOGRAPHIE	239
REFERENCES WEBOGRAPHIQUES	258
ANNEXES	260
LISTE DES CARTES	308
LISTE DES FIGURES	308
LISTE DES PHOTOS	309
LISTE DES TABLEAUX	310
LISTE DES ANNEXES	312
INDEX DES AUTEURS.....	314
GLOSSAIRE DES MOTS LIES AUX MODELES DE RECHERCHE	318
TABLE DES MATIERES.....	322

DEDICACE

A ta mémoire Mba

A ta mémoire Nna

REMERCIEMENTS

Le travail bien fait est une valeur que nous avons toujours défendue. Nous ne pouvons certes pas être acteur et juge. Mais nous sommes convaincus que si nous avons pu achever ce travail, c'est grâce au concours de nos encadreurs, de notre famille, de nos amis, de nos collègues, des enquêteurs, des enquêtés. Nous ne saurons citer tout le monde. Qu'ils acceptent nos sincères reconnaissances.

Nos premiers remerciements vont à Dieu, qui nous a permis d'achever ce travail en bonne santé et dans les bonnes conditions alors qu'à un moment nous commençons à perdre espoir.

Nos gratitude à notre Directeur de thèse, Monsieur AWESSO Atiyihwè, Maître de Conférences, qui a pris l'engagement de conduire ce travail jusqu'à son terme. Il ne s'est pas dérogé à nous ouvrir sa bibliothèque et à nous intégrer dans l'équipe de chercheurs anthropologues composée de maîtres assistants, des assistants et des doctorants. Que toute cette équipe accepte nos sincères remerciements.

Notre gratitude au Professeur KADANGA Kodjona, Directeur Général de l'Institut Régional d'Enseignement Supérieur et de Recherche en Développement Culturel (IRES-RDEC). Par son biais, nous remercions tout le corps professoral et tout le personnel administratif.

Nos gratitude aux membres du jury qui ont accepté apporter leurs appréciations sur ce travail. Ces appréciations nous aideront sans nul doute à améliorer et à être plus performant.

Nos reconnaissances vont également aux enseignants chercheurs de l'Université de Lomé. Nous citons entre autres : Monsieur SOKEMAWU Koudzo, Maître de Conférences au Département de Géographie, Monsieur MAYEDA Ningui Wénsowa, Maître Assistant au Département d'Histoire. Ils ont accepté malgré leurs multiples occupations, et le thème de thèse qui ne relève pas de leur intérêt pédagogique, à lire et relire ce travail pour apporter des contributions de fond et de forme.

Nos sincères remerciements à notre épouse et à nos enfants. Qu'ils trouvent dans ce travail le fruit de l'amour que j'ai pour eux. Nous n'oublions pas nos frères, nos sœurs, nos collègues et tous nos amis. Qu'ils acceptent nos gratitude les plus sincères.

SIGLES ET ABREVIATIONS

ANRP :	Autorité Nationale de Réglementation Pharmaceutique
CAMEG :	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Génériques
CCNMO	Centre de Collaboration National des Méthodes et Outils
CEDEAO	Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CEMETRA	Centre de la Médecine Traditionnelle Appliquée
CERFOPLAM	Centre de Recherche et de Formation sur les Plantes Médicinales
CHR :	Centre Hospitalier Régional
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CMS :	Centres Médico-Sociaux
CRAO	Centre Régional d'Appareillage Orthopédique
CRDI	Centre de Recherche et le Développement International
CRTS	Centre Régional de Transfusion Sanguine
DDS :	District de la Santé
DDL	Degré de Liberté
DGSCN	Direction Générale des Statistiques et de la Comptabilité Nationale
DPLM :	Direction de la Pharmacie, des Médicaments et des Laboratoires
DPS :	Direction Préfectorale de la Santé
DRS :	Direction Régionale de la Santé
EDST :	Enquête Démographique et de Santé –Togo
FS :	Formation Sanitaire
FFOM	Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces (FFOM ou SWOT)
GTAVMT/TOGO	Groupe Technique d'Appui pour la Valorisation de la MT du Togo
HD :	Hôpital de District (ou hôpital de préfecture)
HP :	Hôpital de Préfecture (ou hôpital de district)
IDH :	Indicateur de Développement Humain
INH :	Institut National d'Hygiène
INSEED :	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques et Démographiques
IOV :	Indicateur Objectivement Vérifiables
IRES RDEC	Institut Régional d'Enseignement Supérieur et de Recherche en Développement Culturel
MILDA :	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action
MM :	Médecine Moderne
MT	Médecine Traditionnelle
OCDI :	Organisation de la Charité pour un Développement Intégral
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
ORL :	Oto-rhino-laryngologie
PDFDP	Prise de Décision Fondée sur les Données Probantes
PECR	Population, Exposition, Comparaison et Résultat
PIB :	Produit Intérieur Brut
PICR	Population, Intervention, Comparaison et Résultat
PMA :	Paquet Minimum d'Activité
PMI :	Protection Maternelle et Infantile
PMP :	Paquet Minimum de Personnel
PNS :	Politique Nationale de Santé
PNDS :	Plan National de Développement Sanitaire

PNUD :	Programme des Nations Unies pour le Développement
PTME :	Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
QUIBB :	Questionnaire Unifié des Indicateurs de Base du Bien être
RS :	Représentation Sociale
SARA :	Service Availability and Readiness Assessment
SCAPE :	Stratégie de Croissance Accélérée et de Promotion de l'Emploi
SIDA :	Syndrome d'Immuno Déficience Acquis
S.N	Sans Nom ; l'enquête n'a pas donné son nom
SPFDP	Santé Publique Fondée sur les Données Probantes
SPFP	Santé Publique Fondée sur les Preuves
SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats (FFOM ou SWOT)
UEMOA :	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UNICEF :	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USP :	Unité de Soins Périphériques

RESUME

Au Togo, comme partout en Afrique Subsaharienne, les populations s'engouent pour la médecine traditionnelle (MT). Les statistiques estiment entre 80 et 85% des populations de l'Afrique Subsaharienne qui y ont recours. Cet engouement incite à mieux connaître cette médecine et à comprendre davantage les raisons. Le présent travail contribue à cet objectif. Il présente la particularité d'apporter davantage d'éclaircissement sur les éléments explicatifs de l'admiration que portent les populations du Grand Lomé à la MT et de contribuer, à travers un Projet de développement, à la résolution du problème social que pose cet engouement.

Dans cette optique, un guide de collecte de données a été administré à 210 « non praticiens de la médecine traditionnelle » et 22 « praticiens de la médecine traditionnelle ». La collecte a été faite en suivant une approche multi-méthodologique. Les données ont été traitées par Excel, SPSS et « analyse de contenu ». Elles ont été ensuite analysées avec la théorie des représentations sociales, la théorie du noyau central, les statistiques descriptives. Les différents résultats sont convergents. Les éléments cognitifs et sociaux suivants : *organes de plantes, us et coutumes, efficacité, dangerosité, animisme, moins cher, mensonge/tromperie/escroquerie, naturel* sont les principaux prescripteurs de la thérapie traditionnelle chez les usagers. Sur le plan statistique, 60,3% des usagers ont déclaré que la satisfaction et l'efficacité les guident vers la MT. Ils sont aussi relativement nombreux (14,18%) à déclarer que les échecs thérapeutiques de la médecine moderne les conduisent vers la MT. Les « non usagers » par contre rechignent à recourir à la MT à cause des *organes de plantes* et *dangerosité*. D'autres éléments dits périphériques guident aussi bien le choix des « usagers » et des « non usagers ». Par rapport aux variables sociodémographiques et culturelles, les tests statistiques renseignent que les populations choisissent la MT sans distinction de sexe, d'âge, de catégorie socioprofessionnelle et de religion. Mais le niveau scolaire participe faiblement à ce choix.

Un Projet de cohabitation de la médecine moderne et de la MT est proposé après analyse des problèmes et des objectifs. Ce Projet a l'avantage de répondre aux besoins des « usagers » et de formaliser l'intégration effective de la MT dans le système de santé au Togo.

Mots clés : Engouement, Santé, Recours, Représentation sociale, Grand Lomé.

ABSTRACT

In Togo, people are becoming increasingly involved in traditional medicine (TM). Between 80 and 85% of the populations of Sub-Saharan Africa is estimated to benefit from it. The purpose of this work is to have a better understanding of this type of medicine and the reasons for the fascination. It will look at shedding more light on factors contributing to the high interest of TM among the population of Grand Lomé and to gather strategies to solve the social issues it generates.

With this in mind, a research study was prepared to sample 210 "non-users of traditional medicine" and 22 "users of traditional medicine". The data collection was undertaken using a multi-methodological approach. The data was processed by Excel, SPSS and "content analysis". They were then analyzed with the theory of Social Representations, Central Core theory, descriptive statistics. The different results are convergent. The following cognitive and social factors are the main prescribers of traditional therapy among users: plant organs, habits and customs, efficiency, toxicity, animism, affordable, lie / deceit / fraud, natural. Statistically, 60.3% of users state that satisfaction and efficiency lead them to TM. A relatively larger number of the users (14.18%) also claim that the therapeutic failures of modern medicine made them choose MT. Non-users, on the other hand, are reluctant to use MT because of plant organs and safety reasons. There are other additional peripheral elements involved in the choice of both "users" and "non-users". Taking into account socio-demographic and cultural factors, statistics indicate that the choice of MT is irrelevant of their age, sexual, religious and socio economic backgrounds. However, academic levels play a significant but minimal role in these choices.

An initiative to integrate both modern medicine and MT was proposed after analysis of the problems and objectives. This project has the advantage of meeting the needs of "users" and to effectively formally introduce TM to the health system in Togo.

Keywords: Interest, Health, Therapy, Social Representation, Grand Lomé.

INTRODUCTION GENERALE

Le présent document est le résultat d'une recherche-action. Il comprend une introduction générale, deux grandes parties et une conclusion générale. L'introduction aborde le contexte du sujet de recherche et la problématique. A la suite, il est présenté le cadre littéraire, conceptuel et théorique. La méthodologie de collecte des données, les techniques de traitement et les difficultés rencontrées sont décrites. Les deux grandes parties sont annoncées à la fin de l'introduction.

I.1. JUSTIFICATION DU THEME ET PROBLEMATIQUE

Le sujet de la recherche a été choisi suite à des constats et des observations. Les raisons de ce choix et la problématique développée sont déclinées ci-après.

I.1.1 Justification du thème

Les services et soins de la MT sont très sollicités par les populations (Fanidji, 2006). On entend par médecine traditionnelle : l'ensemble de toutes les connaissances, techniques de préparation et d'utilisation de substances, mesures et pratiques en usage, explicables ou non à l'état actuel de la science, qui sont basées sur les fondements socioculturels et religieux des collectivités togolaises, qui s'appuient sur les expériences vécues et les observations transmises de génération en génération et qui servent à diagnostiquer, prévenir ou éliminer un déséquilibre du bien-être physique, mental, social ou spirituel.¹ On observe que 85% de la population en Afrique subsaharienne ont recours à cette médecine traditionnelle (UNESCO, 2010). Cette forte demande n'est certainement pas fortuite. Cette médecine regorge de potentialités, de secrets utiles pour la santé de l'homme, des intérêts et des motifs de satisfaction pour les malades qui lui font confiance². Ses mérites sont reconnus par des institutions et les travaux scientifiques (Tossou et *al.*, 1995; Tchabi et *al.*, 2013; OMS, 2002; Union Africaine, 1999).³

Cependant, les accompagnements techniques, scientifiques et institutionnels pour la soutenir sont très insuffisants et loin d'être considérés comme une volonté manifeste à l'intégrer

¹Article 245 de la loi n°2009-007 du 15 mai 2009 portant Code de la santé de la République Togolaise. La même définition est donnée à l'article n°1 de la loi N°2001-017 du 14 décembre 2001 relative à l'exercice de la médecine traditionnelle au Togo. Cette loi regroupe les praticiens de la MT en quatre catégories à savoir les tradithérapeutes, les accoucheuses traditionnelles, les herboristes et les médico-droguistes (ANNEXE 23).

²Assemblée Générale Constitutive, 2014.

³ Aux travaux scientifiques s'ajoutent ceux d'Adjanohoun *et al.* (1986), Ministère de la santé (1985), Ahyi (1993), Hodouto *et al.* (1985), Koumaglo *et al.* (1992), Koudouvo *et al.* (2011b), Koudouvo K. *et al.* (2011), Koumaglo *et al.* (2004), Hele *et al.* (2014), Dotsu (2004), Fanidji (2006) et bien d'autres encore.

effectivement dans le système de santé. En effet, au Togo, la pharmacopée traditionnelle est reconnue par l'Etat depuis le 15 décembre 1975. En 1991, un Service National de la MT⁴ a été créé au sein du ministère de la santé. En 2001, la pratique de la MT est légalement reconnue au Togo⁵. Dans presque toutes les localités, des associations de praticiens de la MT sont créées. Elles se sont regroupées en 2008⁶, en une Fédération Togolaise des Praticiens de la MT. Cette fédération et les associations qui la composent sont peu fonctionnelles⁷. En 2009, la reconnaissance et l'importance de la pratique de la MT sont légitimées par la loi portant code de la santé⁸ du Togo. La même année, un cadre d'interdisciplinarité entre médecines moderne et traditionnelle regroupant les praticiens de la MT, les chercheurs universitaires, les pharmaciens, les agronomes, les religieux et autres acteurs de santé a été créé. Ce cadre est dénommé Centre Omni thérapeutique Africain (COA). Il est la première structure sanitaire de large interdisciplinarité au monde et premier centre africain de formation en médecine alternative (Centre Omnithérapeutique Africain, 2015). En mars 2012, un Groupe Technique d'Appui pour la valorisation de la MT du Togo (GTAVMT/TOGO)⁹ a été mis sur pied. Il est constitué de praticiens de la MT, des agents du ministère de la santé, des médecins conventionnels et des chercheurs de l'Université de Lomé. La même année, un Centre préfectoral de la MT Appliquée au Togo (CEMETRA) a été officiellement ouvert¹⁰. En 2017, le ministère de la santé a pris deux arrêtés d'application de la loi portant code de la santé. Le premier fixe les critères de reconnaissance des praticiens de la MT et les conditions d'exercice de la pratique. Le second porte sur les conditions de délivrance des autorisations de mise sur le marché des médicaments issus de la MT¹¹.

Par ailleurs, Dr Chan Margaret¹², soutient que les deux médecines peuvent se compléter harmonieusement et utiliser leurs meilleures caractéristiques pour compenser les points faibles

⁴ Selon le nouvel organigramme et l'arrêté n°0021/2013/MS/CAB/SG portant organisation des services du ministère de la santé, le service est érigé en Division de la médecine et pharmacopée traditionnelles.

⁵ Loi 2001-017 du 14 décembre 2001 relative à l'exercice de la médecine traditionnelle au Togo.

⁶ Créée le 16 Mai 2008, les guérisseurs recensés sont environ 5000.

⁷ Selon les déclarations de certains praticiens de la MT enquêtés. Les querelles internes, l'absence de réunion minent le fonctionnement et divisent les membres au sein des corporations.

⁸ Loi n°2009-007 du 15 mai 2009 portant Code de la santé de la République Togolaise.

⁹ Ce groupe a pour rôle d'appuyer le ministère de la Santé pour la revalorisation de la médecine traditionnelle, de proposer des solutions aux problèmes qui empêchent la promotion de la médecine traditionnelle.

¹⁰ Le centre a été inauguré par le Ministre de la Santé le 31 août 2012 lors de la journée africaine de la MT.

¹¹ Arrêté N°193/MSPS/CAB/SG/DGAS/DPLM et Arrêté N°194/MSPS/CAB/SG/DGAS/DPLM du 03/11/2017.

¹² Dr Chan Margaret, Directeur général de l'OMS entre 2007 et 2017, *Allocution au Congrès de l'OMS sur la médecine traditionnelle*, Beijing, novembre 2008, Genève, Organisation mondiale de la Santé.

de chacune. Mais, cela ne va pas se faire automatiquement. Des décisions politiques délibérées doivent être prises et il est possible de les prendre avec succès.

Au Togo, malgré la relative abondance des travaux scientifiques¹³, force est de constater que la MT est peu intégrée dans le système de santé togolais. Les évidences scientifiques qui existent sur certains matériaux qu'utilisent les praticiens de la MT togolaise ne sont pas diffusées et exploitées. Ce constat a été déjà fait des années plus tôt par un auteur togolais. Il déplorait : « *que malgré les informations très utiles dévoilées par cette étude¹⁴, ses résultats ne soient pas utilisés à bon escient par les autorités nationales pour promouvoir la médecine traditionnelle* » (Fanidji, 2006 : 21). Les bonnes pratiques et les évidences scientifiques de la MT togolaise sont ignorées sinon peu vulgarisées.

Dans ce contexte, il est important d'apporter des réponses à certaines questions et des solutions aux différents problèmes. C'est dans cette optique que la problématique du présent travail est abordée.

I.1.2 Problématique

La problématique est structurée en problème de recherche, en questions de recherches, en hypothèses et objectifs.

I.1.2.1 Constats et énoncé du problème

Dans les médias, dans les rues, dans les boutiques, dans les officines pharmaceutiques, dans les maisons, sur les étalages des marchés publics (comme l'indiquent la Photo I-1-1, la Photo I-1-2 et la Photo I-1-3), on observe un phénomène lié à la médecine traditionnelle. Les publicités sonores, les ventes à la criée (Photo I-4), les vendeurs ambulants et les encarts publicitaires des plantes médicinales, des médicaments à base d'organes de plantes ou d'animaux, sont légion. La MT est présente partout au Togo. Les populations s'y adonnent. Hormis les avantages, la pratique n'est pas sans risque. Les populations font face à des risques de tous ordres liés aux faux médicaments traditionnels, aux faux praticiens de la MT, à l'utilisation non maîtrisée des

¹³ Les travaux en sciences humaines et sociales sur la MT sont moins nombreux. Les articles et les thèses ne sont pas légion. Mais les mémoires foisonnent.

¹⁴ Il s'agit d'une étude réalisée au Togo par le Ministère de la Santé, des Affaires Sociales et de la condition féminine (1985).

médicaments et des pratiques traditionnels de soins. D'autres risques non sanitaires sont la déforestation, la disparition de certaines espèces animales et le déséquilibre écologique. Malgré les risques, elles continuent par déboiser (Atchrimi, 2017) à cause des considérations socioculturelles et des besoins liés à la survie.

PHOTO I-1-1 : ACHALANDAGE DES PLANTES, DES RACINES ET DES HERBES MEDICINALES DANS UN MARCHÉ PAR UN HERBORISTE¹⁵



Source : AKPO GNANDI O., photo de terrain, avril 2018

NB : Sur la photo ci-dessus, un client se présente à l'herboriste pour acheter une plante médicinale.

PHOTO I-1-2 : ACHALANDAGE DES PEAUX ANIMALES PAR UN MEDICO-DROGUISTE¹⁶



Source : AKPO GNANDI O., photo de terrain, avril 2018

¹⁵ Un herboriste est la personne qui connaît les usages des plantes médicinales et qui les vend.

¹⁶ Un médoco-droguiste est la personne qui connaît les usages des substances médicinales d'origine animale ou minérale et qui les vend.

NB : La photo ci-dessus présente une variété de peaux animales destinées à soigner. Le médicodroguiste, dispose également des ossements qu'il propose aux clients.

PHOTO I-1-3 : LES MEDICAMENTS A BASE D'ORGANES DE PLANTES OU D'ANIMAUX VENDUS DANS LES MARCHES



Source : AKPO GNANDI O., photo de terrain, avril 2018

NB : La photo ci-dessus présente des médicaments déjà préparés et des racines médicinales en vente dans un marché.

PHOTO I-4 : VENTE DE MEDICAMENTS TRADITIONNELS A LA CRIEE DANS LES VEHICULES



Source : AKPO GNANDI O., photo de terrain, avril 2018

NB : Les véhicules circulent dans les quartiers, dans les marchés pour vendre à la criée des médicaments traditionnels. Ces médicaments sont souvent conditionnés dans les bouteilles. Les posologies sont indiquées parfois sur les emballages.

Les pratiques et les méthodes que cette médecine utilise qui attirent tant les populations doivent, de ce fait, être élucidées et bien analysées. La qualité et l'efficacité des médicaments doivent être bien vérifiées. L'engouement que suscite cette médecine doit être expliqué. Le comportement des populations et les relations entre usagers et praticiens de la MT doivent être mieux compris. Les recherches doivent être exhaustives. Les problèmes de société que soulève cette médecine doivent être résolus.

Dans cette optique il est constaté que les résultats des recherches dans les sciences de la vie liées à la MT ne sont pas suffisamment exploités pour la santé des populations¹⁷. Ces recherches ont porté sur les plantes, sur les recettes chimiques des médicaments traditionnels, sur l'innocuité et la toxicité de ces médicaments, sur l'efficacité des principes actifs, sur l'identification des molécules, etc. (Anani et al., 2000; Darré et al., 2014; Denou, 2011; Agbonon et al., 2005)¹⁸. A titre d'exemple, Darré et al. (2014) ont vérifié l'effet de la gousse d'*Acacia nilotica* sur la cicatrisation cutanée des plaies de brûlure. Cette gousse est souvent utilisée par les praticiens de la MT togolaise pour soigner les plaies. Ils ont conclu, après des expériences sur des rats, que ladite gousse possède des propriétés anti inflammatoires et cicatrisantes ; elle accélère significativement la cicatrisation des plaies de brûlure.

Le ministère en charge de la Santé (1985) a conduit aussi une étude qui est certes ancienne, mais garde toujours son importance. Elle a révélé que certains organes de plantes utilisés par les praticiens de la MT togolaise ont les mêmes propriétés que les médicaments utilisés en médecine moderne. Les vertus de ces organes ont été testées sur des infections sexuellement transmissibles (IST) comme la leucorrhée, les troubles ovariens, les maladies vénériennes, etc. Les résultats de ces tests sont concordants. Ces recherches et bien d'autres encore en sciences de la vie peuvent servir aussi bien la MT que la MM.

¹⁷ Plusieurs recherches confirmant l'efficacité des plantes utilisées dans la médecine traditionnelle togolaise ont été réalisées au Centre de Recherche et de Formation sur les Plantes Médicinales (CERFOPLAM) de l'Université de Lomé.

¹⁸ Atakpama et al. (2014), Gbekley et al. (2015), Effo et al. (2014), Gbogbo et al. (2013), Kounouchi et al. (2014). Voir d'autres travaux en sciences de la vie sur la MT togolaise à la note de bas de page N° 3 ci-dessus et au § 5.2.8 Médecine traditionnelle au Togo. Tous ces travaux ont porté sur les plantes et herbes utilisées par la MT togolaise.

En sciences humaines et sociales, au Togo, on sait peu de choses sur les relations entre usagers et praticiens de la MT, les préoccupations et la satisfaction des usagers, les motivations des praticiens de la MT, ainsi que le profil des usagers de cette médecine. On peut résumer en disant qu'au Togo, les articles scientifiques et les thèses en sciences humaines et sociales portant sur la médecine traditionnelle togolaise ne sont pas légion. Des années plus tôt, Fanidji (2006 : 56) lors de son travail anthropologique portant sur la MT et la Santé de reproduction faisait la même remarque : « ...*de nombreux documents existent qui traitent de la médecine des IST et du VIH/SIDA, très peu sur la médecine traditionnelle* ».

Dans le cadre de ce travail, les écrits scientifiques en sciences humaines et sociales (thèses et articles scientifiques) consultés qui ont un lien direct ou indirect avec la MT togolaise et la représentation sociale de la maladie ont porté sur :

- les maladies que soignent les praticiens de la MT, sur les représentations culturelles des maladies qui conduisent parfois vers la MT (Dassa et *al.*, 2010a; Dassa et *al.*, 2010b; Amenyedzi, 2000; Dotsu, 2004) ;
- l'influence de la pauvreté et de la maladie et l'accès aux soins de santé obligeant certaines couches à faire recours à la MT (Kpassagou, 2014; Kouassi, 2008).

Il est important de nuancer la rareté des travaux scientifiques en sciences humaines et sociales portant sur la MT togolaise. Car, si les articles et les thèses sont peu nombreux, les travaux de mémoire sur la MT togolaise foisonnent. Ces mémoires¹⁹ ont l'avantage d'avoir traité divers sujets liés :

- aux comportements de la population face à la MT ;
- aux connaissances des effets et des phénomènes sociaux de la MT ;
- aux types de maladies que la MT peut guérir ;
- aux appréciations des populations sur les praticiens de la MT ;
- aux propositions de solution en vue d'assurer une bonne qualité de la MT ;
- à l'engouement de la population pour la MT, etc.

¹⁹ Quelques auteurs de ces travaux de mémoire sont : Fanidji (2006), Djetebe (2002), Akakpo (2009), Kétéhouli (2009), Dotsu (2004), Kola (2010), Nabine (2005), Aziamado (2008), Ezao (2011).

La particularité de tous ces travaux de mémoire est qu'ils ne sont pas assez exhaustifs. Et c'est d'ailleurs la vocation des mémoires qui n'attendent que d'être approfondis. Ils sont un développement et une démonstration de la maîtrise des concepts, des théories et des données nécessaires pour une recherche ultérieure plus approfondie (Antonius, 2007).

Ce travail s'inscrit, entre autres, dans la logique d'approfondissement des travaux de mémoires antérieurs susmentionnés. Il constitue une suite de ces travaux. Il aborde les différents sujets avec des approches différentes, fondées sur les statistiques et les représentations sociales de la MT. Il va au-delà des résultats de ces travaux précités en répondant de manière beaucoup plus exhaustive aux questions qui sont toujours sans réponses. Il vient aussi agrandir le répertoire des travaux (thèses, articles, etc.) existants en sciences humaines et sociales au Togo qui portent sur la MT. Enfin, ce travail pourra servir à d'autres chercheurs qui souhaitent aborder certains aspects en utilisant d'autres approches ou techniques de recherche.

Suite à cet énoncé du problème, des questions de recherche sont posées.

1.1.2.2 Questions de recherche

La question principale vise à comprendre le recours massif à la MT par les populations du Grand Lomé. Elle est formulée :

- Qu'est-ce qui explique le recours à la médecine traditionnelle dans le Grand Lomé ?

Elle est ensuite déclinée en questions spécifiques :

- Question n°1 : Quels sont les éléments des représentations sociales des populations du Grand Lomé qui influencent le recours à la MT ?
- Question n°2 : Quel est le profil sociodémographique des usagers qui est en lien avec le recours à la MT ?

De ces questions découlent des réponses provisoires (hypothèses) qui expliquent l'admiration pour la thérapie traditionnelle.

1.1.2.3 Hypothèses de recherche

Ce travail étant une recherche-action, il s'est d'une part appesanti à vérifier des hypothèses et à comprendre le problème. D'autre part, il essaie d'apporter une solution au problème social que soulève l'objet de la recherche en l'occurrence la MT. Ces hypothèses empiriques sont organisées en hypothèse principale et hypothèses secondaires.

Hypothèse principale : le recours des populations du Grand Lomé à la MT est favorisé par des facteurs culturels, cognitifs et socio- démographiques.

L'hypothèse principale est déclinée en deux hypothèses secondaires :

- hypothèse secondaire n°1 : les croyances, les opinions que les populations se font, les orientent vers la MT.
- hypothèse secondaire n°2 : les variables sociodémographiques sont déterminantes dans le choix de la MT en cas de maladie.

Les hypothèses sont vérifiées sur la base des objectifs scientifiques de recherche.

1.1.2.4 Objectifs scientifiques

Dans l'optique de vérifier les hypothèses, des objectifs de recherche sont fixés. A l'instar des hypothèses, ils sont déclinés en un objectif général et deux objectifs spécifiques.

L'objectif général est : rechercher chez les populations du Grand Lomé, les éléments des représentations sociales de la MT et les variables sociodémographiques qui influencent²⁰ le recours à la MT.

Afin d'atteindre cet objectif général, des objectifs spécifiques doivent être réalisés. Ils sont :

- objectif spécifique n°1 : Connaître chez les populations du Grand Lomé, les éléments culturels et cognitifs explicatifs de l'engouement pour cette médecine.

²⁰ Cette influence rappelle la notion de *dynamique* en physique-mécanique, ou en économie. Notion qui fait référence aux relations entre les forces et les mouvements qu'elles engendrent ou l'ensemble des forces qui accélèrent un processus.

- objectif spécifique n°2 : Trouver le lien de dépendance entre le profil sociodémographique (âge, sexe, profession, éducation scolaire et religion) et le recours à la MT.

La compréhension de la problématique a été facilitée par la revue littéraire portant sur le sujet.

I.2 CADRE LITTÉRAIRE, CONCEPTUEL ET THEORIQUE

Dans le but de comprendre le contexte littéraire de ce travail, les écrits et les théories qui ont porté sur les travaux similaires ont été consultés. De même, il apparaît nécessaire de donner la définition contextuelle de certains concepts indispensables.

I.2.1 Revue de la littérature

Dans la littérature, plusieurs écrits ont porté sur la MM et la MT. Ces articles et ouvrages enseignent que la MT a toujours existé. Elle a résisté au temps et occupe toujours une place de choix auprès des usagers nostalgiques.

I.2.1.1 Médecine « non conventionnelle » versus médecine « conventionnelle »

La médecine moderne dite conventionnelle, fondée sur les pratiques précises et sophistiquées n'est pas née comme telle. Elle a subi une dynamique, et a évolué au fil du temps à partir des pratiques peu conventionnelles. Les techniques pour soigner les maladies existent depuis la nuit des temps. Les anthropologues, sur la base des tribus primitives ont révélé que depuis toujours, les maladies faisaient objet de traitement : « *Les plantes, les animaux et les minéraux constituent les principales ressources naturelles utilisées par l'homme pour la promotion, la prévention, le traitement et la réadaptation dans le domaine de la santé* » (Union Africaine, 1999 : 3). Certains traitements n'étaient pas efficaces. De nos jours, la situation n'a pas changé. Les thérapies sont aléatoires et varient d'un guérisseur à un autre (Houeto, 2005). Ces situations sont encore vivaces en Afrique surtout dans les zones rurales et ne vont pas à l'avantage de cette science traditionnelle et culturelle (Desplats et al., 2011). Il « *y a une confusion totale entre la sémiologie, la nosologie et l'étiologie, et la maladie présente toujours un sens qu'il faut déchiffrer pour pouvoir la guérir...Il y a des maladies naturelles, des maladies surnaturelles ou magico-religieuses* » (UNESCO, 2010 : 6).

Les causes des maladies, leur classification, leurs symptômes sont confus et difficiles à distinguer. Dans un de ses ouvrages, Freidson (1984) confirmait que la maladie peut ou non être réelle du point de vue biologique. Des maladies ordinaires traitées de manière efficace par la médecine moderne sont considérées parfois de surnaturelles (Bourdier, 1996). Elles sont aussi attribuées aux ancêtres (Djassoa, 1988; Kpassagou, 2014; Jacquemot, 1996; Kagambega, 2010). On dit aussi qu'elles proviennent de la mauvaise foi d'un parent (Desclaux, 1996). Les véritables vecteurs de maladies peuvent être les sorciers et les djinns (Epelboin, 1996). Ces djinns sont en général considérés comme des créatures maléfiques qui attaquent et provoquent des maladies difficiles à guérir (Jacquemot, 1996). Ces maladies dites surnaturelles sont traitées par les incantations, les danses, les offrandes, les pratiques magiques, les amulettes. Parfois elles sont soignées par des pratiques douloureuses (bastonnade, astreinte à la famine, ligotage, etc.). Dans ce cas, on essayait de rendre le corps du patient inhospitalier au mauvais esprit. Certaines techniques de soin qui « *consistent en une manipulation du « qi vicié » (xieqi)²¹ du patient par le qi sain, puissant et bénéfique du maître ; celle-ci est rendue plus efficace par l'usage d'objets marqués symboliquement, comme des éléments de la nature ou des icônes, et par la répétition des paroles ou de sons comme des incantations. Le principe est de retirer l'agent pathogène* » (Micollier, 1996 : 199). D'autres pratiques de soins consistent à faire des emplâtres à base d'un mélange de bouse de vache, de tabac, des plantes macérées dans la bière du sorgho ; ou à soigner le mal d'oreille par l'urine de chien. Chaque clan soigne selon l'explication qu'il donne aux symptômes. On soigne en fonction des recours disponibles dans son environnement, de ses moyens financiers et des conseils de voisins et d'amis (Desplats et al., 2011).

La torture et la magie n'étaient pas, bien entendu, les seules pratiques de guérison. Des traitements plus pacifiques et efficaces existaient. On pratiquait par exemple le nettoyage, la cautérisation, le cataplasme, les sutures, l'utilisation de purgatifs, de laxatifs et d'émétiques. De ces pratiques et expériences sont tirés de grands succès qui sont utilisés de nos jours²². Cette évolution vers la modernité a été perceptible depuis le 16^{ème} siècle²³. Elle a progressivement évolué pour donner naissance à une « médecine conventionnelle » (encore appelée occidentale

²¹Xieqi désigne une influence néfaste ; xie signifie maléfique, malfaisant (Micollier, 1996).

²²(Microsoft ® Encarta ® 2009. © 1993-2008 Microsoft Corporation. Tous droits réservés) et <https://fr.wikipedia.org/wiki/Médecine> consulté le 24 juin 2015 à 11h36 TU.

²³ En 1543, la publication du traité d'anatomie De Humani Corporis Fabrica (la Fabrique du corps humain) par l'anatomiste flamand André Vésale constitue un événement déterminant de l'histoire médicale (Microsoft ® Encarta ® 2009. © 1993-2008 Microsoft Corporation. Tous droits réservés).

ou moderne). A la différence de la première, la seconde tire sa légitimité des preuves scientifiques et biologiques. Il faut en effet, une compétence scientifique pour la pratiquer. Le processus médical suit un processus rigoureux passant de l'étiologie, à la pathogénie, à la physiopathologie, à la sémiologie, au diagnostic et la thérapeutique. Elle se fonde sur des disciplines théoriques, dont la biophysique, la biochimie, la physiologie, la physiopathologie, la microbiologie, la pharmacologie qui sont nées après plusieurs expériences rationnelles²⁴. Plus précisément, cette médecine « conventionnelle » tire son origine de l'expérience des anciennes pratiques traditionnelles dont certaines ont résisté au temps. Ces dernières qui ne sont pas rationnelles constituent la médecine « non conventionnelle » ou « médecine traditionnelle » (OMS, 2013). Elle est associée dans les différents pays à des mots qui parfois portent confusion et dissuadent les usagers.

1.2.1.2 Médecine « non conventionnelle » dans les pays développés : le débat de terminologie et de psychologie

Dans certains pays on parle de « médecine parallèle », de « médecine complémentaire », de « médecine naturelle », de « médecine alternative » ou de « médecine douce ». Toutes ces appellations sont des synonymes et s'opposent dans leur pratique à la « médecine conventionnelle » qui est aussi appelée « médecine moderne » ou « médecine occidentale ». Une panoplie de terminologies qui suscite des débats surtout dans les pays développés. Les débats qui tendent à favoriser une pratique au détriment de l'autre et à semer parfois le doute chez les patients quant à l'efficacité de la pratique « non conventionnelle ». Pour trancher, la communauté européenne a adopté la terminologie de « médecine non conventionnelle »²⁵. Ce choix pour faire la nette distinction entre la médecine qui tire sa source de la culture des peuples et celle basée sur les preuves scientifiques. Ce choix permet aussi de mettre la différence entre la pratique intégrée de facto dans le système de santé de tous les pays et les pratiques de substitution qui n'y sont pas toujours intégrées de manière effective (OMS, 2000).

Les détracteurs de la médecine « non conventionnelle » préfèrent appeler ces pratiques médicales de « pseudo-médecine ». La « pseudo-médecine » est antinomique à la « médecine conventionnelle ». Le mot « pseudo » qui est le diminutif de « pseudonyme » fait référence à un emprunt d'identité dans le but de dissimuler sa propre identité. Par conséquent une « pseudo-

²⁴ (Wikipédia, 2015) consulté le 24 juin 2015.

²⁵ (Wikimedia Foundation Inc, 2015), consulté le 22 juin 2015.

médecine », n'est pas une médecine. Elle se prétend comme telle. Un véritable cheval de Troie pour s'intégrer dans la médecine moderne. À l'évidence, c'est la question de la légitimité scientifique et le discours sur l'efficacité qui reviennent le plus souvent. La biomédecine, face aux médecines non validées scientifiquement, choisit donc généralement une attitude de déni (Cathebras, 1996). Ainsi, chez les patients, le choix thérapeutique entre ce qui est scientifique et ce qui ne l'est pas est clair.

Les détracteurs de la MT ignorent la théorie selon laquelle ce qui est scientifique peut ne pas être efficace et être rejeté par la population comme en Tahiti (Lemaitre, 1996) ; et ce qui est efficace peut ne pas avoir une origine scientifique avérée²⁶. Dans une autre optique, Illich (1975) soutient qu'en s'appropriant tous les aspects de la vie au nom de la science, on impose un mode de pensée unique. Cette attitude fragilise les cultures locales et les pratiques qui les soutiennent. D'ailleurs, l'histoire de la médecine rappelle, à travers les écrits de Freidson (1984) que des idées médicales d'aujourd'hui sur la maladie sont différentes de celles de la médecine "moderne" d'hier. Certaines idées de la médecine "moderne" de demain contrediront celles d'aujourd'hui. La médecine moderne évolue par pallier et donc rien n'est sûr qu'elle soit une vérité absolue, incontestable.

Le débat de terminologie, de déni et de discrimination de la MT n'est pas forcément à l'avantage de la médecine moderne. Ce débat n'affecte pas le choix des patients. La preuve, dans les pays dits développés, au moins 80% de la population ont eu recours une fois à la « médecine non conventionnelle » (UNESCO, 2010). Les populations qui ont recouru à cette pratique ancestrale sont de 76% à Singapour, 84% au Japon et 86% en République de Corée (OMS, 2013). Au Canada la proportion est de 70%, en France de 49%, en Australie 48 % et aux Etats-Unis de 42% (OMS, 2002).

Dans cette situation de forte préférence de la population à la « médecine non conventionnelle », certains pays développés n'ont pas hésité à intégrer cette médecine dans la couverture universelle de santé. Les frais de prise en charge des patients sont remboursés par l'assurance médicale. C'est le cas de l'Allemagne, de la Belgique, de la Finlande, de la France, du Japon,

²⁶ L'aspirine et la pénicilline étaient efficaces mais on ne maîtrisait pas totalement les mécanismes scientifiques de leurs actions thérapeutiques. L'explication de leur action changerait par de nouvelles découvertes, cela ne changerait rien à leur efficacité. De même au Moyen Âge, on savait fabriquer du fer et du savon, pourtant, la théorie qui expliquait les transformations de la matière, l'alchimie, était globalement fautive (https://fr.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9decine_non_conventionnelle consulté le 23 juin 2015 à 13h51).

etc. (OMS, 2013). Ainsi, qu'elles soient conventionnelles ou non, le choix thérapeutique des patients entre ces deux pratiques dans les pays développés n'en souffre pas. L'engouement pour la médecine non conventionnelle est partout ostensible. Une multitude de pratiques attirent les usagers. Il s'agit de : l'acupuncture, aérobic, aromathérapie, autohypnose, l'ayurvédique, l'homéopathie, l'ostéopathie, la phytothérapie, le shiatsu, la sophrologie (ou la réflexologie), etc. Chaque pratique a sa spécialité. La question sur leur efficacité se pose. Les lignes qui suivent présentent les différentes pratiques.

1.2.1.3 Médecine traditionnelle dans les pays en développement : entre multiplicité et efficacité

En Afrique, en Asie et en Amérique Latine, les plantes, les animaux et les minéraux ont été toujours utilisés par les praticiens de la MT. Ils ont acquis leurs connaissances et leur savoir-faire à travers l'observation, la révélation spirituelle, l'expérience personnelle, la formation et l'information auprès de leurs prédécesseurs (Union Africaine, 1999). Telle est en quelques mots l'épistémologie de cette MT. Dans ces trois continents où se situent généralement les pays en voie de développement, le débat de terminologie n'est pas récurrent. On parle, à juste titre, de « *médecine traditionnelle* » (OMS, 2002). Cette appellation a pour avantages de ne pas créer de confusion auprès des usagers, de rappeler que la pratique tire sa source de la tradition, précisément de la culture. Fassin (1990) précise que toute MT est une ethnomédecine, une pratique transmise de génération en génération qui tire sa richesse des expériences vécues dans un espace ethnique précis. Bref elle est culturelle.

Dieu seul sait, en effet, combien il existe de pratiques culturelles dans ces pays en développement. Autant de culture, autant de médecine traditionnelle. Il n'est donc pas surprenant d'observer une myriade de techniques de « *médecine traditionnelle* ». Les techniques et les méthodes abondent. On a la « médecine chinoise », la « médecine égyptienne », la « médecine indienne », etc. La liste n'est pas exhaustive et ne saurait l'être. Au niveau de chaque pays, selon les différentes cultures ou ethnies, les techniques varient. Pour preuve, concernant l'épilepsie, Houeto (2005) a constaté que la prise en charge tient compte des diverses croyances et représentations de cette maladie dans chaque pays. Ce traitement varie d'un pays à un autre et selon le praticien de la MT. Dans un seul pays, on peut trouver autant de techniques que de croyances. Un véritable foisonnement de représentations culturelles de la maladie, de diagnostics et de traitements. D'où la sempiternelle question sur l'efficacité du

diagnostic des maladies et de leurs traitements qui semble donner raison aux détracteurs de la MT. L'OMS partage cette opinion. Elle affirme que la sécurité, l'efficacité, la qualité et l'innocuité de l'usage de la MT ne sont pas toujours garanties. Le doute existe. Raison pour laquelle la vérification de ces constatations par des recherches scientifiques est nécessaire (OMS, 2000). D'autres experts (UNESCO, 2010) confirment que dans plusieurs pays, ces constatations sont graves. Ceci à cause du manque de réglementation, d'évaluation des effets secondaires, de formation des praticiens et de normes éthiques.

L'inefficacité de la MT constatée par ces grandes institutions milite en faveur des détracteurs de cette pratique. Mais pour les tenants de cette pratique, il n'y a en réalité aucun problème. Les populations des pays développés ont toujours pratiqué cette médecine avec un relatif succès sur les maladies qui laissaient impuissante la médecine « conventionnelle ». Le secret résidait dans les recettes des médicaments composées surtout à base des organes de plantes. Ces recettes ont permis de lutter contre les maladies à forte létalité. En effet, jusqu'au 19^{ème} siècle, la médecine « conventionnelle » était impuissante face aux maladies des indigents vivant sous les tropiques. Le paludisme qui se présente toujours comme la redoutable cause de mortalité et de morbidité était traité de manière traditionnelle à partir d'écorces et de racines d'arbres. Dans la littérature, Alonou (2006) rappelle qu'en 1820, on extrayait la quinine du *quinquina* pour soigner les Occidentaux en Afrique contre le paludisme. Il y avait certes, d'imprécision sur la recette, le dosage et l'utilisation. Mais, les Africains se soignaient sans faire attention à ces imprécisions. Les Européens qui s'accrochaient à ces imprécisions et refusaient de se soigner ont été décimés en Afrique. C'est le cas en 1895, lors d'une expédition au Madagascar. Les Européens militaires et civils ont été tués par le paludisme parce qu'ils doutaient de l'utilité et de la sécurité de la quinine extraite de l'écorce d'arbre. Ce constat valide à plusieurs égards la théorie selon laquelle une pratique qui n'est pas scientifique n'est pas forcément inefficace. Les autochtones en effet, soutenaient que le remède est efficace car il leur donne satisfaction. D'autres recherches plus récentes ont montré l'efficacité des plantes utilisées dans la médecine traditionnelle contre cette redoutable maladie et d'autres maladies (Darré et *al.*, 2014; Kounouchi et *al.*, 2014; Effe et *al.*, 2014).

Avec un regard rétrospectif, la MM tout comme la MT « *n'a pu faire face, autrefois pas plus que maintenant, aux principales causes de mortalité* » (Cantrelle et Locoh, 1990 : 17). Toutes les médecines se valent et tout est perfectible. C'est l'efficacité qu'on recherche. Un traitement efficace donne satisfaction au malade selon Kone (2012). Cette satisfaction est subjective. Elle

peut dépendre aussi de la qualité des prestations (Dieng et *al.*, 2014). Elle peut être perçue du côté des usagers et du côté des thérapeutes. Ce travail se consacre à la perception des usagers qui pensent à leur corps, à leur santé et à leur devenir (Elias, 1997; Desplats et *al.*, 2011). Car la maladie, quand elle survient, oblige le malade à rechercher une explication et le recours à une action efficace (Jacquemot, 1996). Ces usagers utilisent les médecines du terroir non à cause de problèmes financiers, mais parce qu'ils croient en leur efficacité (Yoro, 2012 b). Ils veulent une thérapie qui va leur apporter la santé mais aussi la satisfaction. Et la thérapie regroupe dans cet écrit la prévention, le diagnostic et le traitement. La thérapie sera dite efficace quand les patients estimeront être guéris ou satisfaits des prestations du guérisseur. Taverne (1996) confirme cette efficacité. En Guyane, il a recueilli des patients provenant de diverses origines culturelles (amérindienne, indienne, chinoise, brésilienne, haïtienne, créole guyanaise), des témoignages sur les succès thérapeutiques de la médecine traditionnelle.

1.2.1.4 Telle maladie, tel traitement : maladies culturelles, thérapie culturelle

La littérature enseigne que certaines populations croient en l'existence des maladies surnaturelles. Ces maladies sont dites parfois culturelles, elles ne sont pas biologiques. Le traitement de ces maladies dites « culturelles » a des singularités.

1.2.1.4.1 Maladies naturelles et surnaturelles

Dans son article « Qu'est-ce qu'une maladie », Cathebras (1997) répond qu'elle est naturelle et sociale. L'évocation de la maladie rappelle l'état de bonne ou mauvaise santé d'un individu. L'OMS définit la santé comme : «*un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité*». Cette définition universelle de l'OMS éclaire davantage que la santé est aussi sociale. Elle n'est pas seulement une absence de dysfonctionnement d'origine psychologique, physique qui se manifeste sous différentes formes²⁷. Le Sociologue et médecin français corrobore en soutenant qu'il ne faut pas considérer la notion de « santé » comme bonne ou mauvaise exactement dans l'acception substantialiste que lui donnent les médecins et même les philosophes (Fassin, 2001). Il pense qu'il faut considérer la santé dans une perspective constructiviste qui en fait un objet socialement élaboré.

²⁷L'OMS définit la maladie comme le dysfonctionnement d'origine psychologique, physique ou/et sociale, qui se manifeste sous différentes formes.

Beaucoup de littératures approuvent que la maladie affecte certes le corps. Mais les causes ne sont pas forcément naturelles. Elles sont parfois plus furtives et indétectables par les analyses biologiques (Illich, 1975; Benoist, 1986; Laplantine, 1989)²⁸. En plus d'être un désordre biologique, la maladie est considérée comme un désordre individuel et social. En d'autres termes, elle constitue un signe d'un malaise entre l'individu et la société, lequel se traduit en termes de sorcellerie (Abdmouleh, 2007). Leurs causes ne relèvent pas obligatoirement de l'invisible ou de l'activité de forces maléfiques. Elles sont, le plus souvent, considérées comme naturelles (Radi, 1996). L'auteur précise que, quelle que soit l'étiologie, on pense que les maladies sont divines. Tout ce qui arrive provient de Dieu, car il est celui qui donne tout. Ce qui semblerait dire que la maladie, même naturelle, n'a jamais une seule origine. Généralement, on étudie la représentation sociale des maladies, et les résultats ont montré que certaines maladies sont déclarées incurables par la médecine moderne, surnaturelles ou mystiques (Kagambega, 2010) et sont référées de facto à la MT.

De la « biologique » à la « non biologique » ou de la « naturelle » à la « non naturelle », c'est la société qui décide des normes de la maladie (Stoetzel, 1960). De ce fait, les définitions culturelles et les représentations sociales de la maladie prolifèrent. On parle de maladies naturelles ou de Dieu. Ce sont des maladies dormantes chez tout le monde et qui peuvent se réveiller dans certaines circonstances. Les maladies surnaturelles pour lesquelles il s'agit d'identifier un responsable, d'imputer la cause à un individu (Desplats et *al.*, 2011). Ainsi, une maladie peut avoir à la fois des causes naturelles et surnaturelles (Kagambega, 2010). C'est l'exemple de la maladie²⁹ de l'oiseau décrite fréquemment en Afrique occidentale. Quand cette maladie persiste ou s'aggrave, l'oiseau devient le vecteur d'un génie maléfique (Desplats et *al.*, 2011). La maladie passe de naturelle au surnaturelle.

Les maladies surnaturelles ne sont pas les maladies différentes de celles couramment soignées dans la médecine conventionnelle. Mais, l'interprétation qu'on fait de leurs causes oblige à recourir au guérisseur traditionnel (Bourdier, 1996). Il peut être un sorcier dont la thérapeutique correspond à rétablir l'ordre des choses en restituant le mal à son milieu d'origine (Andoche, 1988). Parfois, la raison pour laquelle, les maladies sont qualifiées de surnaturelles est l'échec

²⁸Voir aussi Djassoa (1988); Andoche (1988); Abdmouleh (2007); Abdmouleh (2006).

²⁹ Cette maladie est construite sur « une analogie entre les convulsions associées à certaines maladies infantiles et les battements d'ailes d'un oiseau responsable de ces troubles » (D. Bonnet cité par (Desplats et Razarison, 2011 : 225). Un lien causal s'est établi entre la façon dont l'oiseau secoue ses ailes et les convulsions de l'enfant.

thérapeutique de la médecine moderne selon King et *al.* (1992) et Laifer et *al.* (1992). Dans ces cas, les patients ou leurs parents sont convaincus que la médecine moderne est impuissante. Seule la pratique traditionnelle ou divine serait efficace pour venir à bout du mal (Lemaitre, 1996; Atchrimi, 2008). Bref, « *Il n'existe pas un groupe de maladies, à la nosologie stable, qui seraient les maladies de Dieu ; ce sont les maladies considérées comme naturelles qui sont désignées comme maladies de Dieu.* » (Radi, 1996 : 169 et 186). Dans la pratique quotidienne de recours face à la maladie, plusieurs itinéraires thérapeutiques incorporent tout ce surnaturel. Ils passent aussi par le système biomédical. Au Québec (Canada), une recherche de Rioux (1957) a révélé qu'après les consultations auprès des médecins et hôpitaux, les patients d'une communauté rurale ont recours aux prêtres. Car ils croient aux miracles divins, aux pouvoirs exceptionnels qui guériraient même à distance.

L'ambiguïté entre le surnaturel et le naturel apparaît dans la définition, l'appellation et la perception sociale des maladies. C'est ce que Freidson (1984) percevait en disant que les troubles peuvent être là, mais nous autres, êtres sociaux, pensons et faisons à leur égard qui détermine le cours de notre vie. La maladie a donc une définition sociale. Elle est entourée d'actes sociaux qui la conditionnent (Freidson, 1984).

En effet, les Toucouleurs et les Peuls du Sénégal disposent de trois références pour définir la maladie. Ainsi, *rafi* fait référence à la perte ou la faiblesse d'un organe ou d'une fonction. *Nyaw* qui signifie le mal, s'associe souvent à un qualificatif. *Muusu* qui désigne la souffrance, se présente souvent en association verbale avec une partie du corps (Kadya, 1984). La rougeole est une maladie de Dieu (*rafiyalla*). Elle est apportée par les vents de sable (*ngellaw*) et se transmet par contact entre les enfants. Plus encore, lorsque les villageois viennent s'installer en ville où le harmattan est moins agressif, le vent *ngellaw* se mue et devient l'esprit qui souffle la maladie. Le mal passe du naturel au surnaturel (Fassin, 1990).

Chez les Angbandi de l'ancien Zaïre³⁰, selon Bibeau (1981), les maladies sont définies de plusieurs manières. A partir de la localisation (*ngaporo*, qui veut dire maladie de la peau), de la ressemblance (*ngbongo*, qui signifie poisson électrique pour désigner l'urticaire). Elles sont aussi définies à partir de la représentation (*ndiba*, qui veut dire le couteau mal aiguisé pour parler de la lèpre, car elle est caractérisée par des troubles de sensibilité). On peut faire aussi

³⁰ Actuellement République Démocratique du Congo (RDC).

référence à l'étiologie (*ngangu*, qui signifie maladie de l'eau sale, s'agissant de maladie provoquée par cet agent). C'est aussi défini à partir de l'instrument thérapeutique (*ngaké to*), littéralement maladie de la flèche pour signifier le torticolis, car on utilise cet instrument comme remède). Enfin, une maladie sévère des enfants peut être la conséquence d'un facteur socioculturel (*soke*), comme des relations sexuelles avant le sevrage.

Certaines maladies peuvent avoir pour origine les totems. C'est l'exemple des ruptures des interdits, comme ne pas consommer tel ou tel aliment ou ne pas tuer tel animal (Barges, 1996; Chapuis, 1996). Les conflits familiaux, les tabous, le vent, les cérémonies qui ne sont pas faites aux ancêtres, une brouille entre les vivants et les morts entraînent une possession du malade par un esprit, donnant l'épilepsie (Houeto, 2005). Le malade peut souffrir d'un empoisonnement suite à une jalousie (Vidal, 1992).

Bref, les maladies peuvent être représentées de plusieurs manières. La représentation oriente l'étiologie et la thérapie (Atchrimi, 2008). Les idées que l'on se fait de l'origine de la maladie influent sur les remèdes et sur les techniques de guérison » (Kpassagou, 2014). L'interprétation de la maladie et l'itinéraire thérapeutique qu'elle implique dépendent des circonstances qui entourent la vie de chacun (Andoche, 1988).

Les auteurs Lovell (1995) et Atchrimi (2008) affirmaient qu'au Sud-Togo, les fidèles qui négligeaient leurs divinités pourraient être victimes de sérieuses complications sanitaires pouvant déboucher sur la mort. Certains vaudous sont liés à des maladies spécifiques, tels que *Sakpata*, dieu de la variole ; *Toxoszi*, dieu des rivières, responsable du mongolisme, de l'encéphalite, des handicaps physiques et mentaux, et de toute anomalie congénitale (nanisme, naissance gémellaire ...) ; *Heviesso*, divinité de la foudre et du tonnerre, dont la colère peut causer de mortelles enflures. Au nord, la maladie peut avoir pour cause un esprit (Djassoa, 1988; Kpassagou, 2014).

1.2.1.4.2 Thérapies culturelles

La santé n'est pas seulement biologique (Fassin, 2001; Illich, 1975; Benoist, 1986; Laplantine, 1989; Andoche, 1988; Sendrail, 1980). Cette assertion n'est plus à démontrer. Plusieurs auteurs l'ont déjà fait. Les définitions biologiques et sociales de la maladie défont la croyance selon laquelle la médecine conventionnelle suffirait pour apporter les soins de qualité aux communautés africaines. En conséquence, les aspects proprement culturels de la santé ont été

négligés. De même, l'espoir des médecins des pays industrialisés d'arriver à faire reculer la maladie par le perfectionnement de leur technicité, a amené à se désintéresser des questions sociales (Fassin, 1990).

Cette pluralité de désignations d'une même maladie dans la société traditionnelle, avec pour corollaires des causes sociales ou biologiques amène à se demander si la médecine existe et quel itinéraire emprunter en cas de maladie.

Fassin (1990) tente une réponse philosophique. Dans les sociétés dites traditionnelles, la médecine n'existe pas en tant que telle pour une double raison. Elle met en jeu des institutions et des acteurs qui sont totalement en dehors des préoccupations ayant trait au corps et à la santé tels que des rituels, des églises, des marabouts, des devins. A l'inverse, ceux à qui l'on reconnaît un pouvoir thérapeutique sont également sollicités pour des choses qui n'ont rien à voir avec la maladie. Ils sont sollicités pour la réussite d'un examen, le succès dans un processus électoral ou le verdict favorable d'un procès. Autrement dit, la médecine ne se définit pas comme une profession ou un champ. Elle est plutôt comme un secteur d'activité en continuité avec le magique, le religieux, le politique. Être malade n'est pas seulement une affaire de thérapeutes, c'est une question sociale qui peut faire intervenir des histoires de lignages (Desclaux, 1996; Bonnet, 1988; Bourdier, 1996; Atchrimi, 2008) et d'alliances. Pour d'autres, c'est une affaire de propriétés foncières, de conflits familiaux, de mauvais sorts (Barges, 1996; Kadya, 1985). D'autres encore relèvent que parfois ce sont des affaires d'offenses aux mânes ou aux dieux (Desclaux, 1996). Dans un article publié par Andoche (1988), il l'exprime bien que cette solidarité mécanique se distend en cas de conflits. Lorsqu'une discorde éclate, le parent allié devient persécuteur, réel ou imaginaire. Le parent victime de l'agressivité sera le premier suspect responsable de la maladie. La plupart des histoires de sorcellerie sont rétrospectivement expliquées comme étant la conséquence de conflits familiaux, nés de jalousies ou d'antagonismes latents (Andoche, 1988).

Selon l'interprétation donnée aux troubles, l'itinéraire thérapeutique peut prendre plusieurs formes : consultation d'un féticheur, d'un sorcier ou des soins biomédicaux. C'est un « *vaste champ de la santé que les usagers et leurs familles vont utiliser en circulant entre les différents secteurs, choisissant l'offre qui leur convient le mieux* » (Desplats et Razarison, 2011 : 231).

Parfois, les usagers suivent parallèlement les deux types de traitement, preuve de leur double appartenance aux deux systèmes d'interprétation de la maladie (Kagambega, 2010; Cantrelle et *al.*, 1990; Houeto, 2005; Ngal, 2004). Ce constat avait été déjà relevé par Radi (1996) lors d'une recherche sur le pluralisme médical. Il a observé que dans la pratique quotidienne de recours face à la maladie, différents itinéraires thérapeutiques incorporent le surnaturel et le biomédical.

Partout en Afrique de l'Ouest, on retrouve une dichotomie entre maladies "naturelles" et maladies "provoquées" par la sorcellerie, les génies. Cette nosologie continue à guider les recours thérapeutiques comme le remarquent aussi bien Cantrelle et Locoh, (1990), Jacquemot (1996) et Kpassagou (2014). Les maladies classées comme naturelles sont soignées au dispensaire. Celles qui sont "provoquées" relèveront, avant tout, de traitements magiques associés parfois à des plantes médicinales (Adjanooun et *al.*, 1986).

Conscients de ces différentes définitions de la maladie, les anthropologues ont cherché à dresser des typologies des médecines en fonction notamment des savoirs auxquels elles se référaient. L'un des premiers à s'être intéressé à cette question est Rivers Rivers³¹. Il distinguait, en conformité avec les théories évolutionnistes de son temps, trois types de médecines éclairées selon les époques (Rivers, 1915). Il s'agit de la magie, de la religion et de la science. Un peu plus tard, Ackerknecht (1997) réduisait le modèle à deux : la médecine primitive et la médecine occidentale. C'est à peu de choses près la même division qui sera reprise par plusieurs auteurs sous des terminologies relativement différentes : ethnomédecine et biomédecine. D'autres divisions sont liées aux théories explicatives : personnel et impersonnel, personnaliste et naturaliste.

La religion aussi intervient comme une médecine traditionnelle. Les auteurs (Lallemant et *al.*, 1988; Jacquemot, 1996; Radi, 1996; Micollier, 1996; Bourdier, 1996) enseignent que de nombreux patients se réfèrent aux prieurs, toutes religions confondues (animisme, christianisme, islam, bouddhisme, hindouisme, etc). Dieu est sollicité aussi pour des maladies inguérissables comme le SIDA (Yoro, 2012a).

Dans la partie australe du Togo, chez les adeptes de la religion traditionnelle (animistes ou fétichistes), des sacrifices sont offerts aux ancêtres en guise de remerciement lors des

³¹WilliamHalse Rivers Rivers (1864-1922) est un scientifique anglais dans divers domaines des sciences humaines (anthropologie, ethnologie, neurologie,psychiatrie, psychologie).

cérémonies de guérison appelées *Aflaxoxo* (Atchrimi, 2008). Chez les Mossi, peuples vivant au septentrion du Togo et au Burkina (Ouedraogo, 1996.), les produits à base d'organes de plantes sont administrés dans le rectum de l'enfant ou à la bouche. Il est aussi procédé par scarification sur la joue, l'avant-bras ou la cuisse comme dans le cas de l'évitement du *liula* (maladie de l'oiseau). Chez les musulmans, on récite, par exemple, les versets du coran (Houeto, 2005) et on implore Allah d'apporter la guérison. Ainsi, « *Au nom d'Allah le Miséricordieux... Que la main gauche soit le remède. Que la main droite rejette la maladie [douleur] !Que ce soit selon la volonté d'Allah !* (Headly, 1996 : 219).

Il n'est pas rare de voir les chefs religieux qui font aussi office de guérisseurs. C'est les cas des musulmans (Desclaux, 1996) ou des temples qui ont une vocation thérapeutique et sont des lieux de passage pour recouvrer une meilleure santé. Ces cas se retrouvent aussi chez les Hindous (Bourdier, 1996).

On pense que pour certaines maladies dites spirituelles, la religion à laquelle appartient le malade a des effets significatifs sur les choix thérapeutiques. Le recours thérapeutique n'est pas déterminé uniquement par la recherche de l'efficacité thérapeutique. Souvent, il est déterminé par une quête de sens, que satisfait cette religion à travers la catégorie de maladie spirituelle (Jacquemot, 1996). Les femmes protestantes et catholiques ont des comportements beaucoup plus favorables vis-à-vis de la vaccination des enfants par rapport aux femmes traditionnelles. Leurs enfants ont de plus grande chance de recevoir de vaccins complets selon Rakotondrabe (2001).

Aussi, pour les choix thérapeutiques, les faits sociaux et les relations familiales jouent un rôle capital. La décision de se faire soigner chez un prestataire peut provenir d'un conseil d'un parent (Kone, 2012; Dieng et al., 2014; Desclaux, 1996). On va chez le féticheur ou le praticien de la médecine moderne parce que son parent y allait. C'est le cas souvent, pour certaines personnes, avant de recourir aux soins traditionnels, nécessitent des instructions de leur mère ou du chef de famille (Lallemant et al., 1988). Dans son ouvrage, Rakotondrabe (2001), révèle que les femmes sont les premières à subir les conséquences de l'attachement de la population à ces normes culturelles. Elles doivent adopter des comportements conformes à ces normes bien que ceux-ci compromettent parfois l'état de leur santé et de celui des enfants. La décision du choix thérapeutique dans les milieux ruraux africains échappe ainsi parfois aux femmes.

La documentation, consultée et développée supra, a introduit l'objet de ce travail. Il est utile aussi de revenir sur certains concepts-clés.

1.2.1.4.3 Recours à une thérapie

Le recours à une thérapie n'est pas fortuit. Elle peut être moderne ou traditionnelle. La maladie seule n'est pas le seul facteur conduisant à une thérapie. D'autres paramètres rentrent en ligne de compte. Les revenus pourraient être déterminants selon les écrits de Dieng et *al.* (2014) et Gobbers (2002). Au Niger, les travaux de Barlow et Diop (1995) ont effectivement montré que le revenu du patient et le coût de la prestation influencent la décision de recourir aux soins. Plus on est aisé, plus la demande des services et soins sanitaires est aisée. Le coût élevé de la prestation entraîne une hésitation.

Dans d'autres pays, l'Égypte, le Sénégal et le Togo, les travaux statistiques ont été réalisés. Ils révèlent que les tarifs aussi ont une incidence sur le recours aux soins (Ellis et McInnes, 1994; Barlow et Diop, 1995). Une augmentation du prix diminuerait le désir de recourir aux soins. Ainsi, selon Hounkpati (2007), le recours aux soins de santé est devenu difficile au Togo devant l'augmentation des prix des prestations médicales. Dans les structures privées de soins, le recours aux soins « *est une fonction croissante du prix* » ont écrit Dieng et *al.*, (2014 : 15). Une augmentation du prix entraîne une légère augmentation de la demande. Par contre, dans les structures publiques où la qualité des services fait généralement défaut, une augmentation du prix entraîne une diminution de la demande.

« *La demande est relativement inélastique au prix (élasticité significative) pour le recours aux structures publiques de santé...Les individus sont sensibles à l'augmentation des prix dans les services publics même si cet effet est très faible dans un contexte où la qualité perçue a un impact sur le choix de recours aux soins externes* » (Dieng et *al.*, 2014 : 15).

En effet, « *Les ménages sont attentifs à la qualité des soins* » (Kone, 2012 : 191). Plusieurs auteurs confirment cette assertion. La qualité d'abord et ensuite viennent les prix pour le recours aux soins et services de santé (Sahn et Stifel, 2000; Wouters, 1995; Wouters, Olusoji, et Morrow, 1993; Leighton, 1995).

La littérature nous enseigne aussi qu'il existe une relation de causalité entre le recours aux soins, le niveau scolaire et le sexe (Paquet et Tellier, 2003). Les hommes et les femmes africains n'ont pas un accès équitable à l'instruction par conséquent aux soins. Une instruction élevée de la

femme augmente sa propension à recourir tant aux soins préventifs que curatifs pour préserver sa propre santé et celle de ses enfants (Dieng et *al*, 2014; Kone, 2012). Tape (2007) écrit qu'en cas de maladie, les hommes contrairement aux femmes ont plus tendance à choisir la MT plutôt que la médecine moderne. Les femmes choisissent plus la médecine moderne. Ce choix s'explique par leur état physiologique lié à la maternité.

Le recours à une thérapie dépend aussi des parents. Yobouet (2012) et Desclaux (1996) ont écrit que l'avis des mères était déterminant dans la décision de recourir aux soins chez les enfants. Au Sénégal, selon une recherche de Franckel (2006) portant sur les soins palustres aux enfants de Niakhar, lorsqu'il faut décider de manière unilatérale, le père s'oriente à 64,7% vers un recours moderne et la mère 59,3% vers la MT. Cette étude précise que la mère intervient très fréquemment dans le choix thérapeutique de l'enfant. C'est le cas aussi au Togo. Les problèmes de santé de la famille préoccupent plus les mères. Elles sont les premières à constater et à s'inquiéter de l'état de santé des enfants (Houankpati, 2007).

L'âge aussi détermine le choix thérapeutique. Chez la femme enceinte par exemple, plus l'âge avance, plus elle est encline à se faire consulter pendant la grossesse (Paquet, 1994; Kone, 2012). Les travaux de Dieng et *al*. (2014), dans la banlieue de Pikine au Sénégal, corroborent ce constat. En effet, les enfants de zéro à dix ans, comparés aux adultes de 11 à 59 ans sont plus enclins à l'automédication. Par contre, la comparaison des adultes de 11 à 59 ans aux personnes âgées de 60 ans et plus, montre que l'âge n'a pas de lien de dépendance avec le choix thérapeutique. Les auteurs précisent que si un lien existe, il n'est pas linéaire. C'est pratiquement la même conclusion qui est retenue après l'étude sur la protection sociale et la demande de soin dans le milieu urbain en Côte d'Ivoire. Selon ce travail, l'âge influence très faiblement ou presque pas le choix thérapeutique (Kouadio, 2005).

Les auteurs Haddad (1992) et Lemaitre (1996) soutiennent que ces facteurs susmentionnés n'agissent pas seuls. Ils interagissent avec d'autres facteurs environnementaux qui peuvent être à la fois individuels, familiaux, communautaires et sociaux. Pris isolément, ces facteurs pourraient ne pas être déterminants. En effet, le recours à une thérapie dépend aussi de la société dans laquelle évolue le malade (Stoetzel, 1960). Dans une société, le recours thérapeutique est lié à la notion de guérison et de l'idée qu'on développe sur les soignants (Jaffré, 2006).

En Guyane, « *lorsque l'on cherche à préciser quelles sont les raisons qui ont conduit les usagers à choisir une médecine donnée pour un problème pathologique particulier, des*

explications tels la proximité géographique, l'influence du voisinage ou de la famille, ou encore le coût des soins, sont très rarement évoquées. Ils évoquent souvent des raisons culturelles » (Taverne, 1996 : 29).

Force est de constater qu'on trouve dans la littérature, des écrits qui infirment la relation de causalité entre les facteurs susmentionnés et le recours à une thérapie. La dépendance entre ces facteurs dépend donc du milieu de l'étude. En effet, pour Dieng et *al.* (2014), la variable sexe, n'a pas d'incidence sur la demande des soins. Qu'on soit du sexe masculin ou féminin, le choix du recours aux soins est identique. Une recherche menée dans la commune de Yopougon en Côte d'Ivoire confirme ce constat (Kouadio, 2005). Concernant le lien de dépendance entre le revenu et le recours à une thérapie, Kone (2012 : 140) écrit que « *Le choix thérapeutique semble ne pas avoir de lien significatif avec le niveau de vie du ménage* ». Il précise que le prix des soins n'a pas d'effet sur le choix du ménage, en cas de recours externe aux soins. C'est aussi l'avis de Juillet (1999), Akin et *al.* (1995) et de Desclaux (1996). Selon ces derniers, l'incidence des prix est négligeable quand il s'agit des formations publiques.

Dans notre recherche, nous vérifierons la relation de dépendance entre ces facteurs et le recours à la médecine traditionnelle.

I.2.2 Concepts clés de la recherche

La revue de la littérature a présenté par thématique l'essentiel des écrits sur les médecines conventionnelles et non conventionnelles, les maladies naturelles et surnaturelles. Des concepts fondamentaux reviennent fréquemment. Ils ont des définitions propres au contexte du présent travail.

1.2.2.1 Notion de « Thérapie » dans le contexte de ce travail

La thérapie, est par définition, l'ensemble des moyens mis en œuvre pour guérir, prévenir ou soulager une maladie. Trois modes de thérapie sont retenus pour les besoins de ce travail : la médecine moderne, la MT et l'automédication. Ces modes constituent les choix thérapeutiques du patient. Chaque mode vise trois buts de traitement : le traitement curatif, le traitement palliatif et le traitement préventif. Chaque but comporte plusieurs méthodes de traitement. Le processus continue jusqu'au traitement le plus précis possible pour le soin du patient.

Ainsi, la thérapie peut être curative, préventive ou palliative. Elle est curative quand elle vise à guérir. Elle est préventive quand le but est de se protéger contre la maladie. Elle est palliative quand l'objectif est de soulager les manifestations ou les symptômes de la maladie.

Tout cet arsenal thérapeutique est à la disposition du thérapeute qui peut être professionnel de la médecine moderne ou traditionnelle. C'est lui, le thérapeute qui décide du but et de la méthode de traitement, sauf en cas d'automédication, qui relève de la discrétion du patient. Et le plus souvent, « *L'automédication est pratiquée par près de la moitié des ménages quel que soit le groupe socio-économique dans lequel on se situe* » (Kone K. G., 2012 : 137 et 204).

1.2.2.2 Notion de « Santé » dans le contexte de ce travail

La santé suppose une faculté d'assumer une responsabilité personnelle devant la douleur, l'angoisse et la mort (Illich, 1975). Selon Fassin (2000), la santé, est bien plus que le contraire de la maladie. Elle est le rapport du physique et du psychique, d'une part, et du monde social et politique, de l'autre. Ce rapport n'est pas forcément biologique et conduisant à parler de bonne ou de mauvaise santé. Il est plutôt construit. Il détermine les pratiques ordinaires et savantes, les formes institutionnelles et idéologiques du traitement des désordres du corps et de l'esprit. Il varie dans le temps et selon les contextes culturels qui confèrent au malade la capacité de faire face à sa situation (Illich, 1975). C'est donc de cette « santé » fruit de l'esprit et du biologique, qui se traduit par « *un état de complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »³².

En effet, cette *santé*, fruit du rapport de l'esprit et du biologique, se construit socialement autour des pratiques acquises ; autrement dit autour de la culture. Cette culture (Burnett Tylor, 1871), est un complexe de connaissances, de croyances, des arts, du droit, des us et coutumes et des habitudes acquises dans une société. Cette *santé* est aussi culturelle. Elle dépend des cultures des communautés mais aussi d'autres déterminants. Les chercheurs sont donc interpellés sur les fondements culturels de la santé, comme le rappelle Hudelson (2008). D'autres thèmes peuvent aussi être approfondis. Il s'agit des pratiques liées à la santé, des choix thérapeutiques, de la relation entre patient et soignant, etc.

³²Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946 ; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2 : 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

1.2.2.3 Engouement ou la dynamique du recours à la MT

Le dictionnaire Larousse 1997 définit l'engouement comme « *un goût très vif et soudain pour* » la MT. Selon le Grand Larousse illustré 2016, *s'engouer* pour la MT, c'est « *admirer vivement* » la MT. L'admiration pour la MT n'est pas ex nihilo. Les populations s'engouent pour la MT parce que certains éléments les y poussent, les attirent, les séduisent, les conduisent à faire ce choix thérapeutique. Dans cette optique, le concept d'engouement fait référence à la préférence de la MT. Les populations ont recours à la MT parce qu'elles ont une préférence, une prédilection. Ainsi, l'engouement pour la MT et le choix thérapeutique sont deux concepts proches mais pas identiques. Avoir une admiration n'est pas forcément choisir.

En se consacrant sur l'engouement pour la MT, cela permet de comprendre la dynamique du choix ; de connaître les éléments qui concourent au processus. Parallèlement, le concept de *dynamique* est compris comme le définit le Grand Larousse illustré 2016, l'étude des forces et les mouvements qu'elles produisent ou encore les relations entre ces forces et ces mouvements. Auquel cas, ce travail va permettre de savoir ce qui pousse les populations à recourir à la MT.

Les relations entre ces forces et le choix de la MT sont à des degrés ou d'intensités diverses. Certains facteurs produiraient ou freineraient le processus de décision du choix de la MT. Cette décision se prend dans un contexte où les environnements sociaux, culturels et parfois géographiques joueraient un rôle déterminant. Dans cet ordre d'idée, il apparaît que les opinions, les religions, les us et coutumes, le sexe, l'âge, etc. joueraient un rôle. C'est ce que tente d'expliquer Awesso (2012; 2011) sous un autre registre en disant que la culture joue un rôle fondamental dans les faits sociaux. Cette importance de la culture dans les travaux des sciences sociales n'est plus à démontrer. L'auteur ajoute que « *le développement ...est une expression particulière de la culture, il ne peut être construit avec efficacité qu'en se fondant sur sa dynamique* » (Awesso, 2012 : 153). D'autres, Izard (1991), Platteau, (2008), Balandier (1955), Galaty et Leavitt (1991), Giacobbi et Roux (1990) sont dans la même logique. Ils soutiennent que la culture est une réalité humaine, un facteur dynamique, un déterminant à la condition humaine collective et au développement. Le rôle dynamique que jouent la culture et d'autres facteurs dans le choix de la MT est particulièrement intéressant pour ce travail.

Suite à la définition des concepts, quelques théories utilisées dans les travaux similaires à celui-ci sont développées.

1.2.2.4 Choix thérapeutiques ou recours à la médecine traditionnelle

Selon le Petit Larousse 2012, le terme « *choisir* » signifie la manière de sélectionner, ou d'adopter par préférence. Les possibilités offertes pour faire une sélection, ou ce qui est sélectionné constituent des choix. Recourir à la médecine traditionnelle, c'est faire le choix de cette médecine pour ses soins.

Le choix thérapeutique peut donc se définir comme une sélection thérapeutique, un recours à la thérapie traditionnelle. Contrairement à Mwabu (1986) qui pense que le choix relève uniquement des usagers, le choix relève aussi du soignant. On peut donc appréhender la notion du « choix thérapeutique » du côté du patient et du soignant. Chez ce dernier, le choix thérapeutique est la diversité thérapeutique qu'il dispose pour traiter le malade. Ce choix thérapeutique ne fait pas objet de notre recherche.

Le choix thérapeutique dans le contexte de notre recherche est celui de l'utilisateur. C'est sa décision de recourir à la MT. Car :

« L'offre de services sanitaires est principalement contrôlée par les patients (c'est à dire traduisant les choix et les décisions individuelles), et non par les professionnels de santé, lesquels n'ont qu'un contrôle très marginal sur la demande des services et les itinéraires thérapeutiques de leurs patients » (Kone, 2012 : 31).

Cet usager, en cas de maladies doit recourir à un itinéraire thérapeutique parmi : « *l'ensemble des étapes de diagnostic et de traitement pour la prise en sa charge* » (Houeto, 2005 : 5). Il se présente à lui moult possibilités qui dépendent de plusieurs facteurs selon les auteurs Yobouet (2012), Haddad (1992) et Lemaitre (1996). Et il lui importe, pour se soulager, « *de faire un choix personnel dans l'éventail des soins offerts. Et ce que l'on demande surtout, c'est le droit d'associer les recours thérapeutiques sans encourir de rejet* » (Cathebras, 1996 : 312). Le choix thérapeutique se confond ainsi au recours thérapeutique.

1.2.2.5 Médecine traditionnelle

La médecine traditionnelle est considérée comme une pratique culturelle propre à chaque communauté. Elle « *fait partie d'une culture et ses représentants sont densément intégrés au tissu social* » (Cantrelle et Locoh, 1990 : 17). Le praticien exerce dans les catégories socio

professionnelles de tradithérapeutes, d'accoucheuses traditionnelles, d'herboristes et de médico-droguistes³³. Selon la même source, les tradithérapeutes regroupent :

- les phytothérapeutes : ceux qui soignent par les plantes ;
- les psychothérapeutes : ceux qui soignent par les techniques basées sur le vécu social et les relations entre le praticien et le malade ;
- les ritualistes : ceux qui soignent à partir des rites religieux ou des prières ;
- les chiro kinésithérapeutes : ceux qui soignent par la main, les massages ;
- les phlébotomistes : ceux qui pratiquent les saignées pour soigner.

I.2.3 Cadre théorique

Dans la littérature, différentes théories ont été utilisées pour étudier les problèmes similaires au problème posé par ce travail. On les retrouve en sciences sociales, humaines et en sciences exactes. L'habitus du sociologue français Pierre Bourdieu, le déterminisme d'Émile Durkheim, la méthode wébérienne, dite « sociologie compréhensive » de Max Weber, la théorie des représentations sociales (RS) de Serge Moscovici, la théorie du « noyau central » de Jean-Claude Abric et la théorie du « noyau matrice » de Pascal Moliner, la théorie de résilience de Boris Cyrulnik, etc. Parmi les théories mathématiques, il y a le test d'indépendance de Karl Pearson³⁴, le test exact de Fisher, les théories économétriques « *logit* » et « *probit* ». Toutes ne peuvent pas être décrites ici.

I.2.3.1 Habitus

L'habitus est un ensemble de comportements, de dispositions, de schèmes d'action ou de perception que l'individu acquiert à travers son expérience sociale qui favorise la reproduction sociale. Tout individu intègre au fur et à mesure un ensemble de manières de penser, de sentir et d'agir, sur lesquelles se base l'individu pour forger ses comportements futurs. Cet ensemble, d'après Bourdieu (1980 b), détermine l'action ou la pratique de l'individu.

Selon Bourdieu, un usager de la MT, par exemple, qui décide de se faire consulter par le praticien de la MT serait sous l'emprise d'un ensemble coercitif de manières de penser, de sentir

³³ La loi 2001-017 définit tous ces concepts (ANNEXE 23).

³⁴Karl Pearson (1857-1936), mathématicien et philosophe britannique qui a mis au point les principales techniques statistiques modernes et les a appliquées aux questions de l'hérédité.

et d'agir, de la société dans laquelle il a évolué. Cette emprise lui donne cependant la latitude de construire ses propres pratiques. *L'habitus* est en définitive le produit du travail d'inculcation et d'appropriation. Il est nécessaire pour que ces produits de l'histoire collective que sont les structures objectives (exemples : de la langue, de l'économie, etc.) parviennent à se reproduire, sous la forme de dispositions durables, dans tous les organismes durablement soumis aux mêmes conditionnements (Bourdieu, 2015). L'individu construit son monde social (le constructivisme). Mais, une fois construit, ce monde conditionne et structure ses actions (le structuralisme) (Bourdieu, 1980 a). D'où la notion de « structuralisme constructiviste » ou de « constructivisme structuraliste ».

Cette théorie, loin de subir d'énormes critiques acerbes, est considérée comme un outil puissant pour réfléchir sur le changement du monde (Encreve et *al.*, 2004). Elle a apporté en son temps beaucoup d'éclaircissements et de reconnaissances. Bouveresse (2004) disait de la théorie de Bourdieu, que le plus reconnaissant est d'avoir éclairé sur une réalité qu'à vrai dire était soupçonnée fortement depuis le début. Cette réalité est la part énorme que joue le simple *habitus*, dans ce qui fait d'une question un problème philosophique important. Cette théorie a inspiré plusieurs travaux. Les auteurs (Vieira da Silva et *al.*, 1999; Williams, 1995; Bedos, 2000; Msefer et *al.*, 2004) l'ont appliquée pour comprendre par quels processus les conditions de vie influencent les pratiques et l'utilisation des services de santé. Au Maroc, la théorie a permis d'éclairer la résistance des enfants ruraux à adopter le brossage dentaire. Au Cameroun, elle a permis de conclure que la trajectoire thérapeutique du malade tuberculeux ne dépend pas toujours de sa lucide volonté mais aussi et surtout de son réseau relationnel (cousines, tantes, parents, amis, voisins...) (Djouda, 2010). Dans le cadre de ce travail, *l'habitus* pourrait permettre d'éclairer et d'expliquer le recours à la MT. Mais, la préférence est portée sur d'autres théories.

Comme toutes les théories, *habitus* n'est pas née ex nihilo. L'inspiration de Bourdieu, vient de Max Weber et d'Emile Durkheim. Ce dernier est l'un des fondateurs de la sociologie moderne et de la théorie du *Fait social*.

1.2.3.2 Fait social

Le « *fait social* » est une théorie qui affirme la relation d'indépendance du groupe par rapport à l'individu. En effet, est fait social toute manière de faire, connue d'avance ou pas, susceptible

d'exercer sur l'individu une contrainte (Durkheim, 2010)³⁵. Le *fait social* est un ordre de faits avec des caractères très spéciaux qui consistent en des manières d'agir, de penser et de sentir, extérieures à l'individu. Ces manières sont douées d'un pouvoir obligatoire à l'individu (Durkheim, 2010). Le *fait social* est donc caractérisé par :

- sa *généralité* ; il est pratiqué fréquemment par la population dans le temps et dans un espace donné ;
- son *extériorité* ; le fait social est *extérieur* aux individus ; il se situe dans la sphère collective, et survivra à l'individu ;
- son *pouvoir contraignant* ; le fait social s'impose aux individus ; il est obligé d'adopter telle attitude devant telle situation ;
- son *historicité* ; un fait nouveau ne peut être social avant une certaine période. Nul ne peut a priori déterminer avec précision la durée de cette période.

Les deux théories *habitus* et *fait social* ont un point commun : la société détermine les pratiques de l'individu. Ces pratiques sont les habitudes, les actions, les choix dans la vie courante surtout face aux malheurs comme les maladies. En effet, les habitudes sociétales, comme les forces dynamiques en mécanique insufflent le comportement des individus qui composent cette société. Ces habitudes sociétales seraient à l'origine des choix thérapeutiques. Les deux théories *habitus* et *fait social* divergent sur l'aspect contraignant de la théorie de Durkheim.

Contrairement à la théorie de Bourdieu, le « *fait social* » s'impose à l'individu, indépendamment de sa volonté, c'est-à-dire ne peut être modifié sous la seule direction de cet individu (Durkheim, 2010). Pour le modifier, il faut un effort soutenu et laborieux. C'est d'ailleurs pourquoi le « *fait social* », comme d'ailleurs, toutes les autres théories de Durkheim, sont souvent critiqués de holisme³⁶ ; de ne pas faire la part belle à l'individu. L'holisme est la tendance à constituer des ensembles qui sont supérieurs à la somme de leurs parties, au travers de l'évolution créatrice (Jan, 1926).

³⁵ La première édition est publiée en 1895 ; cet ouvrage traite de la spécificité de la sociologie : celle-ci consiste en l'observation des faits sociaux et des faits physiques, dans la distinction du normal et du pathologique, dans l'irréductibilité des faits sociaux à d'autres faits, notamment psychologiques et biologiques.

³⁶Holisme (du grec ancien *holos* signifiant « la totalité, l'entier ») est un néologisme forgé en 1926 par l'homme d'État sud-africain Jan Christiaan Smuts pour son ouvrage *Holism and Evolution*

Dans le développement de sa théorie, Durkheim occulte l'individu. L'individu est agi mais pas agissant. Sa connaissance vient de la société qui lui impose des attitudes. Son action n'est perceptible et ne saurait expliquer l'action globale de l'ensemble de la société. Et l'action globale de la société ne peut pas être définie comme la résultante des actions individuelles. C'est la science des « *faits sociaux* » par opposition à la science de « *l'action sociale* ». L'auteur est soutenu par d'autres à l'instar Tiryakian (1962). Celui-ci affirme que, dans toutes les œuvres de Durkheim, la société et l'individu ne sont pas antagonistes ; mais au contraire l'individu en est au centre.

Durkheim, par sa théorie du *fait social*, a inspiré Bourdieu, et la théorie des *Représentations sociales* (RS) de Moscovici.

1.2.3.3 Théorie des Représentations sociales

En 1961, Moscovici a introduit pour la première fois le concept de « représentations sociales (RS) » dans son ouvrage intitulé *La psychanalyse, son image et son public*³⁷. Ce concept lui a été inspiré par la « représentation individuelle et collective » évoquée dans un article en 1898 par Durkheim. Celui-ci part du principe que chaque individu est différent et donc a des perceptions différentes du monde qui l'entoure. Cette perception individuelle, différente des autres perceptions individuelles du groupe, n'exclut pas une perception collective propre au groupe, commune et collective à tous les membres, du seul fait, qu'ils sont membres du groupe. La perception collective n'est pas la somme de toutes les perceptions individuelles. La « *vie collective, comme la vie mentale de l'individu est faite de représentations : il est donc présumable que représentations individuelles et représentations collectives sont en quelque manière comparables* » (Durkheim, 1898 : 274). Les représentations collectives sont extérieures aux consciences individuelles. Elles ne proviennent pas des individus pris isolément mais, de leur concours. Chaque individu apporte sa contribution dans l'élaboration de la représentation collective. La résultante transcende la perception individuelle (Durkheim, 1898) et résiste au temps. Ce concept de Durkheim est resté en veilleuse après plus d'un demi-siècle. En 1961, Moscovici s'en inspire et l'adapte au contexte d'alors. Pour lui, les représentations sont des formes de savoir naïf, destinées à organiser, les conduites et orienter les communications. « *Représenter une chose, un état n'est en effet pas simplement le dédoubler,*

³⁷ Serge Moscovici, *La psychanalyse : son image et son public*. Etudes sur la représentation sociale de la psychanalyse, Paris, PUF, 1961.

le répéter ou le reproduire, c'est le reconstituer, le retoucher, lui en changer le texte » (Moscovici , 1961: 56).

Quelques années plus tard, Moliner et Courtot (2004 : 473) corroborent la thèse de Moscovici. Selon eux, les représentations constituent une sorte « *d'univers d'opinions, d'informations et de croyances relatives aux objets de l'environnement social* ». D'où « *il n'y a pas de coupure entre l'univers extérieur et l'univers intérieur de l'individu (ou groupe). Le sujet et l'objet ne sont pas foncièrement districts* » (Moscovici , 1961: 9). Abric (2016) explique que l'objet n'existe pas en lui-même. Il existe pour l'individu et pour le groupe et par rapport à eux.

Moscovici (1988 : 218), pour justifier la théorie des représentations sociales versus les représentations collectives et individuelles, affirme que « Nous devons au moins reconnaître, que les représentations sont d'une façon ou d'une autre créées et modifiées. Chez Durkheim, cela n'arrive qu'exceptionnellement, dans des conditions extraordinaires. » La représentation évolue dans le temps et s'inscrit dans l'action et dans l'interaction. Elle est la passerelle entre le monde individuel et le monde social. « Les représentations individuelles ont pour substrat la conscience de chacun et les représentations collectives, la société dans sa totalité » (Moscovici , 1989 : 81). Elle se construit en société et oriente les conduites sociétales. Le concept de représentations individuelle et collective est ainsi substitué à la notion de représentation sociale (RS). Moscovici et Vignaux (1994 : 27) la définissent comme « des systèmes d'interprétations d'événements et du monde, elles sont par-là, vecteurs essentiels des opinions, jugements et croyances, visant à assurer la pertinence et la régularité de nos liens et de nos conduites en collectivité ». Guimelli (1994 : 12) la définit à son tour comme « l'ensemble des connaissances, des croyances, des opinions partagées par un groupe à l'égard d'un objet social donné ».

Les RS s'élaborent selon deux processus : l'objectivation et l'ancrage³⁸. Ces processus sont la façon dont le social transforme une connaissance en représentation et la façon dont la représentation transforme le social (Jodelet, 1989 a).

L'objectivation est une mise en images des notions abstraites. Elle donne une texture matérielle aux idées, et donne corps à des schémas conceptuels. Objectiver, c'est résorber un excès de

³⁸ Moscovici est arrivé à expliquer ces deux processus après avoir interrogé 2265 personnes et analysé 1640 articles de presse.

significations en les matérialisant (Jodelet, 1984), c'est matérialiser la signification des choses et faciliter la communication (Doise et *al.*, 1992).

L'ancrage est l'enracinement social de la représentation et de son objet (Jodelet, 1984). Son processus consiste à mettre un objet nouveau dans un cadre de références qu'on connaît bien afin de pouvoir l'interpréter (Doise et *al.*, 1986).

Abric (1987) pense que la notion de RS traduit le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu ou un groupe reconstitue le réel auquel il est soumis et lui attribue une signification propre. Jodelet (1989 a) définit la RS comme une forme de connaissance élaborée et partagée par la société avec une visée pratique concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social.

Plusieurs travaux de chercheurs se sont penchés sur différentes approches des représentations. Ce qui a amené Doise et Palmonari (1986: 19) à écrire que : « La pluralité d'approches de la notion et la pluralité de significations qu'elles véhiculent en font un instrument de travail difficile à manipuler. Mais la richesse et la variété même des travaux inspirés par cette notion font qu'on hésiterait même à la faire évoluer par un réductionnisme qui privilégierait par exemple une approche exclusivement psychologique ou sociologique .»

Bonardi et *al.* (1999) distinguent trois approches ou écoles. L'approche anthropologique et historique conduite par Jodelet (1989 a) et Kaës (1968). L'école aixoise ou théorie du « noyau central » est conduite par Abric. L'école genevoise est aussi dite « théorie des principes organisateurs » (Doise et *al.*, 1986). Chacune de ces approches poursuit des objectifs spécifiques. L'école aixoise vise le repérage des cognitions centrales. L'école genevoise s'attache à mettre à jour les spécificités interindividuelles et intergroupales.

Toute réalité est représentée par l'individu ou le groupe qui la reconstruit dans son système cognitif et l'intègre dans son système de valeur dépendant de son histoire et du contexte social (Abric, 1994 b). Les RS renseignent ainsi sur l'opinion naïve que se fait un sujet sur un objet afin de justifier ses comportements, ses mœurs et ses attitudes. Cet objet peut-être une maladie, une matière, une culture (Bataille, 2002), un être vivant (humain, animal, plante, etc.), etc. C'est la raison pour laquelle l'application des RS se retrouve dans les domaines de la vie courante (l'histoire, la psychologie, la sociologie, l'anthropologie, la psychanalyse, la culture, la médecine, les mathématiques, la religion, l'éducation, etc.).

Les différentes applications sont justifiées par ses multiples fonctions. Moscovici (1961) définit d'abord deux fonctions de la RS. En premier lieu, établir un ordre qui permettra aux individus de s'orienter et de maîtriser leur environnement matériel. Ensuite, faciliter la communication entre les membres d'une communauté en leur procurant un code pour désigner et classifier les différents aspects de leur monde et de leur histoire individuelle et de groupe. Mais Abric (2003b) compte quatre fonctions pour la RS : la fonction de savoir, la fonction identitaire, la fonction d'orientation et la fonction justificatrice.

- La fonction de savoir de la RS confère au sujet la capacité de comprendre et d'expliquer sa réalité et l'environnement complexe qui l'entoure (Moscovici, 1961). Elle permet aussi de définir son cadre de référence qui permet la communication, participe à la construction sociale de la réalité (Berger et Luckmann, 1996).
- La fonction identitaire permet de définir l'identité et la spécificité des groupes. Elle assure la sauvegarde de la spécificité du groupe (Abric, 2003b).
- La fonction d'orientation permet de guider les comportements et les pratiques du sujet ou du groupe vis-à-vis de l'objet (Abric, 2003b). Pour Moscovici (1961) la RS est une "préparation à l'action". Elle ne l'est pas seulement dans le but de guider le comportement, mais surtout pour remodeler, reconstruire les éléments de l'environnement où le comportement aura lieu. Cette fonction d'orientation, selon Abric (2003b), trouve son explication en trois points. Le premier est que la RS oriente ces derniers vers leur finalité et donc manipule de manière cognitive leurs démarches, leur choix, leurs goûts sans tenir compte de la réalité objective de la situation dans laquelle ils baignent. Le deuxième point, est que la RS anticipe sur les faits par un système de filtrage d'information qui rend la réalité exacte à la représentation qu'on se fait. Le troisième point est que les représentations assurent un rôle prescripteur de comportements et donc dictent les conduites à adopter dans un contexte social donné.
- Enfin la fonction justificatrice permet de justifier, de légitimer les comportements, les prises de position et de se convaincre de son attitude face à un objet. Cette fonction intervient a posteriori.

Les différentes fonctions de la représentation émanent de l'articulation et de la structuration de son contenu. Elles permettent de mieux comprendre la dynamique sociale. Abric (2003a; 1994a) distingue le contenu et la structuration de la RS d'où la théorie du noyau central. Le contenu est composé d'éléments (Flament, 2016) qui peuvent être des opinions, des attitudes, des croyances, des idéologies, des mythes, etc.

Les RS, au travers ses différentes approches, s'imposent donc comme un outil d'investigation pour appréhender les dynamiques sociales entre un sujet et un objet. Elles peuvent, par exemple, être utilisées pour déterminer la relation thérapeutique et le rapport entre le patient et le traitement comme l'a fait Jeoffrion (2009).

Le cadre théorique a permis de prendre connaissance des différentes théories disponibles pour analyser le comportement des individus dans une société. Dans cette optique, une méthodologie de travail devant aboutir à l'analyse des données a été élaborée.

I.3 METHODOLOGIE ET TRAITEMENT DES DONNEES

Dans cette section sont développées les différentes étapes qui ont conduit à la collecte des données et à l'analyse des résultats finaux. La nature des hypothèses de recherche et la nécessité de trianguler les résultats ont conduit à adopter une approche multi-méthodologique. Elle allie les techniques qualitatives et quantitatives de recherche. Deux groupes de populations ont été enquêtés : les « non praticiens de la MT » et les « praticiens de la MT ». Le processus a été émaillé de difficultés qui ont été surmontées.

I.3.1 Méthodologie de collecte des données

Ce travail est une recherche-action³⁹ en ce sens que sa finalité est de suggérer, après la compréhension de la problématique de l'engouement pour la MT, des propositions de solution pour un changement social. La méthodologie a été adaptée pour répondre à ces exigences. Le modèle qualitatif utilisé est fondé sur la théorie à base empirique⁴⁰. Le modèle quantitatif a

³⁹Lewin Kurt psychologue expérimental allemand, considéré comme le Père de la recherche-action, a avancé l'idée qu'à travers la recherche-action des avancées théoriques pouvaient être réalisées en même temps que des changements sociaux (Catroux, 2002).

⁴⁰Théorie à base empirique est une stratégie de recherche qualitative employée pour découvrir les processus socio-psychologiques inhérents à un phénomène (DiCenso, et al., 2005). Pour plus de précision, voir Tableau 6-1 et Glossaire.

permis de donner des cotes à certaines déclarations et de calculer les liens de dépendance. Les différents outils de collecte ont été consignés dans un guide d'entretien et d'observation.

1.3.1.1 Guide d'entretien et d'observations

Un guide d'entretien a été élaboré (ANNEXE 14). Il est structuré en questionnaire, en sujets d'entretien semi-directif et en thèmes pour les observations dirigées. Ces outils sont indispensables pour une collecte devant conduire à des analyses fiables parce qu'ils sont des instruments idéaux pour obtenir des données qualitatives et aussi quantitatives. Ils permettent de comprendre le pourquoi et le comment des choses (Rochat, 2012).

Le questionnaire porte sur le profil sociodémographique du répondant (identité du répondant, sexe, âge, religion, etc.) et son appréciation après usage des services et soins de la MT. Ces questions ont permis de rechercher un lien de dépendance entre les variables sociodémographiques, le degré de satisfaction et le recours à la MT.

Les sujets d'entretien semi-directif étaient relatifs aux mobiles du choix de la MT, à l'existence des maladies culturelles/inguérissables par la médecine traditionnelle, etc. Concernant le sujet relatif aux mobiles du choix de la MT, deux expériences ont été associées. Dans la première, les répondants connaissent l'objet et la finalité de l'entretien. Cela a consisté à leur demander les raisons qui ont motivé ou pourraient motiver leur recours à la MT. Dans la seconde, ils ignorent l'objet. Dans ce cas, il s'agit d' « association libre de mots » avec comme inducteur la « médecine traditionnelle ».

Concernant les observations dirigées, le guide a précisé les objets et les actions sur lesquels devraient s'orienter les observations chez les praticiens de la MT. Les observations dirigées se faisaient avant, pendant ou après les interviews.

Avant la collecte, les enquêteurs ont été formés sur l'utilisation du guide. La formation a été suivie de prétest. L'enquête proprement dite a ciblé un échantillon de répondants.

1.3.1.2 Echantillonnage

Deux groupes de populations ont été ciblés : les « non praticiens de la MT » et les « praticiens de la MT ». Le premier est la cible principale. Car la recherche vise à comprendre pourquoi les individus de ce groupe ont une préférence pour la MT. Le second est la cible dont les

informations sont nécessaires pour mieux appréhender le comportement du premier et soutenir l'analyse. Chacun de ces groupes de populations est susceptible d'apporter des informations spécifiques et utiles (Poyen, 2015). Au total 232 répondants⁴¹ ont été touchés par l'enquête dont 210 « non praticiens de la MT » et 22 « praticiens de la MT ».

L'échantillonnage a été fait de manière aléatoire simple pour les « praticiens de la MT ». Ceux qui ont été interrogés ont été tirés aléatoirement à partir d'une base de sondage. La base est une liste des praticiens de la MT du Grand Lomé. Les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation.

Par contre, l'échantillonnage a été empirique (non probabiliste) et théorique⁴² pour les « non praticiens de la MT ». A ce niveau, l'enquête exploratoire (ANNEXE 13) a indiqué le profil adéquat des usagers de la MT. Ils regroupent toutes les tranches d'âge y compris les enfants qui sont souvent accompagnés de leurs parents. Mais, ces enfants ne décident pas du choix de la MT pour leur traitement. Ce sont les parents qui en décident selon les déclarations des répondants. Ce travail portant sur le recours à la MT, oblige à exclure ceux qui ne décident pas du choix thérapeutique, c'est-à-dire les enfants. Ce sont les adultes qui décident. Ils décident aussi pour leurs enfants. Les mineurs ont été donc exclus et les personnes âgées de dix-huit ans (18) ans et plus ont été considérées comme la population qui décide du recours thérapeutique pour elles-mêmes et pour leurs enfants.

Les répondants de cette population ont été choisis au hasard dans les administrations, dans les maisons, dans la rue, etc. Tous les cantons et arrondissements du Grand Lomé ont été couverts. La taille de l'échantillon a été augmentée pour répondre aux exigences statistiques des outils utilisés pour l'analyse⁴³.

La population des « non praticiens MT » est composée de deux sous-populations. Ces deux sous-populations ne pouvaient pas être distinguées a priori c'est-à-dire avant l'enquête. Elles

⁴¹ Dans le cadre de son article « multi-objets » auprès des Professionnels de Santé (PS) et des Non-Professionnels de Santé (NPS), Jeoffrion (2009) a associé le recueil des variables sociodémographiques et une enquête qualitative. Au total, 150 sujets (75 PS et 75 NPS) ont constitué l'échantillon.

⁴²Echantillonnage théorique renvoie à des décisions prises tout au long du processus de recherche où les répondants sont choisis d'après des résultats d'étude nouveaux. Le but ultime est d'élaborer une théorie fondée sur les données qui prend en compte la variation comportementale (DiCenso, et al., 2005).

⁴³Pour valider les calculs statistiques du Chi-carré de Pearson prévus dans l'analyse des données, il faut que l'effectif de l'échantillon soit obligatoirement supérieur à 30 et aucun effectif théorique (effectif conjoint) ne soit inférieur à 5. Au cas où l'effectif théorique est inférieur à 5, le test exact de Fisher est conseillé en lieu et place du test de Chi-carré.

ont été distinguées après l'enquête suite aux réponses données à la question relative à l'usage ou non de la MT. La première sous-population est celle qui a reconnu avoir recouru au moins une fois aux pratiques de la MT. Les individus de cette sous-population sont les « usagers ». Les raisons cognitives, culturelles, sociales et sociodémographiques du recours à la MT des individus de cette sous-population, et leur profil sociodémographique sont particulièrement étudiées pour expliquer leur attirance pour la MT.

La seconde sous-population est celle qui a déclaré n'avoir jamais recouru aux pratiques de la MT. Les individus qui la composent sont les « non usagers ». C'est auprès d'eux, que sont recherchés les facteurs à l'origine de la récusation de la MT.

L'échantillonnage a été une étape capitale avant la collecte de données. Plusieurs techniques de collecte ont été appliquées.

1.3.1.3 Techniques de collecte des données

Les variables qualitatives (satisfaction des usagers, sexe, profession, verbatim, etc.) et quantitatives (âge) ont été collectées ensemble. Car, les méthodes qualitatives et quantitatives correspondent à deux façons d'approfondir la connaissance des populations (Bouchon, 2009). La préférence est portée sur les deux groupes de populations pour assurer la triangulation et la complémentarité dans les réponses aux différents thèmes abordés. Chaque groupe est homogène en son genre et hétérogène aux autres (Vilatte, 2007). Les répondants avaient entre 18 à 79 ans.

Les observations dirigées ont été réalisées avant, pendant et après les entretiens semi-structurés. Elles ont été importantes, car elles ont significativement complété les réponses des répondants (Singly (De), 2012; Bouchon, 2009). Tous les éléments qui définissent la situation du malade ou du praticien de la MT ont été observés et comparés avec ce qu'ils ont dit. Certains faits observés ont été photographiés après avis favorable des répondants.

L'entretien semi-directif a été important et adapté à cette recherche. Il a permis aux membres de l'équipe (intervieweurs) de discuter à bâtons rompus et de manière exhaustive avec les répondants. Les entretiens se sont déroulés sur la base des thématiques contenues dans le guide d'entretien. Au cours des entretiens, certaines thématiques non prévues ont été abordées afin de mieux comprendre le répondant. Des questions ont suscité d'autres. Les risques liés aux

entretiens individuels, comme les conséquences de la distanciation entre l'intervieweur et le répondant (l'interviewé), ont été limités au maximum grâce à la formation et notre expérience dans la collecte d'informations sur le terrain. Au cours de l'entretien, les répondants ont présenté volontiers les preuves de guérison, ont témoigné de l'utilité de la MT, ont expliqué pourquoi ils ont abandonné la MM pour la MT, etc. En moyenne, les entretiens ont duré 20 minutes. Ils ont été enregistrés avec l'avis favorable du répondant.

Dans les paragraphes précédents, il a été précisé que des techniques particulières d'entretien ont été utilisées. Il est utile de les présenter.

1.3.1.4 Technique d'association libre des mots/évoctions hiérarchisées

Les techniques performantes existent pour savoir le contenu et la structuration de la RS. Il y a entre autres, les schèmes cognitifs de base, les entretiens, les planches inductrices, l'analyse des similitudes, la technique des questionnaires de caractérisation, la technique d'« évoctions hiérarchisées des mots » et l'« association libre des mots ».

Dans ce travail, l'« association libre des mots » a permis d'accéder au contenu représentationnel sans toutefois distinguer les éléments du noyau central et les éléments périphériques⁴⁴. En ce sens qu'elle a permis de comprendre les dynamiques sociales et les comportements liés à un objet de représentation (Dosquet, 2011). Pour connaître la structuration des représentations, c'est-à-dire identifier le noyau central et les éléments périphériques (Tableau I-1-1 ci-dessous), la technique d'« évoctions hiérarchisées des mots » a été appliquée. Ces deux approches sont à l'interface entre l'anthropologie, la sociologie, la psychologie, l'économie, le commerce, etc.

TABLEAU I-1-1 : TABLEAU IMPORTANCE/FREQUENCE EN TERMES DE STRUCTURE PROPOSE PAR ABRIC

		IMPORTANCE	
		<i>Fortes</i>	<i>Faibles</i>
FREQUENCES D'APPARITION	<i>Fortes</i>	Zone du Noyau	1ère Périphérie
	<i>Faibles</i>	Éléments Contrastés	2ème Périphérie

Source : Abric J.-C. , La recherche du noyau central et de la zone muette des représentations sociales, 2003

⁴⁴Karoue (2018) a utilisé cette technique pour identifier les éléments de la représentation sociale de la CEDEAO.

L'« association libre des mots » consiste à lier librement des mots à un mot inducteur qui se trouve être dans ce cas de figure « la médecine traditionnelle ». Pour Abric (1994 b), c'est la méthode privilégiée pour recueillir les éléments du contenu des représentations d'une personne. Dans cette optique, Abric (2016) rassure que la fréquence d'apparition est un indicateur de centralité à condition d'être complétée par l'importance que le sujet accorde à l'élément central. La méthode permet aussi de recueillir d'autres éléments qui composent les représentations comme les éléments contrastés, la première et la deuxième périphérie (Tableau I-1-1 ci-dessus).

Dans le guide, il est fait mention de demander aux répondants, quels mots leur viennent à l'esprit quand on évoque la « MT ». Cette méthode est l'« association libre des mots ». Mais quand on leur demande de le dire selon l'ordre d'importance des mots induits, on parle « d'évocations hiérarchisées » qui permet après analyse de déterminer la structuration de la RS.

Tous les mots ou groupes de mots prononcés par les répondants sont notés par ordre d'importance. Cet ordre permet de trouver, selon un processus bien défini, les éléments des représentations de la MT. Il permet aussi de distinguer les éléments centraux et les éléments périphériques.

La même approche avec très peu de nuance est utilisée en marketing⁴⁵ ou dans les études de marché pour comprendre et expliquer les raisons de la consommation d'un bien par les acheteurs. Ainsi, la représentation sociale n'est pas en marge des sciences de gestion et d'économie. Elle est généralement utilisée (Michel, 1999; Michel, 2000; Michel, 2004; Dosquet, 2010) pour les marques de fabrique ou la détermination des causes de demande d'un produit. La connaissance de ces causes permet de savoir sur quel élément agir pour augmenter la demande. Par analogie à la présente recherche, le « vendeur » correspond au praticien de la MT, le « produit » est la « MT » et les « acheteurs » sont les usagers.

En sciences sociales, cette technique a été développée par Vergès P. (1992) pour déterminer les représentations que les sujets se font quand on évoque l'argent. La pertinence de ses travaux a conduit de nombreux auteurs à l'appliquer. Il s'agit entre autres : Guimelli et Abric (2007), Deschamps et Guimelli (2004), Moliner et Martos (2005), Del Sarto et *al.* (2010), Wachelke

⁴⁵ En marketing on parle du test d'association libre de mots « qui consiste à énoncer les mots qui viennent spontanément à l'esprit du répondant dès que l'instant où l'animateur énonce le mot qui fait objet de l'étude ». (Dayan, 1999 : 293). Dans ce travail, la « MT » est le mot inducteur.

(2008), Chokier et Moliner (2006), Chokier et Rateau (2009), Lheureux et Guimelli (2009), Cartaud et Labbé (2010), Singéry (2016), etc. Dans le guide d'entretien, le questionnaire est aussi une technique utilisée pour la collecte des données.

1.3.1.5 Questionnaire pour le profil socio démographique des répondants

Le questionnaire a porté sur le profil sociodémographique des répondants. Il a s'agi de connaître leur : âge, sexe, profession, niveau scolaire, religion. Dans le questionnaire, une question a concerné uniquement les « non praticiens de la MT ». Il leur était demandé s'ils ont eu recours au moins une fois à la MT. Pour ceux qui ont eu recours à la MT, il leur était demandé de dire le degré de satisfaction. La question sur le degré de satisfaction a été appréciée sur une échelle à trois niveaux : « pas satisfait » ; « peu satisfait » et « très satisfait » (ANNEXE 14).

Les données primaires ont été collectées grâce aux différents outils décrits précédemment. La revue documentaire a permis de collecter les données secondaires.

1.3.1.6 Revue documentaire

La revue documentaire a été le préalable avant la rédaction de ce travail. Les écrits, les données, les citations ont été vérifiés et compilés à partir de la littérature existante. Les ouvrages et les publications scientifiques des bibliothèques universitaires, des écoles et du web ont été consultés. Toute documentation, qu'elle provienne des administrations publiques, des universités, des rapports d'agences internationales, de l'internet, ou autres, a été prise en compte. La littérature a concerné les articles, les revues, les rapports et tous les documents sur la culture et le développement, l'anthropologie, l'ethnologie, la sociologie, les statistiques, la santé, l'économie, la médecine moderne, la médecine traditionnelle, etc.

Les données issues de la revue documentaire et celles collectées sur le terrain ont été traitées et analysées.

1.3.2 Traitements des données

Le traitement est une étape de l'analyse. Selon les données et les résultats escomptés, il a été différent.

1.3.2.1 Traitement des données des entretiens semi-directifs

Les informations étaient en version papier et audio. Chaque version a été traitée différemment. Les déclarations audio ont été transcrites puis consignées par thématique dans un tableau en fichiers Word et Excel. Chaque déclaration a porté le numéro du répondant. Etant donné la complexité et la richesse des informations, la rigueur et l'attention ont caractérisé le traitement de toutes les déclarations. Aucune n'a été abandonnée pour un motif non pertinent. Celles qui se détachent de la tendance générale ou sont uniques dans leur nature ont été aussi répertoriées et classées à part. Parmi celles qui se rapprochent, les plus pertinentes, précises et riches en informations ont eu la primauté dans les analyses. Les autres, moins nombreuses, qui se détachent de la tendance générale n'ont pas été négligées même si elles contiennent des « *énoncés inattendus, incongrus ou apparemment insensés : répétitions, lapsus, contradictions* » (Vilatte, 2007 : 39). Elles ont été prises en compte et l'analyse montre bien leurs caractères singuliers.

Les mots et les groupes de mots induits par la technique d' « association libre » et d' « évocation hiérarchisée » ont été traités en deux étapes⁴⁶. D'abord, un regroupement a permis de contrôler le travail lors du traitement des données. Ensuite, les mots ont été catégorisés par item selon leur proximité sémantique pour des besoins d'analyse (ANNEXE 24). A titre d'exemple, tous les mots induits suivants : *têtes d'animaux, organes d'animaux, immolation* ont été regroupés sous l'item : *organe d'animaux*. Car tous ces mots font référence à une idée fondamentale qui est liée aux animaux. Abric (1987 : 71) résume les intérêts de cette catégorisation en précisant que : « *La première fonction de la catégorisation est donc la réduction de cet environnement, par son découpage et son regroupement en grandes catégories dont le maniement est plus simple, le nombre moins étendu.* »

Concernant les audio, certaines transcriptions ont été restructurées pour mieux faire comprendre aux lecteurs, les idées des répondants. Les phrases supprimées sont celles qui n'ont aucun rapport avec le sujet de discussion⁴⁷. Tous les efforts ont été apportés pour que la restructuration des déclarations ne modifie pas la pensée du répondant. Aucun ajout de phrase ou de mots n'a

⁴⁶ Voir plus de détail au § I.3.2.3 Traitement par analyse prototypique et catégorielle des évocations.

⁴⁷ Lors des entretiens certains répondants demandent à prendre un appel téléphonique ou donnent de consignes à leurs proches sur les recettes des médicaments. Ces propos sont supprimés dans la transcription des enregistrements.

été apporté aux déclarations. Quant aux photos, elles ont été attachées aux déclarations et aux commentaires qui traduisent l'image.

Sur le plan informatique, deux bases de données contenant toutes les déclarations regroupées par contenu et par sémantique ont été créées dans Excel et SPSS. Une base pour les « non praticiens de la MT » et une autre pour les « praticiens de la MT ». Les questions pour lesquelles les déclarations pourraient être multiples (ANNEXE 26) ont été traitées de manière singulière dans la base. Dans Excel, trois colonnes ont été créées pour trois réponses maximales par répondant et par question. Par exemple, pour la question liée aux motifs du recours à la MT, le répondant pouvait donner plusieurs réponses comme :

- réponse n°1 : l'accessibilité financière (coût moins cher) de la MT ;
- réponse n°2 : habitude dans la famille à utiliser les produits de la MT ;
- réponse n°3 : mauvais accueil dans les formations sanitaires.

Concernant les variables (lieu de résidence, profession, âge, sexe, niveau scolaire, degré de satisfaction après l'utilisation des services de MT), le traitement informatique a consisté à les traiter dans toute leur globalité. Aucune donnée n'a été abandonnée. Chaque variable a été attribuée au répondant qui l'a fournie. Les données manquantes et qui sont indispensables à l'analyse (par exemples âge, sexe, « usager » ou « non usager », etc.) ont conduit à la suppression du répondant de la base.

Pour ce qui concerne la technique d'association de mots, un répondant pouvait donner aussi plusieurs réponses ou (mots induits). Les répondants ont très rarement dépassé trois réponses. Au cas échéant, les autres réponses ne sont pas considérées. Car, l'option d'une échelle d'appréciation à trois niveaux a été privilégiée.

Le fait de ne pas prendre en compte la quatrième réponse n'a pas d'effet significatif sur l'analyse. Car d'une part, les quatrièmes réponses étaient très rares et d'autre part les déclarations qui venaient en quatrième position ont été déjà prises en compte, selon les cas, au niveau des autres répondants dans le traitement des données. Ces rares quatrièmes réponses ne sont pas de nature aussi à changer l'ordre des fréquences des déclarations.

En définitive, après dépouillement, certaines modalités ont été groupées pour des raisons d'analyse. C'est l'exemple des regroupements par sémantique concernant les verbatim, des

regroupements par tranches d' « âges » et des regroupements par « profession ». Pour ce dernier cas, plusieurs professions ont été citées : salarié, fonctionnaire, commerçant, pêcheur, étudiant, chômeurs, sans emploi, mécanicien, stagiaire, etc. L'ANNEXE 25 (page 305) montre les différents regroupements réalisés pour les professions. Les professions ont été regroupées en quatre catégories : *salariés* (privés et publics), *indépendants* (commerçants, maçons, artisans, tôleurs, etc.), *retraités* et *sans travail* (stagiaires, sans emploi, étudiants). Les regroupements ont été réalisés aussi pour les « âges » (Tableau 1-6, page 71). Tous ces regroupements étaient nécessaires pour des raisons d'analyse quantitative. Les informations collectées ont fait objet de traitement particulier avec des outils de traitements et d'analyse spécialisés qui répondent aux objectifs dans le cadre de ce travail.

1.3.2.2 Traitement des verbatim par analyse de contenu

L'analyse « de contenu » a été fondamentalement utile dans le traitement des verbatim. Elle diffère de l'analyse « du contenu » qui est la méthode par laquelle on examine ces éléments : « *Dans l'étude d'une RS par la méthode des entretiens, l'analyse de contenu des entretiens peut nous aider à faire l'analyse du contenu de la RS* » (Negura, 2006 : 6). Elle a consisté à regrouper par catégorie et sous-catégorie les déclarations des répondants. C'est ainsi que pour le thème relatif « au recours à la MT », toutes les déclarations ont été regroupées dans une catégorie qui est celle du thème. Dans cette catégorie, sont créées deux sous-catégories. La première regroupe les verbatim des « usagers ». La deuxième regroupe les verbatim des « non usagers ». A l'intérieur de chaque sous-catégorie, ont été identifiées les déclarations les plus explicites et les plus détaillées pour soutenir les argumentations.

Cette technique purement qualitative a permis aussi d'identifier les éléments des RS que les répondants ont de la MT sans toutefois distinguer la structuration de ces RS. Abric (1994 b) affirme que cette technique d' « analyse de contenu » présente parfois des inconvénients. Elle est trop dépendante de l'interprétation parfois subjective de l'analyste. C'est pourquoi, pour connaître la structuration des RS de la MT, identifier les éléments centraux et les éléments périphériques, la préférence a porté sur l'analyse prototypique et catégorielle.

1.3.2.3 Traitement par analyse prototypique et catégorielle des évocations

Il s'agit de retrouver les éléments du noyau central et les éléments périphériques. A cet effet, l'analyse des évocations est d'abord passée par un traitement sémantique des données ou

analyse catégorielle qui s'apparente à l'analyse de contenu (ANNEXE 24). Ensuite, il a été procédé à l'analyse selon les critères d'importance et de fréquence/occurrence. Cette analyse est à la fois qualitative et quantitative. Les prototypes et les catégories sont d'abord classés selon le critère d'importance (Tableau I-1-2 ci-dessous). Ainsi, d'une centaine d'items (mots et groupes de mots), on a abouti à 24 catégories (ANNEXE 24).

TABLEAU I-1-2 : ANALYSE DES EVOCATIONS PAR LES CRITERES D'IMPORTANCE ET DE FREQUENCE OU ANALYSE PROTOTYPIQUE ET CATEGORIELLE

		IMPORTANCE	
		<i>Forte</i>	<i>Faible</i>
FREQUENCE D'APPARITION	<i>Forte</i>	moyenne d'importance \leq à la moyenne des moyennes d'importance de toutes les évocations ; et fréquences \geq 1%	moyenne d'importance $>$ à la moyenne des moyennes d'importance de toutes les évocations ; et fréquences \geq 1%
	<i>Faible</i>	moyenne d'importance \leq à la moyenne des moyennes d'importance de toutes les évocations ; et fréquences $<$ 1%	moyenne d'importance $>$ à la moyenne des moyennes d'importance de toutes les évocations ; et fréquences $<$ 1%

Source : AKPO GNANDI O., sur la base du Tableau Importance/Fréquence et Hypothèses en Termes de Structure proposé Abric (2003a)

Dans l'analyse, le critère d'importance a été appliqué en tenant compte uniquement des évocations de la première importance selon le classement des répondants. Une évocation est considérée *très importante* pour le groupe si cette évocation a une moyenne d'importance inférieure ou égale à la moyenne des moyennes d'importance de toutes les évocations enregistrées dans les trois colonnes. Les évocations qui ont un rang moyen d'importance supérieur au rang moyen d'importance de toutes les évocations sont considérées de faible importance pour le groupe.

Le second critère est celui de fréquence. Il prend en compte toutes les évocations des répondants. Les évocations de *forte fréquence* sont celles qui ont une fréquence supérieure à

1%. En tenant compte des deux critères (importance et fréquence), on obtient le Tableau I-1-2 ci-dessus. Ce tableau permet de connaître à la fois le contenu des RS mais aussi la structuration en noyau central et éléments périphériques.

Concernant les variables sociodémographiques, c'est seulement les calculs de statistiques descriptives qui ont été utilisés.

1.3.2.4 Traitement des variables sociodémographiques par des tests statistiques

Dans ce cas spécifique, le lien d'indépendance entre le recours à la MT et le profil sociodémographique et culturel des répondants a été vérifié. Les variables : âge, sexe, religion, niveau scolaire et profession ont été prises en compte dans le calcul.

Pour la détermination des liens d'indépendance, le test Chi-carré de Pearson ou le test exact de Fisher et le test *V de Cramer* sont utilisés. A cette fin, des tableaux d'effectifs conjoints (tables de contingence) comme l'exemple du Tableau I-1-3 ci-dessous ont été conçus.

TABLEAU I-1-3 : EXEMPLE DE TABLE DE CONTINGENCE

Variable sociodémographiques		Variable A		Total
		Modalité « a 1 » : <i>usagers</i>	Modalité « a 2 » : <i>non usagers</i>	
	Modalité « b1 »	n ₁₁	n ₁₂	L₁
	Modalité « b2 »	n ₂₁	n ₂₂	L₂
TOTAL		C₁	C₂	N= C₁+ C₂= L₁+ L₂

Source : AKPO GNANDI O., 2017

Pour chaque table de contingence observée, les effectifs théoriques sont calculés à base d'une table de contingence théorique. La formule de calcul des effectifs théoriques est :

$$n'_{ij} = L_i * C_j / N$$

Où n_{ij}= effectif observé ; n'_{ij}= effectif théorique ; N= effectif total de la population ; L_i= le total de la ligne i ; C_j= le total de la colonne j.

Sur la base de la table de contingence théorique est calculé un Chi-carré. La formule *de chi-carré calculé* est :

$$\chi^2 = \sum \sum \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

Une fois que l'on connaît le chi-carré calculé, il est comparé avec la valeur de chi-carré issue de la table de probabilité de chi-carré. Pour ce faire, le nombre de degrés de liberté (ν) est calculé à partir de la formule :

$$\nu = (L_i - 1) \times (C_j - 1)$$

Puis on fixe la probabilité d'erreur. Pour ce travail, la probabilité 5% est considérée. Le nombre de degrés de liberté (ν) et la probabilité d'erreur sont utilisés pour déterminer le chi-carré théorique (χ^2_t) à partir de la table de probabilité de chi-carré.

Enfin, l'indépendance entre les deux variables est déterminée en appliquant la règle suivante : lorsque Chi2 « observé » (χ^2) est inférieur à la valeur issue de la table théorique (chi2 théorique χ^2_t), le test d'indépendance mathématique (hypothèse H0) est avéré. On dira qu'il n'y a pas de lien entre les deux variables. Inversement, lorsque le Chi2 « observé » est supérieur au Chi2 « théorique », le test d'indépendance mathématique n'est pas vérifié, les variables sont donc dépendantes (hypothèse H1 est dans ce cas avérée).

La liaison entre les variables étant démontrée, il est possible de quantifier l'intensité de cette liaison par un coefficient variant de 0 à 1. Plusieurs indicateurs existent. Ici le test *V de Cramer* est retenu. C'est la racine carrée du Chi-carré (χ^2) divisé par le Chi-carré maximum (χ^2_{\max}) :

$$V = \frac{\sqrt{\chi^2}}{\sqrt{\chi^2_{\max}}} = \frac{\sqrt{\chi^2}}{\sqrt{n * [\min(L_i, C_j) - 1]}}$$

Ce χ^2_{\max} est théorique ; il est égal à l'effectif multiplié par le plus petit côté de la table de contingence (nombre de lignes ou de colonnes) moins 1.

Plus V est proche de zéro, moins les variables étudiées sont dépendantes. Il vaudra 1 lorsque les deux variables sont complètement dépendantes.

Ce test de Chi-carré de Pearson⁴⁸ n'est pas applicable dans tous les cas. Il est applicable si et seulement si l'effectif total est supérieur à 30 et si aucun effectif théorique⁴⁹ n'est inférieur à 5. Au cas échéant, il est procédé :

- i) à une correction de la continuité de la statistique du χ^2 dite **correction de Yates**, dans le cas des tableaux croisés 2x2 selon la formule :

$$\chi^2_{Yates} = \sum \frac{(|n_{ij} - n'_{ij}| - 0,5)^2}{n'_{ij}}$$

- ii) au regroupement des modalités qui ont des profils similaires en tenant compte des objectifs de la présente recherche pour aboutir à des effectifs compatibles et analysables (exemple le regroupement par tranche d'âge) ;
- iii) au calcul du test exact de Fisher. Pour ce calcul, l'hypothèse H0 sera retenue si la P-valeur est supérieure à 5%. Elle sera rejetée si P-valeur est inférieure ou égale à 5%.

Concernant le test de khi-deux et le test exact de Fisher, il est choisi une hypothèse entre les deux hypothèses suivantes : *H0, la variable sociodémographique étudiée et le recours à la MT sont indépendants c'est-à-dire que la variable n'influence pas le recours ; et H1, la variable sociodémographique étudiée et le recours à la MT sont liés (dépendantes), en d'autres termes la variable influence le recours à la MT.* C'est l'hypothèse H0 qui est soumise au test et tous les calculs sont effectués en supposant que H0 est vraie. Le risque de rejeter à tort H0 (ou la probabilité d'erreur ou le seuil de signification) est fixé à 5%. La relation d'indépendance entre les variables étudiées n'explique aucunement une relation de cause à effet.

Par ailleurs, toutes les données traitées ont été collectées non sans difficulté. Il y a eu des difficultés sur le terrain et les difficultés lors des traitements.

I.3.3 Difficultés et limites de la recherche

Les objectifs fixés pour la collecte et l'analyse des données ont été atteints. Mais, le processus s'est heurté à des difficultés. Ces difficultés ont été surmontées.

⁴⁸ Dans ce travail le test de Chi-carré de Pearson est la règle et le test exact de Fisher l'exception.

⁴⁹ Pour certains auteurs si plus de 20% des effectifs théoriques sont supérieurs à 5%, le test de khi-deux n'est plus applicable.

1.3.3.1 Difficultés dans la collecte des données

L'outil de collecte des données a été intégré aux questionnaires d'une enquête sur les dépenses de santé. Cette enquête avait pour but de collecter les dépenses de santé des années 2013 et 2014 auprès des employeurs, des Organisations Non Gouvernementales (ONG), des institutions, des structures de santé (USP, HP, CHU, officines pharmaceutiques), des praticiens de la MT. Le présent travail de recherche n'est pas lié aux dépenses de santé. Mais, les répondants des questionnaires des dépenses de santé sont des cibles privilégiées pour ce travail. L'association de l'outil de collecte de ce travail à celui des dépenses de santé a provoqué les difficultés suivantes :

- les répondants devraient d'abord se soumettre aux questions sur les dépenses de santé avant d'aborder les entrevues liées au présent travail. Certains ont trouvé les questionnaires trop « consommateurs de temps ». D'autres, pour ces raisons n'ont pas donné suite aux questionnaires. Toujours pour les mêmes raisons, certains enquêteurs se sont concentrés uniquement sur les dépenses de santé, laissant de côté le questionnaire lié à ce travail. Toutes ces raisons expliquent le faible taux de réponse des questionnaires associés aux dépenses de santé. En effet, sur plus de 300 répondants dans le Grand Lomé identifiés pour le compte des dépenses de santé, 135 questionnaires ont été validés pour la population des « non praticiens de la MT ». Pour la celle des « praticiens de la MT », sur les cinquantaines, 6 questionnaires ont été validés ;
- certains répondants n'étaient pas immédiatement disponibles à répondre aux questions des enquêteurs. Les outils ont été laissés pour être remplis plus tard par ces répondants. Ils n'ont donc pas été assistés par les enquêteurs dans le remplissage de ces outils de collecte. Les enquêteurs sont repassés plus tard récupérer les outils remplis et le plus souvent mal remplis entraînant plusieurs rejets pour insuffisance d'information ;
- tous les enquêteurs recrutés pour les dépenses de santé n'ont pas enregistré les déclarations des répondants liées à ce travail.

Toutes ces difficultés énumérées ont été surmontées. En effet, en plus des enquêteurs (ou intervieweurs) recrutés dans le cadre des dépenses de santé, quatre autres ont été recrutés par nos soins (trois étudiants et une assistante sociale) et formés. Ces enquêteurs et moi-même avons procédé à une collecte complémentaire. Au total, sur les 210 répondants « non praticiens

de la médecine traditionnelle » validés⁵⁰, l'enquête complémentaire a touché 75 répondants ; et sur les 22 « praticiens de la MT » validés, l'enquête complémentaire a touché 16 répondants. Les taux de réponse de l'enquête complémentaire sont de 100%. Tous les répondants de l'enquête complémentaire ont été assistés dans le remplissage des outils de collecte. Les déclarations ont été enregistrées pour les répondants qui ont donné leur autorisation. L'enquête complémentaire a permis de combler les insuffisances enregistrées dans le remplissage des questionnaires intégrés à l'enquête sur les dépenses de santé. Le rejet des questionnaires mal remplis a permis de tenir compte uniquement des questionnaires fiables.

Une remarque faite au sujet des deux enquêtes parallèles est que les informations recueillies par l'enquête complémentaire sont similaires à celles recueillies par le biais de l'enquête des dépenses de santé. Les mêmes déclarations reviennent dans les deux enquêtes. Ce qui rassure que les répondants des deux enquêtes parallèles étaient sincères dans leurs réponses. Hormis les difficultés du terrain, d'autres liées aux outils de traitement et d'analyse se sont posées.

1.3.3.2 Limites liées aux traitements et analyse des données

Les limites sont essentiellement liées au modèle de calcul statistique, en l'occurrence le test de Khi-deux de Pearson appliqué à la population des « non praticiens de la MT ». C'est le modèle de calcul le plus adapté et le plus précis pour déterminer le lien d'indépendance entre deux variables. Ce modèle est encore plus précis si deux principaux critères sont respectés. Le premier, est que l'effectif total de la population enquêtée doit être supérieur à 30. Le second critère est qu'aucun effectif théorique ne doit être inférieur à 5⁵¹. Dans ce travail, le premier critère est respecté. Car l'effectif de la population des « non praticiens de la MT » et des sous-populations qui la composent sont tous supérieurs à 30. Mais le second critère n'est pas respecté à tous les coups. Certains effectifs théoriques sont inférieurs à 5.

Pour corriger le non-respect du deuxième critère, les statisticiens proposent plusieurs procédures. Ces procédures ont été appliquées dans ce travail. Il s'agit de regrouper certaines variables afin d'augmenter les effectifs théoriques. La variable *âge* par exemple, a été regroupée

⁵⁰ Les répondants validés sont les répondants qui ont été pris en compte dans les calculs. Certains questionnaires étaient mal remplis et par conséquent n'ont pas été pris en compte. Le manque de données de certains répondants a conduit à la suppression de ces répondants de la base des données.

⁵¹ D'autres statisticiens soutiennent que moins de 20% des effectifs théoriques inférieurs à 5, donne des résultats fiables.

par tranche d'âge. Malgré ce regroupement, il existe toujours des effectifs théoriques inférieurs à 5. Cela a amené à utiliser le test exact de Fisher comme le préconisent les statisticiens. Ce test est utilisé pour les populations de faibles effectifs. Le test exact de Fisher a les mêmes objectifs et les mêmes fonctions que le Test de Khi-deux de Pearson. Le premier est destiné aux petits effectifs et le second plus puissant que le premier est destiné aux grands effectifs. Ainsi, les résultats de l'analyse ne souffrent d'aucune critique, sauf que deux tests différents ayant les mêmes fonctions ont été utilisés. Les résultats obtenus pour les deux tests sont concordants.

Une autre limite est l'impossibilité de pouvoir vérifier certaines informations données par les répondants. Sur les 210 « non praticiens de la MT », 164 ont déclaré qu'ils sont chrétiens. La proportion est relativement très forte. Cette information par exemples ne peut pas être vérifiée. Il en est de même pour ceux qui ont déclaré n'avoir jamais eu recours aux techniques traditionnelles de soin. Les informations fournies dans ces cas de figure, ont été prises en compte, comme telles, dans l'analyse.

Malgré les limites et les difficultés, qui ont été d'ailleurs surmontées, l'importance et les intérêts que revêt ce travail nous ont motivés à aller au bout de la recherche selon un plan structuré en deux grandes parties.

I.4 ANNONCE DU PLAN

« *Sans les médecins, nous ne pouvons pas travailler. Les affections et les infections sont nombreuses... Unissons-nous pour guérir tous ces maux.* ⁵²» (Apéléte, 2017). Cette déclaration traduit un cri de cœur devant l'abandon d'une pratique médicale traditionnelle et la prétention de pouvoir tout guérir de certains praticiens de la médecine traditionnelle⁵³. L'intégration effective de la MT dans le système de santé et la prise en compte de cette médecine dans les recherches scientifiques deviennent nécessaires.

Après l'introduction annonçant le contexte, la justification, la problématique, la revue littéraire, la méthodologie de collecte et le traitement des données, ce travail de recherche-action est structuré en deux grandes parties.

⁵² Cette déclaration est enregistrée lors de nos entretiens avec le Président de de la Fédération Togolaise des Praticiens de la Médecine Traditionnelle (FTPMT) au Togo.

⁵³ La notion de praticien de la médecine traditionnelle est définie dans la loi 2001-017 du 14 décembre 2001 (ANNEXE 23).

La première partie porte sur l'analyse du contexte et le problème social posé. Elle comprend trois chapitres. Le premier rappelle le contexte dans lequel s'est déroulée la recherche. L'accent a été mis sur la situation géographique du Grand Lomé, les contextes démographique, économique et culturel. Les statistiques issues des données collectées dans le cadre de ce travail et qui ont porté sur les praticiens et les non praticiens du Grand Lomé ont été présentées. Le deuxième chapitre présente les raisons qui favorisent et qui interdisent le recours à la MT dans le Grand Lomé. Le troisième chapitre analyse ces raisons à la lumière des théories sociales et des tests statistiques.

La deuxième partie se concentre au Projet de société. Il propose une solution au problème social posé par la problématique du présent travail de recherche et l'analyse du contexte sanitaire national liée à la MT. En effet, les chapitres IV et V diagnostiquent, par la méthode Force Faiblesse, Opportunité et Menace (FFOM), les contextes économique, social, culturel et sanitaire dans lesquels sera mis en œuvre le Projet. Ce diagnostic a permis de mettre en exergue les problèmes et leurs causes et de là connaître les objectifs à assigner au Projet. Le chapitre VI développe le Projet dont l'effet attendu est : les « Médecines moderne et traditionnelle se complètent efficacement ».

**PREMIERE PARTIE : ANALYSE
DU CONTEXTE ET DU
PROBLEME DE RECHERCHE.**

Introduction de la première partie

La première partie porte sur trois grandes thématiques : l'analyse du contexte du site de l'étude, les résultats sortis du traitement des données collectées sur le terrain et l'analyse de ces résultats. Elle comporte trois chapitres structurés autour desdites thématiques.

Le premier chapitre décrit le contexte dans lequel est menée la recherche. Le site identifié est le Grand Lomé. Il regroupe la capitale Lomé avec ses cinq arrondissements et les agglomérations environnantes à savoir, Baguida, Adétikopé, Zanguéra, Légbassito, etc. Ces localités ont connu une urbanisation galopante et sont assimilées à la capitale. On parle aujourd'hui de deux préfectures : celle du Golfe et celle d'Agoènyivé. Leur situation géographique, l'évolution de la démographie, la situation économique et sociale sont développées. Le chapitre donne aussi les statistiques sur les praticiens et les non praticiens de la médecine traditionnelle. Enfin, il présente le CHU campus qui est le centre désigné pour domicilier le Projet de développement.

Le deuxième chapitre présente tous les résultats bruts obtenus après le traitement des données collectées. Ils sont présentés selon les approches méthodologiques et selon les groupes de populations enquêtés. D'abord les résultats de l'entretien semi-directif, ceux de l'approche « association libre des mots », ensuite les statistiques et l'observation dirigée sont décrites. Ces résultats traduisent qualitativement et quantitativement les raisons du recours à la médecine traditionnelle. Mais les statistiques brutes ne suffisent pas. Les résultats sont par conséquent interprétés dans le chapitre suivant.

Le troisième chapitre porte sur l'interprétation des résultats. Elle a consisté à analyser de manière discursive les résultats, en tenant compte des théories des représentations sociales de Moscovici, du noyau central d'Abric et des tests de khi deux de Pearson. Les opinions des différents auteurs sur les résultats sont confrontées. Un tableau comparatif et analytique des résultats est présenté en fin de chapitre. Il ressort de ce tableau que les résultats des différentes approches de collecte des données sont convergents. Mais leur analyse, selon les théories utilisées, présente des nuances quand il s'agit de la théorie du noyau central d'Abric et celle du noyau matrice de Moliner et Martos.

CHAPITRE 1 : ANALYSE DU CONTEXTE

Introduction

Ce premier chapitre explique les mobiles du choix du Grand Lomé pour la recherche, puis rappelle son contexte climatique, géographique, économique, social, culturel, sanitaire, etc. Enfin, il présente quelques statistiques sur les différents échantillons enquêtés.

Il est structuré en quatre grandes sections à savoir : les raisons du choix du Grand Lomé comme site de la recherche, la présentation du site, les statistiques sur les praticiens et les non praticiens de la MT et la présentation du CHU Campus où sera domicilié le Projet de développement.

1.1 RAISONS DU CHOIX DU SITE DU GRAND LOME

La collecte des données a été effectuée dans la zone géographique du Grand Lomé (Carte 1-1 : carte du Grand Lomé, page 60). Ce site a été choisi pour des raisons heuristiques. La première est sa proximité à notre lieu de résidence. Nous vivons dans une banlieue de Lomé, précisément dans la préfecture d'Agoènyivé. Le choix du Grand Lomé a été motivé par notre présence permanente, donc une collecte plus ou moins aisée des données. La deuxième est son caractère cosmopolite. Ce caractère se prête aux objectifs du travail. L'interférence des comportements liés aux communautés spécialisées (ethnique, religieuse, professionnelle, etc.), qu'on retrouverait dans les zones hautement rurales a significativement diminué. A titre d'exemple, dans une communauté essentiellement musulmane, ou chrétienne ou animiste, etc., l'appréciation statistique de l'influence de la religion sur le recours à la MT pourrait être biaisée. Il en est de même si la recherche cible une population avec une profession essentiellement homogène, comme les agriculteurs. Dans la zone géographique du Grand Lomé, il y a un peu de tout. L'appréciation de l'influence du profil sociodémographique est ainsi aisée.

1.2. SITE DE LA RECHERCHE : LE GRAND LOME

La capitale Lomé et ses banlieues sont happées par l'urbanisation galopante (Carte 1-1 et Carte 1-2). Par conséquent, on se rend compte que la délimitation initiale, fixée par le décret n°71-63 du 01 avril 1971 (ANNEXE 15) n'est plus une réalité du point de vue de la population. Plusieurs agglomérations limitrophes se sont urbanisées, et la capitale s'est visiblement élargie.

Cette nouvelle délimitation de fait a engendré une nouvelle définition de la capitale dénommée le « Grand Lomé ». Il comporte les cinq arrondissements de la Commune de Lomé, l'ancienne préfecture du Golfe et Adétikopé. . Il couvre plus du quart de la population togolaise soit 25,72% en 2017 sur une superficie qui représente 0,495% de la superficie du Togo. Sa population urbaine représente 49,74% de la population urbaine du pays.

Au regard de ce qui précède, le Grand Lomé est essentiellement composé de deux principaux pôles : la capitale et l'ancienne préfecture du Golfe à laquelle est joint le canton d'Adétikopé. On parle aujourd'hui de deux préfectures : celle du Golfe et celle d'Agoènyivé.

1.2.1 Présentation de la Commune de Lomé

Selon la délimitation d'avril 1971, la Commune de Lomé est située sur le littoral du Golfe de Guinée à l'extrême Sud-Ouest du Togo. Elle est limitée par le Ghana à l'ouest, par l'océan Atlantique au sud ; par l'ancienne préfecture du Golfe au nord (les anciens cantons d'Aflao et d'Agoènyivé) et à l'est (le canton de Baguida). Elle est composée de cinq (5) arrondissements ou communes (Carte 1-1 et ANNEXE 15) avec une superficie⁵⁴ de 90 Km².

TABLEAU 1-1 : EVOLUTION DE LA POPULATION DU GRAND LOME PAR SEXE

Région	Habitants/sexe en 2010		Total en 2010	Densité hbts/km ²	Habitants/sexe en 2017		Total en 2017	Densité hbts/km ²
	Masculin	Féminin			Masculin	Féminin		
<i>Lomé Commune</i>	401 172	436 265	837 437	9 305	485 730	528 220	1 013 950	11 266
<i>Golfe sans Lomé Commune</i>	354 427	378 419	732 846	3 857	429 132	458 181	887 314	4 670
TOTAL DU SITE DE L'ETUDE	755 599	814 684	1 570 283	5 608	914 863	986 401	1 901 264	6 790
TOTAL GENERAL TOGO	3 009 095	3 182 060	6 191 155		3 660 753	3 871 175	7 531 928	

Source : Ministère auprès du Président de la République chargé de la Planification du Développement et de l'Aménagement du Territoire, 2011) et projection de AKPO GNANDI Okaté sur 2017, 2017.

⁵⁴Ministère de l'Administration Territoriale de la Décentralisation et des Collectivités Locales (2015).

Ces arrondissements sont répartis dans trois cantons que sont : Amoutivé, Aflao-Gakli et Bé. Tous les arrondissements réunis comptent soixante-neuf (69) quartiers (ANNEXE 1). Selon les estimations basées sur le taux de croissance qui est de 2,77%⁵⁵, la population de Lomé Commune serait de 1 013 950 habitants en 2017. La densité serait de 11 266 habitants au km² (Tableau 1-1) contre 9 305 hbts/km² en 2010.

Toute la population est urbaine. Les effectifs de Lomé Commune sont à l'image de ceux du pays. Les femmes sont plus nombreuses. En 2017, elles représentaient 52,09% de la population contre 47,90% pour les hommes. Le deuxième arrondissement demeure la zone la plus habitée. Il habite 41,41% des populations de la ville (Tableau 1-2), suivi du cinquième arrondissement (25,94%), du troisième arrondissement (22,4%, du quatrième arrondissement (7,17%). Le premier arrondissement demeure le moins peuplé (3,09%).

De manière générale, par rapport à notre site de recherche, la population de Lomé commune représente environ 53,33% contre 46,67% pour les autres agglomérations du Grand Lomé.

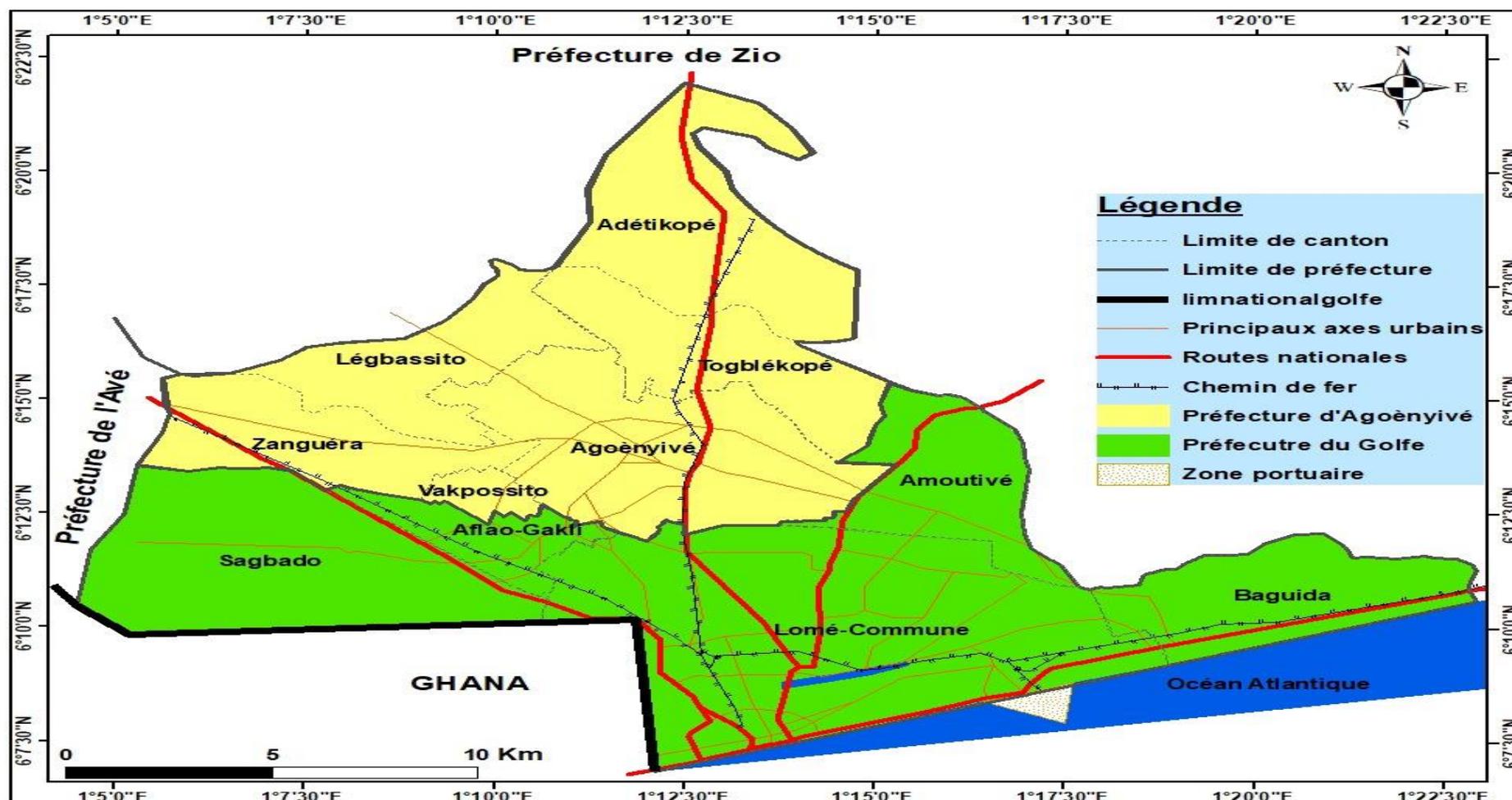
TABEAU 1-2 : EVOLUTION DE LA POPULATION DE LOME COMMUNE PAR ARRONDISSEMENT

Arrondissements	2010			2017		
	masculin	féminin	TOTAL	masculin	féminin	TOTAL
Premier arrondissement	11 701	14 175	25 876	14 167	17 163	31 330
Deuxième arrondissement	168 364	178 383	346 747	203 851	215 982	419 834
Troisième arrondissement	89 590	97 983	187 573	108 474	118 636	227 109
Quatrième arrondissement	27 848	32 183	60 031	33 718	38 966	72 684
Cinquième arrondissement	103 669	113 541	217 210	125 520	137 473	262 993
TOTAL	401 172	436 265	837 437	485 730	528 220	1 013 950

Source : Minsitère auprès du Président de la République chargé de la Planification du Développement et de l'Aménagement du Territoire

⁵⁵ Minsitère auprès du Président de la République chargé de la Planification du Développement et de l'Aménagement du Territoire (2011a).

CARTE 1-1 : CARTE DU GRAND LOME



Sources : INSEED, 2017

1.2.2 Présentation de l'ancienne préfecture du Golfe

L'ancienne préfecture du Golfe⁵⁶ couvre une superficie⁵⁷ de 190 Km². Elle comptait 150 Villages regroupés dans 7 cantons. Elle était délimitée (CARTE 1-1, page 60) :

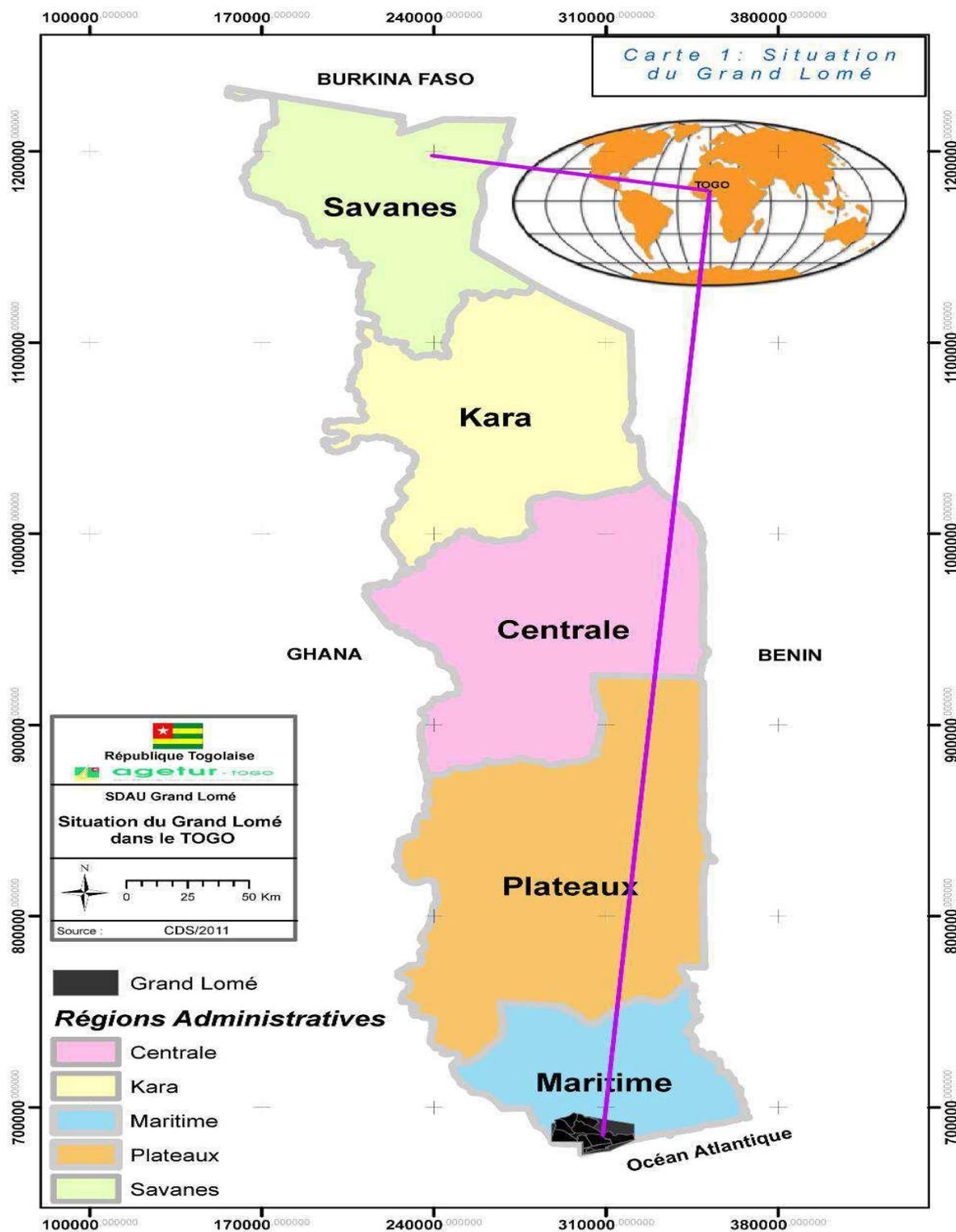
- au nord par les districts sanitaires de Zio et de l'Avé ;
- au sud-est par l'Océan Atlantique et au sud-ouest par la région sanitaire de Lomé commune ;
- à l'est par le district sanitaire des Lacs ;
- à l'ouest par la République du Ghana.

Depuis 27 mai 2016, une loi a regroupé des cantons pour en faire des préfectures. L'ancienne préfecture du Golfe a été subdivisée en deux préfectures, dont Agoènyivé avec pour chef-lieu Agoènyivé. Son ressort territorial comprend les cantons d'Agoènyivé, Vakpossito, Togblékopé, Légbassito, Zanguéra et Adétikopé (CARTE 1-1, ci-dessus). Les deux préfectures compteraient une population de 887 314 habitants en 2017 pour une densité de 4 670 habitants au km² (TABLEAU 1-1).

⁵⁶ Ancienne parce que depuis le 27 mai 2016, une loi a été votée pour regrouper des cantons en préfecture d'Agoènyivé.

⁵⁷Ministère de l'Administration Territoriale de la Décentralisation et des Collectivités Locales (2015).

CARTE 1-2 : SITUATION DU GRAND LOMÉ



Source : Ministère de l'Urbanisme et de l'Habitat, Elaboration du schéma directeur, d'aménagement et d'urbanisme du Grand Lomé, 2015

1.2.3 Contexte physique du Grand Lomé

Le Grand Lomé jouit d'un climat subéquatorial sous la dépendance de deux masses d'air : l'harmattan, sec et chaud, souffle de décembre à janvier ; et la mousson du sud-ouest, froide et humide, souffle de juin à septembre et apporte la pluie. Ces éléments climatiques connaissent quelques anomalies ces dernières années. La pluviométrie se caractérise par deux saisons de pluie alternant avec deux (2) saisons sèches :

- une grande saison de pluie de mars à juillet avec un maximum en juin ;
- une petite saison sèche entre août et septembre ;
- une petite saison de pluie de septembre à octobre ;
- une grande saison sèche de novembre à février.

Le réseau hydrographique est constitué de la rivière Zio et du système lagunaire de Lomé. Le Zio, est le principal affluent du Lac Togo. Le système lagunaire est composé de :

- la lagune de Bè d'une superficie de 31 ha ;
- la lagune Est d'une superficie de 29 ha ;
- la lagune Ouest d'une superficie de 20 ha.

1.2.4 Contexte démographique du Grand Lomé

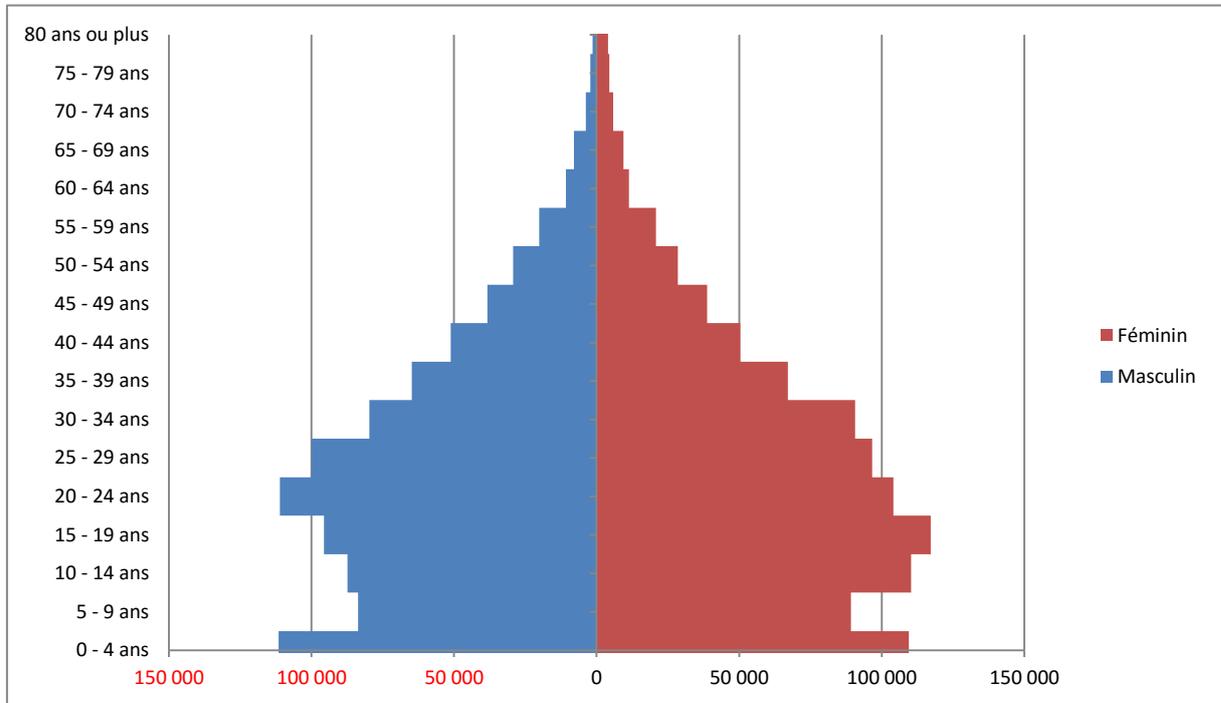
En 2010, selon le RGPH, la population du Grand Lomé était de 1 570 283 habitants. Les projections de l'INSEED l'estiment à 1 857 446 habitants en 2017 soit presque le quart (24,66%) de la population nationale. La densité moyenne est de 6 634 habitants au km². La capitale « Lomé commune » est certes entièrement urbaine. Elle est plus dense que « Golfe sans la capitale » qui compte environ 12,64% de ruraux⁵⁸.

La pyramide des âges du Grand Lomé (Figure 1-1 ci-dessous) se présente avec un sommet effilé et une base élargie. Elle informe ainsi que la population est relativement jeune. Plus des quatre cinquième de la population (81,77%) ont moins de 40 ans. Les hommes sont moins nombreux que les femmes avec un rapport de masculinité de 93,8. Dans la population âgée de plus de 70

⁵⁸ Ministère auprès du Président de la République chargé de la Planification du Développement et de l'Aménagement du Territoire (2011a).

ans, les femmes représentent 70,2%. Elles sont moins représentées dans la population de moins de 4 ans (49,55%).

FIGURE 1-1 : PYRAMIDE DES AGES DU GRAND LOME, 2017



Source : AKPO GNANDI O., sur la base de la projection de l'INSEED (2017)

Après le contexte physique du site de la recherche, le contexte économique et social est décrit.

1.2.5 Contexte économique et social du Grand Lomé

La croissance économique connue au Togo entre 2011 et 2015 s'est traduite globalement par une diminution de la pauvreté dans l'ensemble du pays. Mais, dans le Grand Lomé, le taux de croissance de la consommation est négatif pour tous les centiles de consommation. Cette croissance n'a pas eu des effets escomptés sur la pauvreté. En effet, l'incidence de la pauvreté est de 34,3% en 2015, en augmentation par rapport à 2011 où elle représentait 28,5%⁵⁹. A la capitale Lomé, l'extrême pauvreté a connu aussi une forte augmentation de 9,1 points, passant de 4,6% en 2011 à 13,7% en 2015.

⁵⁹ Ministère de la Planification du Développement (2016a).

Le Grand Lomé, de par ses caractères identiques à ceux d'une capitale, constitue un pôle attracteur économique aussi bien pour les résidents, les agglomérations frontalières du Togo et le reste du monde. Toutes les infrastructures économiques, industrielles, routières, administratives, etc. y sont concentrées. On peut citer entre autres: le Port Autonome de Lomé, l'Aéroport International Gnassingbé Eyadéma (AIGE), le réseau routier, les banques et les institutions financières nationales et internationales, deux grands marchés d'envergure internationale (*Hédzranawoé* et *Adawulato*), les entreprises privées et informelles, les industries, les commerces, les plus grands hôtels du pays (Hôtels Radison Blue, Sarakawa, Sancta Maria, Eda Oba, Ibis, etc.), les compagnies d'assurance, les organisations internationales, les Représentations diplomatiques, etc.

Les routes nationales, le Port Autonome et l'aéroport international permettent d'importer et d'exporter du Grand Lomé les produits manufacturés, les produits agricoles et les services. Cette importante activité économique génère des retombées qui profitent à tout le pays mais aussi plus rapidement aux villes comme Tsévié, Vogan, Aného, Kévé. Ces agglomérations connaissent à leur tour une urbanisation et développement économique rapides.

Ces mêmes infrastructures routières, portuaires et aéroportuaires contribuent au transport des marchandises (ciments, pétrole, matériels industriels et de constructions, bétail sur pieds, viande, tomate, fruits, coton, tissus, etc.) vers les pays du Sahel et du Golfe de Guinée. Dans le domaine des importations, le corridor togolais assurerait environ 5% du trafic malien, 10% du trafic burkinabé et 25% du trafic nigérien⁶⁰.

Les échanges commerciaux entre le Togo et l'Espace UEMOA, entre 2002 et 2013, ont évolué de 12,4% par an en valeur et de 11,1% en volume au niveau des exportations. Pour les importations, les taux sont de 4,9% et 6,1% respectivement. La balance commerciale est toujours favorable durant cette période⁶¹.

Hormis ces infrastructures et les rôles qu'elles jouent dans l'économie du pays et du Grand Lomé en particulier, les populations du Grand Lomé s'adonnent à l'agriculture et à l'élevage urbains, à la pêche artisanale, à l'extraction des graviers et du sable pour les constructions, au

⁶⁰ Ministère de l'Urbanisme et de l'Habitat (2015).

⁶¹ Ministère de l'Urbanisme et de l'Habitat (2015).

commerce, etc. Les parcelles privées et administratives sont exploitées pour les cultures vivrières, le maraichage et l'élevage.

Sur le plan de l'éducation, le taux net de scolarisation dans le secondaire est de 65,6% dans le Grand Lomé. Les hommes sont plus avantagés que les femmes avec des taux respectifs de 69,7% et 62,1%. Les habitants du Grand Lomé sont encore plus avantagés que ceux des autres villes et du reste du pays⁶² (Tableau 1-3).

TABLEAU 1-3 : TAUX NET DE SCOLARISATION AU SECONDAIRE PAR QUINTILE, PAR STATUT ET PAR DOMAINE

		Quintile					Statut		Ensemble
		Plus pauvre	Deuxième	Troisième	Quatrième	Plus riche	Pauvre	Non pauvre	
Domaine	Sexes								
Grand Lomé	Homme	63.9	55.7	60.5	76.3	84.4	78.4	59.1	69.7
	Femme	41.5	72.8	49.6	51.9	77.1	64.2	59.1	62.1
	Total	54.5	64.6	55.4	64.2	80.3	70.9	59.1	65.6
Autre urbain	Homme	64.5	60.3	60.6	61.3	78.2	66.8	62.4	64.8
	Femme	42.5	36.7	47.8	56.3	60.5	59.7	39.6	51.7
	Total	55.2	50.8	54.0	58.9	68.5	63.2	51.9	58.5
Rural	Homme	41.6	35.9	57.3	60.9	49.4	61.5	41.2	46.8
	Femme	22.0	30.9	32.5	33.2	29.7	30.2	28.0	28.6
	Total	33.1	33.8	48.1	49.5	39.2	48.1	35.6	39.1
Ensemble	Homme	46.2	42.8	58.4	66.1	68.9	68.3	46.6	54.9
	Femme	25.9	41.9	39.8	46.7	56.2	50.9	35.6	42.1
	Total	37.4	42.4	50.7	57.2	62.0	59.9	41.8	49.1

Source : QUIBB 2015 et estimations INSEED

Quant au primaire, le taux net de scolarisation dans le Grand Lomé en 2015, est de 91,2% largement au-dessus du taux national (84,8%). Ce taux est de 92,5% chez les hommes et 89,8% chez les femmes contre respectivement 86,3% et 83,6% sur le plan national. Ce qui dénote que les Togolais vivant dans le Grand Lomé ont plus de chance de se scolariser que leurs concitoyens vivant ailleurs sur le territoire. Les plus riches et les plus pauvres vivant dans le

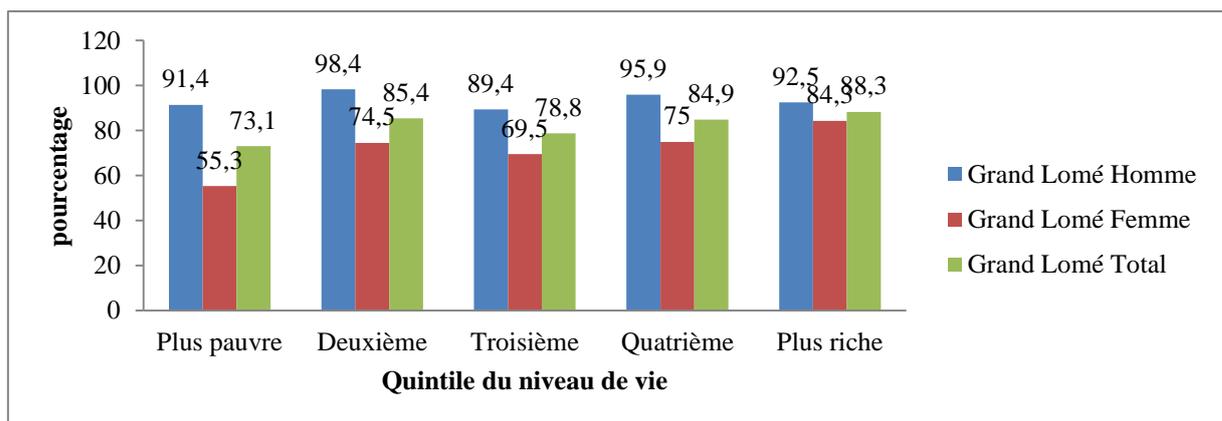
⁶² Ministère de la Planification du Développement (2016a).

Grand Lomé ont quasiment la même chance de se scolariser au primaire. Leurs taux nets de scolarisation au primaire sont respectivement de 91,4% et 91,6%⁶³.

Concernant l’alphabétisation, 84,4 % de la population âgée de 15 ans et plus sont alphabétisés dans le Grand Lomé.

La Figure 1-2 ci-dessous montre que dans le Grand Lomé, la disparité entre riches et pauvres, et entre hommes et femmes persiste à tous les niveaux de scolarisation y compris l’alphabétisation. Les *plus pauvres* ont un taux d’alphabétisation de 73,1% contre 88,3% pour les *plus riches*. On observe que dans le quintile des *plus pauvres*, 91,4% des hommes sont alphabétisés contre 55,3% ; ces taux sont respectivement de 92,5% et 84,3% dans le quintile des *plus riches*.

FIGURE 1-2 : TAUX D'ALPHABETISATION PAR QUINTILE DES INDIVIDUS AGES DE 15 ANS OU PLUS DANS LE GRAND LOME EN 2015



Source : AKPO GNANDI O., sur la base des données du Rapport sur le profil de la pauvreté et QUIBB (Ministère de la Planification du Développement, 2016)

Les caractéristiques physiques, économiques, démographiques et sociales du Grand Lomé étant présentées, il est opportun d’annoncer que les populations s’adonnent aussi à la MT pour leurs soins. La section qui suit donne les statistiques obtenues sur le terrain dans le cadre de ce travail. Elles portent sur le profil sociodémographique des « non praticiens de la MT » et des « praticiens de la MT ». Elles donnent aussi les informations sur la satisfaction après utilisation des services et soins de la MT.

⁶³ Ministère de la Planification du Développement (2016a).

1.3. Statistiques sur les praticiens et les non praticiens de la MT

Les statistiques préliminaires annoncent le profil sociodémographique des deux populations enquêtées. Celle des « non praticiens de la MT » est composée de deux sous-populations : les « usagers » et les « non usagers ».

1.3.1. Caractères sociodémographiques des « non praticiens de la médecine traditionnelle »

La recherche a couvert tous les cantons et arrondissements et a touché 210 répondants « non praticiens de la médecine traditionnelle » de 18 à 79 ans avec un âge moyen de 38, 2 ans. Cet effectif est composé de 108 répondantes et 102 répondants (Tableau 1-4, ci-dessous). L'âge moyen des répondantes est 36,66 ans. Celui des répondants est 39,84 ans.

Sur le plan religieux (Tableau 1-4 ci-dessous), les répondants ont affirmé majoritairement être des *chrétiens* avec un effectif de 164 ou 78,09% de la population des « non praticiens de la MT ». Ils sont suivis de *musulmans* (22), d'*animistes* et de *sans religion* (11 ex aequo), enfin des *autres religions* non précisées (2).

TABLEAU 1-4 : TABLEAU CROISE SEXES ET RELIGIONS DES REpondANTS

SEXES	RELIGIONS					Total général
	Animiste	Chrétien	Musulman	Sans religion	Autres	
Féminin	3	93	10	2		108
Masculin	8	71	12	9	2	102
Total général	11	164	22	11	2	210

Source : AKPO GNANDI O., enquête de terrain, 2017

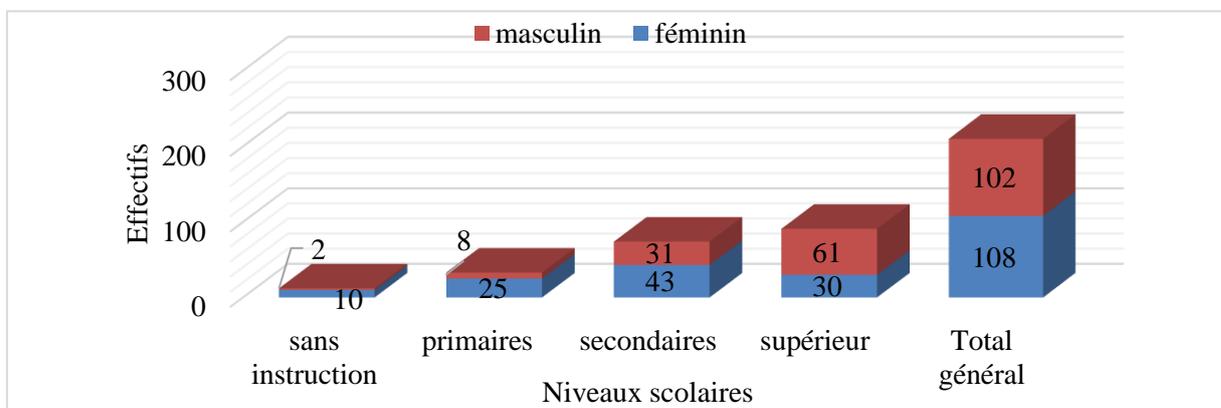
Plusieurs professions (ANNEXE 18) ont été enquêtées. La profession modale est les *salariés* avec un effectif de 85 répondants (Tableau 1-5) dont 24 de sexe féminin et 61 de sexe masculin. La catégorie des *indépendants* suit avec 83 dont 61 féminins et 22 masculins. Les *sans travail* et les *retraités* sont les moins nombreux, respectivement 32 et 10.

TABLEAU 1-5 : CATEGORIES SOCIO PROFESSIONNELLES PAR SEXE

PROFESSIONS	SEXES		Total général
	Féminin	Masculin	
Indépendants	61	22	83
Salariés	24	61	85
Retraités	3	7	10
Sans travail	20	12	32
total	108	102	210

Source : AKPO GNANDI O., enquête de terrain, 2017

En matière d'éducation scolaire, 121 répondants ont au moins le diplôme du BAC (30 ont le BAC et 91 ont au moins le BTS). Les personnes alphabétisées, analphabètes et celles qui ont fait le cours primaire sont les moins nombreuses (ANNEXE 19). La Figure 1-3 ci-dessous illustre les niveaux scolaires par catégorie et par sexe. Elle montre que 91 répondants ont le niveau supérieur et 12 ne sont pas instruits⁶⁴. Dans la population des « non praticiens de la MT », c'est seulement au niveau du supérieur que les hommes sont plus nombreux que les femmes.

FIGURE 1-3 : NIVEAUX SCOLAIRES DES REpondANTS PAR CATEGORIE ET PAR SEXE

Source : AKPO GNANDI O., enquête de terrain, 2017

1.3.2 Caractères sociodémographiques et culturels des « usagers » et des « non usagers »

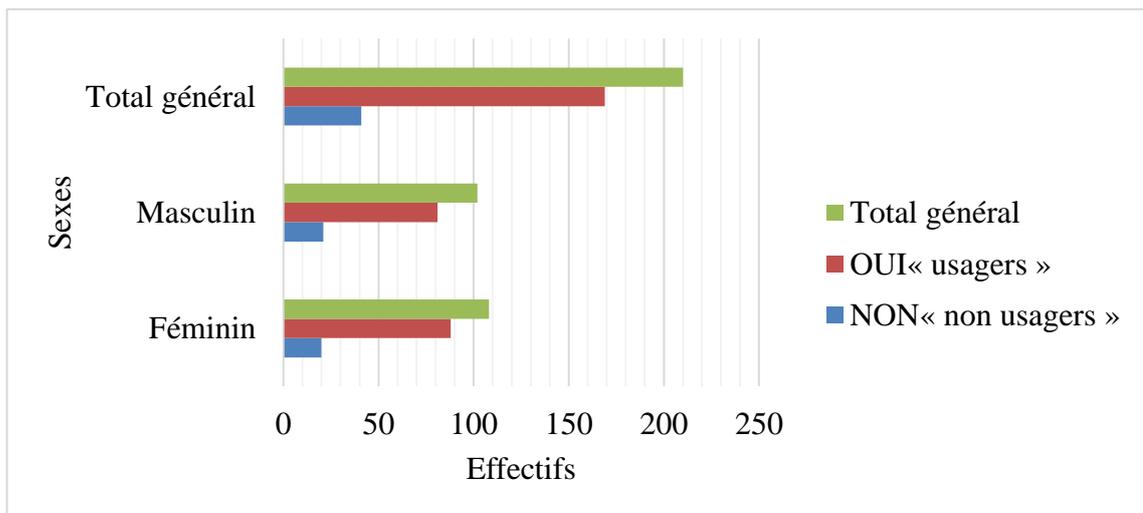
Le dépouillement des résultats renseigne que dans cet échantillon il y a 41 « non usagers ». Ils représentent 19,52% de l'échantillon enquêté. Les 80,48% des autres répondants ont soit

⁶⁴ Les non instruits sont les répondants qui n'ont pas fréquenté les écoles classiques (les alphabétisés et les non alphabètes).

consulté un praticien de la MT, soit acheté un médicament de la MT, soit préparé une infusion d'herbe pour se soigner à la maison, etc. Ils sont les « usagers ». Ce taux de 80,48% très élevé, dit davantage sur l'engouement et l'admiration que les populations du Grand Lomé vouent pour la MT. Seulement 19,52% des populations du Grand Lomé n'ont jamais eu recours à la MT.

Dans la sous- population des « non usagers », il y a autant d'hommes que des femmes : 20 *femmes* et 21 *hommes* (Figure 1-4 ci-dessous). Par contre, parmi celle des « usagers », il y a 88 *femmes* et 81 *hommes*. En termes de pourcentage par rapport au sexe, il apparaît que les *femmes* sont plus enclines à la MT (52,07% soit 88 femmes sur les 169 usagers) que les *hommes* (47,93% soit 81 hommes sur les 169 usagers). La remarque est aussi valable quand on considère les statistiques par groupe de sexe. Dans le groupe des *femmes* enquêtées, 81,48% (soit 88 femmes sur les 108 enquêtées) de femmes ont recours à la MT contre 79,41% dans la cohorte des *hommes* (soit 81 hommes sur les 102 enquêtés).

FIGURE 1-4 : RECOURS A LA MEDECINE TRADITIONNELLE E SELON LES SEXES



Source : AKPO GNANDI O., enquête de terrain, 2017

Par rapport aux âges, c'est dans la tranche de *65 ans et plus*⁶⁵ (Tableau 1-6 ci-dessous) qu'on a plus recours à la MT. Selon les données de l'enquête, la totalité des répondants de cette tranche d'âge a affirmé avoir fait recours au moins une fois à la MT. Ce sont les groupes de la tranche

⁶⁵ Le regroupement des âges par tranche d'âge est subjectif. On aurait pu les regrouper selon un intervalle de deux, trois ou cinq ans, voire plus. Selon les regroupements choisis, les statistiques vont varier. Mais le regroupement est nécessaire pour avoir des effectifs substantiels pour les analyses statistiques. L'ANNEXE 20, présente in extenso l'âge des répondants et le recours ou non à la MT.

d'âge de 18 et 24 ans et de la tranche de 45 à 54 ans qui font moins recours à la MT (75% pour chacun des deux groupes).

TABLEAU 1-6 : RECOURS A LA MEDECINE TRADITIONNELLE SELON L'AGE

TRANCHES D'ÂGES	NON		OUI		Total général
	Effectif	%	Effectif	%	
18-24	7	25,00	21	75,00	28
25-34	9	14,06	55	85,94	64
35-44	12	21,82	43	78,18	55
45-54	10	25,00	30	75,00	40
55-64	3	18,75	13	81,25	16
65-+	0	0,00	7	100,00	7
Total général	41	19,52	169	80,48	210

Source : AKPO GNANDI O., enquête de terrain, 2017

Selon les catégories socio-professionnelles (Tableau 1-7 ci-dessous), tous les *retraités* interrogés ont affirmé avoir eu recours au moins une fois à la MT. Ils sont suivis des *indépendants*⁶⁶ (71 sur 83 soit 85,84%). Les *salariés* et les *sans travail* sont les groupes qui ont eu peu recours à la MT soit respectivement 74,12% (22 répondants sur 85) et 74,13% (7 répondants sur 32).

TABLEAU 1-7 : RECOURS A LA MEDECINE TRADITIONNELLE SELON LA CATEGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE

PROFESSIONS	NON		OUI		Total général
	Effectif	%	Effectif	%	
Indépendants	12	14,46	71	85,54	83
Salariés	22	25,88	63	74,12	85
Retraités	0	0,00	10	100,00	10
Sans travail	7	21,88	25	78,13	32
Total	41	19,52	169	80,48	210

Source : AKPO GNANDI O., enquête de terrain, 2017

Le Tableau 1-8 présente la situation en tenant compte des religions⁶⁷. Ce sont les *animistes* qui ont plus eu recours à la MT (10 répondants sur 11 soit 90,91%). Ils sont suivis des *musulmans*

⁶⁶ Les professions ont été regroupées par catégorie pour des besoins d'analyse. Voir les détails de toutes les professions touchées par l'enquête et le regroupement par catégorie socioprofessionnelle en ANNEXE 21.

⁶⁷ Le groupe *Autres religions (non précisées)* n'a pas été pris en compte dans l'analyse, car la religion n'a pas été précisée pour être classée.

ex æquo (81,82% soit 18 sur 22) et des *sans religion* ex æquo (81,82% soit 9 sur 11). Les *chrétiens* ont moins recours à la MT (79,27% soit 34 sur 164 répondants).

TABLEAU 1-8 : RECOURS A LA MEDECINE TRADITIONNELLE SELON LA RELIGION

RELIGIONS	NON		OUI		Total général
	Effectif	%	Effectif	%	
Animiste	1	9,09	10	90,91	11
Chrétien	34	20,73	130	79,27	164
Musulman	4	18,18	18	81,82	22
Sans religion	2	18,18	9	81,82	11
Autres religions (non précisées)		0,00	2	100,00	2
Total général	41	19,52	169	80,48	210

Source : AKPO GNANDI O., enquête de terrain, 2017

En considérant le niveau d’instruction (Tableau 1-9), les répondants du niveau *primaire* ont plus recours à la MT (90,91% soit 30 sur 33). Ils sont suivis des répondants du niveau secondaire (86,49% soit 64 sur 74). Puis viennent les répondants *sans instruction* (75% soit 9 sur 12) et ceux du niveau *supérieur* (72,53%, soit 66 sur 91 du niveau supérieur).

TABLEAU 1-9 : RECOURS A LA MEDECINE TRADITIONNELLE SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION

NIVEAU SCOLAIRE	NON		OUI		Total général
	Effectif	%	Effectif	%	
Sans instruction	3	25,00%	9	75,00%	12
Primaires	3	9,09%	30	90,91%	33
Secondaires	10	13,51%	64	86,49%	74
Supérieur	25	27,47%	66	72,53%	91
Total général	41	19,52%	169	80,48%	210

Source : AKPO GNANDI O., enquête de terrain, 2017

Après les résultats sociodémographiques sur la population des « non praticiens de la MT » et des sous-populations qui la composent, ceux des « praticiens de la MT » sont présentés ci-après.

1.3.3 Caractères sociodémographiques des praticiens de la médecine traditionnelle

Au total, 22 praticiens de la médecine traditionnelle de 31 à 77 ans ont été interviewés dont 8 femmes et 14 hommes. Leur âge moyen est de 59,91 ans ; chez les femmes il est de 50 ans ; chez les hommes, il est de 53 ans.

Le Tableau 1-10 ci-dessous montre le niveau scolaire, la religion et le sexe des praticiens de la MT enquêtés. Les *chrétiens* sont les plus nombreux (13 soit 59,09%). Ils sont suivis des *animistes* (4 soit 18,26%). Les *musulmans* sont les moins nombreux (1 soit 4,55%).

TABLEAU 1-10 : EFFECTIFS CROISES SEXE, RELIGION ET NIVEAU SCOLAIRE CHEZ LES PRATICIENS DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE ENQUETES

	Féminin	Masculin	Total général
<i>Analphabète</i>	-	1	1
Animiste	-	1	1
<i>BAC</i>	-	2	2
Chrétien	-	2	2
<i>BAC+</i>	-	2	2
Chrétien	-	2	2
<i>BEPC</i>	1	3	4
Animiste	-	1	1
Chrétien	-	1	1
Musulman	-	1	1
Sans Religion	1	-	1
<i>CEPD</i>	5	4	9
Animiste		1	1
Autres	2	-	2
Chrétien	3	3	6
<i>Cours Elémentaire</i>	2	2	4
Animiste	-	1	1
Chrétien	1	1	2
Sans Religion	1	-	1
Total général	8	14	22

Source : AKPO GNANDI O., enquête de terrain, 2017

Sur le plan scolaire (Tableau 1-10 ci-dessus), il y a trois grandes catégories. Ceux qui ont au plus le *CEPD* sont plus nombreux (14 soit 63,64%). Ils sont suivis par ceux qui ont au moins le *BAC* (18,18%) et ceux qui n'ont pas dépassé le niveau secondaire (18,18%). De manière plus détaillée, ils ont généralement, un niveau scolaire de *CEPD* (effectif 9), de *BEPC* (effectif 4), du *cours élémentaire* (effectif 4), d'*au moins BAC plus deux ans* (effectif 2 dont 1 docteur en ethnobotanique), du niveau *BAC* (effectif 2) et d'*analphabète* (effectif 1).

Après les statistiques sociodémographiques des deux groupes de population, il est opportun de présenter les données collectées sur le terrain qui décrivent la satisfaction ou la non satisfaction des usagers de la MT.

1.3.4 Degrés de satisfaction des usagers

La satisfaction a été croisée avec les caractères sociodémographiques et culturels pour avoir le degré de satisfaction selon le profil sociodémographique. Il y a trois niveaux de satisfaction: *pas satisfait, un peu satisfait et très satisfait*.

Parmi les 169 « usagers », seulement 7,69% (13 répondants sur 169) ont affirmé n’avoir pas eu satisfaction (Tableau 1-11 ci-dessous). Les autres ont été soit *un peu satisfaits* (45,56% ou 77 répondants sur 169) ou *très satisfaits* (46,75% ou 79 répondants sur 169). Par conséquent, 92,31% sont satisfaits à des degrés divers. Dans cette sous-population des « usagers » 52,07% sont des femmes et 47,93% sont des hommes (Tableau 1-12).

TABLEAU 1-11 : DEGRE DE SATISFACTION DES USAGERS DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE

Degré de satisfaction	Effectif	Pourcentage
Pas satisfait	13	7,69
Peu satisfait	77	45,56
Très satisfait	79	46,75
Total général	169	100

Source : AKPO GNANDI O., enquête de terrain, 2017

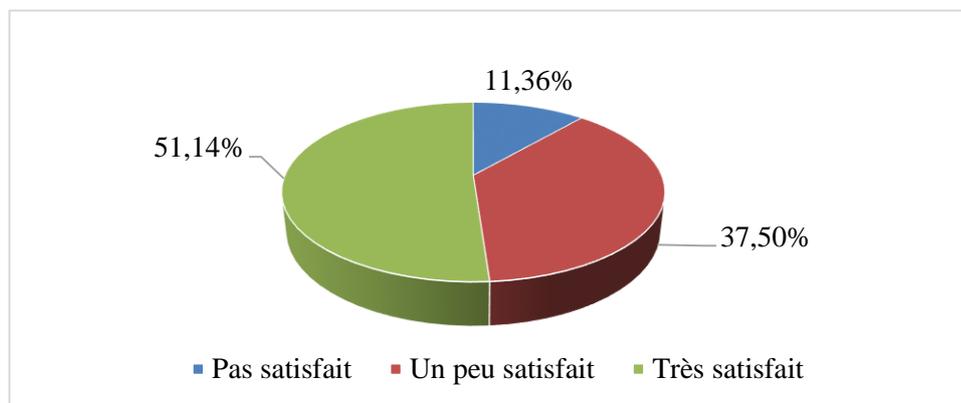
Selon les groupes de sexes (Figure 1-5, Figure 1-6 et Tableau 1-12), les *femmes* sont les plus nombreuses à être *très satisfaites* dans leur groupe (51,14% de toutes les femmes interrogées soit 45 sur 88, Figure 1-5). Les *hommes*, dans leur groupe (Figure 1-6), sont plutôt nombreux à dire qu’ils sont *peu satisfaits* (54,32% soit 44 sur 81). Les *hommes* sont aussi peu nombreux dans leur groupe à ne *pas être satisfaits* (3,77% soit 3 sur 81) contre 11,36% pour les *femmes* (10 répondantes sur 88). Tout compte fait, les *hommes* sont *peu* ou *très satisfaits* (96,3% soit 78 sur 81) de la MT que les *femmes* (88,64% soit 78 répondantes sur 88).

TABLEAU 1-12 : DEGRE DE SATISFACTION DES USAGERS SELON LE SEXE

Degré de satisfaction	Féminin		Masculin		Total général
	Effectif	%	Effectif	%	
Pas satisfait	10	76,92	3	23,08	13
Un peu satisfait	33	42,86	44	57,14	77
Très satisfait	45	56,96	34	43,04	79
Total général	88	52,07	81	47,93	169

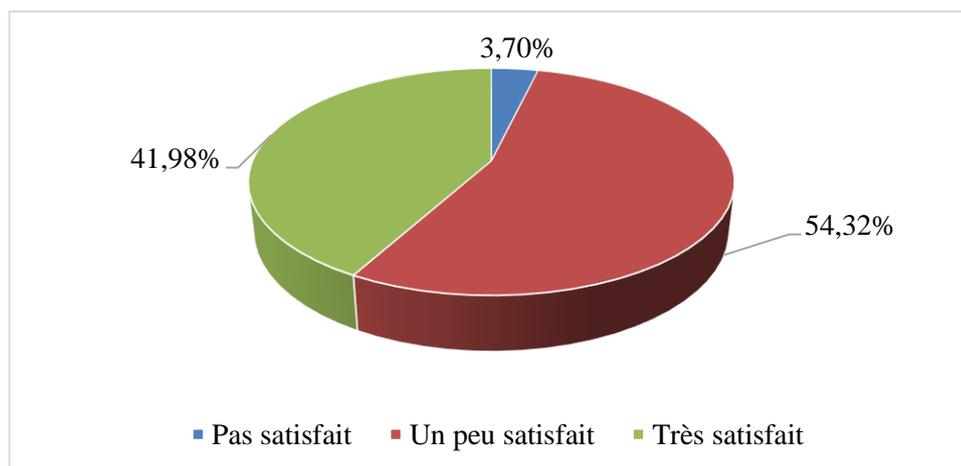
Source : AKPO GNANDI O., enquête de terrain, 2017

FIGURE 1-5 : SATISFACTION DANS LE GROUPE DE FEMMES EN %



Source : AKPO GNANDI O., enquête de terrain, 2017

FIGURE 1-6 : SATISFACTION DANS LE GROUPE D'HOMMES EN %

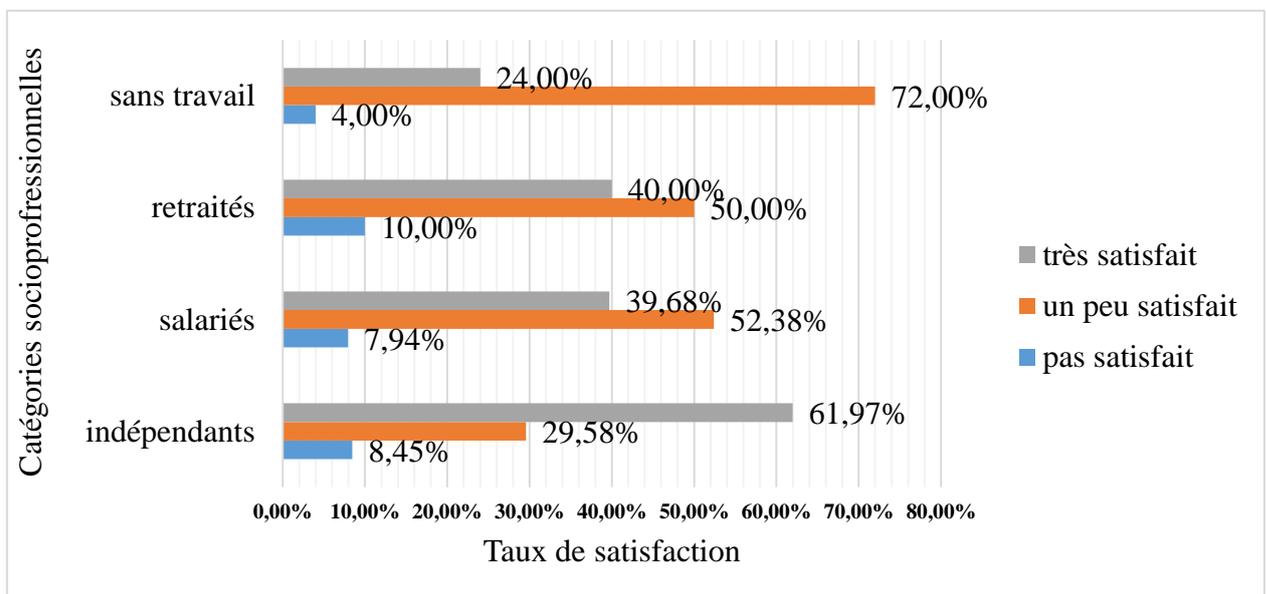


Source : AKPO GNANDI O., enquête de terrain, 2017

Selon la catégorie socioprofessionnelle (Figure 1-7), les *indépendants* sont plus nombreux en pourcentage dans leur groupe à avoir été *très satisfaits* de la MT (61,97% soit 44 répondants

sur 71). Les *sans travail* sont, par rapport aux autres catégories, très peu à être *très satisfaits* de la MT (24% soit 6 sur 25). Ils sont aussi très peu dans leur catégorie à ne *pas être satisfaits* (4% soit 1 sur 25). Dans leur catégorie, ils sont plutôt nombreux à être *peu satisfaits* (72% soit 18 sur 25). Par conséquent, en tenant compte de leur proportion de *peu satisfaits* et *très satisfaits*, on remarque que c'est la catégorie qui enregistre le plus de satisfaction (96% soit 24 sur 25). Ils sont suivis des *salariés* (92,06% de satisfaction dont 52,38% de *peu satisfaits* et 39,68% de *très satisfaits*), des *indépendants* (91,55% dont 29,58% de *peu satisfaits* et 61,97% de *très satisfaits*), et des *retraités* (90% dont 50% de *peu satisfaits* et 40% de *très satisfaits*).

FIGURE 1-7 : SATISFACTION DES USAGERS DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE SELON LES CATEGORIES SOCIOPROFESSIONNELLES

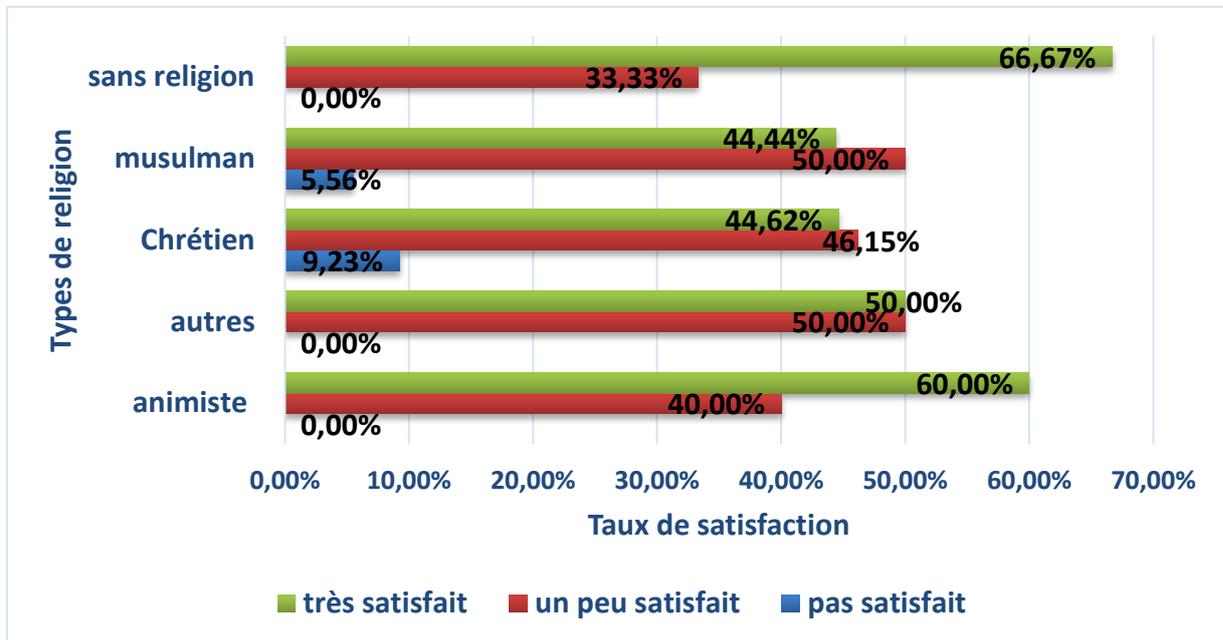


Source : AKPO GNANDI O., enquête de terrain, 2017

La Figure 1-8 ci-dessous présente les pourcentages de satisfaction en tenant compte des religions. Les *chrétiens* sont 90,77% satisfaits dont 46,15% (ou 60 chrétiens sur 130) à être *peu satisfaits* et 44,62% (58 sur 130) à être *très satisfaits*. Les *musulmans* sont 94,44% satisfaits (17 musulmans sur 18) dont 50% un peu satisfaits (9 sur 18) et 44,44% très satisfaits (8 sur 18).

Il est observé que tous les *animistes* et tous les *sans religion* sont satisfaits de la MT (Figure 1-8). Pour les *animistes*, ils sont 40% à être *peu satisfaits* et 60% à être *très satisfaits*. Les *sans religion* sont 33,33% (3 sur 9) à être *peu satisfaits* et 66,66% (6 sur 9) à être *très satisfaits*.

FIGURE 1-8 : DEGRE DE SATISFACTION DES USAGERS DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE SELON LES RELIGIONS



Source : AKPO GNANDI O., enquête de terrain, 2017

Concernant les tranches d'âge, les plus âgés de *65 ans et plus* sont entièrement satisfaits de la MT. Parmi eux, 28,57% sont un *peu satisfaits* et 71,43% sont *très satisfaits*. Par contre chez les jeunes de *18 à 24 ans*, 14,29% ne sont *pas satisfaits*, 33,33% sont *peu satisfaits* et 52,38% sont *très satisfaits* (Tableau 1-13).

TABLEAU 1-13 : DEGRE DE SATISFACTION DES USAGERS DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE SELON L'AGE

	Pas satisfait	Peu satisfait	Très satisfait	Total général
18-24 ans	3	7	11	21
25-34 ans	2	24	29	55
35-44 ans	4	20	19	43
45-54 ans	1	22	7	30
55-64 ans	3	4	6	13
65-+ ans	0	2	5	7
Total général	13	79	77	169

Source : AKPO GNANDI O., enquête de terrain, 2017

Les répondants de niveaux *supérieurs* sont les plus nombreux dans leur groupe à être satisfaits de la MT (96,97%) dont 66,67% (44 répondants sur 66) sont *peu satisfaits* et 30,30% (20 sur

66) sont *très satisfaits* (Tableau 1-14 ci-dessous). Ils sont suivis des répondants du niveau primaire (96,67%) dont 23,33% (7 sur 30) sont *peu satisfaits* et 73,33% (22 sur 30) sont *très satisfaits*.

TABLEAU 1-14 : DEGRE DE SATISFACTION DES USAGERS DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE SELON LE NIVEAU SCOLAIRE

	Sans instruction		Primaires		Secondaires		Supérieur		Total général
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
Pas satisfait	1	11,11	1	3,33	9	14,06	2	3,03	13
Peu satisfait	3	33,33	7	23,33	23	35,94	44	66,67	77
Très satisfait	5	55,56	22	73,33	32	50,00	20	30,30	79
Total général	9	100	30	100	64	100	66	100	169

Source : AKPO GNANDI O., enquête de terrain, 2017

Il est vrai, qu'un fort pourcentage des populations a recours à des prestations de la MT. Mais, on ne sait pas encore ce qui les pousse vers cette médecine et ce qui empêche d'autres à en avoir recours. Pour le savoir, il y a le calcul des moyennes, des fréquences, les tests statistiques et les théories des sciences sociales qui sont présentées dans le Chapitre 2.

Il est opportun d'annoncer que le Grand Lomé abrite deux centres hospitaliers universitaires : le CHU Sylvanus Olympio et le CHU Campus. Dans le cadre de cette recherche-action, un projet de développement sera proposé. Ce projet sera domicilié au CHU Campus.

1.4 PRESENTATION DU CHU CAMPUS

Le CHU-Campus est situé sur le site universitaire de Lomé. Il est bâti sur une superficie de 33 398,86 m². Il a été créé par décret n°87-47/PR du 14 mai 1987. Sa construction a été financée par la Banque Africaine de Développement. C'est un centre de référence nationale pour les soins, les formations et les recherches en sciences de la santé. A ce titre, il accueille les patients venant de tout le pays.

1.4.1 Offre de services et soins de santé

En 2016, sa capacité d'hospitalisation était de 167 lits. Cette capacité est faible au regard des besoins. Par conséquent, certains services ont largement dépassé leur capacité et sont contraints

d'offrir des prestations ambulatoires alors que les soins nécessitent une hospitalisation (Tableau 1-15 ci-dessous). C'est le cas des services de Médecine générale, d'hépatogastroentérologie, neurologie et psychiatrie. De manière générale, le CHU offre de lits d'hospitalisation plus que sa capacité avec un taux d'occupation de 62,88% et un ratio de rotation des lits de 32,24 malades par lit en 2016 (Centre Hospitalier Universitaire Campus, 2016).

TABLEAU 1-15 : CAPACITE D'HOSPITALISATION PAR SERVICE EN 2016

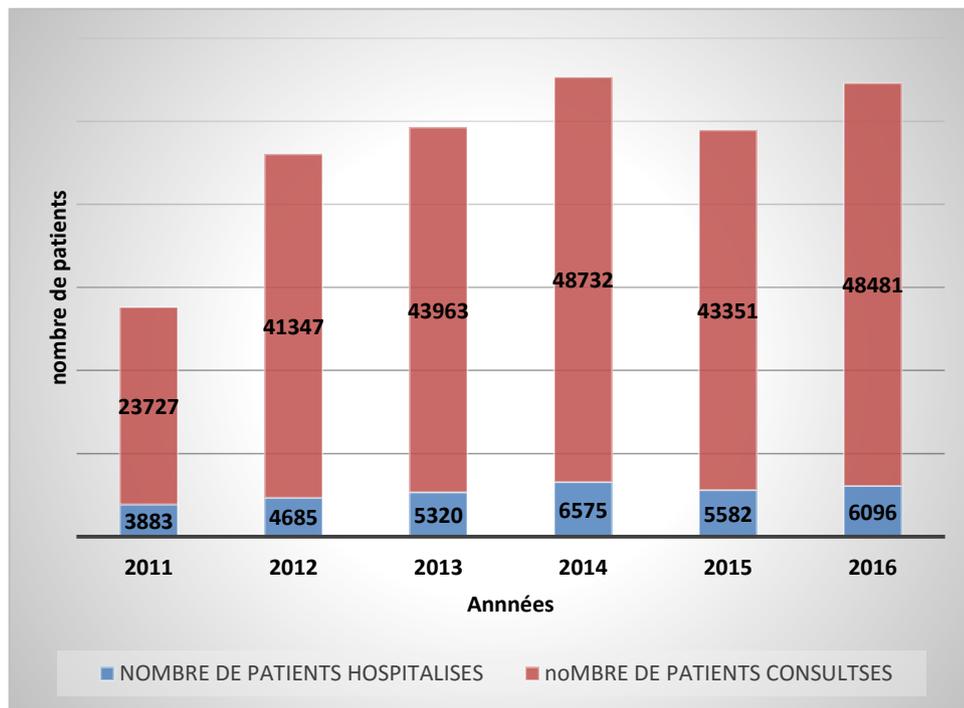
SERVICES	CAPACITE PAR SERVICE	LITS DISPONIBLES	BESOINS
Pédiatrie	29	28	1
Médecine interne	21	25	-4
Hépatogastroentérologie	18	24	-6
Neurologie	28	40	-12
Psychiatrie et psychologie médicale	12	14	-2
Cardiologie	25	19	6
Maternité	17	10	7
Néonatalogie	11	9	2
TOTAL	161	169	-8

Source : Rapport d'activités du CHU Campus, 2016

Malgré sa faible capacité d'hospitalisation, le CHU enregistre une croissance dans l'hospitalisation des patients. La Figure 1-9 ci-dessous montre qu'en 2011, le nombre de patients hospitalisés était 3883. En 2016, le nombre est passé à 6 096 soit une augmentation de 56,99%. Durant la période le nombre de patients hospitalisés a oscillé entre 3 885 patients en 2011 et 6575 patients en 2014. L'analyse des effectifs des malades hospitalisés révèle que le taux de mortalité est de 14% en 2016. C'est surtout au service d'hépatogastroentérologie que le taux est plus élevé (25,15%). Ce même service enregistre le taux de guérison le plus faible (65,39%). Le service de maternité enregistre le taux de mortalité le plus faible soit 0% pour un taux de guérison de 93,75%. Le taux de guérison le plus élevé de tous les services du CHU est enregistré dans le service de Pédiatrie (Centre Hospitalier Universitaire Campus, 2016).

Par ailleurs, le nombre de patients consultés suit la même tendance que celui des hospitalisations. La Figure 1-9 ci-dessous illustre cette tendance. Durant la période 2011 à 2016, le nombre de patients consultés s'est doublé, passant de 23 727 à 48 481 patients. C'est en 2014, que le pic a été enregistré avec 48 732 soit en moyenne 13, 51 patients consultés par jour.

FIGURE 1-9 : NOMBRE DE PATIENTS CONSULTES ET HOSPITALISES ENTRE 2011 ET 2016



Source : Rapport d'activités du CHU Campus, 2016

Les malades les plus consultés souffrent souvent de conjonctivite selon le Tableau 1-16 ci-dessous. Cette maladie est suivie par le paludisme simple, l'hypertension artérielle-dyspnée. Par contre, les maladies qui font plus objet d'hospitalisation sont, par ordre décroissant, l'accident vasculaire cérébral, le paludisme, les complications après l'accouchement, etc. Au CHU, la première cause de décès est l'accident vasculaire cérébral. Il est suivi de cirrhose de foie, de l'hépatocarcinome.

TABLEAU 1-16 : LES DIX PREMIERES CAUSES DE CONSULTATION, D'HOSPITALISATION ET DE DECES EN 2016

Rang	CONSULTATIONS EXTERNNES	Nombre de cas	HOSPITALISATION	Nombre de cas	DECES	Nombre de cas
1	Conjonctive	1186	Accident Vasculaire Cérébral	1106	AVC	240
2	Paludisme simple	9978	Paludisme	404	Cirrhose du foie	86
3	Hypertension artérielle- dyspnée	945	Complication de suite de couche	330	Hépto carcinome	63
4	Amétropie	910	Anémie	300	Hémorragie digestive	27
5	Maladie des tissus durs de la dent	711	Drépanocytose	258	Anémie	26
6	Bouchon de cérumen	504	Hépto carcinome	158	Retro virose	24
7	Sinusite infectieuse	496	Diabète	132	AEG	23
8	Otite	495	Toxo-cérébrale	116	Toxoplasmose cérébrale	22
9	Parodontite	400	Infection néonatale	78	Cardiopathie	20
10	Rétropathie hypertension artérielle	390		58	Encéphale apathie	15

Source : Rapport d'activités du CHU Campus, 2016

En matière de radiologie ou d'imagerie, le nombre des examens progresse chaque année. En 2011, il y avait 7 738 examens. En 2016, il y a le triple soit 22 986 examens. Il en est de même pour les examens du service des laboratoires. Durant cette période lesdits examens sont passés de 67 230 à 13 225 soit une augmentation de 96,72%. Les analyses les plus réalisées relèvent de la biochimie et de l'hématologie (Centre Hospitalier Universitaire Campus, 2016).

Le CHU assure la vente des médicaments essentiels génériques et l'approvisionnement des services de soins en médicaments et consommables. Les ruptures des médicaments observées sont un véritable goulot d'étranglement.

L'assistance sociale, la formation et la recherche sont des prestations aussi offertes au CHU. Concernant l'assistance sociale, en 2016, le service social a reçu 12 772 demandes d'aides (Centre Hospitalier Universitaire Campus, 2016). Les bénéficiaires proviennent généralement des couches sociales les plus défavorisées et vulnérables. Concernant la formation et la recherche, le CHU, accueille des médecins internes, des stagiaires des écoles de formations médicales et para médicales. Ils étaient 740 à être accueillis en 2016 (Centre Hospitalier Universitaire Campus, 2016). Ils sont encadrés par les enseignants chercheurs.

L'offre de services et soins ne sera pas disponible sans les ressources humaines, financières et matérielles. La disponibilité quantitative et qualitative de ces ressources est requise.

1.4.2 Ressources pour mener les prestations de services et de soins

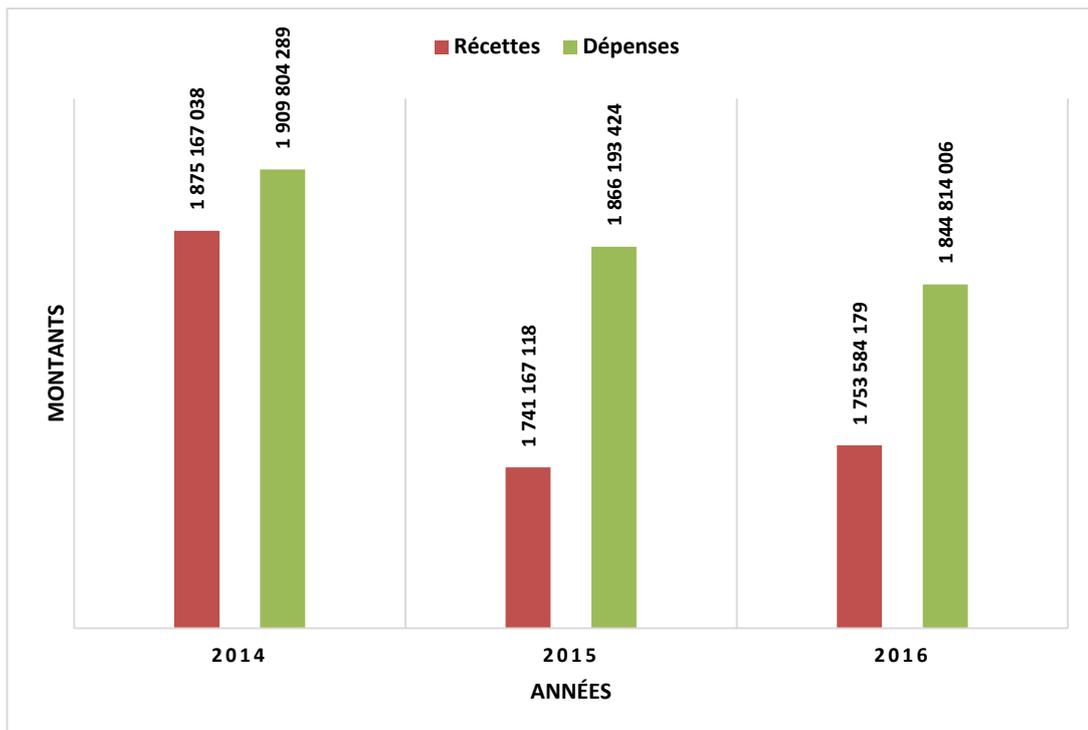
Le fonctionnement du CHU est lié à la disponibilité des ressources financières, humaines et matérielles. Ces ressources ne sont pas toujours suffisantes et ne répondent pas toujours aux standards internationaux.

1.4.2.1 Les finances : les recettes et les dépenses du CHU

Les ressources financières proviennent des prestations du CHU, des subventions de l'Etat et des dons des partenaires techniques et financiers. Malgré les subventions de l'Etat et les dons, les recettes totales du CHU ne couvrent pas les charges. En 2016, les dépenses réalisées s'établissaient à 1 844 814 006 FCFA contre des recettes encaissées de 1 753 584 179 FCFA. La Figure 1-10 ci-dessous illustre cette tendance enregistrée durant les trois dernières années. Les charges du personnel, les dépenses de fonctionnement, les investissements et les frais

d'électricité sont les gros postes consommateurs de ressources. Cette situation de gestion des recettes et des dépenses laisse croire que le CHU dépense au-delà de ses capacités. En conséquence, en fin décembre 2016, il cumulait des dettes auprès des fournisseurs évaluées à 1 134 862 970 FCFA (Centre Hospitalier Universitaire Campus, 2016).

FIGURE 1-10 : EVOLUTION DES RECETTES ET DES DEPENSES ENTRE 2014 ET 2016



Source : Rapport d'activités du CHU Campus, 2016

1.4.2.2 Ressources humaines employées au CHU

L'hôpital emploie 496 agents, dont 192 fonctionnaires, 276 agents relevant du budget autonome de l'hôpital et 28 agents volontaires de l'Agence Nationale des Volontaires du Togo (Centre Hospitalier Universitaire Campus, 2016). Le personnel féminin est le plus nombreux 53,62% contre 46,38% pour le personnel masculin. Le personnel para médical représente 29,8% des ressources humaines de l'hôpital. Ensuite viennent le personnel administratif d'appui (23,83%), le personnel hospitalier d'appui (18,3%), le personnel médical (14,25%), les cadres administratifs (11,7%) et le personnel technique (2,12%).

1.4.2.3 Ressources matérielles

Les ressources matérielles sont composées de l'infrastructure hospitalière, le parc de véhicules à deux et quatre roues, et du matériel médicotechnique. Le matériel médicotechnique est subdivisé en trois catégories. La catégorie des équipements de laboratoire qui comprend la chaîne ELISA, d'un automate de biochimie, d'un appareil d'immunologie, d'un automate d'hématologie, des microscopes, autoclaves, centrifugeuses, etc. Dans la catégorie des équipements de radiologie, le CHU dispose d'un échographe, d'un appareil de radiologie, d'un scanner, d'un appareil de mammographie. La troisième catégorie regroupe les petits matériels, tensiomètre, pèse-bébé, civière, lits, etc.

Les matériels médicotechniques dont dispose l'hôpital sont le plus souvent vétustes, en mauvais état. L'insuffisance et le mauvais fonctionnement de ces matériels justifient le niveau de qualité des prestations offertes aux patients. Pour certains patients enquêtés dans le cadre de ce travail, la qualité des prestations constitue une des causes qui les pousse vers la MT.

Conclusion

Le choix du site de la recherche a été motivé d'une part, par son caractère cosmopolite et d'autre part, par notre présence permanente dans la zone, favorisant ainsi la collecte des données. Le Grand Lomé est géographiquement composé de la capitale Lomé et les préfectures et cantons avoisinants et hautement urbanisés. Le site présente des aspects climatiques, géographiques, économiques, sociaux et sanitaires favorables dans la plupart des cas à la recherche.

Le chapitre suivant présente les résultats obtenus après traitement des données recueillies sur le terrain.

CHAPITRE 2 : RECOURS A LA MEDECINE TRADITIONNELLE PAR LES POPULATIONS DU GRAND LOMÉ

Introduction

A la suite des traitements des données, les premiers résultats confirment les observations sur l'admiration que les populations du Grand Lomé ont pour la MT. Ce chapitre présente, dans ses différentes sections, les différents résultats obtenus par les différentes approches de collecte des données, et par thématique en tenant compte des hypothèses de recherche. Dans cette optique, il présente l'opinion des « usagers », des « non usagers » de la MT et les résultats des entretiens et des observations auprès des praticiens de la MT.

2.1 EVOCATIONS SUR LES RAISONS DU RECOURS À LA MEDECINE TRADITIONNELLE

Dans cette expérience les répondants connaissent l'objet de la question. Il a été ainsi demandé aux 210 répondants et les 22 praticiens de la MT de dire les mobiles qui justifient le recours à la MT (cf le guide en ANNEXE 14).

2.1.1 Raisons du recours des «usagers » à la médecine traditionnelle

Dans le guide d'entretien, chaque répondant pouvait donner plusieurs mobiles. Au plus, les trois premiers mobiles par répondant ont été considérés. Au total, 14 mobiles ont été cités et 275 occurrences ont été enregistrées (Tableau 2-1 ci-dessous). Le tableau présente aussi les occurrences de chaque mobile.

Dans la sous-population des « usagers », concernant le degré de satisfaction liée aux prestations de la MT, il a été enregistré, les *pas satisfaits*, les *peu satisfaits* et les *très satisfaits*. L'ANNEXE 22 détaille les mobiles selon le degré de satisfaction. En tenant compte des occurrences des déclarations, ils sont, généralement attirés (Tableau 2-1 ci-dessous) par l'efficacité de cette médecine, l'accessibilité financière, l'échec thérapeutique, le souci d'être guéris des maladies surnaturelles. Dans une moindre mesure ils font recours à la MT par curiosité, l'accessibilité géographique, les habitudes de la famille, le mauvais accueil qu'ils rencontrent dans les

formations sanitaires modernes, le milieu socioculturel dans lequel ils vivent, la non toxicité ou la naturalité des produits de la MT, les maladies sexuellement transmissibles.

TABLEAU 2-1 : LES MOBILES DU RECOURS A LA MEDECINE TRADITIONNELLE PAR LES "USAGERS" ET LES FREQUENCES DE CES MOBILES

Mobiles du recours à la MT	Occurrences	Fréquence	Mobile lié
Efficacité de la MT	81	29,45%	à la satisfaction
La MT est moins chère	81	29,45%	à la satisfaction
Echec thérapeutique de la médecine moderne	39	14,18%	
Maladie inguérissable par la médecine moderne (ou la maladie dite surnaturelle)	32	11,64%	
Essai/curiosité	16	5,82%	
Distance entre la résidence du patient et le dispensaire est trop longue	11	4,00%	
Habitude dans la famille	5	1,82%	
Accès facile	4	1,45%	
Maladie sexuellement transmissible	1	0,36%	
Mauvais accueil/absence de soins dans les FS modernes	1	0,36%	à la satisfaction
Milieu socio culturel	1	0,36%	
Non toxique	1	0,36%	à la satisfaction
Traitement naturel	1	0,36%	à la satisfaction
Pas d'effet secondaire	1	0,36%	à la satisfaction
Total général	275	100%	

Source : AKPO GNANDI O., enquête de terrain, 2017

NB : chaque répondant avait la possibilité de donner plusieurs raisons qui justifient son degré de satisfaction.

Après les déclarations des « usagers », les avis des « praticiens de la MT », sur les raisons qui poussent les usagers vers eux, sont importants pour la triangulation.

2.1.2 Raisons du recours à la médecine traditionnelle selon les praticiens de cette médecine

Cette recherche ne vise pas les praticiens de la MT. Il convient, de savoir leur point de vue par rapport à l'engouement des populations. Ainsi, il leur a été demandé de dire, selon leur avis, les mobiles qui attirent les patients vers eux. Le Tableau 2-2 ci-dessous donne les détails des mobiles qu'ils ont avancés et les fréquences de chaque mobile.

A l’instar des « non praticiens de la MT », chaque praticien de la MT pouvait donner au plus trois mobiles. Les 22 praticiens enquêtés ont donné au total dix différents mobiles. En moyenne, chaque praticien a donné deux mobiles (Tableau 2-2 ci-dessous). L’analyse du tableau fait observer que les mêmes mobiles en tête de lice chez les « praticiens de la MT » se retrouvent chez les « usagers ». Seul l’ordre des fréquences diffère⁶⁸. Les « praticiens de la MT » ont déclaré, par ordre de fréquence décroissante, que les usagers viennent vers eux à cause de : *la MT est moins chère, efficacité de la MT, maladie inguérissable par la médecine moderne (ou la maladie dite surnaturelle) et échec thérapeutique de la médecine moderne.*

TABLEAU 2-2 : MOBILES POTENTIELS AU RECOURS A LA MT SELON LES POINTS DE VUE DES PRATICIENS DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE

Étiquettes de lignes	Nombres	Fréquence
La MT est moins chère	11	25,00%
Efficacité de la MT	10	22,73%
Maladie inguérissable par la médecine moderne (ou la maladie dite surnaturelle)	10	22,73%
Echec thérapeutique de la médecine moderne	5	11,36%
Problème de santé	3	6,82%
Distance entre la résidence du patient et le dispensaire est trop longue	1	2,27%
Franchise/honnêteté	1	2,27%
Publicité/bouche à buche	1	2,27%
Qualité de travail	1	2,27%
Traitement naturel	1	2,27%
Total général	44	100%

Source : AKPO GNANDI O., enquête de terrain, 2017

Les résultats qui viennent d’être présentés expliquent pourquoi la MT est admirée. D’autres résultats expliquent pourquoi elle est récusée.

2.1.3 Raisons de la réticence des « non usagers » à recourir à la médecine traditionnelle

Ils n’ont jamais fait recours à la MT. Ils sont les « non usagers ». Cependant, tout comme les « usagers », il leur a été demandé de dire les mobiles qui « pourraient les conduire » vers la MT (cf. le guide en ANNEXE 14). Chaque répondant pouvait donner plusieurs mobiles. Au plus, les trois premiers mobiles sont retenus par répondant. Au total 6 mobiles et 36 occurrences ont

⁶⁸ Voir le Tableau 2-1 et le Tableau 2-2.

été enregistrés (Tableau 2-3). En d'autres termes, les mêmes mobiles sont cités par plusieurs répondants. Parmi les 41 « non usagers », 14 n'ont pas répondu à cette question parce qu'ils jugent qu'aucun motif ne peut les conduire vers la MT.

TABLEAU 2-3 : MOBILES POTENTIELS AU RECOURS A LA MT SELON LES "NON USAGERS"

Mobiles potentiels au recours à la MT	Occurrences	Fréquence (%)
Maladie inguérissable par la médecine moderne (ou la maladie dite surnaturelle)	12	33,33%
Efficacité de la MT	9	25,00%
Echec thérapeutique de la médecine moderne	7	19,44%
La MT est moins chère	6	16,67%
Croyance	1	2,78%
Distance entre la résidence du patient et le dispensaire est trop longue	1	2,78%
Total général	36	100%

Source : AKPO GNANDI O., enquête de terrain, 2017

Selon le tableau ci-dessus, les « non usagers » pourraient recourir à la MT pour : des maladies inguérissables par la médecine moderne, l'efficacité de la MT, l'échec thérapeutique de la médecine moderne, le coût accessible de la MT. Ils sont très peu nombreux à déclarer que la croyance⁶⁹ et l'accessibilité géographique pourraient les motiver.

Les résultats présentés dans les différentes sous-sections ci-dessus sont les conclusions des questions posées directement aux répondants sur les raisons du recours à la MT. Pour trianguler, une autre technique a été adoptée. C'est la technique d'association des mots. Elle a l'avantage d'interroger les répondants sans qu'ils ne se rendent compte de l'objectif de l'entretien.

2.2 Mots associés à la médecine traditionnelle

Les 210 « non praticiens de la MT » et les 22 « praticiens de la MT » ont été priés de citer par ordre d'importance les mots induits par la médecine traditionnelle. Cette question indirecte les a amenés à associer les mots. La technique permet de connaître les représentations sociales qu'ils se font de la MT et de mettre en exergue le noyau central et les éléments périphériques

⁶⁹ Croyance ici signifie foi ou confiance en la MT.

de leurs représentations. Dans ce cas de figure, les répondants sont dans une situation où ils ignorent l'objet de la technique d'association et de hiérarchisation des mots.

Les résultats de la population des « non praticiens de la MT » sont d'abord présentés. Ensuite, sont présentés, ceux des sous-populations en l'occurrence les « usagers » et les « non usagers ».

2.2.1 Mots induits des « non praticiens de la médecine traditionnelle »

Le compartiment n°1 du (Tableau 2-4 ci-dessous) représente les catégories de mots associés à la MT qui reviennent plus fréquemment et qui sont classés importants par les répondants. Les prototypes de mots ou groupes de mots prononcés par les répondants et catégorisés sont détaillés dans l'ANNEXE 24.

TABLEAU 2-4 : IMPORTANCE ET FREQUENCE DES DIFFERENTES CATEGORIES DES MOTS INDUITS POUR LA POPULATION DES « NON PRATICIENS DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE »

		<i>IMPORTANCE</i>	
		Forte si rang \leq 6,34	Faible si rang $>$ 6,34
FREQUENCES D'APPARITION	Forte si taux \geq 1%	Organes de plantes (1,33 ; 37,06%) Dangereux (2,67 ; 11,89%) Us et coutumes (3 ; 12,24%) Animisme (3,33 ; 10,14%) Efficacité (3,33 ; 9,44%) Moins cher (5 ; 3,85%) Naturel (5,33 ; 3,5%)	Echec de la médecine moderne (6,5 ; 1,5%) Organes d'animaux (6,5 ; 1,05%) Mensonge/tromperie/escroquerie (6,67 ; 1,75%) Magie/superstition (7 ; 1,4%) Sorcellerie/envoutement (7,33 ; 1,05%) Inefficace (8 ; 1,4%)
	Faible si taux est inférieur à 1%	Curiosité (3 ; 0,7%) <i>Sodabi</i> (4 ; 0,35%)	Produits amers (7 ; 0,7%) Gain de temps (8 ; 0,35%) Maladies inguérissables (8 ; 0,35%) Complémentarité (10 ; 0,35%) Publicité (10 ; 0,35%) Source de tout médicament et guérison (10 ; 0,35%) Surnaturel (10 ; 0,35%) <i>Victago</i> (10 ; 0,35%)

Source : AKPO GNANDI O., enquête de terrain, 2017

NB : Dans les parenthèses sont mentionnés le rang d'importance et le taux de fréquence. Le rang moyen d'importance est 6,34. Tous les mots induits ayant un classement supérieur à ce rang sont classés dans le groupe de faible importance. De même, tous les mots induits ayant une fréquence inférieure à 1% sont considérés comme de faibles fréquences.

Selon plusieurs travaux (Abric, 1994 ; Hidalgo, 2012; Jeoffrion, 2009)⁷⁰ ce compartiment n°1 enregistre les éléments du noyau central caractérisés par leur fréquence, leur rang d'importance et le poids de leur catégorie. « *La congruence des deux critères (fréquence et rang) constitue un indicateur de centralité de l'élément* » et Abric (2016 : 83) ajoute « *le fait de s'intéresser au rang moyen (c'est à dire sur l'ensemble de la population) rend le postulat plus acceptable* ». Ainsi, les éléments centraux de la population enquêtée sont : *animisme, organes de plantes, us et coutumes, efficacité, dangereux, naturel, moins cher*.

En tête de lice des éléments du noyau central figure l'élément *organes de plantes*. A la fin, figurent *moins cher* et *naturel*. Ces deux derniers ont la même importance pour les répondants (moyenne d'importance 5). Parmi ces éléments centraux, les *us et coutumes* et la religion *animisme* sont d'ordre culturel. De même, il apparaît aussi dans le noyau central les termes, a priori antinomiques à l'instar de *dangereux* et *efficacité*. Cette coïncidence est suffisamment saisissante et nécessite des discussions. En effet, Abric et Vacherot (1976) ont fait la même remarque lors d'une recherche portant sur les représentations sociales. Ils ont pensé que cette situation pourrait s'expliquer par l'existence dans l'échantillon, de deux sous-groupes. Mais Vergès (1985) a pensé le contraire quand il constata cette contradiction sur une population enquêtée. Selon lui, cette possibilité n'est pas à exclure, car une organisation cognitive est faite de cohérence forte et de contradictions entre pôles structurants. Plus tard, Aissani (1992) fit le même constat après une recherche empirique sur la représentation sociale de la nationalité française chez des jeunes Maghrébins. Il conclut que :

« La structure interne d'une représentation sociale peut donc se présenter parfois comme contradictoire. Certes, du point de vue de la logique formelle, cette conclusion reste assez « indigeste » puisque dans cette perspective, il n'est de structure que cohérente. Mais, la pensée sociale n'est pas régie par des processus cognitifs de type hypothético-déductif : différentes du

⁷⁰ Voir aussi Abric (2003) ; Moscovici (1961 (rééd 1976)); Grize et al. (1987) et Rouquette et Rateau (1998).

savoir scientifique, les représentations sociales consistent en moins à distinguer le vrai du faux qu'à fournir des cadres d'interprétation.» (Aissani, 1992 : 108).

En définitive, il n'est pas exclu de se retrouver dans des cas de figure où les éléments sont en contradiction. C'est le cas ici, pour la population des « non praticiens de la MT » et la sous-population des « usagers ». Ainsi, la MT rappelle fondamentalement les notions de dangerosité et d'efficacité. Et cela ne décourage point les « usagers » qui continuent à faire recours à cette médecine.

Dans les trois autres compartiments, il y a les éléments périphériques qui ont une grande importance et sont moins saillants dans les déclarations. Ce sont : *Curiosité* et *Sodabi*. Ils sont enregistrés dans le compartiment n°2 (Tableau 2-4 ci-dessus).

On enregistre aussi les éléments périphériques qui sont de faible importance pour les enquêtés, mais reviennent souvent dans leurs déclarations. Ces éléments sont dans le compartiment n°3. Ils sont catégorisés : *mensonge/tromperie/escroquerie, inefficace, magie/superstition, échec de la médecine moderne, organes d'animaux, sorcellerie/envoutement*. Dans ce compartiment l'élément *mensonge/tromperie/escroquerie*, se classe en troisième position en termes d'importance (rang moyen d'importance est 6,67). Mais, en terme de fréquence, il revient plus régulièrement dans les déclarations (fréquence est 1,75%).

Le quatrième compartiment, non moins important, enregistre les éléments de faible importance et qui sont très peu cités. Les éléments de ce dernier compartiment sont les plus fragiles dans la représentation sociale de la MT. Ils sont susceptibles de changer à tout moment et sont plus caractéristiques des individus et de leur contexte. Ces éléments sont : *produits amers, complémentarité, gain de temps, maladies inguérissables, publicité, source de tout médicament et guérison, surnaturel, victago*.

En somme, les représentations sociales de la population des « non praticiens de la MT » se distinguent de celles de ses sous-populations : les « usagers » et les « non usagers ».

2.2.2 Mots induits des usagers

Le Tableau 2-5 ci-dessous révèle qu'il y a un léger changement entre la configuration de la représentation des « usagers » et celle de sa population-mère en l'occurrence les « non

praticiens de la MT ». En effet, chez les « usagers » (compartiment n°1 du Tableau 2-5 ci-dessous), on constate que l'élément *mensonge/tromperie/escroquerie* est dans le noyau central. Cet élément est périphérique pour la population-mère (Tableau 2-4 ci-dessus). En plus, l'ordre d'importance et de fréquence est différent dans les deux tableaux. Ce léger bouleversement dans la configuration des deux représentations signifie qu'elles sont différentes.

Les éléments *mensonge/tromperie/escroquerie* et *dangereux* contrastent avec *Efficacité*. Plus précisément, les « usagers » se représentent fondamentalement la MT comme une médecine de *Mensonge/tromperie/escroquerie, de danger, mais efficace*.

TABLEAU 2-5 : IMPORTANCE ET FREQUENCE DES DIFFERENTES CATEGORIES DES MOTS INDUITS POUR LA SOUS-POPULATION DES « USAGERS »

		IMPORTANCE	
		Forte si rang < ou = 5,18	Grande si rang > 5,18
FREQUENCES D'APPARTITION	Forte si ≥ à 1%	Organes de plantes (1 ; 36,69%) Us et coutumes (2,33 ; 13,31%) Efficacité (2,67 ; 10,89%) Dangereux (3 ; 9,27%) Animisme (3,33 ; 10,08%) Moins cher (4,67 ; 4,03%) Mensonge/tromperie/escroquerie (4,5 ; 1,61%) Naturel (5 ; 3,63)	Echec de la médecine moderne (5,5 ; 1,21%) Organes d'animaux (5,5 ; 1,21%) Magie/superstition (6 ; 1,61%) Sorcellerie/envoutement (6,33 ; 1,21%) Inefficace (7 ; 1,21%)
	Faible si taux est inférieur à 1%	Curiosité (3 ; 0,81%) Sodabi (4 ; 0,4%)	Produits amers (6 ; 0,81%) Gain de temps (7 ; 0,4%) Source de tout médicament et guérison (8 ; 0,4%) Surnaturel (8 ; 0,4%) Victago (8 ; 0,4%) Complémentarité (8 ; 0,4%)

Source : AKPO GNANDI O., enquête de terrain, 2017

NB : Dans les parenthèses sont mentionnés le rang d'importance et le taux de fréquence. Le rang moyen d'importance est 5,18. Tous les mots induits ayant un classement supérieur à ce rang sont classés dans le groupe de faible importance. De même, tous les mots induits ayant une fréquence inférieure à 1% sont considérés comme de faibles fréquences.

Pour la population-mère (Tableau 2-4) et la sous-population des « usagers » (Tableau 2-5), l'élément *organes de plante* occupe toujours la première place en termes d'importance et de fréquence dans le noyau central. Cet élément est caractéristique des prototypes de mots associés qui sont détaillés dans l'ANNEXE 24 en l'occurrence : *infusion, écorces, feuilles, racines, plantes médicinales, vertu ou force des plantes, traitement par les plantes, l'herboriste, tisane.*

En comparaison à la population-mère, les éléments *maladies inguérissables* et *publicité* ont disparu dans la représentation des « usagers » (Tableau 2-5). Et c'est l'élément *surnaturel* qui apparaît dans le compartiment N°4. En d'autres termes, chez les « usagers » ces éléments disparus ne représentent rien quand on évoque la MT. Mais pour toute la population enquêtée, ces éléments ont leur importance. La disparition de ces éléments chez les « usagers », est la conséquence de la séparation des sous-populations « usagers » et « non usagers ».

2.2.3 Mots induits des « non usagers »

Ils sont peu nombreux 19,52% de l'échantillon enquêtée (41 répondants sur les 210). Parmi eux, 38 ont donné des mots associés à la MT. Les autres ont répondu que l'évocation de la MT, n'induisait de leur part aucun mot.

Il s'agit dans cette section de savoir aussi les mots qu'ils associent à la MT et par conséquent pourquoi ils n'y ont pas recours. D'entrée, il ressort que chez les « non usagers », il y a peu de mots induits comme le présente le Tableau 2-6 ci-dessous. Seulement 10 contre 21 pour les « usagers ». Ils se prononcent peu sur la MT.

TABLEAU 2-6 : IMPORTANCE ET FREQUENCE DES DIFFERENTES CATEGORIES DES MOTS INDUITS POUR LA SOUS-POPULATION DES « NON USAGERS »

		IMPORTANCE	
		Forte si ≤ 3	Grande si rang > 3
D'APPARITION FREQUENCES	Forte si taux $\geq 10\%$	Organes de plantes (1,5 ; 39,47) Dangereux (2 ; 28,95)	Animisme (2,5 ; 10,53)
	Faible si taux $< 10\%$	Moins cher (1 ; 2,63) Maladies inguérissables (1 ; 2,63) Us et coutumes (2 ; 5,26)	Inefficace (4 ; 2,63) Mensonge/tromperie/escroquerie (4 ; 2,63) Naturel (4 ; 2,63) Publicité (4 ; 2,63)

Source : AKPO GNANDI O., enquête de terrain, 2017

NB : Dans les parenthèses, sont mentionnés le rang d'importance et le taux de fréquence. Les « non usagers » sont très peu nombreux à donner les mots induits. Pour cette raison, et afin d'avoir des éléments dans tous les compartiments, l'échelle de classement a été légèrement modifiée. Ainsi, le rang moyen d'importance est 2,3 mais il faut avoir un rang 3 pour être classé dans le groupe de faible importance. De même, il faut une fréquence inférieure à la fréquence moyenne de 10% pour être considéré comme de faibles fréquences.

Le compartiment n°1 du noyau central se résume aux éléments *organes de plantes* et *dangereux* (Tableau 2-6 ci-dessus). Plusieurs éléments qu'on retrouvait dans le compartiment n°1 comme éléments centraux chez les « usagers » sont répartis dans les compartiments périphériques chez les « non usagers ». C'est l'exemple de *naturel*, *animisme*, *moins cher*, *us et coutumes*. D'autres éléments qui avaient disparu dans les compartiments périphériques des « usagers », réapparaissent. Il s'agit de : *maladies inguérissables* et *publicité* qui sont dans les compartiments n°2 et n°3. Ces différences prouvent à suffisance que les « usagers » et les « non usagers » n'ont pas la même représentation de la MT.

Après les résultats sur les évocations des répondants et sur leur représentation de la MT, les liens statistiques éventuels, entre les caractères sociodémographiques des répondants et le recours à la MT, ont été calculés.

2.3 LIENS STATISTIQUES ENTRE CHOIX DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE ET VARIABLES SOCIODEMOGRAPHIQUES

Les liens statistiques vont au-delà des moyennes et des fréquences présentées dans les paragraphes précédents. Le test de khi-deux de Pearson ou le test exact de Fisher ont été appliqués aux résultats statistiques des variables sociodémographiques. Ces tests sont importants à l'instar d'un médecin qui procède aux tests de laboratoire pour confirmer ou infirmer les résultats de son premier diagnostic. Ils ont été appliqués à la population des « non praticiens de la MT » enquêtée.

2.3.1 Recours à la médecine traditionnelle croisé avec les sexes

La Figure 1-4 (voir page 62) présente le rapport entre la MT et le sexe. Le Tableau 2-7 ci-dessous détaille, les contributions du sexe au choix de la MT et aussi le degré d'indépendance entre ces deux variables. Ces contributions sont résumées par le Khi-deux observé.

TABLEAU 2-7 : DEGRE DE LIAISON ENTRE LE SEXE ET LE CHOIX DE LA MT

	Valeur	ddl*	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	0,143 ^a	1	0,705	0,730	0,419
Correction pour la continuité	0,042	1	0,838		
Rapport de vraisemblance	0,143	1	0,705	0,730	0,419
Test exact de Fisher				0,730	0,419
Nombre d'observations valides	210				
a. 0 cellule (0,0%) a un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 19,91.					
b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2					

*ddl ou Degré de liberté

Source : AKPO GNANDI O., enquête de terrain, 2017

Khi-deux observé = 0,143 ; Khi-deux théorique = 3,841 avec un degré de liberté de 1.

Khi-deux observé étant inférieur au Khi-deux théorique, l'hypothèse H₀ est avérée. Il y a indépendance entre le choix de la MT et le sexe. Ce qui signifie qu'il n'y a pas de lien statistique entre les deux variables avec un risque de se tromper égal à 5 %.

V de Cramer indique l'intensité de la dépendance. Il est égal à 0,026, proche de zéro. Donc une indépendance très prononcée entre les deux variables. En d'autres termes, la connaissance du sexe ne permet pas de se prononcer sur le recours à la MT. Tous les sexes ont recours à la MT. Statistiquement, le sexe n'a pas grande importance en ce qui concerne le recours à la MT.

2.3.2 Recours à la médecine traditionnelle croisé avec les tranches d'âges

Le Tableau 1-6 (page 71) croise l'âge et le recours de la population enquêtée à la MT. Le Tableau 2-8 ci-dessous présente les contributions de la variable *âge* au choix de la MT et aussi le degré d'indépendance entre ces deux variables.

TABLEAU 2-8 : DEGRE DE LIAISON ENTRE L'AGE ET LE CHOIX DE LA MT

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	3,312 ^a	4	0,507	0,514
Rapport de vraisemblance	3,391	4	0,495	0,511
Test exact de Fisher	3,368			0,500
Nombre d'observations valides	210			
a. 1 cellule (10,0%) a un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 4,49.				

Source : AKPO GNANDI O., enquête de terrain, 2017

Khi-deux observé = 3,312 ; avec un degré de liberté de 4, le Khi-deux théorique est 9,488.

Khi-deux observé étant inférieur au Khi-deux théorique, l'hypothèse H₀ est avérée. Il y a indépendance entre le choix de la MT et l'âge. Il n'y a donc pas de lien statistique entre les deux variables avec un risque de se tromper égal à 5 %.

V de Cramer indique l'intensité de la dépendance. Il est égal à 0,126 très proche de zéro ; donc une indépendance très prononcée entre les deux variables.

Une cellule a un effectif théorique inférieur à 5. Ce qui oblige à procéder au Test exact de Fisher pour affiner l'analyse. La signification exacte bilatérale du Test exact de Fisher (P-valeur) est égale à 0,5, nettement supérieure à 5%, confirmant ainsi l'acceptation de l'hypothèse H₀ avec un risque de se tromper égal à 5 %. Le test exact de Fisher confirme le V de Cramer.

En d'autres termes, la connaissance de la tranche d'âge ne permet pas de se prononcer sur le recours à la MT. Les tranches d'âges n'ont pas grande importance en ce qui concerne le recours à la MT ; il n'y a aucun lien. Tous les âges y ont recours.

2.3.3 Recours à la médecine traditionnelle croisé avec les professions

Le tableau de contingence (Tableau 1-7 de la page 71) croise les catégories socioprofessionnelles et le recours de la population enquêtée à la MT. Le TABLEAU 2-9 ci-dessous détaille les degrés de liaison entre les catégories professionnelles et le choix de la MT.

TABLEAU 2-9 : DEGRE DE LIAISON ENTRE LES CATEGORIES PROFESSIONNELLES ET LE CHOIX DE LA MT

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	6,082 ^a	3	0,108	0,105
Rapport de vraisemblance	7,947	3	0,047	0,054
Test exact de Fisher	5,745			0,111
Nombre d'observations valides	210			
a. 1 cellule (12,5%) a un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 1,95.				

Source : AKPO GNANDI O., enquête de terrain, 2017

Khi-deux observé = 6,082 ; Khi-deux théorique = 7,815 avec un degré de liberté de 3.

Khi-deux observé inférieur au Khi-deux théorique, l'hypothèse H₀ est avérée. Il y a indépendance entre le choix de la MT et les catégories socioprofessionnelles. Il n'y a donc pas de lien statistique entre les deux variables avec un risque de se tromper égal à 5 %.

V de Cramer est égal à 0,17 proche de zéro ; donc une indépendance très prononcée entre les deux variables.

Une cellule a un effectif théorique inférieur à 5. Ce qui oblige à procéder au test exact de Fisher. La P-valeur de ce test est 0,111 > 5%. Le test exact de Fisher confirme que l'H₀ est avérée. Le test exact de Fisher et le V de Cramer sont concordants.

La connaissance de la catégorie socioprofessionnelle ne permet en aucune manière de se prononcer sur le recours à la MT. Le recours à la MT n'est pas lié statistiquement aux catégories socioprofessionnelles. Toutes les catégories socioprofessionnelles ont recours à la MT.

2.3.4 Recours à la médecine traditionnelle croisé avec les niveaux scolaires

Le tableau de contingence (Tableau 1-9 de la page 72) croise les niveaux scolaires et le recours de la population enquêtée à la MT. Le Tableau 2-10 ci-dessus détaille les liaisons statistiques qui existent entre ces variables.

TABLEAU 2-10 : DEGRE DE LIAISON ENTRE LE NIVEAU SCOLAIRE ET LE CHOIX DE LA MT

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	7,876 ^a	3	0,049	0,048
Rapport de vraisemblance	8,153	3	0,043	0,053
Test exact de Fisher	7,765			0,044
Nombre d'observations valides	210			
a. 1 cellule (12,5%) a un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 2,34.				

Source : AKPO GNANDI O., enquête de terrain, 2017

Khi-deux observé = 7,876 ; Khi-deux théorique = 7,815 avec un degré de liberté de 3.

Khi-deux observé est légèrement supérieur au Khi-deux théorique ; l'hypothèse H0 est rejetée. Il y a donc une liaison entre le choix de la MT et le niveau scolaire. Les deux variables sont statistiquement liées avec un risque de se tromper égal à 5 %.

V de Cramer indiquant l'intensité de la dépendance est égal à 0,194, donc très faible. Par conséquent le lien entre les deux variables est très faible.

On note qu'une cellule a un effectif théorique inférieur à 5. Ce qui oblige à procéder au test exact de Fisher pour une confirmation. La P-valeur est égale à 0,044 ; elle est inférieure à 5% mais très proche des 5%. Le test exact de Fisher confirme que l'H0 n'est pas avérée. Il existe effectivement une liaison entre le niveau scolaire et le choix de la MT. Cette liaison est faible.

2.3.5 Recours à la médecine traditionnelle croisé avec les religions

Dans ce cas de figure, le regroupement par tranche d'âge a été effectué pour minimiser le nombre d'effectif théorique inférieur à 5. Malgré cet ajustement⁷¹, le calcul des effectifs théoriques à partir du croisement des deux variables (Tableau 1-8 de la 72) donne 10 cellules (62,5%) qui ont un effectif théorique inférieur à 5. Seul le test exact de Fisher sera considéré.

⁷¹ Voir le § I.3.2.4 Traitement des variables sociodémographiques par des tests statistiques.

TABLEAU 2-11 : DEGRE DE LIAISON ENTRE LA RELIGION ET LE CHOIX DE LA MT⁷²

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	4,816 ^a	9	0,850	. ^b
Rapport de vraisemblance	6,158	9	0,724	0,811
Test exact de Fisher	3,268			0,961
Nombre d'observations valides	208			
a. 10 cellules (62,5%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de ,69.				
b. Calcul impossible car la mémoire est insuffisante.				

Source : AKPO GNANDI O., enquête de terrain, 2017

La P-valeur du Test exact de Fisher est égale à 0,961 > 5% ; l'hypothèse H0 est avérée ; il n'y a pas de lien entre la religion et le choix de la MT. La religion ne détermine pas statistiquement le choix de la MT.

Les résultats des calculs statistiques qui viennent d'être présentés sont confirmés par les observations faites sur le terrain et les verbatim.

2.4 OBSERVATIONS DIRIGÉES ET LES VERBATIM SUR LES RAISONS DU RECOURS A LA MT

Pendant et après les interviews des « praticiens de la MT », leurs pratiques ont été observées. Les observations ont porté sur les maladies qu'ils soignent, les techniques de soins, leur organisation, etc. L'intervieweur posait aussi des questions d'éclaircissement. Les observations et les déclarations des interviewés sont concordantes. Les résultats sont illustrés.

Les graines au sol (Photo 2-1) appelées *essro* servent à soigner les luxations, les fractures. Les graines (Photo 2-2) appelées *ehô* se retrouvent dans la fabrication des médicaments contre des pathologies comme le fibrome.

⁷² Dans ce tableau, les deux répondants qui n'ont pas précisé leur religion, n'ont pas été pris en compte. Par conséquent l'effectif total est 208 au lieu de 210.

PHOTO 2-1 : GRAINES INTERVENANT DANS LA FABRICATION DE PLUSIEURS MEDICAMENTS DONT LA MIXTURE POUR LES FRACTURES ET ENTORSES



Source : AKPO GNANDI O., photo de terrain, mars 2017

PHOTO 2-2 : GRAINE INTERVENANT DANS LA RECETTE DES MEDICAMENTS CONTRE LE FIBROME



Source : AKPO GNANDI O., photo de terrain, mars 2017

Certains praticiens de la médecine traditionnelle entretiennent des jardins à la maison. Ceci pour faciliter l'accès à certaines feuilles (PHOTO 2-3).

PHOTO 2-3 : LES FEUILLES SERVANT A LA PREPARATION DES MEDICAMENTS



Source : AKPO GNANDI O., photos de terrain, mars 2017

- *« Il y a des herbes pour lesquelles certains pensent que c'est pour les maux de ventre. Moi je suis convaincue que ça peut faire autre chose. »⁷³*
- *« L'herbe appelée « essro » d'autres l'appellent « djogbessi », si tu arrives quelque part et quelqu'un a un mal de ventre violent, tu*

⁷³ Mme Bossro, 43 ans, praticienne de la médecine traditionnelle, charlatan, entretien réalisé en février 2017 à Avéno.

prends ladite herbe, que tu laves, tu tritures pour sortir le jus, tu prends un morceau de canaris cassé, que tu chauffes ; puis tu y verses le jus dans le morceau de canaris chaud ; puis tu donnes au malade à boire. Il sera guéri sinon tu lui dis d'aller à l'hôpital. »⁷⁴

Après la préparation des médicaments, les résidus sont utilisés pour le bois de chauffe qui sert à préparer d'autres médicaments (Photo 2-4)

PHOTO 2-4 : RESIDUS APRES PREPARATION DES MEDICAMENTS A BASE DE RACINES ET DE FEUILLES DE PLANTES



Source : AKPO GNANDI O., photo de terrain, mars 2017

Pour soigner des maladies dites surnaturelles, le praticien de la MT doit faire appel à certains esprits (PHOTO 2-5 ci-dessous) ; dans la plupart des cas, ce traitement nécessite l'usage de certains organes d'animaux (PHOTO 2-6, page 104) ou l'immolation des animaux comme les ovins, les volailles (Photo 2-7, page 105) selon les exigences de l'oracle consulté.

⁷⁴ Mme Bossro, 43 ans, praticienne de la médecine traditionnelle, charlatan, entretien réalisé en février 2017 à Avénou.

PHOTO 2-5 : LES DIVINITES POUR SOIGNER LES MALADIES SPIRITUELLES OU MALADIES SURNATURELLES



Source : AKPO GNANDI O., photo de terrain, mars 2017

- *« Quand on dit qu'on guérit toutes les maladies, c'est vrai. Mais il faut interroger cette maladie d'abord sur toutes les formes. »⁷⁵*
- *« Quand le malade arrive, je lui demande de prendre 1000 francs et de méditer sur le billet. Je n'ai pas besoin que le malade me dise de quoi il souffre. Il dépose les 1000 francs. C'est moi-même qui demande aux esprits de quoi il souffre. Si c'est une maladie, est-ce qu'elle est guérissable ? Est-ce je pourrais guérir la maladie ? Si les esprits donnent leur consentement, il y a d'autres esprits qui nous aident. Par quel esprit je vais passer pour guérir facilement le*

⁷⁵ Bodjo R., 53 ans, praticien de la médecine traditionnelle, entretien réalisé le 2 février 2017 à Tokoin Ramco.

malade. C'est comme ça que ça se passe. Parfois il peut arriver qu'on n'ait pas besoin de solliciter un esprit. »⁷⁶

Tous les praticiens de la médecine traditionnelle n'ont pas le même avis sur le caractère mystique de certaines maladies. Voici la déclaration d'un praticien de la MT :

- *« Le mysticisme, le charlatan, la sorcellerie ne sont pas de la MT. La MT peut prendre en compte, c'est vrai, le malade comme je l'ai dit, dans sa globalité, sa physiologie, sa psychiatrie, sa culture, sa spiritualité, on prend en compte tout. Mais dans la pratique, tous ne sont pas de même pratique. Moi par exemple je fais de la phytothérapie dans la MT. Je n'ai aucune notion spirituelle. J'utilise juste les plantes avec leurs substances curatives pour soigner. Mon diagnostic n'a rien à faire avec l'aspect spirituel. Quand on parle du spirituel, la conception de la maladie, ce que le Blanc voit comme une infection et l'origine de l'infection, c'est un virus, un microbe ou bactérie. Dans le côté spirituel, ce n'est pas la même conception. Pour eux rares sont les personnes qui tombent malades sans être envoutées par une autre personne. »⁷⁷*

PHOTO 2-6 : LES ORGANES D'ANIMAUX POUR SOIGNER. ICI LA TETE D'UN SERPENT



Source : AKPO GNANDI O., photo de terrain, mars 2017

⁷⁶ Mme Bossro, 43 ans, praticienne de la médecine traditionnelle, charlatan, entretien réalisé en février 2017 à Avénou.

⁷⁷ Lakassa E., praticien de la médecine traditionnelle, entretien réalisé en janvier 2017 à Avédji.

PHOTO 2-7 : LES ORGANES D'ANIMAUX POUR SOIGNER. ICI LE COQ NOIR, LE COQ GRIS TACHETE ET LES PINTADES POUR IMMOLER



Source : AKPO GNANDI O., photo de terrain, mars 2017

- *« Au niveau de l'accouchement difficile, eh eh eh , la MT n'a pas besoin de trop de formalités avec un remède simple et pratique, ça sauve une vie. Si vous voulez que je donne un exemple, je suis prêt. Par exemple, vous prenez un œuf local, vous videz le contenu, vous y mettez de l'eau, ok ! vous donnez à une femme qui a des difficultés à accoucher. Parce qu'une poule n'est jamais passée par la césarienne ; elle n'a jamais été soumise à une césarienne. Vous voulez le second exemple ? La femme qui n'arrive pas à concevoir, et si la cause est une cause métaphysique, eh bien, vous prenez un morceau du placenta d'un porc local vous transformez en talisman que vous mettez à la hanche de la femme avant d'avoir le rapport sentimental avec elle. Elle va concevoir, il n'y a pas de discussion à faire là-dessus. C'est des trucs qui ont été régis par nos grands-parents. »⁷⁸*

Pour les hommes qui souffrent de faiblesse sexuelle, une potion (Photo 2-8) préparée à base des racines de plusieurs plantes, de légumes (betterave, carotte, concombre, etc.), de fruits (exemples : datte, mangue, etc.) est préparée. Il en est de même pour le fibrome (Photo 2-9) où on retrouve des racines et du gingembre.

⁷⁸ Boco, 42 ans, praticien de la médecine traditionnelle, entretien réalisé en janvier 2017 à Adakpamé.

PHOTO 2-8 : MELANGE DE FRUITS, DE LEGUMES POUR SOIGNER LA FAIBLESSE SEXUELLE CHEZ L'HOMME



Source : AKPO GNANDI O., photos de terrain, mars 2017

La composition des potions diffère selon les pathologies. La photo A: une potion dans une bouteille d'eau minérale. La photo B indique, dans la paume du praticien, les différentes compositions de la potion.

PHOTO 2-9 : MELANGE DE PLUSIEURS RACINES, GRAINES, GOUSSES DE FRUITS, DE LEGUMES DE FRUITS POUR SOIGNER LE FIBROME



Source : AKPO GNANDI O., photos de terrain, mars 2017

La photo A montre une potion dans une bouteille d'eau minérale. La photo B indique les différentes compositions de la potion dans le creux d'une main.

Il a été observé aussi des médicaments en poudre noire (Photo 2-10, A) ou blanche (Photo 2-10, B) contre les maux de tête violents (appelés « *agbota* ») traduction « tête de bélier », les maux de ventre violents. Ces médicaments sont appliqués selon les cas par incision, frottement ou

mélangés à du whisky, du vin ou du *sodabi*. Des médicaments sous forme de boulettes sont préparés à base de feuilles de plantes (

Photo 2-11). Des médicaments à base de feuilles écrasées mélangées à du savon (Photo 2-12).

La photo A montre le creux de la main un médicament en poudre de couleur noire. La photo B y montre un autre médicament en poudre blanche.

PHOTO 2-10 : MEDICAMENTS EN POUVRE



Source : AKPO GNANDI O., photos de terrain, mars 2017

- « *La poudre noire, il y en a plusieurs sortes selon la maladie : le pied qui gonfle, les maux de tête. Pour les maux de tête quand on frappe le malade la nuit, je vais chercher une herbe que je vais utiliser pour laver la tête du malade. Ensuite, je vais lui donner la poudre à boire. Je peux aussi scarifier le malade à l'instar de la perfusion dans la MM. Ce que nous avons tiré de l'expérience et qui diffère de nos anciens, est que la lame que nous utilisons pour un malade est mise à la poubelle après usage. Moi je préfère remettre la lame au patient et lui dire d'aller la mettre à la poubelle en se disant qu'il jette à la poubelle la maladie dont il souffre.* »⁷⁹

⁷⁹ Mme Bossro, 43 ans, praticienne de la médecine traditionnelle, charlatan, entretien réalisé en février 2017 à Avéno.

PHOTO 2-11 : DES BOULETTES DE MEDICAMENTS

Source : AKPO GNANDI O., photo de terrain, mars 2017

PHOTO 2-12 : MEDICAMENT A BASE DU SAVON

Source : AKPO GNANDI O., photo de terrain, mars 2017

- *« Il y a plusieurs types de savons. On le fait à base d'herbes. Les herbes dépendent de la maladie. »⁸⁰*

La présence sur le terrain a permis de découvrir d'autres dimensions imprévues de la recherche. En effet, lors de l'enquête, des éléments nouveaux, non contenus dans le guide, ont attiré l'attention. En effet, il a été observé des talismans, des gris-gris (Photo 2-17 page 112), des médicaments à base d'organes d'animaux, les médicaments améliorés (Photo 2-14, page 110), les fourneaux pour la préparation des médicaments (Photo 2-13, page 109). Des patients ont été

⁸⁰ Mme Bossro, 43 ans, praticienne de la médecine traditionnelle, charlatan, entretien réalisé en février 2017 à Avéno.

vus se tordre de douleur et pousser des cris de détresse. D'autres étaient alités à même le sol. A certains endroits, les sites de préparation des médicaments et de soins étaient insalubres, les matériels étaient vétustes, les organes d'animaux et de plantes conservés dans un état peu hygiénique, etc. (Photo 2-13, page 109).

PHOTO 2-13 : LES CONDITIONS DE PREPARATION DES MEDICAMENTS : FOURNEAUX ET MATERIELS SERVANT A LA PREPARATION DES MEDICAMENTS



Source : AKPO GNANDI O., photos de terrain, mars 2017

NB: La photo A est un fourneau à bois de chauffe utilisé pour la préparation des médicaments. La photo B est un laboratoire de préparation de médicament. On y voit une casserole sur le fourneau qui indique qu'un médicament est en cours de préparation. On y voit aussi les béquilles usagées. La photo C montre un fourneau à gaz de fabrication artisanale. La photo D est un récipient adapté pour transvaser les médicaments liquides dans les bouteilles.

- « L'OMS et l'OOAS encouragent les médicaments traditionnels améliorés (MTA). Nous avons besoin des équipements, nous avons besoin des infrastructures. Par exemple tu vois ce bâtiment (ndlr le Praticien m'indique le plan d'un immeuble devant servir de centre de recherche sur la MT qu'il a en projet de construire)»⁸¹.

PHOTO 2-14 : LES MEDICAMENTS TRADITIONNELS AMELIORES



Source : AKPO GNANDI O., photos de terrain, mars 2017

- « C'est vrai qu'il y a des problèmes de dosage, ... mais le guérisseur qui a hérité n'a pas ce problème de dosage. Il a suivi la pratique de génération en génération. Et les doses

⁸¹ Lakassa E., praticien de la médecine traditionnelle, entretien réalisé en janvier 2017 à Avédji.

et les posologies utilisées de génération en génération n'ont jamais tué quelqu'un. Peut-être que dans leur temps les ancêtres ont couru des risques et ils ont maîtrisé ces risques. A force d'avoir maîtrisé ces risques ; les générations qui ont suivi ont adopté ce qui est bien. »⁸²

- *« Ceux qui disent que nous ajoutons les maladies aux malades, dans les temps immémoriaux n'est-ce pas les herbes que nos grands-parents utilisaient pour se soigner ? Les maladies que nous avons aujourd'hui n'existaient pas. Ce sont les médicaments de « blanc »⁸³ qui nous apportent de nouvelles maladies. D'ailleurs moi j'ai une cousine qui est en Amérique, elle est infirmière. Elle ne prend jamais les médicaments de la MM. C'est d'ici qu'on lui envoie les herbes. Après ces accouchements, on prépare les médicaments traditionnels ici et on lui envoie. Elle refuse de prendre les antibiotiques pour avoir d'autres maladies. Donc je vous dis la vérité que je ne suis pas sûre que nos herbes apportent de nouvelles maladies. Moi personnellement j'ai confiance en mes médicaments parce que je ne les fabrique pas au hasard et j'ai toujours de résultats, mais pas de nouvelles maladies. Il y a les herbes dans les herbes et il faut respecter la posologie. Quand on te dit de prendre un vers matin et soir, et tu prends une tasse matin et soir tu peux avoir des effets indésirables. »⁸⁴*

⁸² Lakassa E., praticien de la médecine traditionnelle, entretien réalisé en janvier 2017 à Avédji.

⁸³ Médicament de la médecine moderne.

⁸⁴ Mme Bossro, 43 ans, praticienne de la médecine traditionnelle, charlatan, entretien réalisé en février 2017 à Avénou.

PHOTO 2-15 : LES MALADES SOIGNES (LUXATION DU BRAS ET DU GENOU)



Source : AKPO GNANDI O., photos de terrain, mars 2017

PHOTO 2-16 : LE MALADE GUERI D'UNE FRACTURE AU GENOU



Source : AKPO GNANDI O., photos de terrain, mars 2017

PHOTO 2-17 : UN TALISMAN POUR MAINTENIR EN VIE LE MALADE AGONISANT



Source : AKPO GNANDI O., photos de terrain, mars 2017

PHOTO 2-18 : LA CONSERVATION DES MATERIELS DE TRAVAIL DANS UN ETAT PEU HYGIENIQUE



Source : AKPO GNANDI O., photos de terrain, 2017

Les calculs des moyennes et des fréquences, les verbatim et les observations dirigées font apparaître que les usagers sont attirés par la MT pour des raisons précises. Les résultats de la récusation de la MT par les « non usagers » sont aussi connus.

Conclusion

Les différentes approches méthodologiques : entretien semi-directif, association libre des mots, l'observation et les statistiques donnent des résultats concordants. Le chapitre qui suit, procède à une interprétation de ces résultats. Cette analyse est faite à travers le prisme de la théorie sur la représentation sociale de Moscovici, de la théorie du noyau central d'Abric, de la théorie de khi-deux de Pearson et du test exact de Fisher.

CHAPITRE 3 : DISCUSSIONS ET ANALYSE

Introduction

Une interprétation analytique des résultats saillants est faite. Elle met en discussion les théories des représentations sociales de Moscovici, du « noyau central » d'Abric, du « noyau matrice » de Moliner, des tests statistiques et des verbatim. Les résultats ont été discutés par les différents auteurs en tenant compte de leurs opinions sur les représentations sociales. L'analyse a d'abord porté sur la satisfaction, l'efficacité de la MT, l'échec thérapeutique de la MM, les maladies culturelles et les éléments des représentations sociales sur la MT. Ensuite, est présentée une analyse comparative qui confirme la nécessité de trianguler les résultats pour s'assurer de leur pertinence. Il est aussi rappelé les différentes applications des théories des représentations sociales et du noyau central.

3.1 ANALYSE DES REPRESENTATIONS SOCIALES ET DES EFFETS DE LA SATISFACTION ET DE L'EFFICACITE DE LA MEDECINE MODERNE

L'analyse a d'abord porté sur les différentes fonctions que jouent les différents éléments de la représentation sociale. Ensuite, elle approfondit les effets de la satisfaction de la MT et les échecs de la médecine moderne sur le comportement des « usagers ». Il s'agit dans ce dernier cas d'examiner les effets et les causes pour justifier ou infirmer leur interaction.

3.1.1 Les représentations sociales de la médecine traditionnelle dans le grand Lomé

La représentation sociale existe s'il y a un groupe et un objet (Abric, 1994 b; Moscovici, 1961). Ici le groupe est les populations enquêtées et l'objet est la MT. L'analyse des facteurs sociocognitifs abordés dans les lignes qui suivent, s'inscrit dans cette logique. Abric (2016 : 25) dit :

« L'analyse d'une représentation, la compréhension de son fonctionnement nécessitent obligatoirement un double repérage : celui de son contenu et celui de sa structuration. ». Il précise dans le même ouvrage que *« le repérage de la « vision du monde » que les individus ou les groupes portent en eux et utilisent pour agir ou prendre position est reconnu comme*

indispensable pour comprendre la dynamique des interactions sociales et donc éclairer les déterminants des pratiques sociales. » (Abric , 2016 : 15).

En effet, les RS des « non praticiens de la médecine traditionnelle »⁸⁵ sont structurées en éléments centraux et périphériques et renseignent sur leurs opinions relatives à la MT. Moliner (1994), précise que ces éléments sont cognitifs certes ! Mais pas seulement ! Ils sont aussi sociaux parce qu'ils sont élaborés dans un contexte social et seront mis en œuvre dans un contexte social.

Dans cette structuration interne, chaque partie joue des fonctions spécifiques comme deux organes d'un même système. Mannoni (2016 : 32) va plus loin en comparant cette structuration à celle d'une molécule. Il pense que la RS est à l'instar d'« *une molécule possédant un noyau central et des atomes (schèmes périphériques) gravitant autour du noyau* ». Les éléments centraux ont des fonctions génératrice et organisationnelle ; les éléments périphériques ont les leur. Ce double système explique le caractère parfois contradictoire de la RS qui se présente à la fois comme stable et mouvant, comme consensuel et individuel.

Par ailleurs, il faut rappeler que les fonctions des éléments centraux diffèrent selon qu'on défende la théorie « du noyau central » d'Abric ou celle du « noyau matrice » de Moliner et Martos (2005). Ces deux théories se recoupent en plusieurs points. Dans cet écrit, la théorie d'Abric est privilégiée. En effet, Abric (1994 b; 2016) défend la thèse selon laquelle c'est le noyau central qui donne à la RS toutes ses significations. Il joue la fonction *génératrice* de la représentation sociale. Il est la base commune, sociale et collective qui définit l'homogénéité du groupe. Il est pour le groupe le fondement évident et stable autour duquel se construit l'ensemble de la représentation. Il est ce pouvoir central qui dispose de l'autorité à déterminer la signification des autres éléments dits périphériques. Il est " *l'élément par lequel se crée, ou se transforme, la signification des autres éléments cognitifs de la représentation*" Abric (2016 : 28). Il est au « centre » des significations consensuelles d'un groupe à cause de son caractère polysémique (Tableau 3-1 ci-dessous). Ce sont les éléments du noyau central qui permettent la comparaison des représentations sociales. Une différence des noyaux centraux signifie que les représentations sont différentes. Le contraire est aussi vrai.

⁸⁵ Tableau 2-4.

La seconde fonction du « noyau central » selon Abric est la fonction « organisatrice ». Elle correspond à la capacité du noyau central à déterminer « *la nature des liens qui unissent entre eux les éléments de la représentation* » (Abric, 1994 b : 22; 2016 :28). Auquel cas, il joue le rôle d'unificateur et de stabilisateur de la RS (Tableau 3-1 ci-dessous). Cette seconde fonction peut se comprendre comme une résultante de la première.

TABLEAU 3-1: SYNTHÈSE DES DIFFÉRENCES ENTRE LE NOYAU CENTRAL ET LE SYSTÈME PÉRIPHÉRIQUE

Système central	Système périphérique
- Lié à l'histoire collective et à l'histoire du groupe	- Permet l'intégration des expériences et histoire individuelle
- Consensuel (définit l'homogénéité du groupe)	- Supporte l'hétérogénéité du groupe
- Stable, cohérent, rigide	- Souple, supporte les contradictions
- Résiste au changement	- Evolutif
- Peu sensible au contexte immédiat	- Sensible au contexte immédiat
Fonctions : - Génère la signification de la représentation - Détermine son organisation	Fonctions : - Permet l'adaptation à la réalité concrète - Permet la différenciation du contenu - Protège le système central

Source : Roussiau et Renard, 2003

En effet, chez les « non praticiens de la médecine traditionnelle », le noyau central est composé des éléments sociocognitifs suivants : *organes de plantes, dangereux, us et coutumes, animisme, efficacité, moins cher, naturel*. Ce sont donc ces éléments cognitifs et sociaux qui donnent à la représentation de la MT toutes ses significations et jouent toutes les fonctions. Guimelli (2016) précise que ces éléments centraux assurent à eux seuls la cohésion de l'ensemble de la représentation des « non praticiens de la MT ».

Par ailleurs, en dehors des fonctions du noyau central, la représentation sociale elle-même possède aussi des fonctions⁸⁶ (Abric, 2003b; Moliner, 1994; Bataille, 2002). Toutes ces fonctions sont utiles dans cette analyse. Mais, la fonction de « savoir » ne sera pas abordée ici, non parce que moins importante, mais pour des raisons liées à la démonstration qui sera

⁸⁶ Ces fonctions sont développées dans les chapitres précédents.

développée dans les lignes qui suivent. La priorité est donnée aux fonctions : « identitaire », « d'orientation » et de « justification ».

Selon la fonction identitaire, les cognitions : *organes de plantes, dangereux, us et coutumes, animisme, efficacité, moins cher, naturel* sont les principaux traits qui déterminent et caractérisent les « non praticiens de la MT » vis-à-vis de la MT. C'est dans ces éléments que les « non praticiens de la MT » retrouvent leur identité intimement liée à la MT. Ils se reconnaissent durablement et collectivement devant la MT (Moliner, 1996; Flament, 1999; Tafani et al., 2001; Moliner et Martos, 2005). Ces éléments sont des signes qui leur permettent de savoir dans quels « univers d'opinion » ils situent leur discours (Moliner et Martos., 2005). Enfin, ces éléments constituent « *une convergence d'opinions entre les membres du groupe* » (Flament , 2016 : 52). Un élément soustrait de ce lot d'éléments centraux, ne permettrait plus aux « non praticiens de la médecine traditionnelle » de se reconnaître dans cette médecine. La mise en cause d'un élément indiquerait que c'est la médecine traditionnelle elle-même qui est mise en cause. Cependant, il n'est pas nécessaire que tous les membres du groupe adhèrent entièrement à tous ces éléments. « *De la même façon qu'il n'est pas nécessaire de connaître tous les mots d'une langue pour pouvoir l'utiliser, il n'est pas non plus nécessaire que tous les membres d'un groupe donné adhèrent à tous les éléments du noyau d'une RS* » (Moliner et Martos, 2005 : 94).

La deuxième fonction évoquée est la fonction d'orientation. Rouquette et Rateau (1998) précisent que la RS que les « non praticiens de la MT » se font de la MT conditionne l'action et la canalise dans ses fins autant que dans ses modalités. Mannoni (2016 : 1) écrit dans l'introduction de son ouvrage :

« *En somme, les représentations sociales se présentent comme des schèmes cognitifs élaborés et partagés par un groupe qui permettent à ses membres de penser, de se représenter le monde environnant, d'orienter et d'organiser les comportements, souvent en prescrivant ou en interdisant des objets ou des pratiques* ».

En conclusion, les éléments cités plus haut constituent, pour les « non praticiens de la médecine traditionnelle » des guides de comportements et de pratiques (Abric, 2003b) mais aussi des prescripteurs des conduites face à la MT. Moscovici (1961) ajoute que c'est grâce à ces éléments qu'ils se préparent à passer à l'action ou précisément à choisir la MT. Ces éléments

sont le contenu actif qui sert à diriger leurs conduites. On peut partager l'opinion de Guimelli (2016 : 127) qui dit que ces éléments génèrent « *les prises de position (évaluation, attitudes, opinions, conduites...)* » favorables à la MT. Une fois passé à l'action, c'est avec les mêmes éléments que les « non praticiens de la médecine traditionnelle » vont justifier leur attitude. D'où la troisième fonction qui est la fonction de justification.

Par ailleurs, il a été aussi mis en évidence dans le Tableau 2-5 (voir page 92) les éléments centraux des « usagers », groupe d'individus qu'on retrouve dans la population-mère des « non praticiens de la médecine traditionnelle ». Les raisons qui justifient leur recours à la MT sont singulièrement pertinentes dans cette analyse. La composition de leur noyau central se différencie légèrement de celle de leur population d'origine. Leurs éléments centraux sont : *organes de plantes, us et coutumes, efficacité, dangereux, animisme, naturel, moins cher, mensonge/tromperie/escroquerie*.

En considérant les scores de l'analyse, le premier élément qui justifie le recours des « usagers » pour la MT est *organes de plantes*⁸⁷. Son couple importance moyenne et fréquence d'apparition est 1 et 36,69%⁸⁸. Les autres éléments par ordre d'importance croissant sont : *us et coutumes* (2,33 ; 13,31%), *efficacité* (2,67 ; 10,89%), *dangereux* (3 ; 9,27%), *animisme* (3,33 ; 10,08%), *moins cher* (4,67 ; 4,03%), *mensonge/tromperie/escroquerie* (4,5 ; 1,61%), *naturel* (5 ; 3,63). A travers ces éléments, force est de constater que les « usagers » sont conscients du caractère parfois dangereux de la MT, du mensonge ou de la tromperie qui entachent parfois cette médecine. Mais son efficacité et son coût accessible voilent ces mauvais côtés et ne les dissuadent guère à y recourir.

Il faut aussi remarquer qu'après des « usagers », deux autres éléments fondamentaux du noyau central sont les *us et coutumes* (2,33 ; 13,31%) et la religion *animisme*. Les *us et coutumes* comme élément central regroupent les notions de traditions, de connaissances et sagesse ancestrales. Ce sont des valeurs culturelles (voir ANNEXE 24) qui ne sont pas neutres dans le choix de la MT. La remarque est valable aussi pour l'*animisme*. L'élément central *animisme* regroupe entre autres, selon les dires des répondants : les pratiques spirituelles, les esprits, le surnaturel, l'invocation des ancêtres, les fétiches (divinités), les gris-gris etc. (voir ANNEXE

⁸⁷ Le détail des prototypes de mots induits réellement prononcés par les enquêtés se retrouvent dans l'ANNEXE 24.

⁸⁸Tableau 2-5.

24). Il est cité par tous les pratiquants des autres religions comme mot associé à la MT. Les statistiques nous rendent compte que, dans les groupes religieux, les animistes sont plus nombreux à consulter la MT (90,91% ont recours à la MT). Les autres religions y ont aussi recours à des taux élevés : musulmans (81,82%) et les chrétiens (79,27%)⁸⁹.

Quant aux « non usagers », quoique moins nombreux, le contenu et la structuration de leurs représentations ont été identifiés. Leurs éléments centraux sont *organes de plantes* (1,5 ; 39,47), et *dangereux* (2 ; 28,95). Ces éléments centraux se retrouvent aussi dans le noyau central des « usagers ». Mais, les noyaux sont différents, car n'ayant pas exactement les mêmes contenus. Abric (2016) soutient que pour que deux représentations soient différentes, elles doivent être organisées autour de deux noyaux distincts, de contenus différents. Pour les deux sous-populations, même si certains éléments sont communs, les noyaux sont différents. Cette différence est une preuve encore que les deux sous-populations sont distinctes et doivent avoir des pratiques différentes face à la MT.

Aussi, les deux éléments communs aux noyaux centraux des deux sous-populations ne prescrivent-ils pas les mêmes comportements ou disons-le, ne prescrivent pas le même choix thérapeutique. Flament (2016 : 49) dit de se souvenir que « *la prescription peut prendre des aspects négatifs* ». Contrairement aux « usagers » pour lesquels ces éléments prescrivent le recours à la MT (valence positive), pour les « non usagers », ces éléments interdisent le recours à la MT (valence négative). L'utilisation des herbes, des tisanes, des racines est effet, dangereuse et dissuasive pour se faire consulter par les praticiens de la médecine traditionnelle.

Cette analyse à partir des fonctions démontre à suffisance comment les RS sont « *indispensables dans la compréhension de la dynamique sociale. Par-là, elle est un élément essentiel dans la compréhension des déterminants des comportements et des pratiques sociales* » (Abric , 2016 : 24). Les raisons consensuelles qui concourent à l'engouement pour la MT par les « usagers » sont maintenant connues.

Comme dit supra, les représentations ne se résument pas aux noyaux centraux, même s'ils constituent le fondement collectif, consensuel, stable d'un groupe homogène qui permet de faire des comparaisons entre les différentes pratiques des groupes homogènes différents. Il y a ainsi,

⁸⁹ Tableau 1-8.

les éléments centraux et les éléments périphériques. Ces derniers jouent des fonctions essentielles dans les représentations. Ils sont aussi hiérarchisés entre eux et constituent la partie la plus vivante, des jugements et des croyances formulés (Abric , 2016) à propos de la MT.

Pour les éléments périphériques, l'analyse est exceptionnellement et uniquement circonscrite ici à la sous-population des « usagers ». Elle peut être extrapolée aux autres populations⁹⁰.

En effet, les éléments périphériques les plus proches du noyau central relevés chez les « usagers » sont singuliers quant à leur position par rapport au noyau central. Une très légère amélioration de leur rang d'importance ou une légère augmentation de leur fréquence, les conduirait dans le noyau central. Ces éléments périphériques sont dans les compartiments N°2 et N°3 du Tableau 2-5 (page 92). Il s'agit des éléments *échec de la médecine moderne* (5,5 ; 1,21%), *organes d'animaux* (5,5 ; 1,21%), et *curiosité* (3 ; 0,81%). Abric (2016) déclare que quand ces éléments sont proches du noyau central ils jouent un rôle important dans la concrétisation de la signification des représentations. Ils fonctionnent comme les éléments du noyau central. Quand ils sont éloignés, ils expliquent et justifient cette signification.

Concernant les éléments éloignés, ils se retrouvent dans les compartiments N°2, N°3 et N°4 du Tableau 2-5 (page 92). Flament cité par Abric (2016), précise, à la suite de plusieurs travaux, que les éléments périphériques sont aussi *prescripteurs de comportements* en ce sens qu'ils guident les actions et les réactions des « usagers » liées à des appropriations individuelles ou à des contextes spécifiques.

Par ailleurs, tous les auteurs ne partagent pas le point de vue d'Abric sur les fonctions génératrice et organisatrice du noyau central et par ricochet des éléments périphériques. Bataille (2002) est le premier à prendre le contrepied. Il soutient que, le noyau ne peut jouer la fonction génératrice comme le définit Abric. Ce sont plutôt les éléments périphériques qui donnent une signification aux éléments du noyau central. Car le noyau est doté de potentiels sémantiques plus élevés que les éléments périphériques. Selon lui, les éléments centraux sont abstraits et symboliques. Ils ne génèrent pas de signification mais sont récepteurs de significations des éléments périphériques tirées des expériences propres à chaque individu ou groupe. Ils permettent aux individus de définir les objets de représentation en des termes communs donnant

⁹⁰ Dans les tableaux (Tableau 2-4 et Tableau 2-6) sont présentés en détail les contenus et les structurations de la RS de ces populations.

l'illusion de consensus, mais susceptibles de recevoir des interprétations en fonction des expériences individuelles. Plus tard, Moliner et Martos (2005) corroborent la thèse de Bataille en apportant plus de précision sur la fonction et le caractère polysémique des éléments centraux. Ces auteurs ont essayé de prouver que le caractère polysémique du noyau central ne peut lui conférer la fonction génératrice. Moliner et Martos (2005 : 94) s'étonnent en affirmant : « *On comprend mal alors comment cet élément, manifestement polysémique, pourrait générer des significations consensuelles.* ». La polysémie des éléments du noyau central leur donne l'avantage de s'appliquer à un grand nombre d'expérience mais pas à l'avantage d'être consensuel. Ils ne pourraient être consensuels, car leurs significations sont nombreuses, instables et incertaines. D'où la théorie du « noyau matrice ». Selon, les auteurs du « noyau matrice », les éléments périphériques qui sont plus univoques sont, de ce fait même, plus particuliers et plus significatifs pour l'objet de représentation. Ils permettent aux individus d'un même groupe de s'approprier une partie de la représentation. Plus clairement, ils sont la partie opérationnelle des RS et les prescripteurs des comportements (Jeoffrion, 2009). Ici, la notion de prescription subsume toutes les modalités dont une action est susceptible d'être réalisée. Elle explique le lien entre une cognition et les conduites censées y correspondre (Flament, 2016). On dit donc qu'une cognition est prescriptive :

« lorsqu'elle désigne l'ensemble des recommandations, des indications et des instructions qui s'imposent devant (qui sont exigées par) une situation particulière...Elle décrit l'ensemble des modalités que peuvent prendre une action, une conduite ou une pratique dans une situation donnée. » Guimelli (2016 : 107).

Dans tous les cas de figure, il est utile de préciser que la théorie du « noyau matrice » de Moliner et Martos et celle du « noyau central » d'Abrieu ne sont pas contradictoires à tous les points de vue, ils ont certains points communs. En effet, la :

« théorie du « noyau matrice » n'est pas, selon nous, une remise en question de la théorie du « noyau central ». D'abord parce qu'elle laisse toute son importance à la notion de consensus, fondamentale à nos yeux. Ensuite parce qu'elle accorde un rôle véritablement structurant au noyau. Mais, de notre point de vue, ce rôle ne se limite pas à la structuration des cognitions qui constituent une RS. Le noyau matrice structure aussi les discours parce qu'il fournit aux groupes, des catégories collectives de langage. En ce sens, nous continuons à penser que la

notion de noyau reste essentielle pour comprendre la structuration des représentations sociales» Moliner et Martos (2005 : 95).

De ces conclusions, les auteurs suggèrent en lieu et place des fonctions « génératrice » et « organisatrice » du noyau central, trois fonctions : une fonction de *dénotation*, une fonction d'*agrégation* et une fonction de *fédération*.

La fonction de *dénotation*, repose sur les propriétés symboliques des éléments centraux. Le noyau fournirait ainsi des significations verbales brèves et concises qui serviraient à identifier l'objet de représentation et à indiquer aux individus leur « univers d'opinions ». Cette fonction suppose aussi que la mise en cause d'un élément central indiquerait que l'objet de représentation se trouve exclu du discours ou de la réflexion.

La fonction d'*agrégation* est directement liée au fort potentiel sémantique des éléments centraux. En ce sens que les éléments centraux incertains, instables et flous sur le plan de leur signification propre, permettraient à chaque individu de rassembler, sous un même terme, ses expériences propres.

La fonction de *fédération*, découle des deux autres. Selon cette fonction le noyau fournirait une matrice commune permettant à chaque individu d'évoquer l'objet de sa représentation, tout en autorisant la cohabitation d'expériences individuelles variées. Ainsi, les membres d'un groupe donné disposeraient d'un cadre notionnel générateur de consensus et intégrateur des différences individuelles. Mais, il n'est pas obligatoire que tous les membres du groupe adhèrent à tous les éléments du noyau. En d'autres termes, les individus d'un même groupe peuvent avoir en commun un ou plusieurs éléments du noyau de façon qu'il leur soit possible de s'accorder sur une définition commune de l'objet.

Concernant les éléments périphériques des représentations sociales de la MT dans le Grand Lomé, Abric (2016 : 33) leur attribue trois principales fonctions. La fonction *concrétisation* qui résulte de l'ancrage de la RS dans le vécu du sujet ou du groupe. Les éléments périphériques émanent de la réalité, disent le présent et le vécu du sujet. Ils sont facilement compréhensibles et transmissibles par le sujet. La fonction de *régulation* parce que les éléments périphériques ne sont pas aussi stables que les éléments centraux. Ils sont plus souples et s'adaptent aux contextes du sujet ou du groupe. En ce sens, ils peuvent traduire, telle ou telle information nouvelle à la représentation ou donner un caractère exceptionnel à la RS. La fonction de *défense*, car ce sont

les éléments périphériques non stables qui protègent la stabilité du noyau central. Ils constituent le bouclier. Le noyau central stable, change difficilement parce que ce sont ses éléments périphériques qui subissent le changement. Dans les éléments périphériques on pourrait retrouver des contradictions alors que dans le noyau central c'est le consensus. Les différentes contradictions qu'on retrouve dans la périphérie empêchent ces contradictions dans le centre.

Les fonctions attribuées par Abric aux éléments périphériques ne sont pas non plus restées sans objection. Flament (2016), à la suite d'Abric et de plusieurs travaux, propose à son tour trois fonctions aux éléments périphériques qui sont très peu différentes de celles proposées par Abric. Selon Flament (2016), les éléments périphériques sont tout d'abord *prescripteurs de comportements*. Ils dictent au sujet l'action qu'il faut poser sans faire référence aux éléments centraux. La deuxième fonction est la *modulation personnalisée*. Cette fonction rappelle la fonction de *régulation* proposée par Abric. Selon Flament, cité par Abric (2016 : 35), avoir une représentation unique du noyau central n'exclut pas des comportements différents. Ces différences de comportement sont l'œuvre des éléments périphériques qui sont personnalisés et spécifiques selon le contexte de chacun. Mais, ces différences de comportement doivent être compatibles avec le noyau central. La troisième et dernière fonction que Flament attribue aux éléments périphériques est la fonction de *protection* qui rappelle aussi la fonction de *défense* attribuée par Abric. Selon cette fonction, dès que le noyau central est menacé, Flament (1987 : 146) cité par Abric (2016 : 35) annonce que :

« les schèmes normaux, directement associés au noyau se transforment alors en schèmes étranges définis par quatre composantes : le rappel du normal, la désignation de l'élément étranger, l'affirmation d'une contradiction entre ces deux termes, la proposition d'une rationalisation permettant de supporter '(pour un temps) la contradiction. ».

Parmi les éléments périphériques, figure en bonne place la « satisfaction ».

3.1.2 Les effets de la satisfaction et de l'efficacité en lien avec la médecine traditionnelle

La première mesure de satisfaction a consisté à demander aux « usagers » de se positionner sur une échelle de trois niveaux (pas satisfait, peu satisfait et très satisfait). Le taux de satisfaction

chez les « usagers » est relativement très élevé. Ils sont 92,31%⁹¹ à être très satisfaits ou peu satisfaits. Seulement 7,69% ont déclaré n'avoir pas eu de satisfaction⁹².

Quand on leur demande de dire ce qui peut les motiver à recourir à la MT, plusieurs raisons ont été données⁹³. Parmi ces raisons, certaines sont classées comme éléments de satisfaction et d'autres sont spécifiques en leur genre. Celles qui sont classées comme éléments de satisfaction sont celles qui traduisent les impressions positives que les « usagers » ont manifestées a posteriori de l'utilisation des produits de la MT. Il s'agit des éléments qui font référence à la qualité des prestations. Ces raisons sont : *efficacité, la MT est moins chère, non toxique, mauvais accueil/absence de soins dans les formations sanitaires modernes, traitement naturel, pas d'effet secondaire*. Ainsi, un patient, suite aux services de la MT qu'il a bénéficiés, est satisfait quand il déclare que le service a été efficace, ou c'est moins cher, ou les produits qu'il a utilisés n'ont pas d'effets secondaires, que ces produits sont naturels et pas toxiques ou enfin quand il déclare qu'il n'a pas observé de mauvais accueil ou d'absence de soins comme ce qu'il observe souvent dans les formations modernes.

Celles qui sont spécifiques en leur genre et n'ont pas été classées sont : *échec thérapeutique de la médecine moderne, maladie inguérissable par la médecine moderne (ou la maladie dite surnaturelle), essai/curiosité, distance entre la résidence du patient et le dispensaire est trop longue, habitude dans la famille, accès facile, maladie sexuellement transmissible, milieu socio culturel*. Les cas particuliers de *la maladie inguérissable par la médecine moderne (ou la maladie dite surnaturelle)* et *échec thérapeutique de la médecine moderne* sont particulièrement intéressants.

Ce classement rend compte que 60,36% des raisons qui ont amené les « usagers » vers la MT sont liées à la satisfaction et à l'efficacité de la MT. C'est ce qu'ils ont déclaré quand on leur a demandé de dire clairement les mobiles de leur recours à la MT.

⁹¹ Selon l'enquête QUIBB 2015, le taux des personnes malades satisfaites après avoir consulté un centre moderne ou un praticien de santé est de 90,1% dans le Grand Lomé ; le taux de non satisfaits est de 9,9%. On peut croire, a priori, comparaison n'est pas raison, que les populations du Grand Lomé sont plus satisfaites des prestations de la médecine traditionnelle que de celles de la médecine moderne. D'autres méthodes statistiques pourraient venir confirmer ou infirmer ce constat.

⁹² Voir Tableau 1-11.

⁹³ Voir Tableau 2-1.

En comparant les résultats des deux méthodes, les résultats du questionnaire donnent un taux de satisfaction de 92,31%. Ceux de l'entretien semi-directif donnent 60,36% des déclarations qui font preuve de satisfaction après les services et soins de la MT. Les deux résultats concordent pour soutenir que la satisfaction est un facteur déterminant dans le recours à la MT.

Les verbatim confirment les chiffres liés à la satisfaction. Les déclarations des « usagers » pour manifester leur satisfaction ont eu plusieurs formes. Ils ont eu plusieurs manières de décrire la satisfaction qu'ils ont tirée de la MT. Ci-après quelques déclarations :

- *« A Afagnan, j'ai dépensé plus de 2 500 000 F mais j'ai pas eu satisfaction. J'ai visité plusieurs praticiens de la médecine traditionnelle avant de venir ici. A l'hôpital, il y a trop de médicaments mais pas de résultats. »⁹⁴*
- *« Après l'accident j'étais parti à l'hôpital. Ils m'ont demandé 1 000 000 F. Mes parents m'ont emmené ici. A l'hôpital on ne parlait que de l'argent avant les premiers soins. J'étais abandonné. Ma femme a acheté tous les médicaments mais j'ai été abandonné. Et mes parents m'ont emmené ici. Je suis prêt à conseiller mes amis à venir ici après la radiologie en cas de fracture. Pour les douleurs, j'utilise les médicaments modernes. »⁹⁵*
- *« J'utilise les médicaments de la MT parce qu'ils sont efficaces. Depuis l'enfance les parents nous ont appris à les utiliser. »⁹⁶*
- *« Je n'achète pas, je vais chercher les plantes et j'utilise. Par exemple "agnangnan" pour guérir la varicelle de mon enfant. »⁹⁷*
- *« J'ai eu un accident. De Kara au CHU Sylvanus OLYMPIO, il n'y a pas eu de résultat. Je n'ai pas eu satisfaction. A l'hôpital Sylvanus OLYMPIO on m'a dit que la solution est de casser les os et remettre un nouveau plâtre. J'ai acheté les kits d'opération. J'étais au*

⁹⁴ s.n, 65 ans, agriculteur, résidant à Adidogomé, entretien réalisé en février 2017.

⁹⁵ s.n, 42 ans, mécanicien, résidant à Bè Kpota, entretien réalisé en février 2017.

⁹⁶ Eugénie, 53 ans, nounou, résidant à Nyekonakpoè, entretien réalisé en février 2017.

⁹⁷ André, 22 ans, ménagère, résidant à Cassablanca, entretien réalisé en février 2017.

pavillon militaire. Et j'ai fait plus de trois mois. J'ai beaucoup dépensé mais en vain. Le samedi passé j'ai eu mal quand je me douchais. On m'a dit que mon bras s'est durci. Quelqu'un m'a conseillé de venir ici. Je suis venue avec les résultats de ma radiologie. Ici on travaille avec les résultats de la radiologie. Avec les traitements, aujourd'hui j'arrive à prendre un seau d'eau et à faire la lessive avec mon bras malade. Alors que depuis 2000, avec les soins de la médecine moderne je n'arrivais à rien faire.»⁹⁸

- *« La MT m'a aidé à calmer la douleur avant d'aller à l'hôpital.»⁹⁹*
- *« Auparavant, les parents n'utilisaient que les herbes même pour les accouchements. Quand je suis malade, je vais à l'hôpital. Mais quand je n'ai pas d'argent, j'utilise les plantes.»¹⁰⁰*

Les autres impressions des « usagers » ne sont pas forcément liées à la satisfaction ou à l'efficacité. Au contraire, elles dénotent parfois de la répulsion pour la MT. Car tout le monde n'est pas satisfait de cette médecine et d'autres sont prudents. Ces raisons méritent d'être rappelées. Ici, les verbatim proviennent des « usagers » et des « non usagers ». Quelques impressions sont les suivantes :

- *« Les produits traditionnels ne sont pas sécurisants à mon avis. Voilà pourquoi j'ai peur de les utiliser. »¹⁰¹*
- *« J'ai utilisé mais aujourd'hui je ne veux plus de la MT parce que j'ai les maux et les plaies quand je les utilise. Pour les problèmes de conception, j'ai eu à faire des consultations traditionnelles. J'ai eu à prendre des plantes, j'ai fait des fausses couches. Après échec de la MT je suis allée à l'hôpital. Je ne veux plus les plantes. Mon problème est que je suis du groupe sanguin AB. Mais, je ne le savais*

⁹⁸ Georgette, 34 ans, couturière, résidant à Agoè camp GP, entretien réalisé en février 2017.

⁹⁹ Mme Lalle, 45 ans, commerçante, résidant à Vakpossito, entretien réalisé en février 2017.

¹⁰⁰ Tchilalou, 50 ans, nounou, résidant à Tokoin Dogbéavou, entretien réalisé en février 2017.

¹⁰¹ Akoussah Fidèle, 40 ans, commerçante, résidant à Totsi, entretien réalisé en février 2017.

pas. Après la première couche, je devais faire le sérum anti D. J'ai été déçue par la MT. »¹⁰²

- *« J'ai récemment acheté un produit traditionnel contre la maladie « coco¹⁰³ » qui est très efficace paraît-il mais j'ai toujours peur de l'utiliser.¹⁰⁴ »*

Les déclarations des répondants informent suffisamment sur l'influence de l'échec thérapeutique de la MM et des maladies dites surnaturelles sur le recours de la MT.

3.2 INFLUENCE DE « L'ÉCHEC THERAPEUTIQUE DE LA MM » ET DES MALADIES « CULTURELLES » SUR LE RECOURS A LA MT

Cette analyse sur l'influence de l'échec thérapeutique de la MM et les maladies dites surnaturelles porte sur les déclarations et les statistiques liées aux « usagers » et aux « praticiens de la MT ».

3.2.1 Versions des « usagers » sur l'influence de « l'échec thérapeutique de la médecine moderne » et « des maladies dites culturelles »

L'influence de *l'échec thérapeutique* et des *maladies dites culturelles ou surnaturelles*¹⁰⁵ sur le recours à la MT s'observe dans le Tableau 2-1 (de la page 86) et dans la RS des « usagers » Tableau 2-5 (de la page 92).

Le Tableau 2-1 (de la page 86) présente les réponses des « usagers » quand on leur demande de dire clairement les mobiles qui les ont conduits vers la MT. Selon ce tableau, ils sont relativement nombreux, soit 14,18%¹⁰⁶ des « usagers », à déclarer que s'ils ont eu recours à la MT, parce qu'ils n'ont pas eu satisfaction dans la MM. Bref, la MM a échoué dans leur prise en charge.

¹⁰² Dahoué, 56 ans, ménagère résidant à Zanguéra, entretien réalisé en février 2017.

¹⁰³ En ewé, « coco ». La signification en français est hémorroïde.

¹⁰⁴ s.n, 38 ans, commerçante résidant à Totsivi-Gblinkomé, entretien réalisé en février 2017.

¹⁰⁵ Des maladies dites culturelles ou surnaturelles encore appelées maladies inguérissables par la MM.

¹⁰⁶ Ils sont relativement nombreux à cause de la fréquence qui est relativement élevée par rapport aux fréquences des autres modalités. Il y a 14 modalités pour la variable *mobiles du recours à la MT*. La moyenne des fréquences de toutes les modalités est 7,14%. Sur les 14 modalités c'est seulement qui 4 ont une fréquence supérieure à la moyenne des fréquences. Toutes les autres fréquences sont en-dessous de 6% (Tableau 2-1). Dans ce cas de figure, le pourcentage est 14,18%, largement au-dessus de la moyenne.

Le Tableau 2-5 (page 92) présente les mots associés à la MT. Il s'observe que l'élément échec thérapeutique de la médecine moderne est périphérique avec une forte fréquence mais une faible importance moyenne. Il n'est pas un élément central, donc il n'est pas un élément consensuel de la sous-population mais très proche du noyau central comme expliqué plus haut. A priori, il ne contribue pas à guider ou à orienter la sous-population de manière consensuelle et durable. Certes ! Mais son rôle est beaucoup plus déterminant sur le plan individuel. Jeoffrion (2009) rejoint Flament (2016) et Abric (2016) pour confirmer que :

« les éléments périphériques permettent aux sujets d'un même groupe de s'approprier une partie de la représentation tout en permettant une modulation interindividuelle. En constituant la partie opérationnelle des représentations sociales, ils ont la particularité d'être des prescripteurs des comportements » Jeoffrion (2009 : 76).

Hidalgo (2012) corrobore en soutenant que les éléments périphériques sont les composantes concrètes et opérationnelles qui assurent le lien entre la représentation et les pratiques relatives à l'objet. Flament (1987) renchérit que le système périphérique fait office de « parechoc » du système central, il le protège des informations qui peuvent venir le remettre en cause.

En conclusion, l'échec thérapeutique de la médecine moderne joue un rôle déterminant dans le recours des « usagers » pour la MT. Les résultats de la méthode d'association libre des mots concordent avec les déclarations des « usagers ».

Par ailleurs, concernant l'élément *maladies dites culturelles ou surnaturelles*, on observe qu'il est aussi un élément périphérique donc non consensuel et apparaît dans le compartiment N°4 du Tableau 2-5 (page 92). Il joue le même rôle que l'élément *échec thérapeutique de la médecine moderne*. En effet, l'élément *maladies dites culturelles (ou surnaturelles ou maladies inguérissables par la MM)* est aussi fréquemment cité par les « usagers » quand on leur demande directement de dire les mobiles qui les orientent vers la MT. Ils représentent 11,64%¹⁰⁷ (Tableau 2-1 de la page 86) à citer cet élément. Dans le Tableau 2-5 (de la page 92), cet élément n'est pas consensuel au groupe. Il apparaît dans le compartiment n°4 qui enregistre les éléments périphériques les moins fréquents et les moins importants¹⁰⁸. C'est un élément hautement périphérique qu'Abric (1994a) dénomme les représentations sociales « les plus

¹⁰⁷ Ce taux est également relativement élevé pour les mêmes raisons que celles données à la page précédente concernant l'échec thérapeutique de la médecine moderne.

¹⁰⁸ Surnaturel (8 ; 0,4%).

individualisées ». Il a le même score que *Victago* et d'autres encore. Ces éléments orientent le comportement de certains individus et sont les plus fragiles dans les représentations de ces individus. Ils peuvent changer à tout moment.

En résumé, les éléments périphériques « *échec thérapeutique de la médecine moderne* » et « *maladies dites culturelles ou surnaturelles/maladies inguérissables par la MM* » jouent un grand rôle dans le choix de la MT en cas de maladie au niveau individuel. Ils sont déterminants dans le recours pour la MT. Les réponses à la question directe et les résultats de la technique d'association de mots concordent. Cette conclusion se justifie aussi par les verbatim des « non praticiens de la médecine traditionnelle » dont certains sont énumérés ci-après. Les verbatim des « praticiens de la médecine traditionnelle » et les observations faites sur le terrain concordent aussi.

Verbatim relatifs aux échecs thérapeutiques de la MM ou maladies surnaturelles

- « *La partie envoutée fait très mal. Une fois à l'hôpital, on prescrit des médicaments en vue du traitement mais ces médicaments ne sont pas efficaces et risquent même d'aggraver le mal. Une fois chez le praticien de la MT, il enlève les objets qui causent ce mal. Il le fait par la bouche ou par la queue d'un animal. Le mal disparaît progressivement avec la prise d'un produit qu'il remet et qui va aider à la cicatrisation des plaies occasionnées par la présence de ces objets qui causaient le mal.* »¹⁰⁹
- « *Pour mon cas, une roquette¹¹⁰ m'avait atteint. La médecine moderne a été impuissante. La nuit j'ai pris la route de mon village au nord du pays. Là, un vieux qui a des recettes m'a guéri.* »¹¹¹

¹⁰⁹ Gnangnan Paul, 66 ans, retraité, résidant à Agoè Koffi Panou, entretien réalisé en février 2017.

¹¹⁰ « *Roquette* » est un mot emprunté au français pour dire qu'on a été atteint par un mauvais sort envoyé par une personne maléfique.

¹¹¹ Amgnom Zita, 52 ans, commerçante, résidant à Bè Kpota, entretien réalisé en février 2017.

- *« Entre temps, j'avais eu des sensations de douleurs dans les pieds. J'ai fait la radio mais rien n'a été découvert. Et c'est la médecine traditionnelle qui m'a donné la guérison. »¹¹²*
- *« Gbongbommé pédo¹¹³, l'hôpital le fait en vain et c'est les plantes qui guérissent »¹¹⁴*
- *« Pour mon cas, c'est moi-même qui ai ramassé mes os au sol que j'ai emballés dans un plastique. A l'hôpital, on a tout acheté. Mais, jusqu'au deuxième jour, je n'ai eu aucun soin. Au CHU Sylvanus Olympio on m'a demandé d'aller au CHU Campus à cause de la panne de la radiologie. Après la radio, on m'a amené au bloc. On m'a mis le fer. Après le deuxième jour, on m'informe que l'opération a échoué et la seule alternative est de m'amputer. C'est là que j'ai dit que personne ne prendra le couteau pour me couper la jambe. J'ai demandé qu'on m'enlève le fer. Aucun agent de l'hôpital ne prêtait attention à moi ni à ce que je leur demandais surtout quand je disais de m'enlever le fer. Après j'ai senti que je n'avais plus l'énergie de la vie ; j'ai senti que la vie me quittait ; je mourrais. Un infirmier qui me pensait a finalement pris le temps de m'écouter. Je lui ai dit que dans deux jours, je risque de ne plus être capable de lui parler. C'est là que je lui ai tendu ma main ; c'était de l'argent que je lui ai donné. En même temps il s'est hâté à me faire la transfusion sanguine ; j'ai eu deux poches ce jour-là. Ce jour j'ai dépensé beaucoup d'argent. Mon séjour à l'hôpital m'avait déjà coûté 600 000 F. Après avoir retrouvé ma force, j'ai insisté à quitter l'hôpital. Arrivé chez le praticien de la MT, il m'a rassuré que ma jambe a encore la vie, elle peut guérir ; que l'amputation n'est pas nécessaire. Je suis dans ma troisième semaine et ma jambe guérit progressivement. Si l'Etat subventionnait les praticiens de la médecine traditionnelle, on irait de l'avant. L'hôpital est devenu un centre commercial. Ici on*

¹¹² Boccovi Kossi, 48 ans, menuisier, résidant à Bè, entretien réalisé en février 2017.

¹¹³ « Gbongbommé pédo » mot vernaculaire qui signifie maladie spirituelle.

¹¹⁴ Andréa, 22 ans, ménagère, résidant à Cassablanca, entretien réalisé en février 2017.

s'occupe de mon pied. Si c'était l'hôpital, je n'aurais pas ces soins. A l'hôpital on choisit le raccourci, la facilité, on allait m'amputer. »¹¹⁵

Verbatim relatifs aux manifestations des maladies surnaturelles ou maladies inguérissables par la médecine moderne

- *« Mal qui survient brusquement dans un organe du corps dont la médecine moderne ne peut connaître la cause. »¹¹⁶*
- *« Une maladie qui apparaît comme des boutons qui encerclent progressivement la poitrine. Et dès que cela se produit la personne meurt. C'est seulement la médecine traditionnelle qui guérit cette maladie. »¹¹⁷*
- *« Maladie due à l'adultère dans un couple. Quand c'est la femme qui commet l'adultère, le monsieur tombe malade et seule la médecine traditionnelle peut résoudre le problème. »¹¹⁸*
- *« Les plaies inguérissables, plaies incicatrisables qui durent plus de 5 ans et qui ne se cicatrisent jamais, à un moment donné on les qualifie de surnaturelles. »¹¹⁹*

Quelques expressions pour désigner certaines maladies surnaturelles ou maladies inguérissables par la médecine moderne

- *Gbonngbommédo¹²⁰ (maladie spirituelle).*
- *Kplibokplibó (hémiparésie).*
- *Agbota (les maux de tête).*
- *Djanidjani (épilepsie) ; vertige avec perte de mémoire.*

¹¹⁵ Plinga, 52 ans, commerçant, résidant à Amandahomé, entretien réalisé en février 2017.

¹¹⁶ Badabo Bereya, 35 ans, salarié, résidant à Baguida, entretien réalisé en février 2017.

¹¹⁷ Sossou Ama, 45 ans, ménagère, résidant à Bè, entretien réalisé en février 2017.

¹¹⁸ Edorh, 62 ans, commerçant, résidant à Adidogomé, entretien réalisé en février 2017.

¹¹⁹ Takougnadi, 25 ans, salarié, résidant à Tokoin, entretien réalisé en février 2017.

¹²⁰ Les termes utilisés dans ce paragraphe sont formulés dans la langue « Ewé ».

Quelques maladies inguérissables par la MM et symptômes pour les reconnaître selon les personnes interrogées

- *Les plaies sur le corps au réveil, le corps a été flagellé la nuit par les démons.*
- *Ce sont des petits boutons qui apparaissent sur la langue.*
- *Les organes sortent par l'utérus.*
- *L'hypertension.*
- *Les règles douloureuses.*
- *L'asthme.*
- *Les hépatites.*
- *Plusieurs fractures sur un seul os.*
- *Le fibrome (saignement abondant pendant les règles, douleurs abdominales dans le bas du dos lors des rapports sexuels).*
- *La fièvre typhoïde avec l'herbe, ça guérit vite.*
- *Le zona : brûlures sur le corps.*
- *Le trouble mental.*
- *Le gonflement des pieds dû à un piège traditionnel sur lequel la victime a marché.*
- *Le gros pied (éléphantiasis).*
- *Le cancer du sein.*
- *L'infertilité due à un envoutement.*
- *Les fourmillements inexplicables au niveau de membres et surtout au niveau de la tête qui se manifeste par une prédisposition de la personne malgré la prise des médicaments de la médecine moderne.*
- *« Wopozan a méa » c'est-à-dire le malade reçoit un choc invisible au cou. Le sang coule par les narines.*
- *Une femme peut cliniquement être en bonne santé pour reproduire mais reste infertile.*
- *Le violent mal de tête qui débouche sur la folie.*
- *SIDA, à Kantè les personnes déclarées séropositives ont guéri du SIDA par l'utilisation de certaines herbes.*

- *Tchakatou (des mélanges d'objets qu'on intègre dans l'organisme et que seuls les médecins traditionnels peuvent guérir).*

Les maladies inguérissables citées par les « praticiens de la MT » traduisent leurs opinions sur la médecine moderne.

3.2.2 Versions des praticiens de la MT sur l'influence de « l'échec thérapeutique de la médecine moderne » et « des maladies dites culturelles »

La triangulation des déclarations sur la question directe relative aux mobiles du recours à la MT donne les mêmes résultats que pour les praticiens de la médecine traditionnelle, les « usagers » et les « non usagers » comme le présentent les tableaux suivants : Tableau 2-1 (page 86), Tableau 2-3 (page 88) et Tableau 2-2 (page 87). Les mobiles qui reviennent fréquemment sont : *La MT est moins chère, Efficacité de la MT, Maladie inguérissable par la médecine moderne (ou la maladie dite surnaturelle) et Echec thérapeutique de la médecine moderne.*

Il apparaît sans nul doute que les échecs thérapeutiques dans la MM et les maladies dites surnaturelles ou inguérissables par la MM sont des facteurs qui orientent les populations vers la MT. Les praticiens de la MT ont des mots et des témoignages qui expriment ces mobiles. Quelques verbatim sont sélectionnés pour argumenter les écrits. Ces verbatim ne reflètent que ce qui est observé sur le terrain et qui est consigné parfois par des photos.

Verbatim liés aux échecs thérapeutiques de la médecine moderne

- *« Quand on prend la fièvre typhoïde par exemple, la remarque que nous avons eue à faire c'est que la MT est plus efficace dans le traitement de cette pathologie que la MM. »¹²¹*
- *« Je ne peux pas critiquer que nos herbes sont source d'autres maladies comme le disent nos détracteurs. Mais je ne crois pas en ce qu'ils disent. Parce que les patients viennent nous voir pour des problèmes de reins que la MM a traités en vain. Nous soignons efficacement ces malades avec des herbes. Le contrôle médical dans les structures modernes confirme qu'il est effectivement guéri... Les*

¹²¹ Boco, 42 ans, praticien de la médecine traditionnelle, entretien réalisé en janvier 2017 à Adakpamé.

malades ont souffert de la fièvre typhoïde. Ils ont été hospitalisés pendant trois semaines. Quand j'ai « charlaté » et j'ai vu que c'est une maladie surnaturelle, j'ai demandé qu'on m'amène le malade. Quand on m'a amené le malade, tout le monde était dubitatif. Est-ce que je peux le guérir ? Aujourd'hui le malade vit. J'ai seulement utilisé les herbes pour la fièvre thyroïde. Le troisième jour il a fait des selles normales et est guéri. »¹²²

- *« Quand une femme qui a plus de 25 ans ou plus de 35 urine au lit alors qu'elle a un bébé au dos. Elle va à l'hôpital et elle n'arrive pas à trouver satisfaction. Si cette dernière vient chez un médecin traditionnel, celui-ci doit diagnostiquer spirituellement le mal dont souffre cette dernière. Donc quand il diagnostique, avec des poudres noires on la scarifie ; on crée ainsi une barrière pour l'urine. Quand la personne sent le besoin, elle doit se lever. Et c'est automatique. Quand il y a des cas qui se présentent comme ça, vous nous faites appel, on intervient. »¹²³*

Verbatim des praticiens de la médecine traditionnelle liés aux maladies inguérissables par la médecine moderne et les manifestations de ces maladies

- *« Toutes les plantes sont capables de guérir les maladies surnaturelles. Toutes les maladies peuvent être surnaturelles. On peut provoquer l'épilepsie pour vous. Le SIDA on peut le provoquer pour vous. C'est ça ! les hommes sont forts. Les maladies surnaturelles, ce sont les hommes qui sont à la base. Il y a les divinités naturelles et les divinités créées par les hommes. »¹²⁴*
- *« Je vais vous donner un exemple de maladies surnaturelles. L'épilepsie par exemple. Une éminente personnalité dans un groupe tombe comme ça. Il commence par gesticuler, il fait des*

¹²² Mme Bossro, 43 ans, praticienne de la médecine traditionnelle, charlatan, entretien réalisé en février 2017 à Avénou.

¹²³ Bodjo R., 53 ans, praticien de la médecine traditionnelle, entretien réalisé le 2 février 2017 à Tokoin Ramco.

¹²⁴ Apéléké K., 77 ans, praticien de la médecine traditionnelle, entretien réalisé le 2 février 2017 à Tokoin Ramco.

mouvements ; il y a les morves qui sortent de sa bouche. Quand vous avez les plantes à côté, vous pouvez la sauver dans cette circonstance. »¹²⁵

- *« Il y a d'autres poudres qu'on ne scarifie pas avec la lame. Ça dépend de ce que souffre le patient. C'est l'exemple du mal de tête appelé « agbota¹²⁶ ». Pour ce mal, on ne scarifie pas le patient. Si le diagnostic révèle qu'on doit lui laver la tête, je vais le faire sinon je passe la poudre sur le front, la fontanelle (le milieu de la tête), les tempes et c'est fini. Il n'aura plus mal à la tête. Mais si c'est un envoutement, dans ce cas on va passer par les esprits « gbongbomé »¹²⁷. Mais si c'est une maladie naturelle, les vertus des herbes suffisent. »¹²⁸*
- *« ' nobou ' hématie a son feu qu'on peut envoyer à quelqu'un ; hernie quand on guérit ça ne finit pas, même avec la chirurgie aussi ; y compris la stérilité qu'on peut envoyer. Si la stérilité est naturelle, on peut la traiter par la médecine moderne. Mais si c'est un envoutement on peut tout faire on n'arrivera pas à bout. « Ekpotodo¹²⁹ » je ne sais pas comment on le dit en français a son feu ; « zogou¹³⁰ », le pied grossi à également son feu (rires) ; Il y a beaucoup de maladies surnaturelles. »¹³¹*

Les verbatim ont confirmé les liens statistiques entre le profil démographique et le recours à la MT.

¹²⁵ Bodjo R., 53 ans, praticien de la médecine traditionnelle, entretien réalisé le 2 février 2017 à Tokoin Ramco.

¹²⁶ Le terme est en Ewé. En français cela signifie tête de bélier.

¹²⁷ Le terme est en Ewé. En français cela signifie esprit.

¹²⁸ Mme Bossro, 43 ans, praticienne de la médecine traditionnelle, charlatan, entretien réalisé en février 2017 à Avénou.

¹²⁹ Le terme est en Ewé. En français cela signifie Lèpre.

¹³⁰ Le terme est en Ewé. En français cela signifie Éléphantiasis.

¹³¹ Mme Bossro, 43 ans, praticienne de la médecine traditionnelle, charlatan, entretien réalisé en février 2017 à Avénou.

3.2.3 Influences du profil socio démographique des « usagers »

Les effets des variables sociodémographiques (*âges, sexe et catégories socioprofessionnelles*) et la variable culturelle (*religion*) ont été mesurés par les tests statistiques Khi-deux et le test exact de Fisher. Ces tests révèlent qu'aucune de ces variables sociodémographiques et culturelles n'a de lien de dépendance avec le recours à la MT avec un risque de se tromper de 5%. Par contre la variable culturelle *niveau scolaire* détermine faiblement le choix de la MT. Il y a une association de faible intensité entre cette variable et le recours pour la MT.

Les verbatim des praticiens de la médecine traditionnelle lors de l'enquête d'exploration (ANNEXE 13) confirment les tests statistiques.

- *« Toutes les ethnies viennent se faire soigner. C'est la quête de la guérison qui les amène. »*¹³²
- *« Toutes les catégories de religion se font soigner par les praticiens de la MT y compris les animistes et les charlatans. Toutes les religions, pour cela certains viennent la nuit. »*¹³³

Après avoir parcouru tous les résultats des différentes approches, une analyse comparative et synoptique est nécessaire pour vérifier la convergence ou la divergence de ces différents résultats.

3.3 ANALYSE COMPARATIVE DES RESULTATS DES METHODES ET APPLICATION DE LA REPRESENTATION SOCIALE

Plusieurs techniques ont été utilisées dans ce travail pour avoir les résultats décrits. Ces résultats sont convergents mais avec des nuances qu'il est important d'éclaircir. L'analyse comparative des techniques apporte ces éclaircissements. Ensuite, il sera présenté les différentes applications de la RS dans les travaux scientifiques et les résultats issus de ces applications.

¹³² Boukari Kodjo, praticien de la médecine traditionnelle, entretien pour enquête exploratoire réalisé le 03 juillet 2015 à Bassar (Togo).

¹³³ Napo Ninkabou, praticien de la médecine traditionnelle, entretien pour enquête exploratoire réalisé le 03 juillet 2015 à Bassar (Togo).

3.3.1 Analyse comparative des résultats deux techniques

L'approche multi-méthodologique a été adoptée pour cerner les raisons qui poussent les « usagers » vers la MT. Cette approche a consisté à administrer le questionnaire sur la satisfaction après l'utilisation des services de la MT. Ensuite, il a été procédé à l'entretien semi-directif. Dans ce cas, il s'agit de leur demander de dire sans détour les mobiles du recours à la MT. Enfin, la technique d'association et d'hierarchisation des mots induits par la MT. Le Tableau 3-2 ci-dessous, présente les résultats comparatifs tirés du Tableau 2-1 (page 86) et du Tableau 2-5 (page 92). Les résultats ont été triangulés. Il ressort que toutes les réponses à forte fréquence dans la première colonne du Tableau 3-2 se retrouvent dans la deuxième colonne. Il s'agit de : *efficacité, MT moins chère, échec thérapeutique, maladie inguérissable par la MM (ou maladie surnaturelle), essai/curiosité*. Parmi les 14 réponses données dans la première colonne, 9 se retrouvent dans la seconde colonne, soit 64,28% de similitude. Cette comparaison permet de confirmer que les résultats des deux méthodes concordent significativement.

Les réponses de la première colonne sont toujours mélioratives alors que celles de l'association libre des mots, sont parfois péjoratives. Cela s'explique. Quand on leur demande de dire pourquoi ils décident de recourir à la MT, les répondants sont dans une situation où l'objet de la question est connu. Ils ne peuvent donner que des réponses mélioratives. C'est normal. Mais, quand ils ne sont pas conscients que le but de la manœuvre est de tirer de leur psychologie les raisons qui les poussent à recourir à la MT, ils donnent des réponses à la fois mélioratives et péjoratives. Ces réponses antinomiques sont normales comme l'ont souligné Vergès (1985) et Aissani (1992).

En conclusion, la deuxième technique « Association libre des mots/hierarchisation des mots induits » donne des résultats plus complets que la première. Les réponses péjoratives comme *Mensonge/tromperie/escroquerie, Dangereux, Inefficace, etc.* sont vraiment réelles. Ces éléments, comme l'attestent les théories utilisées, concourent à la fois à prescrire et à interdire la MT.

TABEAU 3-2 : ANALYSE COMPARATIVE DE DEUX METHODOLOGIES DE L'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

Mobiles du recours à la MT	« Association libre des mots »/hiérarchisation des mots induits
Efficacité de la MT	Organes de plantes (<i>élément du noyau central</i>)
La MT est moins chère	Us et coutumes (<i>élément du noyau central</i>)
Echec thérapeutique de la médecine moderne ¹³⁴	Efficacité (<i>élément du noyau central</i>)
Maladie inguérissable par la médecine moderne (ou la maladie dite surnaturelle)	Animisme (<i>élément du noyau central</i>)
Essai/curiosité	Dangereux (<i>élément du noyau central</i>)
Distance entre la résidence du patient et le dispensaire est trop longue	Moins cher (<i>élément du noyau central</i>)
Habitude dans la famille	Mensonge/tromperie/escroquerie (<i>élément du noyau central</i>)
Accès facile	Naturel ¹³⁵ (<i>élément du noyau central</i>)
Maladie sexuellement transmissible	Curiosité (<i>élément périphérique proche du noyau central</i>)
Mauvais accueil/absence de soins dans les FS modernes	Sodabi (<i>élément périphérique</i>)
Milieu socio culturel	Magie/superstition (<i>élément périphérique</i>)
Non toxique	Echec de la médecine moderne (<i>élément périphérique proche du noyau central</i>)
Traitement naturel	Inefficace (<i>élément périphérique</i>)
Pas d'effet secondaire	Organes d'animaux (<i>élément périphérique proche du noyau central</i>)
-	Sorcellerie/envoutement (<i>élément périphérique</i>) (<i>élément périphérique</i>)
-	Produits amers (<i>élément périphérique</i>)
-	Complémentarité (<i>élément périphérique</i>)
-	Gain de temps (<i>élément périphérique</i>)
-	Source de tout médicament et guérison (<i>élément périphérique</i>)
-	Surnaturel (<i>élément périphérique</i>)
-	Victago (<i>élément périphérique</i>)

Source : AKPO GNANDI O., enquête de terrain, 2017

¹³⁴ Mauvais accueil/absence de soins dans les FS modernes est une réponse qui est assimilée à l'échec de la médecine moderne.

¹³⁵ Naturel est une réponse qui peut être comprise comme Traitement naturel, Pas d'effet secondaire, Non toxique de la deuxième colonne.

Cette analyse comparative confirme que les méthodes utilisées donnent des résultats convergents. L'approche des représentations sociales a fait ses preuves dans divers domaines. Elle a été appliquée dans moult expériences pour analyser les comportements et les pratiques sociales.

3.3.2 Applications de la représentation sociale

Il a été suffisamment détaillé que les représentations sociales se présentent comme des schèmes cognitifs élaborés individuellement et partagés par un groupe. Elles permettent aux membres du groupe de se représenter le monde environnant, d'orienter et d'organiser les comportements, souvent en prescrivant ou en interdisant des objets ou des pratiques (Mannoni, 2016). L'opinion soutenue dans ce travail est partagée par la plupart des ouvrages consultés :

« Les représentations sociales s'avèrent être un outil conceptuel tout à fait pertinent pour aborder des questions comme la relation thérapeutique, l'« apprentissage » de la maladie par le patient, son rapport au traitement, etc. Ensuite, ce concept permettrait de comprendre, voire d'anticiper les comportements, là où d'autres échouent » (Jeoffrion, 2009 : 75).

Dans le domaine médical, de nombreux travaux (Herzlich, 1975; Tousignant et Denis, 1977; Loux, 1978)¹³⁶ ont utilisé cette approche pour montrer que la RS guide les comportements. Balint (1968), l'un des auteurs à utiliser premièrement cette approche, explique dans son ouvrage que certaines personnes, pour une raison ou une autre, ne voulant pas affronter certains problèmes de la vie, tombent malades. Ce comportement est la conséquence des RS qu'elles se font. La maladie qu'elles choisissent dépende de leur constitution, leur éducation, leur situation sociale, leurs peurs conscientes ou inconscientes, l'image qu'elles se font de ces maladies. Guimelli et Jacobi (1990) et Guimelli (2016) ont mis en évidence à travers les fonctions d'infirmière le rôle des RS et des éléments du noyau central dans les décisions et l'orientation des individus et des groupes. Leurs expériences ont porté entre autres sur les fonctions d'infirmières en fin de formation. Il s'agit de savoir l'effet des RS et du contenu des RS dans leur choix professionnel c'est-à-dire, travailler soit dans le privé ou soit dans le public avec la sécurité de l'emploi. Les résultats de l'expérience rendent compte que le choix professionnel est lié au rôle propre qu'elles exerceraient dans leur future profession. Leur choix n'est pas

¹³⁶ Voir aussi : Jodelet (1989 a), Jeoffrion (2009), Balint (1968), Laplantine (1986), Saucier (1981).

induit par le salaire, la relation avec la hiérarchie, les conditions de travail. Il est lié aux représentations qu'elles se sont faites de leur fonction d'infirmière pendant leur formation. Ce rôle propre a été identifié comme élément du noyau central.

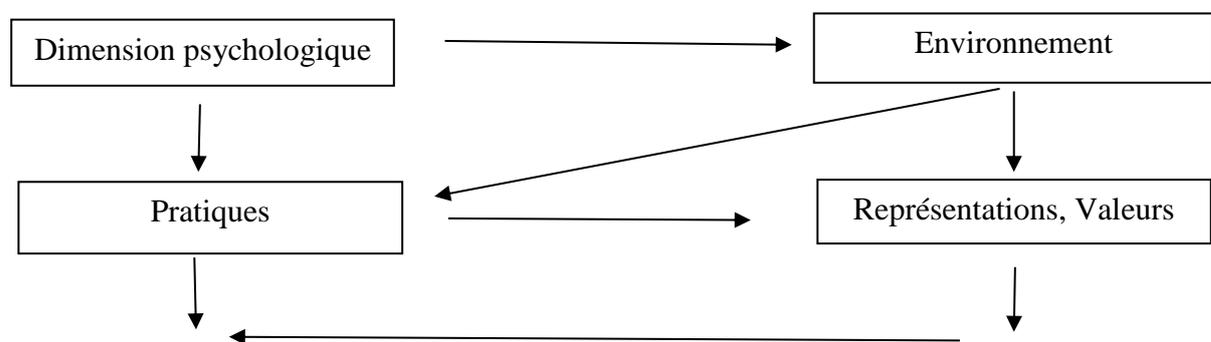
Mardellat (2016) a travaillé sur les représentations sociales de l'artisanat par les menuisiers, les boulangers et les coiffeurs. Il a montré la corrélation qui existe entre les représentations qu'ils se font et leur dynamisme professionnel. En effet, un groupe d'artisans a dans le noyau central les éléments : *travail manuel, artisan, victime de la société*. Ce groupe d'artisans refuse de percevoir ses faiblesses, refuse de percevoir les forces de son environnement concurrentiel ou de ses clients. Il considère les clients comme une « énigme ». En contrepartie, les artisans de ce groupe ont un comportement traditionnel du commerce. Ils sont peu dynamiques dans les techniques commerciales, apathiques, amateurs dans le commerce. Le second groupe observé et décrit par Mardellat (2016), est le contraire du premier. Les artisans de ce groupe ont une image de soi, contenue dans le noyau central lequel est axé sur les éléments du premier groupe qui sont : *artisan, travail manuel*. Mais, dans leur noyau central s'ajoutent les éléments : *entreprise et gestion*. Ce groupe est conscient de ses faiblesses, remet en cause les pratiques anciennes, perçoit le client comme « compliqué mais compréhensible ». Sur le plan commercial ce second groupe est plus dynamique. L'auteur remarque que les différences de pratiques commerciales sont liées à des représentations elles-mêmes différentes. Il conclut que « *la variable dynamisme commercial, reflet des comportements, semble fortement corrélée avec l'univers cognitif des artisans, en particulier leurs conceptions quant à leur propre rôle, leurs représentations d'eux-mêmes, des clients et de la concurrence ainsi que certains aspects de leur système de valeur.* » (Mardellat, 2016 : 192). Force est de constater que son expérience a abouti à l'idée que les pratiques ne sont pas seulement prescrites par les représentations. Elles sont aussi guidées par des dimensions psychologiques et environnementales.

Sans aller dans les détails, l'exemple de Morin (2016) dans la conduite des jeunes face au SIDA est aussi illustratif. Leurs conduites sont dictées par les représentations qu'ils se font de cette pandémie. L'exemple de Singéry (2016) sur les pratiques en entreprise est aussi édifiant. L'auteur a travaillé sur le rôle des représentations dans le comportement des employés, l'interaction entre les pratiques et les représentations suite à un changement technologique dans une organisation.

Nous pouvons retenir que : « *Ce sont tantôt les représentations et les croyances qui orientent la conduite c'est le cas des recours spontanés effectués chez le médecin ou chez le guérisseur, et qui sont dictés notamment par la suspicion, voire même par la ferme conviction que la maladie est causée bel et bien par un sortilège ou esprit maléfique* » (Abdmouleh, 2007).

Indubitablement, les représentations prescrivent des pratiques. Sans contredire cette assertion, il est très utile de signaler que les représentations peuvent être également influencées par d'autres facteurs. Les travaux de Singéry (2016), Mardellat (1990), Colusse et Culasse (1986), Assie (1986), Rousselet (1987) et bien d'autres auteurs ont conclu que la pratique influence aussi les représentations. Certaines expériences se sont réalisées en entreprise avec l'introduction de nouvelles technologies informatiques (logiciel, ordinateurs, etc.). « *La représentation des nouvelles techniques est à la fois raisonnement et attitude....La pratique joue un grand rôle dans l'élaboration de la représentation* » (Grize et al., 1987 : 182 et 190). C'est juste un cercle vicieux, un schème représentations-pratiques (attitudes, comportements, etc.) - représentations. L'exemple de Mardellat (2016) nous en dit davantage. Dans ses travaux sur les pratiques commerciales et les représentations auprès des coiffeurs, menuisiers et boulangers, il conclut que l'environnement potentialise la psychologie. En ce sens que la personnalité psychologique génère les pratiques mais aussi l'environnement peut générer directement les pratiques ou créer des représentations. Les représentations prescrivent les pratiques tout comme les pratiques induisent les représentations. Ces différentes relations sont consignées dans la Figure 3-1 ci-dessous.

FIGURE 3-1 : PARAMETRES EN JEU DANS LE COMPORTEMENT COMMERCIAL D'UN ARTISAN



Source : Mardellat, (2016 : 212).

Conclusion

Ce chapitre clôture la première partie. De manière générale, il ressort des résultats analysés, une convergence d'opinion sur les statistiques, les théories des sciences sociales et les verbatim. Cependant, concernant les fonctions du noyau central qu'Abric confère à nos résultats, Bataille, Moliner et Martos pensent que ces fonctions vont au-delà de l'opinion d'Abric.

Par ailleurs, la première partie a abordé le volet de la recherche. Elle a présenté d'une part les résultats sortis de la collecte des données et d'autre part l'analyse de ces résultats. Les hypothèses ont été vérifiées. Le problème de société posé et le recours à la médecine traditionnelle sont mieux compris. Sur la base des résultats obtenus et ceux des travaux scientifiques antérieurs sur la MT, il est nécessaire de développer cette pratique traditionnelle de soins de santé.

La deuxième partie propose le Projet de développement. Avant la présentation dudit Projet, un diagnostic de la situation sociale, économique, sanitaire est fait pour mettre en relief les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces.

**DEUXIEME PARTIE : PROJET
D'INTEGRATION EFFECTIVE DE LA
MEDECINE TRADITIONNELLE DANS
LE SYSTEME DE SANTE**

Introduction de la deuxième partie

La deuxième partie, constituée de trois chapitres est consacrée à l'étude d'un Projet de développement. Il est en lien avec la problématique et à son ancrage dans la politique nationale de santé du Togo. L'identification dudit Projet est passée par le diagnostic situationnel. Ainsi, le quatrième et le cinquième chapitre sont consacrés au diagnostic. Le diagnostic est sous forme de Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces.

De manière spécifique, le quatrième chapitre traite l'analyse situationnelle des contextes géographique, sociodémographique, économique et culturel. Elle est faite en tenant compte de l'impact et du lien de ces contextes avec la santé des populations. Les atouts et les obstacles à la santé, précisément à la médecine traditionnelle, soulevés dans cette analyse sont respectivement considérés comme les opportunités et les menaces au Projet.

Le cinquième chapitre présente l'analyse du contexte sanitaire. Les grands axes du système de santé sont passés au peigne fin. Il s'agit, de l'organisation sanitaire, des infrastructures, des équipements, des ressources humaines, etc. Le chapitre est conclu par la recension des forces, des faiblesses, des opportunités et des menaces liées à la mise en œuvre du Projet. Sur la base de ces éléments, un diagramme des problèmes et celui des objectifs sont commentés. Ces diagrammes ont permis de savoir d'une part que le Projet est en lien avec la problématique de la recherche, et d'autre part qu'il doit porter sur l' : *Intégration de la médecine traditionnelle dans le système sanitaire du Togo par la vulgarisation des pratiques probantes.*

Le sixième chapitre développe ce Projet. Sa mise en œuvre se justifie parce qu'il est arrimé à la Politique Nationale de Santé et à l'axe stratégique n°5 du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) couvrant la période 2016-2022. L'impact attendu est : *Amélioration de la disponibilité des médicaments et autres produits de santé de qualité.* L'effet attendu est : *Médecines moderne et traditionnelle se complètent efficacement.* Pour atteindre ses résultats, les actions et les activités du Projet reposent sur deux grands piliers. Le premier porte sur les : « Recherches et Développement ». Les bonnes pratiques de la médecine traditionnelle togolaise seront identifiées et soumises à la recherche scientifique. Les pratiques scientifiquement avérées seront les pratiques probantes. Le deuxième porte sur les « Services et soins en MT ». Dans ce volet, les pratiques probantes de la médecine traditionnelle togolaise seront vulgarisées et utilisées pour soigner les patients.

CHAPITRE 4 : CONTEXTE GENERAL DU PROJET

Introduction

Ce chapitre procède au diagnostic du contexte national dans lequel sera mis en œuvre le Projet de développement. Le diagnostic se présente sous forme de Forces, de Faiblesses, d'Opportunités et de Menaces (FFOM)¹³⁷. Il porte sur les contextes géographique, sociodémographique, administratif et économique. La mise en œuvre du Projet va débiter de préférence dans un Centre Hospitalier Universitaire et s'étendre progressivement dans les autres formations sanitaires du pays.

4.1 ANALYSE DES CONTEXTES GEOGRAPHIQUE, ADMINISTRATIF ET SOCIODEMOGRAPHIQUE DU TOGO

La situation analytique du contexte de mise en œuvre du Projet est présentée. Elle consiste en un diagnostic pour mettre en exergue les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces. Le diagnostic a porté sur les aspects géographiques, sociodémographiques, économiques, sanitaires en lien avec la santé des populations.

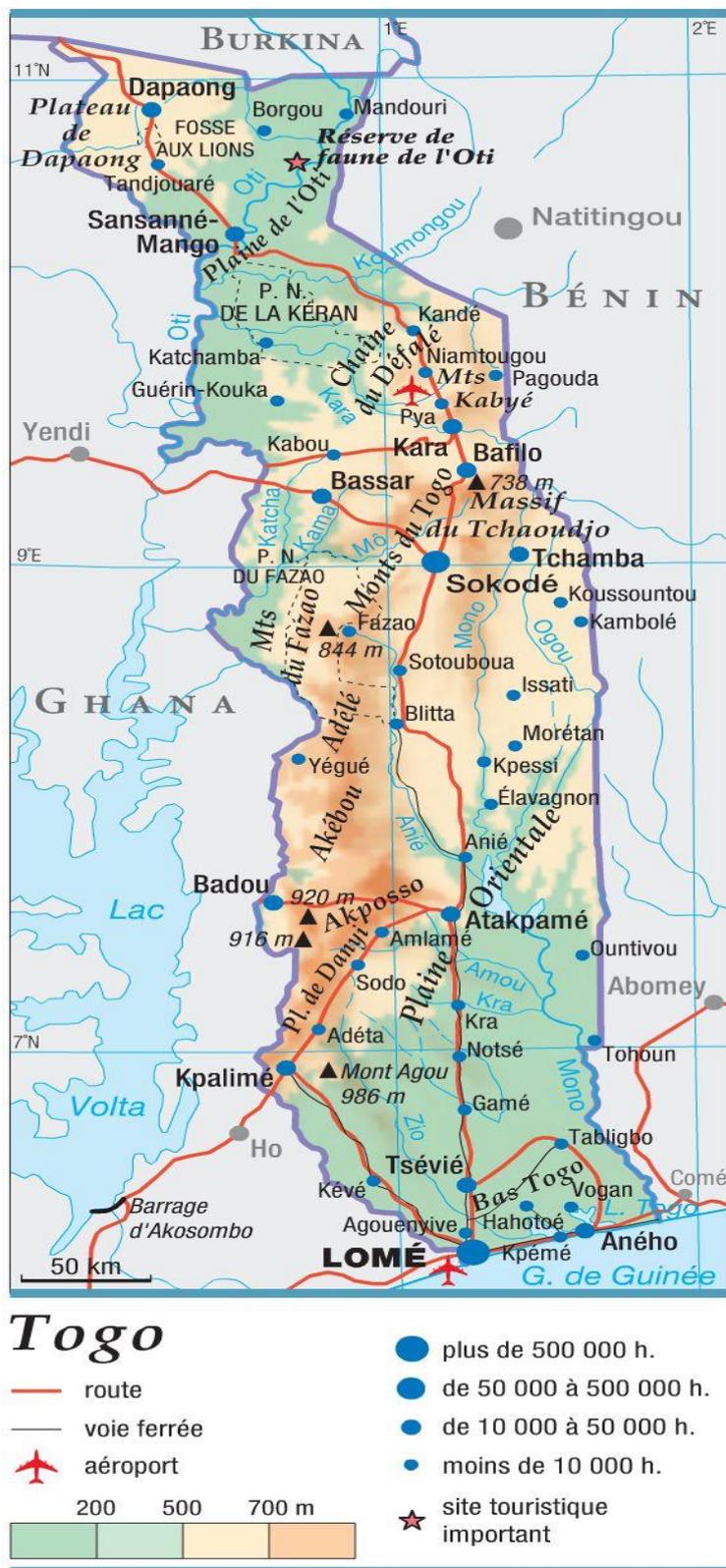
4.1.1 Contexte géographique du Togo

Le Togo est un pays de l'Afrique de l'Ouest. Il est limité au nord par le Burkina Faso, au sud par l'Océan Atlantique, à l'est par le Bénin et à l'ouest par le Ghana. Il couvre une superficie de 56 600 km² et s'étire sur une longueur d'environ 600 km du nord au sud avec une largeur variant entre 50 et 150 km (Carte 4-1).

Le caractère accidenté du relief, la végétation, l'hydrographie et la variation climatique ne sont pas sans effet sur la santé de la population et le recours à la MM et à la MT. En effet, le relief malgré ses atouts nombreux pour l'agriculture contribue à limiter dans certaines zones l'accès

¹³⁷ La méthode FFOM en anglais est appelée SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats). Dans cet écrit les *Forces* sont les avantages dont dispose le système sanitaire et qui pourraient concourir à redynamiser la MT. Les *Faiblesses* sont ses insuffisances c'est-à-dire, les véritables goulots d'étranglement de la MT qu'on retrouve dans le système de santé. Les *Opportunités* sont les avantages qui sont en dehors du système de santé et qui pourraient aider le système de santé à redynamiser la MT. Enfin, les *Menaces* sont les facteurs en dehors du système de santé qui pourraient entraver la redynamisation de la MT.

CARTE 4-1 : CARTE GEOGRAPHIQUE DU TOGO (RELIEF, HYDROGRAPHIE, VOIES TERRESTRES ET AERIENNES, POPULATION)



Source : <https://www.actualitix.com/carte-togo.html>

aux soins de santé. Il est accidenté par endroits obligeant les patients à faire de grands détours pour accéder aux formations sanitaires. Pour des maladies graves ou pour l'accouchement, les formations sanitaires sont difficiles d'accès surtout en hivernage. Ce constat pourrait conduire certains patients à recourir à la MT. La variation des climats et les anomalies climatiques qui l'accompagnent sont source de maladies comme la méningite. La diversité de la végétation est source de médicaments à base d'organes de plantes et d'animaux pour les praticiens de la médecine traditionnelle. Les montagnes regorgent de végétaux et d'animaux consommés comme aliments et utilisés pour les soins traditionnels. De manière générale, la géographie du Togo se présente brièvement comme suit :

Le relief. Le Togo présente un relief très peu accidenté avec une chaîne de montagnes, deux grandes plaines et une plaine secondaire. La chaîne de montagnes communément appelée les monts Togo ou la chaîne d'Atakora, traverse le pays obliquement du sud-ouest vers le nord-est. Plusieurs montagnes composent cette chaîne à savoir les monts Agou, Défalé, Kabyè et Malfakassa. Le point culminant se trouve sur le mont Agou avec une altitude de 986 mètres.

Les deux principales plaines sont la plaine de l'Oti, avec une altitude de 200 mètres en moyenne et la plaine du Mono avec une altitude qui varie entre 300 et 500 mètres. La plaine du Mô est la plus petite plaine, de forme triangulaire et très enclavée (Carte 4-1ci-dessus).

La végétation. Elle est composée essentiellement des savanes et des forêts. Les savanes couvrent la plus grande partie du pays. Elles s'étendent progressivement vers le sud du pays à cause des anomalies climatiques. Les forêts couvrent le dixième de la superficie du pays. On les retrouve dans les plaines humides et dans les montagnes.

L'hydrographie. On distingue deux grands réseaux hydrographiques : l'Oti et le Mono. L'Oti est long d'environ 300 km. Le Mono est long de 500 km. Chacun de ces réseaux a des affluents. Les autres cours d'eau sont le Zio, le Haho. On distingue aussi deux lacs : le Lac Togo et le lac de Zowla ; et deux lagunes : les lagunes de Lomé et d'Aného (Carte 4-1ci-dessus). Dans certaines contrées du pays cette hydrographie constitue la principale source d'eau des populations. L'eau de ces réseaux hydrographiques n'est toujours pas potable par conséquent sont des sources de maladies hydriques.

Le climat. Le Togo jouit de deux types de climats. Le climat guinéen au sud et le climat tropical soudanien au nord. Le climat guinéen est caractérisé par une amplitude thermique faible et des

précipitations abondantes. C'est le climat aux quatre saisons avec un régime bimodal : deux saisons sèches (novembre-mars ; juillet-août) et deux saisons pluvieuses (avril-juillet ; septembre-octobre). Le climat tropical soudanien est caractérisé par des températures toujours élevées. Il est marqué par deux saisons au régime uni modal : une saison pluvieuse (avril-octobre) et une saison sèche (novembre-avril). Cette alternance de la chaleur et de l'humidité est favorable à la prolifération des maladies infectieuses et parasitaires (paludisme, tuberculose, méningite, etc.). Dans les montagnes, on retrouve des microclimats caractérisés par leur douceur, leur fraîcheur et des précipitations abondantes.

Le contexte géographique du Togo, avec la diversité du relief, de la végétation, du climat et la densité hydrographique constitue un atout économique, social et démographique.

4.1.2 Contexte sociodémographique et administratif

La population togolaise croît à un taux relativement élevé. En 1981, elle était de 2 719 567¹³⁸ habitants. En 2010¹³⁹, la population était de 6 191 155. Entre 1981 et 2010, elle a augmenté à un taux de croissance annuel moyen de 2,84%. Ce qui se traduit par un redoublement de la population durant la période. Sur la base de cette croissance démographique, en 2017, la population du Togo serait de 7 265 287¹⁴⁰ habitants. Cette forte croissance est source de nombreux problèmes de santé parmi lesquels : les habitats insalubres, des installations peu hygiéniques, le déficit d'eau potable, les ordures ménagères non maîtrisables, des eaux usées et des déchets industriels, etc.

Malgré l'indice synthétique de fécondité relativement bas 4,8 (Tableau 4-1), la croissance démographique rapide nécessite des actions en matière de l'offre et de la demande des services de santé de manière générale et particulièrement des services de planification familiale. Notons qu' « *Au Togo, l'écart entre l'indice synthétique de fécondité (4,8 enfants) et la descendance finale (5,3 enfants) traduit une tendance à la baisse de la fécondité. Globalement la baisse de fécondité concernerait toutes les femmes, quel que soit le milieu et la région de résidence, le niveau d'instruction et le niveau de bien-être économique* » (Ministère de la Planification du Développement et de l'Aménagement du Territoire, 2014 : 66).

¹³⁸Selon le troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitat du Togo de 1980.

¹³⁹ Selon le quatrième Recensement Général de la Population et de l'Habitat du Togo de 2010.

¹⁴⁰ Projection de l'INSEED.

Selon la répartition par région administrative, la Région Maritime représente environ 42% de la population du pays pour 23,2% de la superficie totale du pays. Elle est la plus peuplée et comporte la capitale.

La capitale Lomé abrite presque le tiers de toute la population de la Région. La Région Centrale est la moins peuplée. En 2017, la même tendance est maintenue selon la projection de l'INSEED.

TABLEAU 4-1 : LES INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES ENTRE 1960, ANNEE DE L'INDEPENDANCE ET LE DERNIER RECENSEMENT DE 2010

Indicateur	Enquête	RGPH	Estimations	Estimations	RGPH
	1961	1981	1990	2000	2010
Population totale (en milliers)	1.543	2.719	3 926	5 247	6 191
Taux de croissance annuel en %	2,6	3,2	2,6	3,1	2,84
population femme (% du total)	52,7	51,3	ND*...	ND*...	51,4
Population urbaine (% du total)	10,1	24,7	30,1	36,5	37,7
Indice synthétique de fécondité	6,5	7,2	6,3	5,1	4,8
Espérance de vie à la naissance (en années)	44,8	54,8	57,7	59,8	63,3
Taux Brut de Natalité (p.1000)	46,9	47,3	42,4	37,1	32,0
Taux brut de mortalité (p.1000)	21,1	13,7	11,4	9,6	8,1
Taux d'Accroissement Naturel (%)	25,9	33,6	31,0	27,5	24,1
Enfants de moins de 5ans (% du total)	17,4	19,0	17,8	16,0	14,3
Jeunes de moins de 25 ans (% du total)	61,2	64,6	65,2	63,6	60,1
65 ans et plus (% du total)	3,7	3,1	3,1	3,2	3,6

ND* : non disponible.

Sources : *La démographie au centre des trajectoires de développement dans les pays de l'UEMOA*¹⁴¹. Analyse pays/TOGO, 2010 ; DGSCN, 4^{ième} RGPH 2010, EDST 3.

Le Tableau 4-1 ci-dessus décrit l'évolution des indicateurs démographiques entre 1961 et 2010. Ces indicateurs sont les résultats des recensements des populations. En 1960, la population était de 1 543 000 habitants. En 2010, soit moins d'un demi-siècle, elle s'est quadruplée avec un taux de croissance annuel qui a oscillé entre 2,6% et 3,2% durant la période. C'est en 1981 que

¹⁴¹ UEMOA ou Union Economique et Monétaire Ouest Africaine.

le taux de croissance démographique a été le plus élevé. La population rurale qui était de 10,1% en 1961 est passée à 37,7% indiquant l'ampleur de l'exode rural. L'indice synthétique qui indique le nombre d'enfants par femme est en nette diminution. En 1961, les femmes avaient en moyenne 6,5 enfants. En 2010, elles ont en moyenne 4,8 enfants.

En outre, les taux de croissance démographiques varient d'une région à l'autre (Tableau 4-2). Il y a des régions à croissance démographique relativement modérée et inférieure au taux annuel moyen national comme celles des Plateaux (2,58%) et de la Kara (2,04%), et des régions à forte croissance démographique, comme la Région des Savanes (3,18%) et la Région Maritime (3,16%).

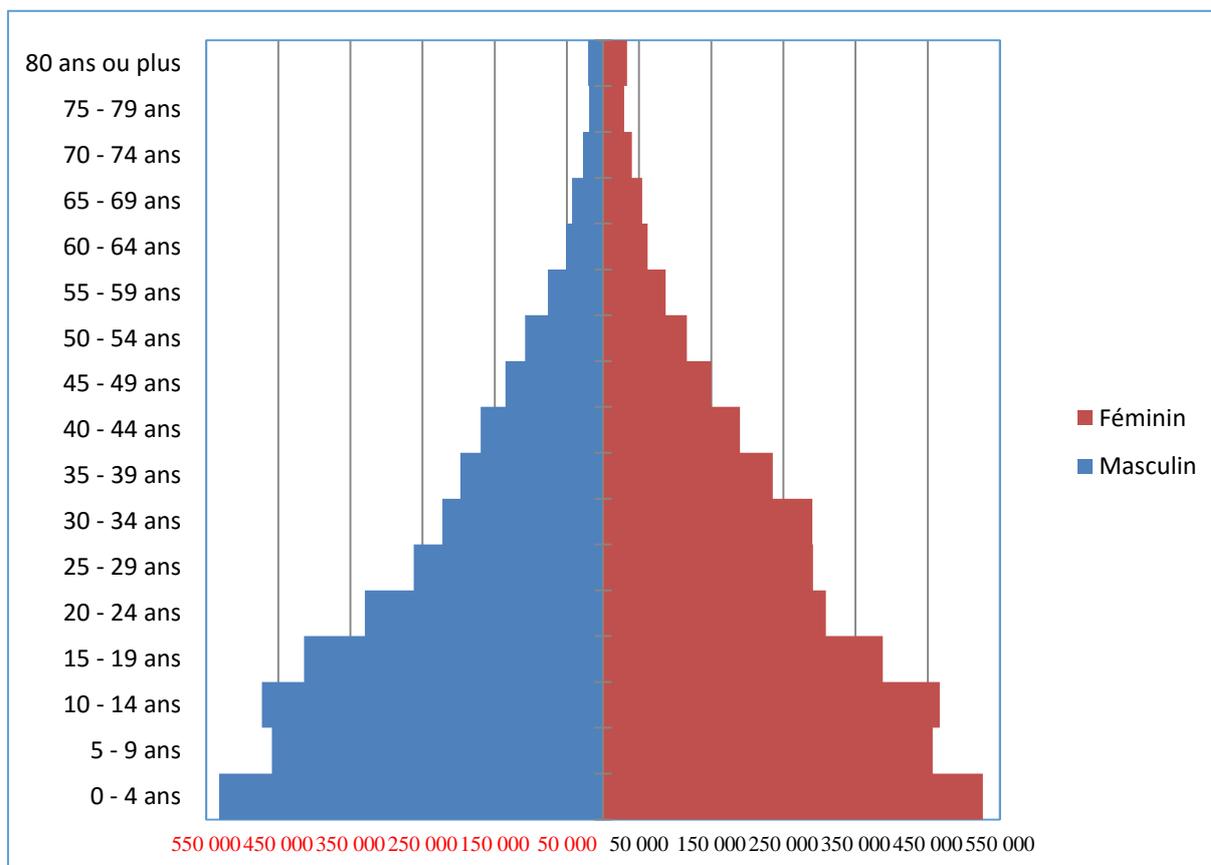
TABLEAU 4-2 : EVOLUTION DE LA POPULATION DE 1981 A 2010 PAR REGION

Région	Effectif population 1981	Effectif population 2010	Taux de croissance annuel moyen en 2010	Effectif population 2017
Maritime (y compris Lomé Commune)	1 040 241	2 599 955	3,16%	3 063 115
<i>Maritime sans Lomé Commune</i>	<i>664 742</i>	<i>1 762 518</i>	<i>3,36%</i>	2 070 097
<i>Lomé Commune</i>	<i>375 499</i>	<i>837 437</i>	<i>2,77%</i>	993 018
Plateaux	650 393	1 375 165	2,58%	1 609 996
Centrale	273 138	617 871	2,81%	725 395
Kara	426 651	769 940	2,04%	903 370
Savanes	329 144	828 224	3,18%	963 412
Total	2 719 567	6 191 155	2,84%	7 265 287

Source : Ministère auprès du Président de la République chargé de la Planification du Développement et de l'Aménagement du Territoire, Recensement Général de la Population et de l'Habitat, 2011 (a)

La pyramide des âges est très élargie vers le bas (Figure 4-1 ci-dessous). Elle montre ainsi que la population est très jeune. Environ trois quart, soit 74,6% en 2017 ont moins de 35 ans (Figure 4-1). Cette jeunesse de la population souligne l'importance et l'urgence d'investir dans l'éducation, la santé, la formation professionnelle et la création d'emplois, car les jeunes sont les plus grands demandeurs de ces services.

FIGURE 4-1 : PYRAMIDE DES AGES DE LA POPULATION EN 2017



Source : Auteur, sur la base de la projection de l'INSEED, 2017

Dans la population, les femmes sont plus nombreuses ; elles représentent 51,26% contre 48,74% pour les hommes (Tableau 4-3, ci-dessous). Les populations vivant dans les zones rurales représentent 62,3% contre 37,7% pour les populations urbaines. Tout comme les jeunes, les femmes surtout en âge de procréer sont demandeuses des services de santé spécialisés.

L'évolution démographique est essentiellement caractérisée par une fécondité en baisse, un pourcentage de femme toujours supérieur à celui des hommes, une population urbaine de plus en plus nombreuse. La forte population urbaine pose le problème d'emploi et de la gestion administrative.

**TABLEAU 4-3 : EFFECTIFS GLOBAUX DE LA POPULATION RESIDENTE PAR SEXE ET PAR MILIEU DE RESIDENCE
EN 2010 ET 2017**

		2010		2017 ¹⁴²	
		Effectif	%	Effectif	%
Sexe	Masculin	3 009 095	48,6%	3 541 238	48,74%
	Féminin	3 182 060	51,4%	3 724 049	51,26%
	Total	6 191 155	100%	7 265 287	100%
Milieu de résidence	Population urbaine	2 334 495	37,7%		
	Population rurale	3 856 660	62,3%		
	Total	6 191 155	100%	7 265 287	100%

Source : Ministère auprès du Président de la République chargé de la Planification du Développement et de l'Aménagement du Territoire, *Recensement Général de la Population et de l'Habitat*, 2011.

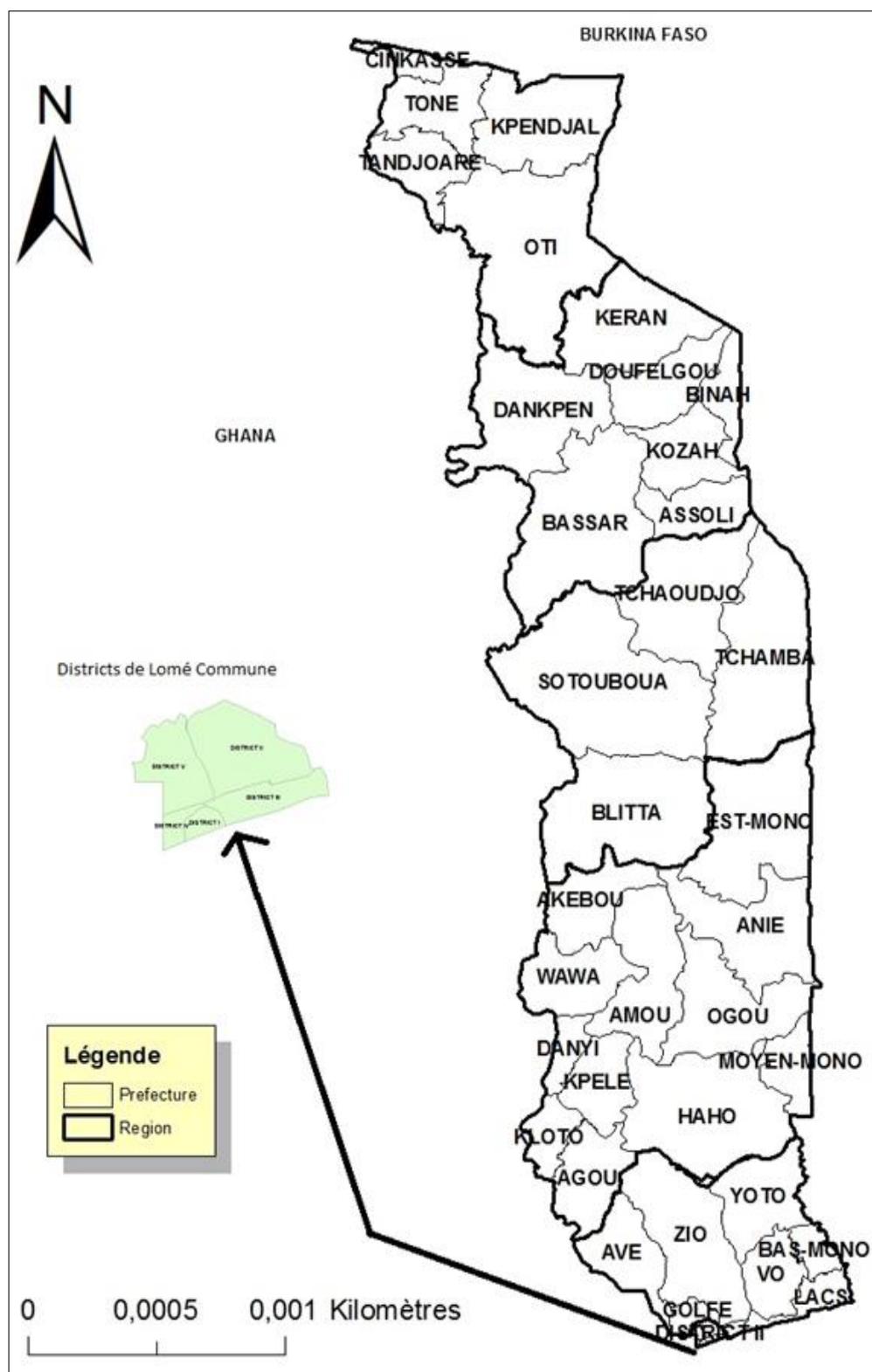
En effet, sur le plan administratif, le pays est subdivisé en 5 régions (Carte 4-2 ci-dessous) et 39 préfectures (ANNEXE 5). Les préfectures sont divisées en cantons et les cantons en villages. Au plan de l'organisation sanitaire, le pays est subdivisé en 6 régions sanitaires et 40 districts sanitaires comme le montre la Carte 4-2 ci-dessous.

Lomé commune, la capitale (ANNEXE 15) est subdivisée en 5 arrondissements et compte 69 quartiers selon le rapport du dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitat (ANNEXE 1). Dans le système de santé, Lomé commune est considérée comme une région sanitaire avec cinq districts¹⁴³.

¹⁴² Projection de l'INSEED pour 2017.

¹⁴³ Les districts sanitaires correspondent aux arrondissements.

CARTE 4-2 : CARTE ADMINISTRATIVE DU TOGO AVEC LES CINQ REGIONS ET LES 40 DISTRICTS SANITAIRES



Source : Carte sanitaire du Togo, 2016

La démographie et sa situation administrative sont des déterminants de la situation économique.

4.2 ANALYSE DU CONTEXTE ECONOMIQUE, SOCIAL ET CULTUREL

Dans le contexte économique, social et culturel sont abordés les aspects liés au développement économique, à la création et à la distribution des richesses, à l'hygiène et l'assainissement, aux groupes ethniques et religieux du Togo et à l'éducation. Tous ces aspects sont des déterminants de l'état de santé des populations.

4.2.1 Contexte économique du Togo

Le Togo est un pays en développement. Entre les années 2014 et 2016, le taux de croissance économique oscille autour de 5%. Il est passé de 5,9% en 2014 à 5,0% en 2016 contre un taux de croissance démographique qui est de 2,84%¹⁴⁴. On constate que la richesse du pays évolue plus vite que la croissance démographique. On conclut à juste titre que le pays s'enrichit. Cette richesse est bien distribuée sur le plan national et par conséquent elle diminue la pauvreté¹⁴⁵. Mais, selon la même source, 5% des ménages les plus pauvres n'ont pas pu bénéficier de cette croissance entre 2011 et 2015.

Cette situation de bonne répartition de la richesse apparaît également dans la capacité de la population à épargner. En d'autres termes les Togolais « *s'abstiennent d'une consommation prochaine aux fins de s'assurer d'une consommation accrue dans un avenir plus éloigné* » (Samuelson, 1982 : 290)¹⁴⁶. Leurs revenus leur permettent de consommer et de mettre de l'argent de côté. C'est ce que révèle le Rapport du Questionnaire Unifié des Indicateurs de Base du Bien-être (QUIBB) de 2015. En effet, entre 2011 et 2015 les capacités des Togolais à épargner ont nettement augmenté. Chez les hommes, 30,5% en 2011 ont déclaré disposer d'une épargne. En 2016 la proportion est passée à 46,6%. La même dynamique de s'observe aussi chez les femmes. Les épargnes proviennent pour la plupart des cas des profits tirés de leurs activités économiques (53,0% des hommes et 76,3% des femmes), ou de leurs salaires (28,5% pour les hommes et 9,5 % pour les femmes). Mais, il subsiste un bémol. En effet, en 2015, les

¹⁴⁴ Selon le dernier recensement de la population réalisé en 2010 et publié en 2011.

¹⁴⁵ Ministère de la Planification du Développement (2016a)

¹⁴⁶ Source ancienne, mais la citation est toujours d'actualité et cadre bien avec le contexte.

dépenses de consommation des 10% les plus riches étaient 6 fois plus élevées que celles des 10% les plus pauvres¹⁴⁷.

Mais, force est de reconnaître que cette performance économique est encore insuffisante pour sortir le pays du marasme économique caractérisé par une pauvreté endémique et préoccupante.

Le Produit Intérieur Brut (PIB) qui traduit la richesse du pays était de 1 526 258 millions¹⁴⁸ de FCFA. Si on imagine une répartition du PIB de 2016 à tous les Togolais, chacun aurait 590 FCFA (moins d'un dollar) par jour. Le Togolais vit en moyenne donc avec moins d'un dollar par jour. En projection, selon la Direction de l'économie et des finances, le PIB en prix constant en 2017 serait de 1 601 884 millions de FCFA soit 604 FCFA par jour par Togolais. La croissance économique, selon la même source, serait de 5% en 2016, 5% encore en 2017 et 5,3% en 2018.

L'Indicateur de Développement Humain (IDH) du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) traduit bien les efforts nécessaires pour accroître le bien-être de la population. Cet indicateur composite prend en compte le niveau de l'éducation, de la santé, de la protection sociale, de l'eau et l'assainissement. Selon cet indicateur, le Togo se classait en 2015 au 162^{ème} rang sur 188 pays dans le monde (PNUD, 2016). En 2016, le pays a reculé au 166^{ème} rang selon le rapport du PNUD de mars 2017. Il est classé dans le groupe des pays qui ont un développement humain faible. Un autre rapport¹⁴⁹ classe le pays au 150^{ème} rang des pays les plus heureux du monde sur un total de 155 pays. Le mauvais rang du Togo dans ces différents rapports indique que les efforts pour améliorer le bien-être des populations restent encore énormes.

En 2015, le Questionnaire des Indicateurs de Base du Bien-être (QUIBB) confirme le degré du bien-être et de pauvreté¹⁵⁰. Cette recherche a révélé que plus de la moitié de la population, soit 55,1% vivaient en dessous du seuil de pauvreté monétaire dont 68,9% en zone rurale. Moins de la moitié des dépenses (44,4%) va à leur alimentation (ANNEXE 2). Selon la même source

¹⁴⁷ Ministère de la Planification du Développement (2016a).

¹⁴⁸ PIB en prix constant. Source : Direction de l'économie et des finances, projection du 10 novembre 2016.

¹⁴⁹ WORD Happiness Report édition de mars 2017 qui a classé 155 pays les plus heureux du monde dont 44 pays africains.

¹⁵⁰ La pauvreté est un phénomène multidimensionnel, caractérisé à la fois par une faible consommation de biens privés, mais aussi par la malnutrition, la maladie, une faible scolarisation, ou bref par un accès difficile aux services sociaux de base (Ministère de la Planification du Développement, 2016).

d'information, la pauvreté est liée au niveau d'instruction. Les plus pauvres sont les moins instruits. En termes statistiques, l'incidence de la pauvreté est de 69,9% pour les chefs de ménage qui ne possèdent aucun niveau d'instruction, soit environ six fois plus élevée que celle des chefs qui ont un niveau supérieur (11,8%). Elle est de 56,9%, 48,0% et 25,4% respectivement chez les chefs de ménage avec le niveau primaire, secondaire partiel et secondaire complet¹⁵¹.

L'optimisme est permis. L'extrême pauvreté est en déclin. Dans l'ensemble, le taux est passé de 30,4% à 28,7% entre 2011 et 2015 (Figure 4-2). Dans les milieux ruraux, l'extrême pauvreté est passée de 43,4% en 2011 à 39,7% en 2015. Dans les milieux urbains, elle est passée de 16,3% et 12,9% en 2011 et 2015. Par contre, dans le Grand Lomé¹⁵², qui est le site de ce travail, la tendance est à la hausse, passant de 4,6% en 2011 à 13,7% en 2015.

Le gouvernement rassure que cette tendance à la création de richesse, sera maintenue pour les prochaines années.¹⁵³ Cet optimisme trouve son explication dans les importantes réformes qu'il a menées au cours des dernières années pour relancer l'économie et réduire la pauvreté. Parmi ces réformes, se trouve à une bonne position, la Stratégie de Croissance Accélérée et de Promotion de l'Emploi 2013-2017 (SCAPE 2013-2017). La SCAPE va contribuer à relever les nombreux défis qui persistent. Le gouvernement considère qu'il y a cinq défis majeurs pour assurer le décollage de l'économie. Il s'agit du : (i) défi de l'accélération de la croissance économique, de l'emploi et d'une meilleure insertion régionale et internationale de l'économie togolaise ; (ii) défi de la gouvernance ; (iii) défi de la réduction des inégalités ; (iv) défi sociodémographique ; (v) défi du développement urbain, de l'aménagement du territoire et de la protection de l'environnement¹⁵⁴.

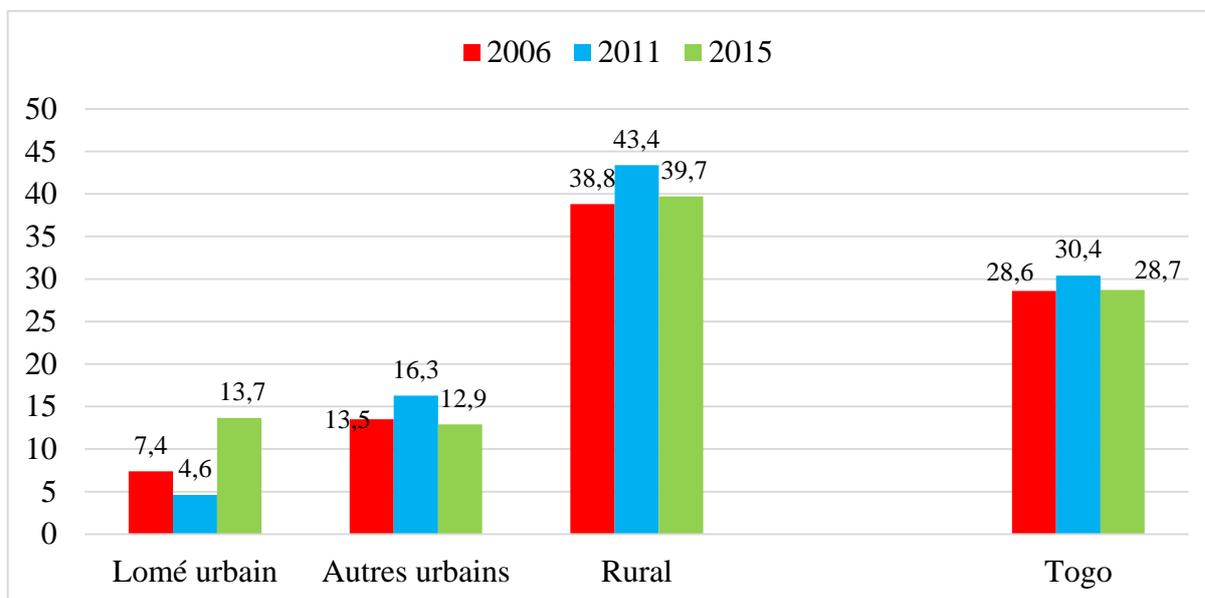
¹⁵¹ Ministère de la Planification du Développement (2016a).

¹⁵² Grand Lomé est utilisé dans plusieurs documents officiels dont (Ministère de la Planification du Développement, Questionnaire Unifié d'Indicateurs de Base de Bien-être, 2016a) ; (Ministère de l'Administration Territoriale de la Décentralisation et des Collectivités Locales, 2015).

¹⁵³ Direction de l'économie du ministère de l'économie et des finances. Selon la prévision du 10 novembre 2016, la direction de l'économie envisage une croissance du PIB de 5% en 2016 et 5,3% en 2017.

¹⁵⁴ Ministère de la Planification du Développement et de l'Aménagement du Territoire (2013).

FIGURE 4-2 : INCIDENCE DE L'EXTREME PAUVRETE PAR MILIEU DE RESIDENCES, 2006 ET 2011 ET 2015



Source : QUIBB 2006, 2011, 2015, estimations INSEED

Pour la réalisation de ces défis, la SCAPE s'articule autour de cinq axes stratégiques de développement qui se complètent et interagissent à savoir :

- développement des secteurs à fort potentiel de croissance ;
- renforcement des infrastructures économiques ;
- développement du capital humain, de la protection sociale et de l'emploi ;
- renforcement de la gouvernance ;
- promotion d'un développement participatif, équilibré et durable.

La création de richesse est assurée par une croissance économique. Sans une croissance soutenue et une bonne répartition des richesses, les populations vivent dans la précarité sociale.

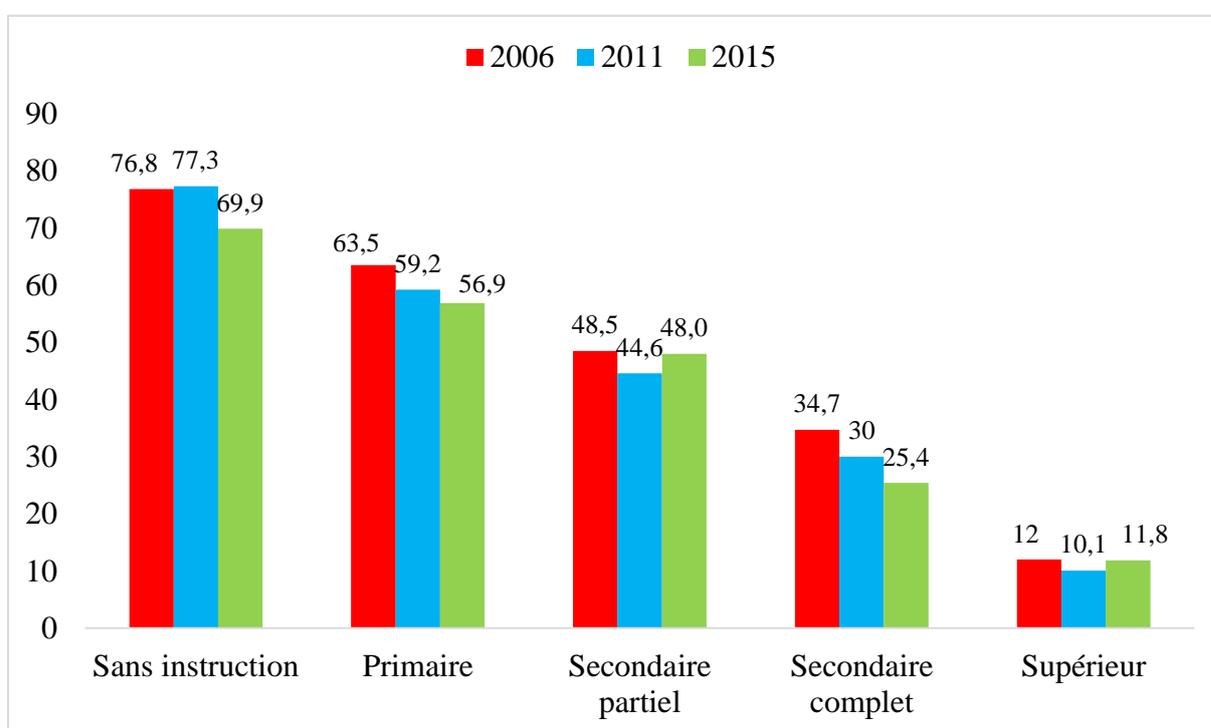
4.2.2 Contexte social

Plusieurs secteurs rentrent en ligne de compte dans le social. Dans ce présent document, il sera mis l'accent sur l'éducation, l'accès à l'eau potable et l'assainissement qui sont des déterminants fondamentaux de la santé mais présentent des facettes pas reluisantes. Il sera abordé l'emploi, source de revenus pour assurer l'éducation, l'accès à l'eau potable et l'assainissement. En l'absence des investissements suffisants dans les domaines cités ci-dessus,

la santé de la population et l'accès aux services de santé seront toujours des goulets d'étranglement pour le développement humain.

L'éducation est un facteur qui influence positivement la pauvreté¹⁵⁵ au Togo. Cette influence a été prouvée par les résultats de plusieurs recherches en 2006, 2011 et 2015 (Figure 4-3). Dans ces recherches, il ressort que moins le chef de ménage est instruit, plus il subit les affres de la pauvreté. Les plus instruits sont moins pauvres que les moins instruits.

FIGURE 4-3 : INCIDENCE DE LA PAUVRETE SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION DU CHEF DE MENAGES, 2006, 2011 ET 2015

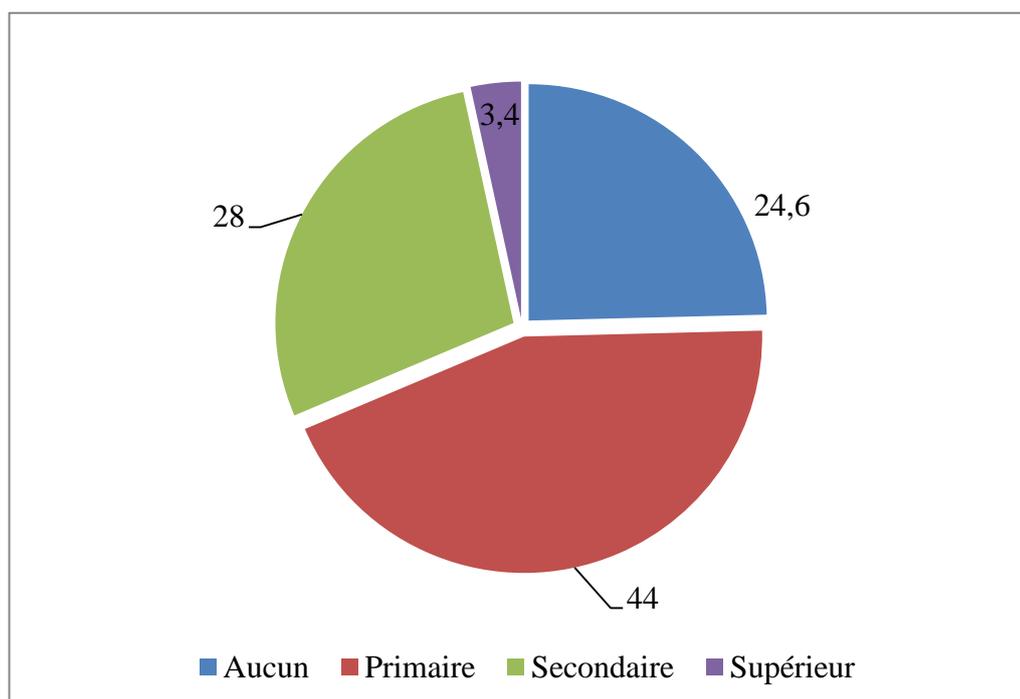


Source : QUIBB 2006, 2011, 2015, estimations INSEED

Cette influence de l'éducation sur la pauvreté influe aussi sur la santé. Sans les ressources financières et matérielles, l'on ne peut avoir accès aux soins de santé de qualité. Force est de constater qu'environ le quart (24,6%) des Togolais n'ont aucune instruction et 44% ont un niveau primaire ; seulement 3,4% ont un niveau supérieur (Figure 4-4). Les plus instruits se retrouvent dans les zones urbaines : 40,5% pour le niveau secondaire et 7,4% pour le niveau supérieur contre respectivement 18,8% et 0,4% dans les zones rurales (ANNEXE 16).

¹⁵⁵ Ministère de la Planification du Développement (2016a).

FIGURE 4-4 : REPARTITION (%) DE LA POPULATION SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION



Source : AKPO GNANDI O., sur la base des données du Questionnaire Unifié d'Indicateurs de Base de Bien-être, 2015

A l'instar de la plupart des indicateurs, ceux de l'éducation ont connu une grande performance entre 2006 et 2015. Au primaire, le taux net de scolarisation¹⁵⁶ est passé de 74,5% à 84,8% durant cette période. Au secondaire¹⁵⁷ il est passé de 35,2% à 49,1%.

Cette performance occulte la persistante disparité sociale en faveur des garçons et des ménages les plus riches. Au niveau primaire, la proportion des garçons scolarisés (86,3%) est un peu plus élevée que celle des filles (83,6%) en 2015. Au niveau secondaire, ces proportions sont respectivement de 54,9% et 42,1%. Les enfants issus des ménages les plus pauvres ont un taux net de scolarisation au niveau primaire de 81,6% en 2015 contre 89,0% pour les enfants issus des ménages les plus riches. Au niveau secondaire, ces taux sont respectivement de 37,4% et 62,0%¹⁵⁸.

¹⁵⁶Le taux net de scolarisation au primaire est la proportion des enfants âgés de 6 à 11 ans fréquentant l'école primaire au moment de l'enquête.

¹⁵⁷Le taux net de scolarisation au secondaire est la proportion des enfants âgés de 12 à 18 ans fréquentant l'école secondaire au moment de l'enquête.

¹⁵⁸ Ministère de la Planification du Développement (2016a).

En matière d’alphabétisation¹⁵⁹, on observe également des avancées. En 2015, on note que 63,3% des individus âgés de 15 ans ou plus sont alphabétisés contre 58,1% en 2006. Dans le Grand Lomé, 84,4% des adultes sont alphabétisés alors que dans les autres villes, ils ne sont que 72,2%. Dans les zones rurales, la proportion est seulement de 49,2%.

Selon le sexe, on observe toujours la disparité. En effet, les hommes sont plus alphabétisés que les femmes. Les taux sont de 76,7% pour les hommes âgés de 15 ans et plus et 51% pour les femmes de la même tranche d’âge en 2015. Par rapport au niveau de vie, en 2015, on a constaté que 50,1% des individus les plus pauvres âgés de 15 ans et plus sont alphabétisés contre une proportion de 75,7% pour les individus des ménages les plus riches¹⁶⁰.

Enfin, en ce qui concerne l’éducation, les Togolais consacrent 3,4% de leurs revenus pour assurer l’éducation. Ce taux était de 3,7% en 2006 et 4,9% en 2011 (ANNEXE 2). Cette tendance baissière est une performance, car les Togolais consacrent de moins en moins leurs revenus pour assurer l’éducation scolaire des enfants. Les performances dans l’éducation sont aussi perceptibles dans le domaine de l’accès à l’eau potable.

Accès à l’eau potable. Depuis 2006, le taux d’accès à l’eau potable connaît une tendance haussière ; il est passé de 50,6% à 61,8% entre 2006 et 2015. Mais, cette performance n’a pas beaucoup profité au milieu rural. Plus de la moitié des ménages du milieu rural n’ont toujours pas accès à l’eau potable. Un ménage classé plus riche en milieu rural a moins de chance d’accéder à une source d’eau potable qu’un ménage classé plus pauvre en milieu urbain¹⁶¹.

Par ailleurs, il est établi qu’environ 64% des ménages consomment de l’eau provenant de sources dites améliorées¹⁶² et le reste de la population des sources non améliorées. Les sources d’eau améliorées les plus utilisées sont le puits à pompe ou forage (29 %) et le robinet public ou la fontaine (22%). Les populations qui utilisent les sources non améliorées s’approvisionnent soit par les puits qu’elles ont elles-mêmes creusés (17%) soit par les eaux de surface (13%).

¹⁵⁹ L’alphabétisation se définit ici comme la capacité d’un individu de 15 ans ou plus, à lire et écrire des mots simples dans une langue quelconque (Ministère de la Planification du Développement, 2016b).

¹⁶⁰ Ministère de la Planification du Développement (2016a).

¹⁶¹ Ministère de la Planification du Développement (2016a).

¹⁶² Les sources d’eau améliorées sont celles qui, de par la nature de leur construction, ou une intervention active, protègent de manière satisfaisante l’eau de toute contamination extérieure, en particulier par des matières fécales (WHO et UNICEF, 2014).

Qu'on soit en milieu urbain ou rural, les populations mettent au moins 30 minutes pour avoir accès à l'eau et 88% des ménages n'utilisent aucune technique de traitement de l'eau¹⁶³.

La consommation de l'eau non potable est à l'origine de plusieurs maladies parasitaires épidermiques et diarrhéiques.

Les Togolais dépensent 7,4% de leurs revenus à assurer les frais d'eau, de logement et d'électricité. Ce taux est en nette diminution par rapport aux années antérieures. En 2006, ce taux représentait 12,9% et en 2011, il représentait 11,2% (ANNEXE 2). Le domaine de l'accès à l'eau potable est lié au domaine de l'assainissement et de l'hygiène publique. On remarque les mêmes avancées en termes d'indicateurs de performance.

Assainissement. Au niveau de l'assainissement et de l'hygiène publique, des avancées notables ont été réalisées durant les dix dernières années. A titre d'exemple, les ménages dans l'ensemble du pays ont de moins en moins recours à la nature comme lieu d'aisance. La proportion de ceux qui y ont recours est passée de 57,1% en 2006 à 42,9% en 2015. Les milieux urbains sont toujours plus favorisés que les milieux ruraux¹⁶⁴. Dans ces milieux ruraux, environ 70% des ménages continuent par utiliser la nature comme lieu d'aisance. Il convient de noter que les ménages résidant dans le Grand Lomé n'utilisent quasiment plus la nature comme lieu d'aisance. Ceux qui utilisent la nature ne représentent plus que 4,5%¹⁶⁵.

Par ailleurs, on note que seulement 12% de ménages utilisent les toilettes améliorées¹⁶⁶ et non partagées par deux ou plusieurs ménages. En milieu urbain, la proportion est de 58% contre 10% en milieu rural. Ces ménages qui ne disposent pas de toilettes améliorées sont souvent ceux qui ont peu de revenus dû à la précarité de leurs emplois ou dans le pire des cas au manque d'emploi.

Emploi. L'emploi est le moyen par excellence pour disposer des revenus et assurer ses besoins, dont la santé. Au Togo, l'emploi des jeunes est un défi qui se pose à tous les niveaux : politiques,

¹⁶³ Ministère de la Planification du Développement (2016a).

¹⁶⁴ Ministère de la Planification du Développement (2016a).

¹⁶⁵ Ministère de la Planification du Développement (2016a).

¹⁶⁶ Une installation sanitaire est considérée comme améliorée si elle permet d'éviter que l'utilisateur et son milieu immédiat entrent en contact avec les excréta humains (WHO et UNICEF, 2014). Les toilettes améliorées et non partagées les plus couramment déclarées sont de type chasse d'eau reliée à une fosse septique (7 %) et fosse d'aisances avec dalle (4 %) (Ministère de la Planification du Développement, 2016 : 17).

universitaires, employeurs, etc. Tous ces domaines œuvrent à garantir un travail pérenne aux jeunes diplômés ou personnes aptes à travailler pour leur survie et le développement du pays. Les premiers définissent les politiques d'emploi, les deuxièmes forment et les troisièmes emploient. Les efforts déployés dans ce sens peinent à répondre aux demandes d'emploi de la population. En 2015, le taux d'activité¹⁶⁷ pour l'ensemble du pays s'établissait à 76,8% dont 71,7% sont pleinement occupés et 24,9% sont sous-employés. De même, les actifs pleinement occupés représentaient 55,6% de la population en âge de travailler en 2015 contre 54,9% en 2011.

Dans les zones urbaines, on retrouve un nombre très élevé de personnes en âge de travailler qui sont inactives. En 2015, les personnes en âge de travailler résidant en milieu urbain qui sont inactives représentent 31,6% contre 15,6% en milieu rural. Le Grand Lomé enregistre 67,8% des habitants en âge de travailler actifs et 32,2% en âge de travailler inactifs (ANNEXE 3).

L'examen du tableau en ANNEXE 3 révèle aussi que le plein emploi rapporté à la population âgée de 15 à 64 ans est faible soit 55,6% pour l'ensemble du pays, 45,3% pour les milieux urbains et 64,0% pour les milieux ruraux. Les populations de sexe masculin sont plus sollicitées 55,5% contre 54,6% pour le sexe féminin. Dans le Grand Lomé, le taux est de 42,7%. Ces chiffres indiquent à quel point la situation de l'emploi est préoccupante au Togo.

Les plus grands pourvoyeurs d'emploi sont les entreprises privées formelles et les entreprises individuelles ou de ménages. Ces entreprises emploient plus de 90,0% des actifs occupés. Elles sont plus présentes en milieu urbain. En milieu urbain, ces entreprises privées emploient 50,6% des actifs occupés en milieu urbain, et les entreprises individuelles ou de ménages emploient 36,2% des actifs occupés. Le milieu rural est plus couvert par les entreprises individuelles ou de ménages qui absorbent à elles seules 52,8% des actifs occupés¹⁶⁸.

Les activités les plus exercées par les Togolais sont : agriculture, sylviculture, pêche. Ces activités absorbent 54,1% des travailleurs, principalement les ruraux qui constituent 76,2% de ces travailleurs. Elles sont suivies par le commerce, la réparation des véhicules qui absorbent

¹⁶⁷Le taux d'activité est un indicateur de mesure de niveau de participation de la population en âge de travailler selon le BIT (15 à 64 ans) à l'activité économique. Il est donc le rapport entre la population active et la population en âge de travailler. La population active est composée des personnes pleinement occupées, sous occupées et des chômeurs (Ministère de la Planification du Développement, 2016a).

¹⁶⁸ Ministère de la Planification du Développement (2016a).

15,2% des personnes en âge de travailler. Les ruraux pour ces dernières activités ne représentent que 8,4% (ANNEXE 4). Les travailleurs urbains sont plus présents dans les branches d'activité suivantes : « Commerce, réparation de véhicule et auto-moto » (26,7%), « Agriculture, sylviculture, pêche » (16,3%) et « Activité de fabrication » (15,2%). Selon les sexes, les hommes et les femmes sont en majorité dans les branches d'activités « Agriculture, sylviculture, pêche » ; soit 57,2% pour les hommes et 50,8% pour les femmes (ANNEXE 4).

Ces indicateurs sur l'emploi déjà cités précédemment sont peu reluisants. Il est cependant nécessaire de noter que l'indicateur le plus important dans ce domaine est le taux de chômage¹⁶⁹. Selon QUIBB 2015, ce taux est de 3,4% contre 6,5% en 2011. C'est dire que le chômage décroît. Selon le sexe, il y a plus d'hommes (4,0%) en situation de chômage que de femmes (2,7%). C'est le Grand Lomé qui enregistre le taux de chômage le plus élevé (7,8%).

L'analyse relative à l'éducation et à l'accès à l'eau potable relève du social. Cette analyse est complétée par la situation culturelle.

4.2.3 Contexte culturel

Au Togo, on compte une quarantaine d'ethnies¹⁷⁰ (Sambiani, 2006) qui sont regroupées dans trois principaux peuples : ceux du Togo septentrional, du Togo méridional et du centre Togo.

Les peuples du Togo septentrional sont regroupés par affinités historiques et culturelles en quatre ensembles. Le premier ensemble regroupe les Paragourma. Ils sont composés de Moba, de Konkomba, des Natchamba, des Tamberma, des Bassar. Le deuxième ensemble comprend les Kabye-tem composés des Kabyès, les Kotokoli, les Lamba. Le troisième ensemble est les Nawdéba. Il regroupe certains habitants des monts Kabyè et les localités de Niamtougou, Ténéga et Siou. Le dernier ensemble est les Anoufom (Tchokossi) qui habitent au sud de la Région des Savanes (Sansané Mango).

Les peuples du Togo méridional sont les Adja, les Ewé, les Ouatchi, les Gains, etc. Les peuples du centre regroupent les Akposso, les Ana, les Akébou, les Fon, etc. Les plus nombreux sont

¹⁶⁹Ce taux est mesuré à travers le taux de chômage au sens élargi selon la définition du BIT. Il est calculé en rapportant l'effectif total des personnes en situation de chômage à la population active (Ministère de la Planification du Développement, 2016a).

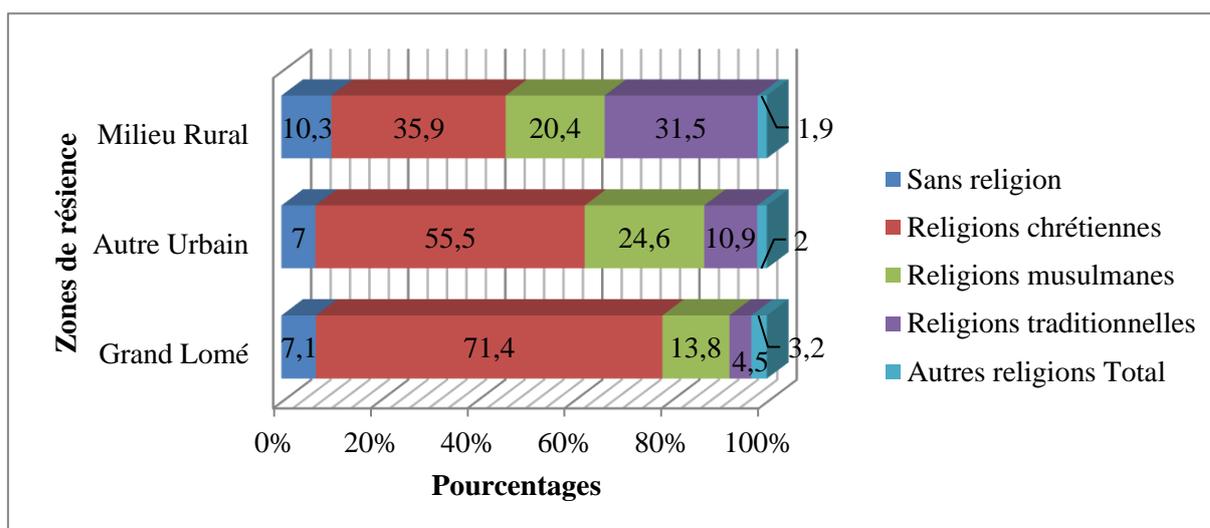
¹⁷⁰ Une ethnie est une communauté autonome « dotée d'une culture, d'une langue et d'une psychologie spécifiques » (Taylor, 1991 : 242).

les groupes Adja-éwé/mina, Kabyè-Tem et Para-Gourma/Akan. Ils représentent 80 % de la population togolaise.

Chaque ethnie a son histoire et son patrimoine culturel. Aussi, chaque culture a sa manière de définir la maladie, de prendre en charge ses malades (Lovell, 1995; Djassoa, 1988; Dassa et *al.*, 2010b)¹⁷¹.

Sur le plan religieux, plus de la moitié (50,1%) de la population togolaise pratique les religions chrétiennes ; en milieu rural, la proportion est de 35,9% ; en milieu urbain elle est de 55,5% ; dans le Grand Lomé, la proportion est de 71,4% (Figure 4-5). En dehors des religions chrétiennes, les chefs de ménage togolais pratiquent évidemment les religions traditionnelles (31,5%), les religions musulmanes (20,4%). Les autres types de religion sont pratiqués par 2,3% ; et 8,7% ne pratiquent aucune religion (Tableau 4-4).

FIGURE 4-5 : RELIGION PAR RAPPORT AUX ZONES DE RESIDENCE



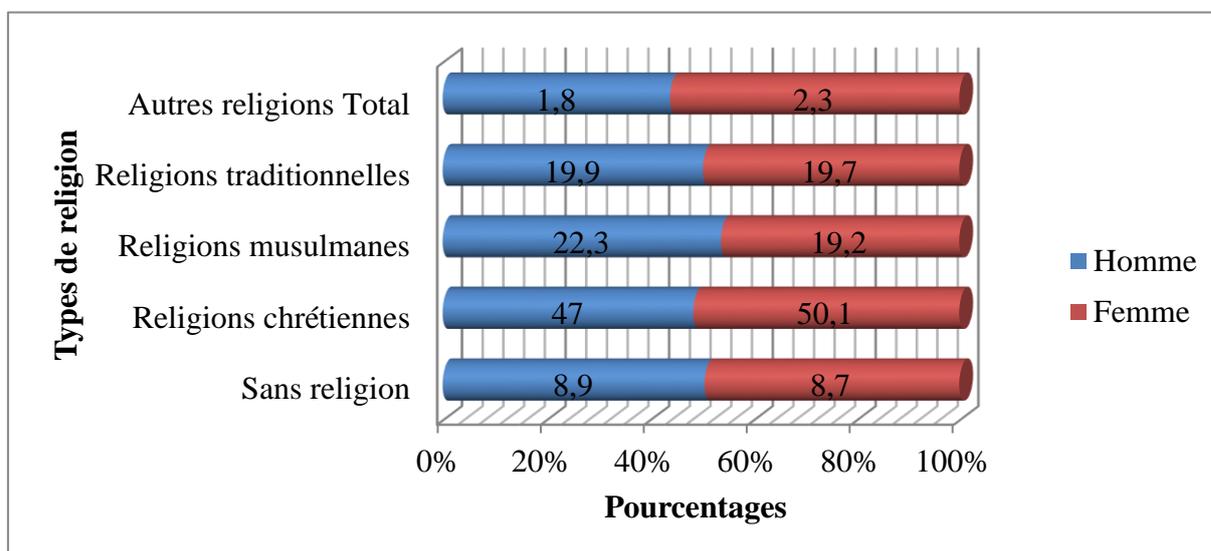
Source : AKPO GNANDI O., sur la base des données du Questionnaire Unifié d'Indicateurs de Base de Bien-être 2015

L'examen de la Figure 4-6 ci-après enseigne que 47% des hommes et 50,1% des femmes pratiquent les religions chrétiennes. Et aussi c'est dans ces religions qu'on retrouve le plus d'hommes et de femmes comparativement aux autres religions. De même, les hommes et les femmes sont minoritaires dans le groupe des « autres religions » (1,8% et 2,3%). La Figure 4-6

¹⁷¹ Voir aussi aussi Dassa et *al.* (2010a) ; Auge (1984) ; Atchrimi (2008) ; OMS (2000) ; UNESCO (2010).

montre aussi que dans les religions traditionnelles, les religions musulmanes et dans le groupe de « sans religion », il y a plus de pratiquants de sexe masculin que de sexe féminin.

FIGURE 4-6 : REPARTITION DE LA POPULATION SELON LES RELIGIONS ET LE SEXE



Source : AKPO GNANDI O., sur la base des données du Questionnaire Unifié d'Indicateurs de Base de Bien-être, 2015

TABLEAU 4-4 : RELIGION DES CHEFS DE MENAGES SELON LE MILIEU, LE DOMAINE DE RESIDENCE ET LE SEXE DU CHEF DE MENAGE EN %

Milieu de résidence	Sans religion	Religions chrétiennes	Religions musulmanes	Religions traditionnelles	Autres religions Total	
Urbain	7,1	65,5	17,8	6,9	2,7	100
Rural	10,3	35,9	20,4	31,5	1,9	100
Domaines						
Grand Lomé	7,1	71,4	13,8	4,5	3,2	100
Autre Urbain	7,0	55,5	24,6	10,9	2,0	100
Milieu Rural	10,3	35,9	20,4	31,5	1,9	100
Sexes du chef de ménage						
Homme	8,9	47,0	22,3	19,9	1,8	100
Femme	8,7	50,1	19,2	19,7	2,3	100

Source : Questionnaire Unifié d'Indicateurs de Base de Bien-être, 2015

De manière générale, on observe dans les milieux urbains et ruraux (Tableau 4-4), que la proportion des chefs de ménage qui pratiquent les religions chrétiennes est élevée (65,5%

urbains et 35,9% ruraux). Elle est supérieure à celle des chefs de ménage qui pratiquent les religions musulmanes (17,8% urbains et 20,4% ruraux).

La richesse culturelle du Togo et la diversité ethnique et religieuse sont des potentialités sur lesquelles une bonne santé des populations peut se bâtir. A ces potentialités, l'on peut ajouter l'effort économique de création des richesses.

Conclusion

Le diagnostic des contextes géographiques, administratif, sociodémographique, culturel révèle que la situation sanitaire au Togo, précisément celle de la médecine traditionnelle n'est pas reluisante. Elle est confrontée à des difficultés exogènes susceptibles d'entraver la mise en œuvre des projets liés à cette médecine. Cependant, force est de constater que des atouts existent et ils pourraient aider à résorber les difficultés.

Le chapitre qui suit, porte sur l'analyse situationnelle du secteur de la santé qui va révéler les atouts et les difficultés endogènes au système sanitaire.

CHAPITRE 5 : CONTEXTE SANITAIRE

Introduction

La Constitution de la quatrième République garantit le droit à la santé. La politique nationale de santé élaborée périodiquement prend toujours en compte ce droit constitutionnel. En 2011, une nouvelle politique nationale de santé (PNS), couvrant l'année 2022, a été élaborée. Sa vision est : d' « assurer à toute la population le niveau de santé le plus élevé possible en mettant tout en œuvre pour développer un système basé sur des initiatives publiques et privées, individuelles et collectives, accessibles et équitables, capables de satisfaire le droit à la santé de tous en particulier les plus vulnérables »¹⁷².

Dans les lignes qui suivent, il est d'abord présenté respectivement l'architecture organisationnelle du système de santé qui permet de réaliser la vision, l'offre et la demande des services et soins, le profil épidémiologique. Une recension des forces, faiblesses, opportunités et menaces est présentée en fin de chapitre.

5.1 ORGANISATION SANITAIRE NATIONALE

Le système de santé au Togo, comme la plupart des systèmes de santé en Afrique est organisé en pyramide à trois niveaux¹⁷³. Du bas vers le haut, on distingue le niveau périphérique, le niveau intermédiaire et le niveau central Figure 5-1 ci-après.

FIGURE 5-1 : ORGANISATION PYRAMIDALE DU SYSTEME DE SANTE AU TOGO



SOURCE : Plan National de Développement Sanitaire 2016-2022

¹⁷² Ministère de la Santé (2011b, 11).

¹⁷³ Ministère de la Santé (2011a).

La base de la pyramide qui représente le niveau périphérique ou opérationnel correspond aux districts sanitaires. Chaque district est subdivisé en trois échelons à savoir :

- famille/communauté où existent parfois des cases de santé et des agents de santé communautaire (ASC) ;
- les unités de soins périphériques (USP), les centres médico-sociaux (CMS) à partir desquels sont menées des activités de proximité en stratégie fixe et vers les populations (stratégie avancée/mobile) ;
- l'hôpital de district ou hôpital de préfecture (HP) où sont pris en charge les soins cliniques en établissement. Il existe actuellement 44 districts sanitaires.

Le niveau intermédiaire ou régional correspond au milieu de la pyramide. Il englobe les 6 régions sanitaires et six centres hospitaliers régionaux (CHR) dans Lomé-commune et dans les régions Maritime, Plateaux, Centrale, Kara et Savanes. Ce niveau est chargé de l'appui et du suivi/évaluation du niveau opérationnel à la mise en œuvre de la politique de santé et des directives nationales. Les 6 Centres Hospitaliers Régionaux et les structures spécialisées (Centre Régional de Transfusion Sanguine (CRTS), Centre Régional d'Appareillage Orthopédique (CRAO)) chargés des soins de santé secondaires sont aussi intégrés au niveau intermédiaire.

Le haut de la pyramide représente le niveau central. Ce niveau est chargé de la définition et du suivi de la mise en œuvre des grandes orientations de la politique sanitaire du pays. Il comprend trois Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), un laboratoire national de référence (Institut National d'Hygiène ou INH), un Centre National de Transfusion Sanguine, un Centre National d'Appareillage Orthopédique et un hôpital psychiatrique.

Les trois niveaux de la pyramide sanitaire travaillent ensemble pour offrir aux populations les soins et services de santé.

5.2 OFFRE ET DEMANDE DE SOINS ET SERVICES DE SANTE SUR LE PLAN NATIONAL

Les différents services et soins de santé sont offerts à partir de la disponibilité et de la qualité des infrastructures, des équipements, des médicaments et des ressources humaines.

5.2.1 Les infrastructures sanitaires insuffisantes et un plateau technique en deçà des normes

En termes de disponibilité d'infrastructures sanitaires, en 2015, le Togo disposait de 1273¹⁷⁴ infrastructures toutes catégories confondues (ANNEXE 6) dont 1124 établissements de soins « conformes aux normes internationales » définies par l'OMS. La même source révèle que c'est seulement 12% des USP qui ont des locaux qui répondent aux normes et standards en vigueur (ANNEXE 11).

Au total, le pays disposait de 5 973 lits fonctionnels en 2015 dont 3 930 (soit 65,8%) pour le secteur public et 2 043 (soit 34,2%) pour le secteur privé. Par rapport à la population, le pays disposait, durant la même année, de 8,5 lits pour 10 000 habitants contre la norme suggérée par l'OMS qui est de 18 lits d'hôpitaux pour 10 000 habitants. L'offre en matière d'hospitalisation est par conséquent très faible.

Les unités de soins périphériques (USP) et les Centre médicaux sociaux (CMS) sont les structures sanitaires de 1^{er} recours. Dans chacune de ces formations sanitaires, le paquet minimum d'activités est mis en œuvre et couvre les soins promotionnels, préventifs et curatifs.

La structure de première référence est celle de l'Hôpital de district ou de préfecture (HD ou HP). Il n'en existe qu'un par préfecture. Dans certaines préfectures, cette insuffisance est complétée par les cliniques privées ou les hôpitaux confessionnels, mais aussi par de la médecine non conventionnelle.

Au niveau régional, les soins et services de santé sont offerts au niveau de six Directions régionales de santé (DRS), six CHR et dans 6 hôpitaux du secteur privé concentrés dans la Région Maritime et Lomé commune.

Les soins de santé tertiaires sont dispensés en principe dans les trois CHU (CHU Sylvanus Olympio, CHU Campus et CHU Kara) que compte le pays et dans des hôpitaux spécialisés de référence.

174 Selon le Rapport sur les Principaux Indicateurs de santé 2015, le nombre est de 1286. Les données de la carte sanitaire ont été préférées, car elles sont plus récentes.

Dans le cadre du renforcement du modèle de district sanitaire, le Ministère de la Santé a défini en 2001 un Paquet minimum d'activités (PMA) par niveau de soins ainsi que des normes en matière de personnel, infrastructure et d'équipement. Le PMA est insuffisamment mis en œuvre faute de personnel qualifié et d'équipements appropriés.

En 2015, soixante et onze pour cent (71%) des hôpitaux, surtout les hôpitaux de district, offraient des services limités aux prestations ambulatoires¹⁷⁵.

La faiblesse des équipements et des personnels qualifiés au sein des structures sanitaires limite le bon fonctionnement du système de référence.

5.2.2 Équipements médicaux insuffisants et peu entretenus

Les hôpitaux ne disposent pas d'un plateau technique suffisant. Ils fonctionnent comme des USP. Ce sous équipement couplé avec l'insuffisance de maintenance explique en grande partie la faible qualité des soins et un motif d'insatisfaction des clients. En l'absence de moyens d'aide au diagnostic, les prestataires de soins sont contraints de procéder le plus souvent à des traitements de présomption. Les patients sont obligés de recourir à d'autres prestations comme la MT.

En prenant l'exemple des matériels indispensables pour la stérilisation et la lutte contre les infections, on constate une absence presque totale d'équipements dans les structures sanitaires. Aucune région ne présente un taux de disponibilité supérieur à 26%¹⁷⁶. De la même source, seulement 26% des structures sanitaires disposent du minimum d'équipements essentiels nécessaires et indispensables pour assurer efficacement les soins et services.

Outre les infrastructures et les équipements dans les formations sanitaires, les médicaments constituent des éléments fondamentaux. On les retrouve cependant dans les rues à portée de toutes les bourses avec les conséquences que l'automédication entraîne.

¹⁷⁵ Ministère de la Santé et de la Protection Sociale (2016a).

¹⁷⁶ Ministère de la Santé et de la Protection Sociale (2016a).

5.2.3 Médicaments vendus dans le formel et l'informel

L'offre des médicaments aux patients est assurée par les pharmacies des formations sanitaires, les officines et les médicaments de vente informelle. Plus de la moitié des officines pharmaceutiques (57,6%) sont installées à Lomé¹⁷⁷. La Région des Savanes est la moins desservie. Elle n'enregistre que 1,2% des officines installées au Togo. Elle est précédée des Régions de la Kara et Centrale.

En général, les populations s'adonnent plus à l'automédication qu'aux produits pharmaceutiques. Elles représentent 50% à s'approvisionner d'abord des médicaments de rue ; puis une frange continue avec les médicaments traditionnels (40,9%). C'est après l'échec thérapeutique de l'automédication que, seulement 31,8% continuent avec les médicaments d'officine¹⁷⁸. L'une des raisons de cet itinéraire thérapeutique est la cherté des services de santé modernes. Les populations estiment que les formations sanitaires privées, confessionnelles et publiques sont plus chères alors que les guérisseurs traditionnels et spirituels sont moins chers¹⁷⁹.

La multitude circuits d'approvisionnement et de distribution de médicaments autorise à admettre que les moyens d'approvisionnement existent. Mais, le danger lié à l'anarchie et au mauvais contrôle de ce marché est grand. La population encourt des risques à s'approvisionner en médicaments de mauvaise qualité et à s'exposer aux effets néfastes de ces médicaments¹⁸⁰. Tout comme les médicaments homologués, l'absence de textes d'application favorise l'envahissement incontrôlé du marché avec des produits de toutes sortes et d'origine inconnue¹⁸¹. Ce fléau est un véritable goulot d'étranglement pour la santé de la population. Un autre goulot d'étranglement est l'insuffisance qualitative et quantitative des ressources humaines.

5.2.4 Ressources humaines insuffisantes et mal réparties

La production des ressources humaines en santé est assurée par des écoles nationales de paramédicaux et une faculté des sciences de la santé.

¹⁷⁷ Ministère de la Santé et de la Protection Sociale (2016a).

¹⁷⁸ Ministère de la Santé et de la Protection Sociale (2016a).

¹⁷⁹ Ministère de la Santé et de la Protection Sociale (2016a).

¹⁸⁰ Ministère de la Santé, Analyse de la situation du secteur de la santé (2011c).

¹⁸¹ Ministère de la Santé, Analyse de la situation du secteur de la santé (2011c).

La faculté des sciences de la santé forme des médecins généralistes et quelques spécialistes (gynéco-obstétrique, pédiatrie, chirurgie générale, dermatologie, médecine interne) et des pharmaciens. La plupart des spécialistes (Anesthésie Réanimation, Biologie Clinique, Radiologie, Anatomopathologie, Ophtalmologie, Oto-rhino-laryngologie (ORL), Chirurgie dentaire, ophtalmo, neurologie, pneumologie, etc.) sont formés à l'extérieur. Les spécialités para médicales sont offertes dans les écoles nationales.

La gestion des ressources humaines en santé est sous la coupole de quatre ministères : celui en charge de l'Enseignement Supérieur, celui en charge de l'Enseignement Technique et de la formation Professionnelle, et celui en charge de la Fonction Publique.

Au Togo, les besoins en ressources humaines s'expriment en quantité et qualité. A titre illustratif, c'est seulement 30% des USP qui disposaient d'un personnel adéquat en 2015¹⁸². Durant la même année, on comptait seulement 6 personnels soignants pour 10 000 habitants alors que le minimum requis selon l'OMS est 23¹⁸³ professionnels soignants.

Le personnel soignant sous la coupole du ministère de la Santé est estimé à 10 249 agents en 2015 (ANNEXE 7). Cet effectif comprend 262 médecins spécialistes ; 97 médecins généralistes ; 3 177 personnels administratifs et d'appui et 2 273 personnels hospitaliers d'appui. Plus du tiers de ces agents est concentré à Lomé soit 3 444 agents (ANNEXE 7).

En 2015, selon le Ministère de la Santé et de la Protection Sociale (2016a) seulement 22% des USP disposaient du personnel répondant aux critères de nombre et de compétence requis à savoir : au moins 1 médecin ou 1 assistant médical ou 1 infirmier d'Etat (IDE) ou 1 infirmier auxiliaire (IA) et une Sage-femme ou 1 accoucheuse auxiliaire. Particulièrement pour les hôpitaux préfectoraux, seuls ceux disposant d'un bloc opératoire comptent parfois deux médecins. Les autres comptent un médecin par centre. Ce médecin est souvent hors du centre à cause de ses multiples occupations de santé publique.

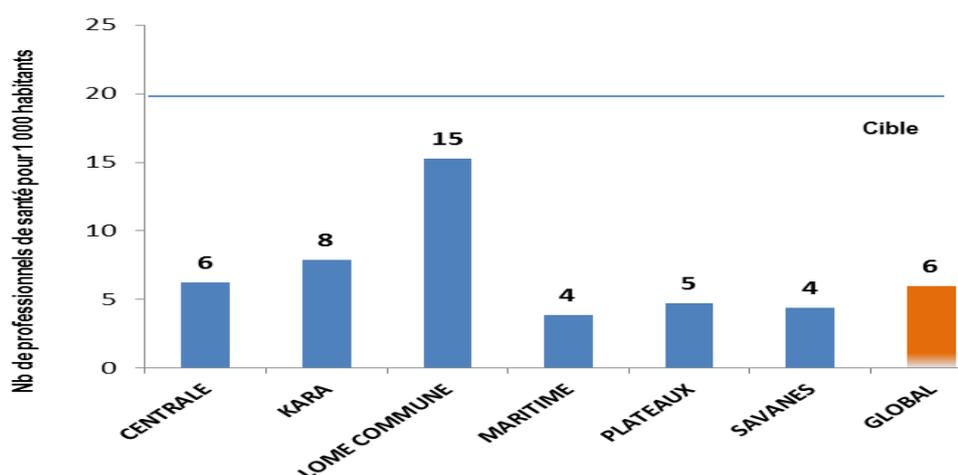
L'insuffisance de ressources humaines médicales a donc pour première conséquence géographique, la faible densité de professionnels de santé avec seulement 6 professionnels soignants pour 10 000 habitants alors que le seuil minimal de densité de personnel soignant

¹⁸² Ministère de la Santé et de la Protection Sociale (2016a).

¹⁸³Source : OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2006, Genève Suisse.

acceptable selon l’OMS est de 23. Lomé commune, la capitale compte plus de 75% des médecins soit 10 fois plus que dans le reste du pays (Figure 5-2). A cette faible densité, s’ajoutent une mauvaise répartition et une émigration. En effet, selon Siliadin (2010) l’émigration des agents de santé représente 40% du personnel médical et 20% pour les paramédicaux. Cette fuite de cerveaux est un réel problème dont les causes doivent être approfondies dans ce contexte d’insuffisance de ressources humaines en santé.

FIGURE 5-2 : DENSITE DE PROFESSIONNELS DE SANTE POUR 10 000 HABITANTS DANS LES 6 REGIONS SANITAIRES



Source : Carte Sanitaire du Togo, rapport de synthèse, 2016.

Selon le Rapport d’analyse sectorielle de la santé¹⁸⁴, la gestion des ressources humaines au Togo à l’instar de la plupart des pays en développement, est marquée par :

- un déficit qualitatif et quantitatif identifié comme un des goulots d’étranglement qui entravent le développement sanitaire et plus largement la progression vers l’atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)¹⁸⁵ ;
- une faiblesse du mécanisme de planification/dotation en personnel de santé ;
- une déficience du système de formation ;
- une inefficacité dans l’administration du personnel ;
- des mauvaises relations et conditions de travail ;

¹⁸⁴ Ministère de la Santé, Analyse de la situation du secteur de la santé (2011c).

¹⁸⁵ L’échéance pour les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), était fixée pour 2015.

- une absence d'un mécanisme de gestion des performances.

Une offre de services de qualité entraîne une demande plus forte. Les facteurs qui concourent à une offre de qualité des services du système de santé au Togo, sont insuffisants et parfois inappropriés. Une offre de services peu appréciée impacte sur la demande.

5.2.5 Demande des services et soins de santé

Au Togo, la demande des services et soins de santé est faible. Les raisons sont, comme indiqué dans les paragraphes précédents, la qualité et la cherté des soins. Les rapports rendent compte que la fréquentation des prestataires publics et privés est largement en dessous des résultats escomptés. La norme nationale est de 80%. Mais entre 2006 et 2015, le taux de fréquentation dans les services publics n'a guère dépassé les 40%¹⁸⁶. En 2006, il était de 26,9% et 38,9% en 2015 (ANNEXE 8 et ANNEXE 12). Ce pic en 2015 s'explique en partie par la mise en place en 2011, de l'assurance maladie obligatoire des fonctionnaires en service ou à la retraite et leurs ayants droit. Depuis l'instauration de l'Institut National d'Assurance Maladie (INAM), les taux de consultation augmentent d'année en année. Ils varient aussi selon les zones géographiques. En 2015, la Région Centrale occupe le premier rang avec 64,1% de taux fréquentation, suivie des régions de la Kara (54,7%), des Plateaux (44,1%), Savanes (40,2%), Maritime (24,1%) et de Lomé Commune (27,0%). Dans les régions Maritime et Lomé Commune, les fréquentations sont les plus faibles¹⁸⁷ (ANNEXE 8 et ANNEXE 12).

En matière de fréquentation, les accouchements dans une structure de santé sont moins répandus en zones rurales (61%) que dans les centres urbains (93,5%)¹⁸⁸.

En 2011¹⁸⁹, le taux d'accès aux services de santé est plus élevé en milieu urbain (78%) qu'en milieu rural (53,9%). Les raisons de ces faibles indicateurs, sont entre autres : le coût élevé des services, la durée des ententes (Minsitère auprès du Président de la République chargé de la Planification, 2011 (b) : vii), l'éducation, l'enclavement, le plateau technique inadapté, la situation économique, l'insuffisance d'infrastructures sanitaires, etc.

¹⁸⁶ Ministère de la Santé et de la Protection Sociale (2015).

¹⁸⁷ Dans ces régions les statistiques n'ont pas intégré les données du secteur privé. Ce n'est pas le cas pour les autres régions où le secteur privé est presque inexistant.

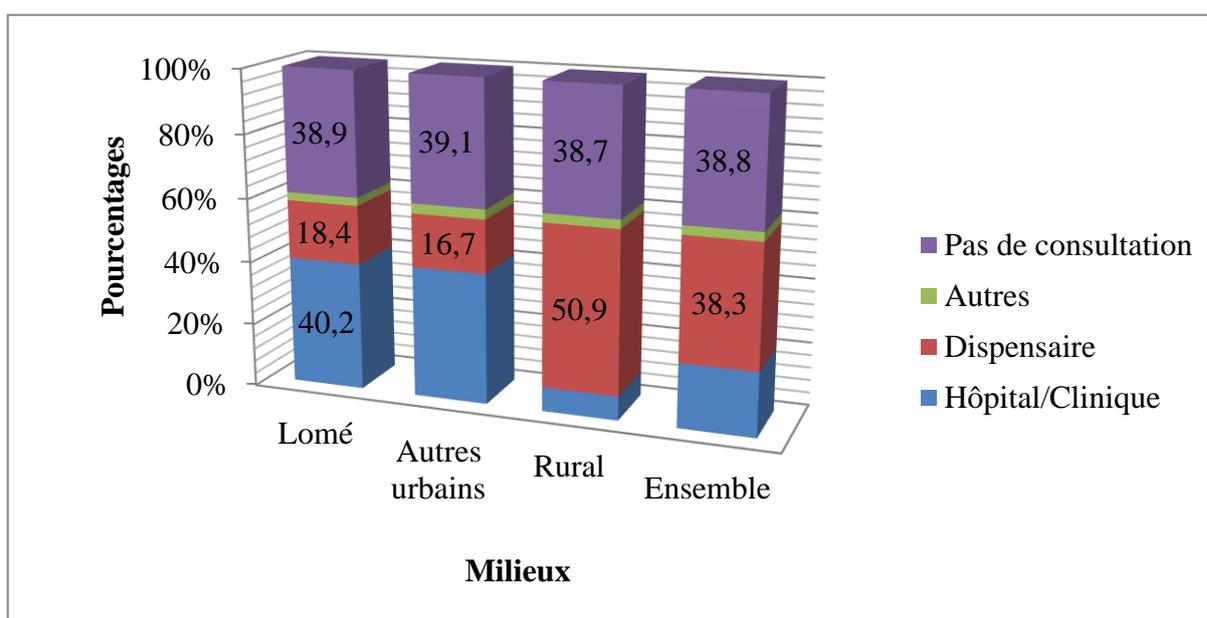
¹⁸⁸ Ministère de la Planification du Développement et de l'Aménagement du Territoire (2014).

¹⁸⁹ Données les plus récentes à ce jour.

Dans l'ensemble, les taux de consultations sont faibles quel que soit le type de la structure de formation sanitaire. Selon la Figure 5-3, en 2015, sur le plan national, les populations malades qui n'ont pas fait recours à la consultation étaient de 38,8%. Celles qui ont consulté les dispensaires étaient de 38,3%.

Entre 2011 et 2015, on observe une régression de la proportion des malades qui ont eu recours aux hôpitaux (ou cliniques). Elle est passée de 28,8% en 2011 à 20,2% en 2015 (ANNEXE 9). Parallèlement, la proportion des malades qui ont eu recours aux dispensaires augmente. Elle est passée durant la même période de 28,6% à 38,3% (ANNEXE 9).

FIGURE 5-3 : POURCENTAGE DES SERVICES DE SANTE CONSULTES PAR MILIEU EN 2015

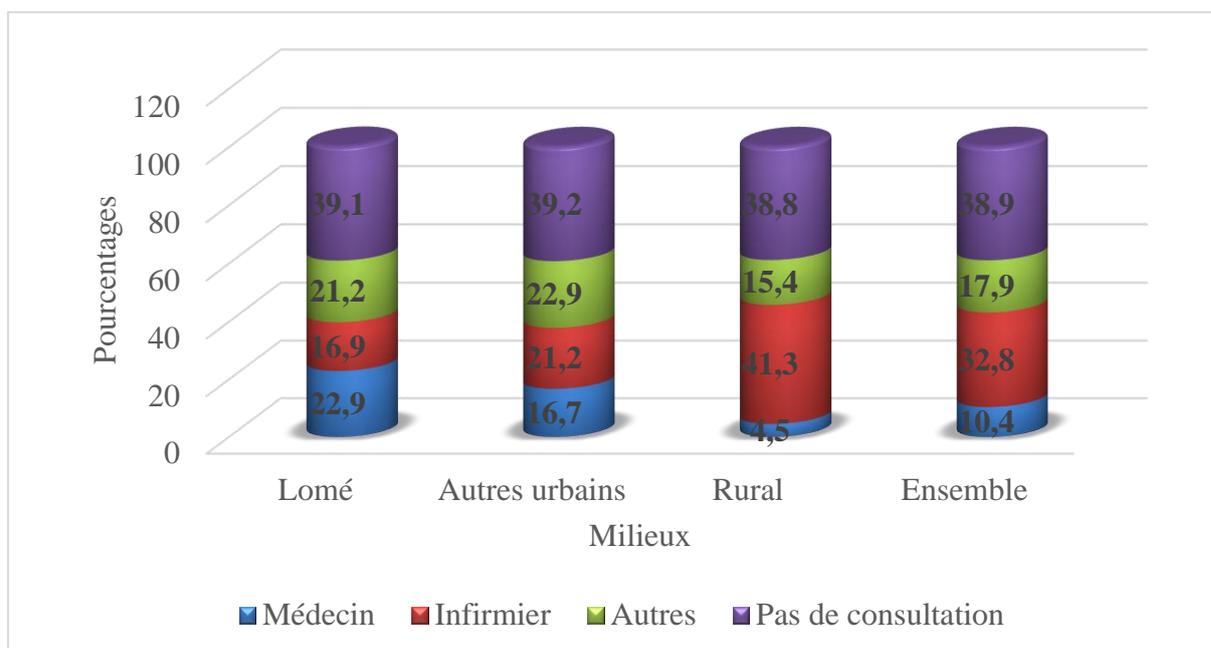


Source : AKPO GNANDI O., sur la base des données du Questionnaire Unifié d'Indicateurs de Base de Bien-être, 2015 (voir ANNEXE 9).

A l'analyse de la Figure 5-3 ci-dessus, il apparaît que les Togolais ont moins de chance de rencontrer les médecins. La raison est qu'ils n'ont pas accès suffisamment aux hôpitaux où les médecins sont affectés. La Figure 5-4 ci-dessous dévoile que c'est 10,4% des patients qui se font consulter par un médecin et 32,8% se font consulter par les infirmiers. Dans les zones rurales la probabilité est encore plus faible. C'est seulement 4,5% qui ont la chance d'être consultés par un médecin. Pour une raison ou une autre, 38,7% des ruraux s'abstiennent des services de santé en cas de maladie.

La capitale Lomé enregistre le plus fort taux de consultation par les médecins (22,9%). Entre 2011 et 2015, il y a eu une régression en matière de consultation par le médecin. En 2011, les Togolais qui se faisaient consulter par un médecin représentaient 19,9% contre 10,4% en 2015. Par contre ceux qui se faisaient consulter par les infirmiers ont augmenté en passant de 26,3% en 2011 à 32,8% en 2015 (ANNEXE 10). Paradoxalement, c'est surtout dans les zones urbaines où l'accès aux infrastructures de santé est plus facile, qu'il y a les plus forts taux d'abstention en cas de maladie. A Lomé, le taux est de 39,1% ; dans les autres zones urbaines, il est de 39,2% (Figure 5-4 ci-dessous). Les raisons de non utilisation des services de santé modernes sont multiples et diversifiées. Les enquêtés ont révélé à 68,1% qu'ils font recours à l'automédication. Parmi ceux qui font l'automédication, on retrouve plus les salariés du public (76,6%), les apprentis et aides familiaux (74,9%). D'autres raisons de non utilisation des services de santé sont : la « cherté/manque d'argent » (23,0%), la « non nécessité de faire des consultations » (6,4%)¹⁹⁰.

FIGURE 5-4 : PERSONNEL DE SANTE CONSULTE PAR MILIEU EN 2015 EN %



Source : AKPO GNANDI O., sur la base des données du Questionnaire Unifié d'Indicateurs de Base de Bien-être, 2015 (voir ANNEXE 9).

Par ailleurs, notons qu'en matière de soins et services de santé, la qualité est une variable fondamentale pour les populations. Elles sont prêtes à mettre de l'argent si la guérison est

¹⁹⁰Ministère de la Santé et de la Protection Sociale (2016a).

assurée. Plusieurs recherches ont soutenu cette assertion (Dieng et *al.*, 2014; Mariko, 2003; Pangu et *al.*, 1999). Sans la qualité, la demande fléchit. La qualité est un élément essentiel dans la décision d'utilisation des soins par les patients et influence positivement la demande dans une situation de hausse de prix (Kpassagou, 2014).

Pour obtenir cette qualité, il faut une offre adéquate. Cette offre se traduit par le personnel de santé bien formés ; les infrastructures et équipements adaptés ; et un bon environnement social et économique (Paquet et *al.*, 2003). Au Togo, les ressources humaines sont insuffisantes en quantité et en qualité dans les formations sanitaires modernes surtout celles qui sont publiques. En 2013, on comptait un médecin pour 14 410 habitants, un infirmier pour 4 814 habitants et une sage-femme pour 8197 habitants. Ces indicateurs sont en dessous des normes internationales qui sont respectivement de 10 000 habitants pour les médecins et de 4 000 habitants pour les infirmiers et les sages-femmes¹⁹¹. En 2015, on comptait 6 professionnels soignants pour 10 000 habitants contre un seuil minimal de 23 professionnels soignants¹⁹². A cette insuffisance chronique des ressources humaines, s'ajoute un déficit d'infrastructures et d'équipements.

En 2015, on dénombrait dans le pays 1 273 structures sanitaires dites modernes¹⁹³. Durant la même année, l'Etat était le principal fournisseur avec 58,9% du total de l'offre de services de soins. Le secteur privé, en majorité à but lucratif, assurait 41,1% de l'offre. Ce secteur est plus concentré à Lomé et dans une moindre mesure dans les autres zones urbaines. La médecine traditionnelle n'est pas prise en compte dans ces statistiques malgré son importance reconnue par le ministère de la Santé et l'OMS. Le document de politique générale du pays précise que l'offre de la MT est beaucoup plus sollicitée dans les zones rurales¹⁹⁴.

Le ministère de la Santé est conscient de cette situation d'insuffisance de l'offre des soins. Il reconnaît que pour accéder aux soins et services de qualité, il est nécessaire d'améliorer l'offre et d'inciter la demande. Il s'est, à cet effet, engagé dans une politique de renforcement du partenariat public-privé en incluant la MT et les structures communautaires.

¹⁹¹Ministère de la Santé (2014).

¹⁹² Ministère de la Santé et de la Protection Sociale (2016a).

¹⁹³ Ministère de la Santé et de la Protection Sociale (2016a).

¹⁹⁴ Ministère de la Santé (2011b).

Dans cette optique, la médecine traditionnelle est une alternative, non pour jouer le rôle de secours, mais pour apporter sa contribution dans les prestations des services et soins de santé. C'est à juste titre que la MT est prise en compte, dans le système de santé comme une composante capitale : « *La politique nationale de santé prend en compte la médecine traditionnelle comme une composante à part entière du système de prestation de soins.* » (Ministère de la Santé, 2011 b : 31). Dans cette optique, le ministère s'engage à développer une stratégie de promotion des industries pharmaceutiques locales, de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles¹⁹⁵.

Cette volonté politique concorde avec celle que l'OMS (1990) manifeste depuis Alma-Ata¹⁹⁶ en 1978. Elle consiste à reconnaître l'utilité de la MT, et à fournir au mieux, des informations sur son efficacité (Chan, 2008).

Cependant, la volonté politique reste toujours des déclarations livresques, des intentions qui ne se concrétisent guère. Car, force est de constater que « *la médecine traditionnelle en développement n'est pas encore bien organisée* » (Ministère de la Santé, 2012 : 27). Son cadre juridique est inexistant¹⁹⁷. Elle demeure toujours à l'écart, non intégrée au système de santé. Les deux médecines travaillent en vase clos, sans collaboration entre elles¹⁹⁸. Pour lutter contre les maladies, il faut des efforts conjugués. Comme dans tous les pays de l'Afrique subsaharienne, le Togo est confronté à des maladies dites tropicales. Le contexte épidémiologique du Togo rappelle les principales causes de maladies, les principales causes de consultations et les principales causes de décès.

5.2.6 Contexte épidémiologique

Le pays est situé dans la zone tropicale. Cette zone est marquée par des maladies tropicales à potentiel épidémiologique, des maladies parasitaires propres aux climats chauds et humides. Il est aussi un pays en voie de développement avec des populations à faibles ressources financières

¹⁹⁵ Ministère de la Santé et de la Protection Sociale (2016b).

¹⁹⁶ Texte tiré de la déclaration de Alma-Ata : Les soins de santé primaires font appel tant à l'échelon local qu'à celui des services de recours aux personnels de santé (médecins, infirmières, sages-femmes, auxiliaires et agents communautaires, selon le cas, ainsi que, s'il y a lieu, praticiens traditionnels) tous préparés socialement et techniquement à travailler en équipe et à répondre aux besoins de santé exprimés par la collectivité.

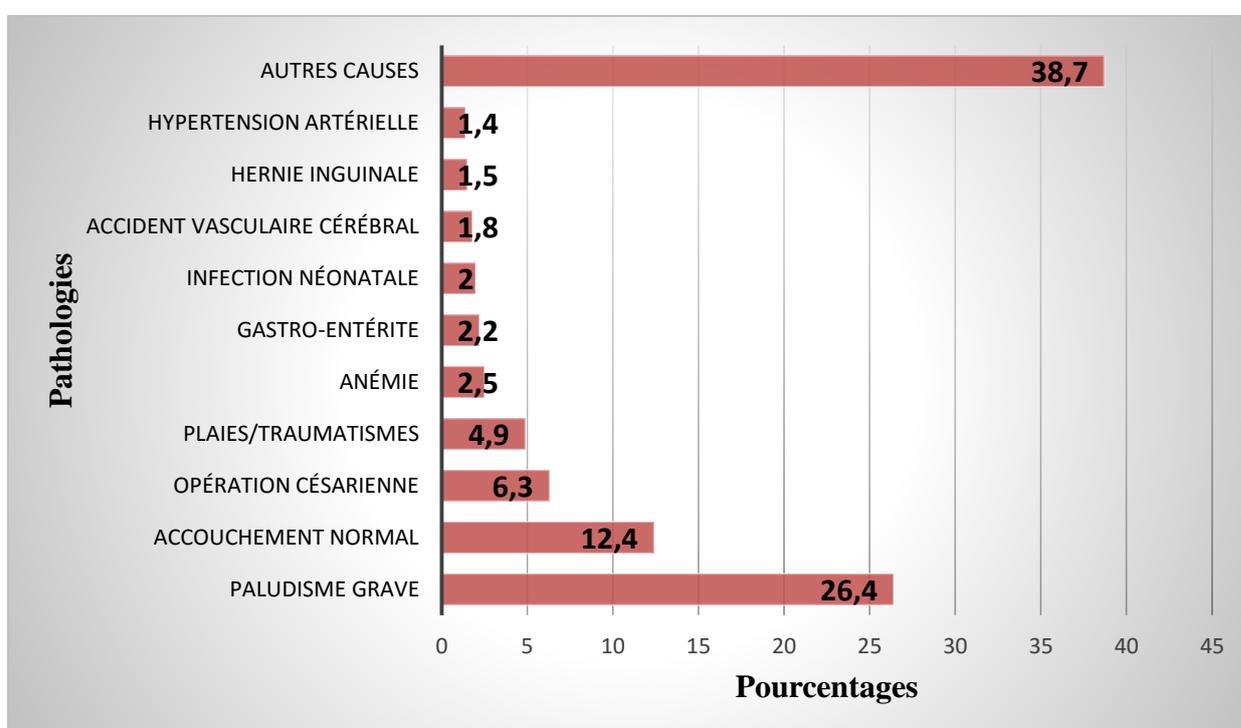
¹⁹⁷ Ministère de la Santé et de la Protection Sociale (2016b).

¹⁹⁸ Ministère de la Santé (2011c).

et matérielles. Elles sont obligées de survivre en s'exposant aux maladies de la peau, aux anémies, aux parasitoses intestinales et aux infections de toutes sortes.

Au Togo comme dans la plupart des pays africains, le paludisme est la première cause de consultation externe. Sur un total de 2 657 067 consultations (ANNEXE 8 et ANNEXE 12) enregistrées en 2015, le paludisme représente 1 192 580 soit 49,9% de taux de morbidité proportionnelle (Figure 5-6). Il est aussi la première cause d'hospitalisation, soit 26,4% des hospitalisations (Figure 5-5).

FIGURE 5-5 : PRINCIPALES CAUSES D'HOSPITALISATION EN 2015 EN %



Source : AKPO GNANDI O., sur la base des données de Principaux Indicateurs de santé 2015 (Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, 2015).

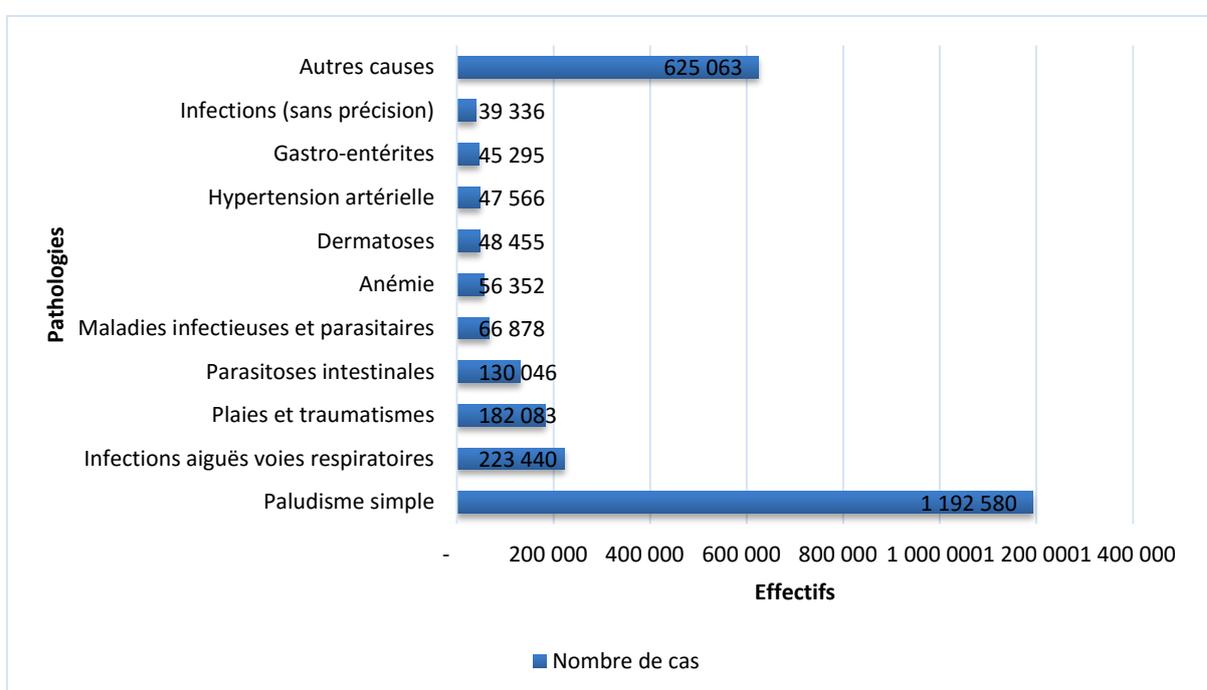
NB : « autres causes » dans le graphique, fait référence à toutes les autres pathologies dont les statistiques prises individuellement sont insignifiantes.

La morbidité proportionnelle du paludisme est inégalement répartie. La Région des Plateaux est la région où le paludisme sévit le plus, soit 47% de morbidité proportionnelle, suivie de la Région des Savanes (45%). Lomé commune connaît la plus faible proportion, soit 12%. Les enfants constituent la cible la plus vulnérable au paludisme : 59% des cas graves de paludisme

et trois quart des décès dus au paludisme¹⁹⁹. En matière de consultation (Figure 5-6), le paludisme est suivi des infections respiratoires aiguës (8,4% de taux de morbidité). Les gastro-entérites et les autres infections font rarement objet de consultation (1,7% et 1,5% respectivement de taux de morbidité proportionnelle).

Tous les malades consultés ne sont pas obligatoirement hospitalisés. Concernant l'hospitalisation, le paludisme est suivi des accouchements normaux (12,4%), des césariennes (6,3%), des plaies et traumatismes (4,9%) comme le montre la Figure 5-6 ci-après.

FIGURE 5-6 : PRINCIPALES CAUSES DE CONSULTATION EXTERNE AU TOGO EN 2015



Source : AKPO GNANDI O., sur la base des données de Principaux Indicateurs de santé 2015 (Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, 2015)

NB : « autres causes dans le graphique », fait référence à toutes les autres pathologies dont les statistiques prises individuellement sont insignifiantes.

Sur le plan national, environ 4,8% des malades hospitalisés décèdent²⁰⁰ dans les hôpitaux. En 2014, ils représentaient 5%. C'est surtout à Lomé que les malades hospitalisés décèdent le plus

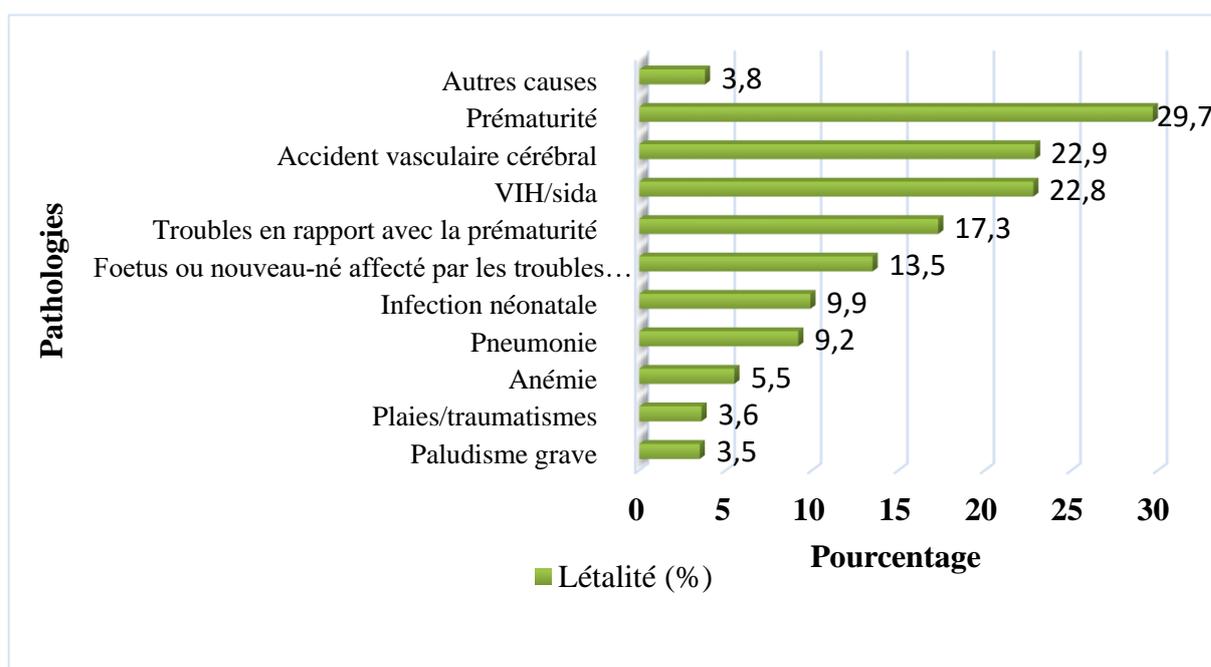
¹⁹⁹Ministère de la Santé et de la Protection Sociale (2015).

²⁰⁰Ministère de la Santé et de la Protection Sociale (2016b).

(7,2% en 2015 et 7,1% en 2014). Dans la Région des Plateaux, les malades hospitalisés ont moins de chance de mourir suite à leur maladie (3,5% en 2015 et 3,9% en 2014).

Ces morts dans les hôpitaux ont plusieurs causes. La cause la plus fréquente est la prématurité des naissances. Sur le plan national (Figure 5-5, Figure 5-7), un prématuré dans un hôpital a 29,7% de risque de mourir. Un malade hospitalisé souffrant d'un accident vasculaire cérébral a 22,9% de risque de mourir. Un malade du VIH/SIDA a 22,8% de risque. Le paludisme qui est la première cause d'hospitalisation est mieux maîtrisé. Un malade qui souffre du paludisme grave et qui est hospitalisé a le plus faible taux (3,5%) de risque de mourir suite à sa maladie (Figure 5-5 et Figure 5-7).

FIGURE 5-7 : PRINCIPALES CAUSES DE MORTALITE HOSPITALIERE, TAUX DE LETALITE EN % AU TOGO EN 2015



Source : AKPO GNANDI O., sur la base des données des Principaux Indicateurs de santé 2015 (Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, 2015).

Le VIH/SIDA qui est la troisième cause de mortalité dans les hôpitaux bénéficie d'une bonne prise en charge et des financements de l'Etat et des partenaires techniques et financiers. Cette prise en charge s'articule autour de deux grands axes : la prise en charge médicale et la prise en charge psychosociale. Les personnes vivant avec le VIH qui bénéficient de cette prise en charge sont les enfants, les adolescents et les adultes. Dans le cadre de la prise en charge médicale,

l'offre de soins est assurée par les structures accréditées. En 2015, environ 7 710 nouveaux patients (92% d'adultes et 8% enfants) ont été mis sous traitement anti rétroviral (ARV) et 4 642 au niveau des sites de Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant (PTME)²⁰¹.

La séroprévalence de l'infection au VIH est de 2,5% chez les adultes de 15 à 49 ans²⁰² et de l'Aménagement du Territoire, 2014). Elle est de 3,1% chez la femme et de 1,7% chez l'homme. La prévalence reste très élevée dans certains groupes à haut risque²⁰³ : 11,7% chez les professionnels de sexe au niveau national avec 13,4% à Lomé²⁰⁴ ; 13,0% chez les HSH²⁰⁵ au niveau national et 22,4% chez les HSH²⁰⁶ vivant à Lomé, 5,5% chez les utilisateurs de drogues (dont 84,9% des UDI²⁰⁷ se retrouvent à Lomé)²⁰⁸.

Les autres principales causes de mortalité sont fondamentalement liées à la santé de la mère et de l'enfant. Il s'agit : de la prématurité, des troubles en rapport avec la prématurité, du fœtus ou nouveau-né affecté par les troubles maternels, des infections néonatales, de la pneumonie et de l'anémie.

Concernant la santé de la mère et de l'enfant, en 2015, il a été enregistré 164 434 accouchements, 4 457 mort-nés, 2 064 avortements provoqués, 148 femmes décédées en couche, 510 enfants décédés dans les 28 jours après leur naissance (ANNEXE 17). Ces indicateurs sont inquiétants. Pour améliorer la situation, des actions sont menées en planification familiale, en santé de reproduction, en vaccination, en nutrition et en alimentation de l'enfant, etc.

Par ailleurs, le Togo a enregistré en 2015 des cas de méningite, de choléra, de poliomyélite, de la fièvre Lassa, des cas suspects de rougeole et de fièvre jaune²⁰⁹.

²⁰¹ Ministère de la Santé et de la Protection Sociale (2015).

²⁰² Ministère de la Planification du Développement et de l'Aménagement du Territoire (2014).

²⁰³ Selon l'enquête de « Surveillance de Seconde Génération » (SSG).

²⁰⁴ Enquête comportementale et de séroprévalence du VIH chez les professionnelles du sexe au Togo, CNLS, 2015.

²⁰⁵ HSH ou Men having Sex with Men (Hommes ayant des rapports Sexuels avec les Hommes).

²⁰⁶ Enquête séro-comportementale de 2^{ème} génération chez les homosexuels au Togo en 2015, CNLS, 2015.

²⁰⁷ UDI ou Utilisateurs de Drogue Intraveineuse.

²⁰⁸ Enquête comportementale et de séroprévalence du VIH chez les utilisateurs de drogues au Togo en 2011, PNLS, 2012.

²⁰⁹ Ministère de la Santé et de la Protection Sociale (2015).

Toutes ces difficultés du système de santé liées à l'insuffisance des ressources humaines en qualité et en quantité, des équipements, des infrastructures ne dissuadent pas des pratiques néfastes observées auprès du personnel.

En effet, malgré la lutte acharnée pour réduire les décès évitables et améliorer la qualité des services et soins de santé, il est observé dans les formations sanitaires des pratiques parallèles qui entravent ces efforts. Ces pratiques nécessitent d'être décrites à cause du tort qu'elles provoquent au système de santé et aux patients.

5.2.7 Pratiques parallèles néfastes au système de santé

Le système de santé souffre de certaines pratiques qui freinent la mise en œuvre de la politique de santé. Ces pratiques se retrouvent souvent au niveau des formations sanitaires publiques. Elles sont développées par toutes les catégories socioprofessionnelles de ces structures, du garde malade au professeur titulaire et chef de service. Elles altèrent la qualité des prestations, réduisent la fréquentation de ces structures, obèrent la viabilité financière de ces structures et ternissent l'image du système public de santé.

Selon le Ministère de la Santé (2011c), ces comportements non professionnels des personnels sont entre autres : les ventes illicites des produits pharmaceutiques aux clients, le racket des clients, les pratiques privées au sein de la structure, le détournement des patients vers des centres privés, le détournement du matériel et médicaments, les retards et absentéismes au poste de travail, les avortements clandestins, les violences physiques et verbales. Selon la même source, aucun audit organisationnel n'a été fait sur ces pratiques. Mais on note que les causes principales seraient : le bas niveau de salaire du personnel de santé, la perte de conscience professionnelle et déontologique, les mauvaises conditions de travail, l'insuffisance de suivi/supervision, le manque ou l'insuffisance dans la rigueur de la gestion des ressources humaines par la hiérarchie (trop de complaisance) et l'absence de sanctions négatives ou positives.

Les mesures dissuasives instituées par les autorités sanitaires ne sont pas venues à bout du phénomène. Ces mesures sont : les demandes d'explication, les inspections et sanctions administratives diverses.

Le Ministère de la Santé (2003), au travers sa politique de contractualisation initiée en 2003, et avec l'appui des partenaires techniques et financiers, a initié, depuis 2013, plusieurs actions de contractualisation dans les USP. Les résultats de ces projets pilotes n'ont pas été pérennisés et des leçons n'ont pas été capitalisées.

Depuis 2015, de nouvelles mesures sont en expérimentation dans certains hôpitaux pilotes : le CHU Sylvanus Olympio, le CHR d'Atakpamé et le HP de Blitta. Ces mesures consistent à contractualiser avec les privés, une partie des services de l'hôpital (cas du CHU Sylvanus Olympio) ou tous les services de l'hôpital (cas du CHR Atakpamé et du HP Blitta). Vivement que ces nouvelles mesures de contractualisation aboutissent pour le meilleur de la santé de la population et pour une extrapolation aux autres structures publiques de santé.

Après la présentation générale du système de santé et de l'état de santé des populations du Togo, il est nécessaire de faire un focus sur la médecine traditionnelle togolaise.

5.2.8 Médecine traditionnelle au Togo

Au Togo, comme dans tous les autres pays africains, la MT est aussi vieille que l'humanité. C'est la MM qui est récemment introduite.

Selon les historiens, les débuts de la médecine moderne au Togo étaient d'abord assurés par les Allemands (Mawunou, 2007). La colonisation allemande marque ainsi le commencement de la cohabitation des médecines moderne et traditionnelle. La colonisation date de 1884²¹⁰. A l'époque, le but premier de l'introduction de cette médecine n'était pas, selon Tolgou (1998), de traiter les indigènes mais les Européens et leurs collaborateurs autochtones. Cette assertion est confirmée par Assima-Kpatcha (2004), qui pense que l'introduction de cette médecine était indispensable pour soigner les autochtones et accroître les potentialités en main-d'œuvre dans le sens voulu par les colonisateurs.

Avant la médecine moderne, la médecine existait bien au Togo sous une forme traditionnelle (Gayibor, 2005). Les maladies, les malédictions, les mauvais sorts se traitaient. Et chaque communauté, chaque village avait des guérisseurs, des sorciers, des féticheurs ou prêtres, les

²¹⁰ Avant 1884, on ne peut pas parler du territoire togolais car les limites n'étaient pas encore tracées.

devins qu'on appelait généralement les médecins traditionnels. Ainsi donc, la société traditionnelle togolaise disposait d'un éventail très large de guérisseurs (Mawunou, 2007).

Mais cette pratique n'était pas légalement reconnue. Il faut donc attendre 2001 pour qu'elle soit légalement reconnue²¹¹. Ceci après la déclaration d'Alma Ata en 1978 sur les soins de santé primaires. Cette reconnaissance concrétise la volonté politique d'admettre la pratique comme un complément de la médecine occidentale.

La loi définit et circonscrit le cadre de son organisation pour une plus grande sécurité et efficacité au service de la santé de la population (ANNEXE 23). La MT au Togo est ainsi cadrée et placée sous le contrôle exclusif du ministère de la Santé. Selon la loi, elle est définie comme toutes les connaissances et techniques socioculturelles et religieuses reconnues par les communautés togolaises et qui servent à diagnostiquer, prévenir ou éliminer un déséquilibre du bien-être physique, mental, social ou spirituel. On peut dire qu'un praticien de la MT est « *toute personne reconnue compétente par la collectivité dans laquelle elle vit, et par toute association des thérapeutes traditionnels agréées par le ministère de la Santé* ²¹² ».

Malgré ce cadre d'organisation, la réalité est toute autre. Parmi, les praticiens de la MT au Togo certains possèdent une bonne maîtrise de leur art. D'autres ne sont que de vulgaires imposteurs, truands et menteurs qui exploitent la crédulité des usagers non avertis. « *Par leur incompétence, ils constituent un véritable danger pour la santé des populations portant ainsi préjudice à la crédibilité des thérapeutes togolais et africains authentiques. Il importe donc que des mesures appropriées soient prises pour protéger les populations contre l'esprit de lucre des faux praticiens de la MT* » (Assemblée Générale Constitutive, 2014 : 2). Au-delà, plusieurs associations de la MT ont vu le jour au Togo. Elles se confrontent et se concurrencent. En 2009, on comptait une quinzaine à Lomé (Akakpo, 2009). La plupart sont inactives pour des raisons d'égo, de manque de moyen et d'harmonisation des concepts nationaux et africains²¹³.

Les véritables goulets qui étranglent la pratique sont ainsi définis par les premiers acteurs. Cette prise de conscience est déjà un grand avantage. Ils en sont conscients et c'est à l'avantage de

²¹¹ Loi 2001-017 du 14 Décembre 2001 relative à l'exercice de la médecine traditionnelle au Togo (ANNEXE 23).

²¹² Article 3 de la loi 2001-017 (ANNEXE 23).

²¹³ Assemblée Générale Constitutive (2014).

l'amélioration de la pratique. Car on ne saurait améliorer cette médecine sans connaître les faiblesses, sans approfondir les insuffisances, bref sans faire davantage des recherches.

Mais il faut une ligne de démarcation entre les faiblesses communes et les faiblesses particulières. Les faiblesses communes sont celles qu'on retrouve de manière identique dans toutes les communautés culturelles : dispersion des connaissances, incompetence de certains praticiens, MT et médecine moderne opposées et travaillent en vase clos, etc. Les particulières sont celles qui sont singulières à une communauté culturelle et caractérisent cette communauté : les techniques culturelles de la pratique, les représentations sociales des maladies (Auge, 1984), la place des guérisseurs dans la culture de la communauté, etc.

Pour rendre utile la pratique de la MT, il est nécessaire de faire la part des choses. En effet, sur le plan culturel, les réalités propres à chaque communauté sont aussi importantes sinon plus importantes que les réalités d'ordre général. Et les particularités ne peuvent pas être généralisées à toutes les pratiques. Une recherche sur les particularités de la MT ne peut pas être extrapolée. Pour rendre la pratique de cette médecine utile, il faut des recherches plus approfondies au niveau de chaque communauté culturelle pour identifier les défis propres à la communauté.

Au Togo, les actions pour résorber les défis d'ordre général, commun à toutes les communautés ont été largement mises en œuvre. Les acteurs de mise en œuvre sont les praticiens, le gouvernement en collaboration avec la société civile et les partenaires pour le développement. Il s'agit, par exemple, de la loi 2001-017 relative à l'exercice de la médecine traditionnelle au Togo et donnant la possibilité de se fédérer²¹⁴ ; la *Journée Africaine de la MT*²¹⁵ organisée chaque 31 août depuis 2009. Dans le cadre de la journée africaine de 2012 de la MT, il a été inauguré le premier Centre de la MT Appliquée au Togo (CEMETRA). Ce centre a son siège à Tchamba.²¹⁶ Durant la même année, le Groupe Technique d'Appui pour la valorisation de la MT du Togo (GTAVMT/TOGO) a été mis sur pied. Ce Groupe est constitué de praticiens de la MT, des agents du Ministère de la Santé, de médecins conventionnels, des chercheurs de l'Université de Lomé et des personnes ressources. Il a pour objectif d'appuyer le ministère de la Santé pour la revalorisation de la MT. En mars 2014²¹⁷, la journée a été l'occasion pour les

²¹⁴ Article 5 de la loi (ANNEXE 23).

²¹⁵ Cette journée est instaurée par Union Africaine (UA) en collaboration avec l'OMS en 2002 ; l'UA a institué aussi la période 2001-2010 puis 2011-2020, décennies de la médecine traditionnelle en Afrique.

²¹⁶ Au nord-est du pays.

²¹⁷ La 11^e journée de la médecine africaine a été différée en mars 2014.

chercheurs, les praticiens traditionnels et conventionnels de santé, les ONG de se réunir autour du thème «*Recherche-développement en MT*».

Il s'agit maintenant d'identifier ce qui est singulier et particulier. La documentation consultée renseigne que les recherches existent dans deux grands domaines au Togo.

Le premier domaine traite des travaux sur les plantes. Il s'agit d'abord des recettes à base de plantes (Adjanooun et *al.*, 1986) ; de l'efficacité des extraits de plantes face à différentes maladies (Darré et *al.*, 2014; Kounouchi et *al.*, 2014; Effoe et *al.*, 2014)²¹⁸, etc. Ces recherches prouvent à suffisance que certaines maladies sont bien guérissables par des décoctions traditionnelles à base d'organes de plantes et autres. Selon les Mossi « *Chaque arbre possède ses génies, ses remèdes et ses sorts* »²¹⁹. Au Togo, « *les recettes de plantes recensées sont préparées essentiellement par décoction (77,29%) suivie de la macération (18,84%) et de l'infusion (3,86%)* » (Denou, 2011 : 4). Ces médicaments ont fait leurs preuves. Des recherches ont révélé que 77 espèces, regroupées dans 39 familles botaniques, sont utilisées dans la MT togolaise. On note que 49 % de ces espèces sont utilisées contre les maladies de l'appareil digestif et 17 % pour les dermatoses (Radji et Kokou., 2013). D'autres, sans être en contradiction avec les premiers chiffres, révèlent plutôt que ce sont 112 espèces végétales appartenant à 51 familles (Gbekley et *al.*, 2015). Cette pluralité de chiffres indique que d'innombrables organes de plantes sont utilisés au Togo comme remèdes (Adjanooun et *al.*, 1986). Au Togo et au Mali, une recherche a recensé 304 recettes contre l'algie paludique auprès de quatre-vingt-dix praticiens de la médecine traditionnelle. Ces recettes sont composées de 126 espèces appartenant à 106 genres de 43 familles de plantes (Denou, 2011). A titre d'exemples :

- l'extrait de la plante *Fagaraxanthoxyloides* (Pousset, 2006) pour fabriquer le médicament traditionnel amélioré « *Drépanostat* » utilisé contre la drépanocytose ;
- la pulpe des tiges feuillées de la plante *Mitracarpusscaber*, appliquée en cataplasme avec d'autres substances pour soigner les plaies (Kabore, 1999) ou l'effet d'*Acacia nilotica* sur la cicatrisation cutanée des plaies induites par brûlure (Darré et *al.*, 2014);

²¹⁸ Voir King, Homsy et Allen (1992); Laifer, et al. (1992); Fanidji (2006).

²¹⁹ Proverbe cité dans l'ouvrage « Corps Biologique, corps social : Procréation et maladies de l'enfant en pays mossi Burkina Faso » (Bonnet, 1988 : 81). On retrouve les Mossi au sud du Burkina Faso et au nord du Togo.

- les extraits de plantes *Momordicacharantia* (Cucurbitaceae), *Psidiumguajava* (Myrtaceae) et *Pteleopsissuberosa* (Combretaceae) (Gbogbo et al., 2013) ou *piliostigmathonningii* (SCHUM.) MILNE-REDH (Effoe et al., 2014) sont très utilisés en MT comme antimicrobiens.

Par ailleurs, des recherches menées dans les laboratoires au Togo ont révélé l'existence des plantes contre les virus (Anani et al., 2000) ou les parasites (Kounouchi et al., 2014). Ces plantes sont utilisées par les praticiens de la MT.

Dans la Région Maritime, l'utilisation régulière des plantes *Guilandina bonduc*, *Allium cepa* et *Conyzaaegyptica* pour soigner le diabète est très fréquente (Gbekley et al., 2015). Même pour les douleurs musculaires, un mal très fréquent dans le milieu sportif, les plantes *ThonningiasanguineaVahl* et *PaulliniapinnataL* sont très utiles (Hele et al., 2014). La plante *MoringaoleiferaLam* par exemple, est utilisée contre plusieurs maladies : hypertension, diabète et les maladies infectieuses (Atakpama et al., 2014).

Depuis novembre 2017, le ministère de la Santé a pris des engagements pour reconnaître les vrais praticiens de la MT. Il a fixé les conditions d'exercice de leur pratique. Il a reconnu aussi l'efficacité de la pharmacopée togolaise et a défini les conditions de délivrance des autorisations de mise sur le marché de ces médicaments²²⁰.

Le second domaine de recherche porte sur les représentations sociales des maladies. La littérature parcourue prouve à suffisance qu'il existe des conceptions culturelles de la maladie au Togo (Lovell, 1995; Djassoa, 1988; Dassa et al., 2010b)²²¹. Les mêmes auteurs assurent que les conceptions sociales des maladies expliquent le choix thérapeutique entre la MT et la médecine moderne. Ce courant de pensée est résumé par Lovell (1995 : 9). Il dit que : « *Le lien entre la définition de la maladie et la conception du corps humain joue un rôle fondamental dans toute décision concernant le patient et dans les démarches entreprises à la recherche d'un traitement approprié. La maladie est ainsi souvent perçue comme un état progressif, suivant plusieurs phases, et où il est essentiel de trouver le traitement correspondant avant qu'il ne soit trop tard.* »

²²⁰ Arrêté N°193/MSPS/CAB/SG/DGAS/DPLM et Arrêté N°194/MSPS/CAB/SG/DGAS/DPLM du 03/11/2017.

²²¹ Voir aussi Djassoa et Dassa (2003) ; Dassa et al., (2010) ; Auge (1984) ; Atchrimi (2008).

Le lien est fondamental et important. Mais aucune de ces recherches n'a véritablement mis le lien entre la conception culturelle de la maladie et le choix du patient. Il en est de même entre les autres facteurs et le choix thérapeutique. Il est aussi remarquable de constater que la plupart de ces recherches « *ont été réalisées, dans leur totalité, sous forme d'étude hospitalière. Elles visent pour 83% d'entre elles le vécu et les facteurs psychosociaux relatifs à des domaines comme l'adhésion aux prescriptions médicales pour différentes affections (sida, hypertension, cancer, diabète, stérilité, AVC etc.)* » (Kpassagou, 2014 : 44).

Force est de constater que dans le domaine des recours à la MT, les écrits scientifiques (articles et thèses) sont encore rares au Togo. Contrairement aux autres pays africains : Bénin (De Baeremaeker, 2013; Benoist, 1989; Richard, 2001; Ouendo et *al.*, 2005) ; Burkina Faso (Yaogo et *al.*, 2014), Mali (Mariko, 2003), etc. En effet, contrairement aux sciences de la vie, plusieurs questions en sciences humaines et sociales restent sans réponse. On ne peut non plus dire que dans les sciences de la vie toutes les recherches sur la MT ont été faites. Dans ces conditions, les usagers s'aventurent vers la MT par curiosité ou par empirisme. Aucune garantie n'est offerte. Ils sont toujours confrontés au syncrétisme thérapeutique, une impasse dans les soins aboutissant à des thérapies parfois inappropriées. Il revient d'éclaircir suffisamment les populations, les aider à comprendre leur propre comportement, les raisons de leurs décisions sur les itinéraires thérapeutiques, les informer sur les avantages et les inconvénients de la MT, la dangerosité ou l'efficacité des médicaments qu'elles prennent. Les résultats d'une recherche sur l'assurance maladie au Burkina Faso signalent que quand les populations sont abandonnées à elles-mêmes, quand elles sont peu informées sur les différentes thérapies, elles : « *utilisent plusieurs itinéraires thérapeutiques pour résoudre leur problème de santé* » (Kagambega, 2010 : 2).

Au travers cette analyse de la situation qui a porté sur l'aspect physique du Togo, sur les contextes sociodémographique et administratif, sur le système de santé y compris la MT, il se dégage des atouts, insuffisances, potentialités et menaces.

5.3 FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITES ET MENACES (FFOM)

L'analyse de la situation, c'est-à-dire le diagnostic du contexte de mise en œuvre du Projet, renseigne qu'il y a plusieurs faiblesses et opportunités, mais très peu de forces et de menaces liées au développement de la MT.

5.3.1 Forces

- la loi 2001-017 ; portant exercice de la MT, reconnaît les praticiens de la MT, leurs associations et fédérations et autorise la cohabitation de la MT et de la MM ;
- L'existence depuis 2003 d'une politique de contractualisation des services de santé qui permet de mutualiser les compétences dans le cadre d'un partenariat public et privé ;
- La Politique nationale de santé et le PNDS considèrent la MT comme une composante du système de santé ;
- l'existence d'au moins deux centres de la MT appliquée (CEMETRA et COA) et des associations de la MT qui œuvrent pour la redynamisation et le développement de la MT ;
- l'existence des recherches fondamentales sur les plantes médicinales ;
- disponibilité des chercheurs sur les pratiques de la MT ;
- la MT au Togo est placée sous le contrôle exclusif du ministère de la Santé.

5.3.2 Faiblesses

- La cherté des services de santé modernes ;
- les recherches scientifiques ne couvrent pas tous les domaines de la MT (social, médicamenteuses, organisationnel, etc.) ;
- la MT et la MM opposées et travaillent en vase clos ;
- certains praticiens de la MT sont des imposteurs, exploitant la crédulité des usagers non avertis ;
- la qualité des médicaments traditionnels pas contrôlée ;
- les textes d'application de la loi relative à l'exercice de la MT inexistantes ;
- les associations et les fédérations de la MT sont très peu fonctionnelles ;
- des pratiques néfastes observées auprès du personnel de la MM qui annihilent les efforts de modernisation et découragent les usagers ;
- la demande des services et soins de santé de la MM est faible ;
- peu de formations sanitaires disposent du personnel répondant aux critères de nombre et de compétence requis ;
- les résultats des recherches sur la MT ne sont pas exploités par le ministère en charge de la Santé pour développer la MT ;
- les formations sanitaires sont difficiles d'accès surtout en hivernage ;

- les populations s'adonnent plus à l'automédication qu'aux produits pharmaceutiques ;
- nécessaires et indispensables pour assurer efficacement les soins et services ;
- le PMA plus de la moitié des officines pharmaceutiques sont installées à Lomé ;
- faible pourcentage de structures sanitaires disposent du minimum d'équipements essentiels est insuffisamment mis en œuvre faute de personnel qualifié et d'équipements appropriés.

5.3.3 Opportunités

- L'existence d'une faculté des sciences de la santé, des écoles qui forment des médecins généralistes et des paramédicaux ;
- l'évolution positive de la croissance économique et de la diminution de l'extrême pauvreté ;
- l'existence des recherches fondamentales sur les plantes médicinales ;
- disponibilité des chercheurs sur les pratiques de la MT ;
- la Constitution de la quatrième République garantit le droit à la santé ;
- la Stratégie de Croissance Accélérée et de Promotion de l'Emploi (SCAPE 2013-2017) et le Plan National de Développement donnent une place de choix au secteur social dont la santé ;
- la végétation abondante est source de médicaments à base d'organes de plantes et d'animaux ;
- le recours des populations à la MT ne dépend pas des variables démographiques et de la catégorie socioprofessionnelle ;
- les facteurs qui poussent les populations vers la MT ou leur interdisent la MT sont connus.

5.3.4 Menaces

- le relief malgré ses atouts nombreux contribue à limiter dans certaines zones l'accès aux soins de santé ;
- la variation des climats et les anomalies climatiques sont sources de maladies comme la méningite ;
- des ménages les plus pauvres n'ont pas pu bénéficier de la croissance économique ;

- les risques de mauvaises représentations de la médecine mixte (MM et MT) existent auprès des praticiens de la MM et des « non usagers de la MT » pouvant entraîner des réticences pour la cohabitation.

La connaissance des forces, faiblesses, opportunités et menaces a permis de faire une analyse approfondie des problèmes et des objectifs. Laquelle analyse a conduit à l'identification d'un Projet qui répond au mieux aux préoccupations des populations.

5.3.5 Analyse des problèmes

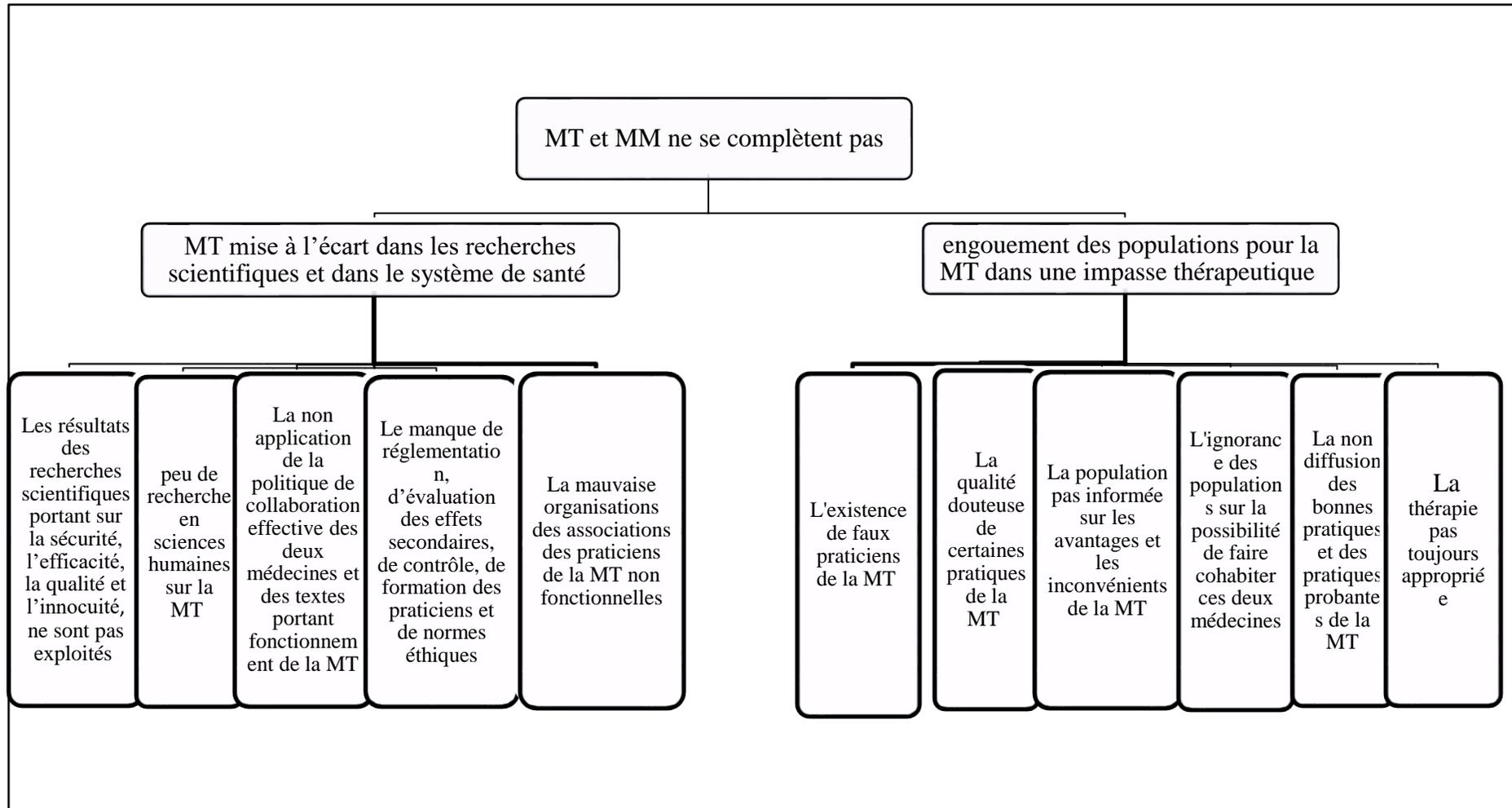
Les problèmes (ou les faiblesses) identifiés dans l'analyse FFOM sont catégorisés en problèmes immédiats et en problèmes connexes. Cette catégorisation tient essentiellement compte des populations cibles de la présente recherche à savoir les « usagers de la MT » (TABLEAU 5-1). La distinction de ces problèmes s'impose, car l'analyse de la situation s'est faite dans l'environnement global du système national de santé. Le premier groupe de problèmes est directement lié à la MT, à la pratique ou à l'usage de la MT. Le second groupe est composé de problèmes connexes qui peuvent être résolus dans le cadre d'autres Projets de renforcement du système de santé. Ensuite, les problèmes dits immédiats sont hiérarchisés dans un diagramme sous la forme d'un organigramme. Ce diagramme (Figure 5-8 ci-dessous) présente les relations entre les différents problèmes. Les uns sont les causes des autres. Tous concourent au problème capital qui est : MT et MM ne se complètent pas suffisamment.

TABLEAU 5-1 : CATEGORIES DE PROBLEMES

PROBLEMES IMMEDIATS	PROBLEMES CONNEXES
<ul style="list-style-type: none"> • les recherches scientifiques ne couvrent pas tous les domaines de la MT (social, médicamenteuses, organisationnel, etc.) ; • la MT et la MM opposées et travaillent en vase clos ; • certains praticiens de la MT sont des imposteurs, exploitant la crédulité des usagers non avertis ; • les associations et les fédérations de la MT sont très peu fonctionnelles ; • les résultats des recherches sur la MT ne sont pas exploités par le ministère en chargé de la Santé pour développer la MT ; • la qualité des médicaments traditionnels pas contrôlée ; • textes d'application de la loi sur l'exercice de la MT inexistants. 	<ul style="list-style-type: none"> • La cherté des services de santé modernes ; • le PMA est insuffisamment mis en œuvre faute de personnel qualifié et d'équipements appropriés ; • des pratiques néfastes observées auprès du personnel de la MM qui annihilent les efforts de modernisation et découragent les usagers ; • la demande des services et soins de santé de la MM est faible ; • peu de formations sanitaires disposent du personnel répondant aux critères de nombre et de compétence requis ; • les formations sanitaires sont difficiles d'accès surtout en hivernage ; • les populations s'adonnent plus à l'automédication qu'aux produits pharmaceutiques ; • plus de la moitié des officines pharmaceutiques sont installées à Lomé ; • faible pourcentage de structures sanitaires disposent du minimum d'équipements essentiels nécessaires et indispensables pour assurer efficacement les soins et services.

Source : AKPO GNANDI O., sur la base de l'analyse FFOM (ou SWOT)

FIGURE 5-8 : DIAGRAMME DES PROBLEMES



Source : AKPO GNANDI O., sur la base des constats et de la problématique de ce travail

Sur la base de l'analyse des problèmes, il est procédé à l'analyse et à l'identification des objectifs qui seront assignés au Projet.

5.3.6 Analyse des objectifs et des résultats

La Figure 5-9 ci-dessous décrit les différentes situations sous forme d'objectifs. L'objectif spécifique que vise le Projet est : « Médecines moderne et traditionnelle se complètent efficacement ». Deux principaux extrants, qui vont concourir à la réalisation de l'objectif spécifique (Figure 5-9), sont attendus. Ces extrants sont les deux piliers sur lesquels va reposer le Projet. Il s'agit de :

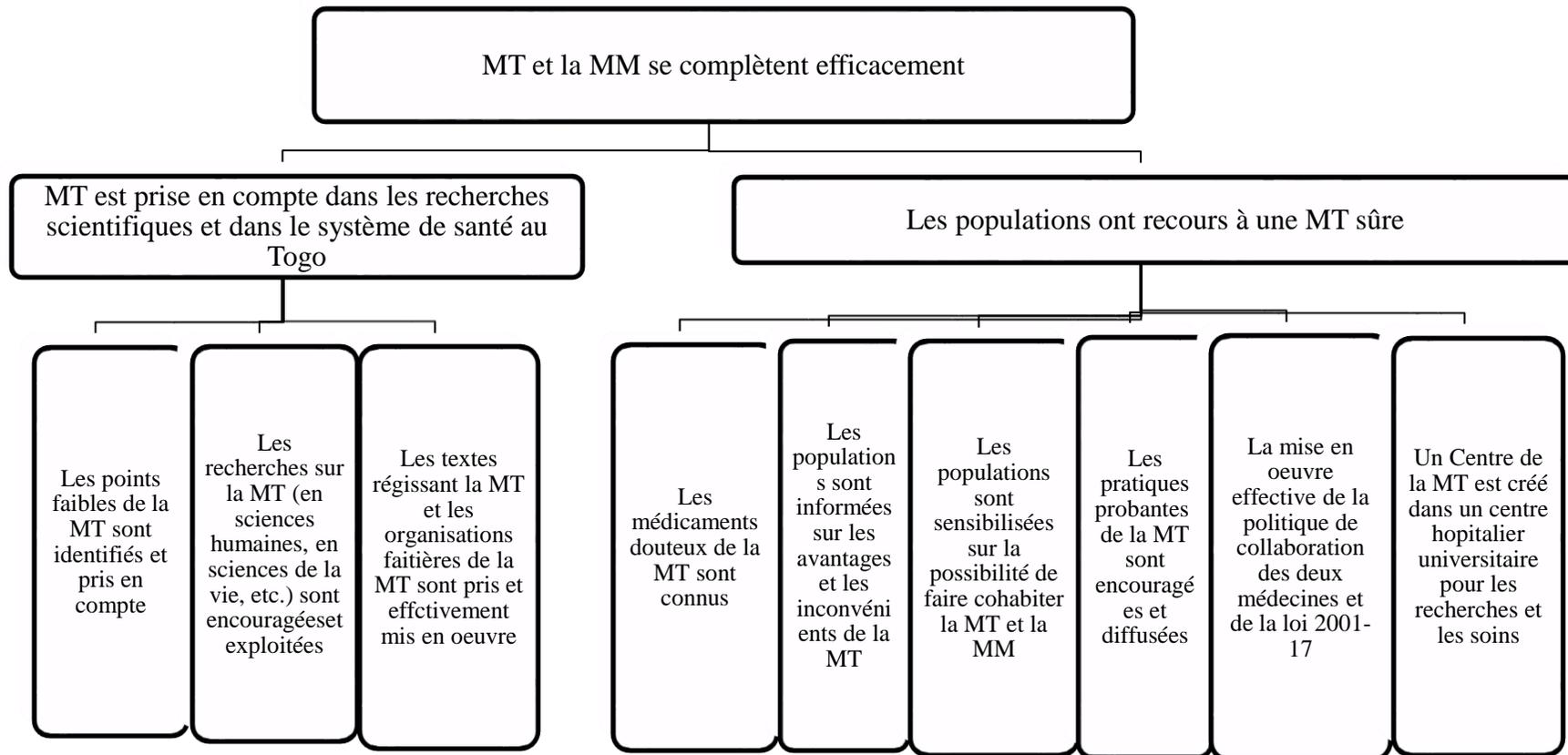
1. La MT est prise en compte dans les recherches scientifiques et dans le système de santé.
2. Les populations ont recours à une MT sûre.

Le premier extrant se focalise sur la « Recherches et Développement » dans le domaine de la MT. Des recherches et des pratiques probantes de la MT togolaise seront encouragées. Le second se focalise sur les « Services et soins en MT ». Les patients seront soignés et conseillés sur la base des pratiques probantes en MT.

Le Projet s'arrime bien au le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2022 à travers l'objectif général qui est : « Amélioration de la disponibilité des médicaments et autres produits de santé de qualité ²²²».

²²² Axe stratégique n°5 du PNDS 2016-2020.

FIGURE 5-9 : DIAGRAMME DES OBJECTIFS



Source : AKPO GNANDI O., sur la base des constats et de la problématique de ce travail.

Conclusion

La médecine traditionnelle est confrontée à plusieurs difficultés dont beaucoup sont endogènes (faiblesses) au système sanitaire togolais. Elle bénéficie aussi d'atouts endogènes et exogènes. Les faiblesses relevées sont les causes d'un problème principal. Ce problème est que les deux médecines ne collaborent pas suffisamment. De ce constat, l'objectif spécifique du Projet proposé est : « Médecines moderne et traditionnelle se complètent efficacement ». Deux principaux axes, vont concourir à la réalisation de cet objectif.

Le chapitre suivant présente le contexte de mise en œuvre du Projet, les ressources nécessaires et le planning.

CHAPITRE 6 : INTEGRATION DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE DANS LE SYSTEME SANITAIRE PAR LA VULGARISATION DES PRATIQUES PROBANTES

Introduction

Le problème fondamental posé est que la MT fait objet d'une admiration ostensible des populations. Elles ont généralement recours à cette pratique. Mais celle-ci est mise à l'écart tant au niveau du système de santé, qu'au niveau des recherches scientifiques. L'analyse de la situation du système de santé apporte de nouveaux éléments à la compréhension de la problématique. Elle révèle plusieurs faiblesses, mais aussi des forces et des opportunités liées à la MT et au système de santé. La plupart des faiblesses énumérées sont en lien avec les facteurs qui expliquent le recours des populations à la MT. En tenant compte de ces constats, un Projet de développement pour une solution durable est proposé dans ce chapitre. Le chapitre décrit le contexte de mise en œuvre, le planning et les ressources nécessaires pour l'exécution dudit Projet.

6.1 CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE

Après l'analyse FFOM (ou SWOT), les différents problèmes (*Faiblesses*) énumérés et constatés et qui justifient et renforcent la problématique de ce travail ont été répertoriés. Le Projet sera mis en œuvre dans un contexte favorable. C'est un Projet à caractère social dont la finalité n'est pas obligatoirement la rentabilité financière mais au contraire, il doit impacter positivement sur le social et l'état de santé des populations.

6.1.1 Justification du Projet

Ce travail de recherche confirme l'engouement des populations pour la MT. Sur les 210 personnes enquêtées, 169 soit 80,48% ont fait au moins recours une fois à la MT. Parmi ces usagers, 92,31% ont déclaré être satisfaits ou très satisfaits des résultats. Ceux-ci ne doivent pas être laissés à leur propre sort devant la MT.

L'analyse de la situation a révélé certaines faiblesses du système de santé qui sont liées à la MT. Une action de résolution de problème en lien avec cette recherche et les faiblesses

constatées est proposée. Cette action est un Projet qui va contribuer à intégrer effectivement la MT dans le système de santé au Togo. Elle s’aligne sur la vision de la politique nationale de santé au Togo qui est d’assurer à toute la population le niveau de santé le plus élevé. Elle est aussi en cohérence avec la Constitution de la IV^{ème} République qui reconnaît le droit à la santé pour tous les Togolais²²³ et assure la promotion de ce droit.

Le Projet se justifie aussi, parce qu’il est en cohérence avec les engagements que l’Etat Togolais a pris au niveau international. Parmi ces engagements, il y a :

- la Déclaration d’Alger 2008 sur le renforcement de la recherche en santé en Afrique ;
- la Politique de la Santé pour Tous dans la région Africaine pour le 21^{ème} siècle : Agenda 2020 ;
- les Objectifs du Développement Durable (ODD) adoptés par l’Assemblée Générale des Nations Unies en septembre 2015.

Le Projet trouve encore sa justification dans la loi 2001-17 relative à l’exercice de la MT (ANNEXE 23). Cette loi reconnaît la MT togolaise, encourage son développement et la collaboration des praticiens de la MM et les institutions de recherche. L’atteinte des objectifs du Projet nécessite la mise en œuvre des interventions.

6.1.2 Interventions, mise en œuvre des activités

La mise en œuvre du Projet se fera sur la base de la Gestion Axée sur les Résultats. L’impact attendu est : *Amélioration de la disponibilité des médicaments et autres produits de santé de qualité*²²⁴. L’effet attendu est : *Médecines moderne et traditionnelle se complètent efficacement*. Pour atteindre ces résultats, les activités identifiées seront mises en œuvre.

6.1.2.1 Actions du Projet

Le premier volet du Projet est : « Recherches et Développement ». Dans ce cadre, l’accent sera mis sur les recherches dans toutes les disciplines à savoir : les sciences de la vie, les sciences sociales et humaines. Les activités à mettre en œuvre seront axées autour des recherches, la diffusion des résultats des recherches et la qualité des médicaments de la MT. Les recherches

²²³ Article 34 de la Constitution de la République Togolaise, promulguée le mercredi 14 octobre 1992.

²²⁴ Axe Stratégique N°5 du PNDS (Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, 2016).

fondamentales, les recherches-développement, les recherches opérationnelles, les recherches actives et les recherches participatives seront encouragées. Elles porteront sur les médicaments existants, les nouveaux médicaments, les comportements des populations, des usagers, les pratiques de la MT, etc. Les enseignants chercheurs, les doctorants, les étudiants, les praticiens de la MT sont les principaux acteurs de recherche qui seront financés. Des colloques et des forums en lien avec les pratiques de la MT togolaises seront organisés. Les résultats porteurs et probants seront diffusés²²⁵. Le Centre pourra appuyer, dans la mesure du possible, les chercheurs et les praticiens de la MT à obtenir les brevets de propriété intellectuelle. Dans ce cadre, un accord de partenariat sera signé entre le Ministère en charge de la Santé et le propriétaire de l'invention.

Concernant les médicaments de la MT, des tests de contrôle de qualité seront menés. Le service de contrôle de qualité des médicaments au Togo n'est pas encore fonctionnel. Mais, les médicaments traditionnels seront contrôlés, avant la mise en fonction de ce service, par les techniques de contrôle de la toxicité ou de l'innocuité que pratiquent les chercheurs des universités et des centres de recherches du Togo. L'approbation de la qualité des médicaments, de leur caractère éthique et de leur vulgarisation pour la consommation sera donnée par les universitaires. Un comité d'éthique sur les médicaments traditionnels veillera au respect des principes généraux sur les médicaments traditionnels. Des avis à manifestation d'intérêt sur les médicaments et les pratiques efficaces en MT seront lancés pour les répertorier et les mettre à la disposition des chercheurs.

Le second volet est celui des « Services et soins en MT ». Les activités qui seront mises en œuvre vont concourir à rassurer les « usagers » et à rendre les soins et les pratiques de la MT sûrs. Ces activités sont les soins, les sensibilisations²²⁶, les formations, et la mise à disposition du Projet du personnel qualifié. Les populations doivent être conscientes et convaincues que la MT comme la MM a des avantages et des inconvénients. Parmi les praticiens de la MT, il y a des imposteurs et les vrais praticiens. La sensibilisation doit rassurer la population et les praticiens de la MM que la cohabitation des deux médecines est légale au Togo. Les deux médecines concourent à assurer la santé aux populations. Les patients seront soignés en utilisant les pratiques probantes de la MT togolaise.

²²⁵ Les mécanismes de diffusion des résultats de recherche et d'identification des bonnes pratiques et des pratiques probantes sont développés plus bas.

²²⁶ Les outils de sensibilisation seront davantage développés au § 6.3.4 Stratégie de communication.

La coordination de toutes les activités se fera dans un centre de recherche et de prise en charge. Le Centre sera totalement dédié à la MT. Il sera construit et équipé, de préférence, sur le site du CHU Campus. Sa vocation sera de soigner avec les pratiques probantes de la MT et d'encadrer les recherches. Les praticiens de la MM, ceux de la MT et les chercheurs y travailleront. Des personnels d'appui seront recrutés. Des accords de recherche seront signés avec les universités du Togo. Un cahier de charges sous forme d'arrêté ministériel, définissant le fonctionnement et les missions du centre sera rédigé et appliqué. Les plaidoyers seront menés en vue de la signature et de la mise en œuvre effective des arrêtés d'application du décret 2001-17 portant exercice de la MT.

Le processus d'identification et d'approbation d'une pratique probante suivra celui de la Santé Publique Fondée sur les Preuves (SPFP). Ces pratiques seront classées selon la rigueur scientifique.

6.1.2.2 Activités de classification des pratiques probantes selon la qualité scientifique

La méthode d'identification des pratiques probantes proposée ici n'est pas encore appliquée dans le système de santé au Togo encore moins dans la MT togolaise. Elle s'inspire d'un concept du Centre de Collaboration National des Méthodes et Outils (CCNMO)²²⁷ appliqué en santé publique au Canada. Le concept est la Santé Publique Fondée sur les Preuves (SPFP). Il tire son origine de la médecine factuelle (Cullum et *al.*, 2008). L'élargissement de la médecine factuelle pour englober la SPFP se définit selon Kohatsu et *al.* (2004) comme : « *Le processus visant à intégrer les interventions axées sur les connaissances aux préférences communautaires afin d'améliorer la santé des populations.* » Cette méthode sera adaptée à la réalité des pratiques de la MT togolaise.

En effet, les pratiques en MT sont des soins, des médicaments, des prescriptions de comportements, etc. Toutes les pratiques ne sont pas efficaces. Celles qui seront observées comme efficaces sont qualifiées de *bonnes pratiques*. Elles ne sont pas toutes probantes. Les pratiques probantes sont celles qui ont fait objet de recherches scientifiques avec des résultats probants. La rigueur scientifique de la méthodologie de recherche va aider à les classer. Les

²²⁷ Centre de collaboration nationale des méthodes et outils (CCNMO), Université McMaster, Hamilton, Ontario, www.nccmt.ca, nccmt@mcmaster.ca .

universitaires et le comité d'éthique seront les seuls habilités à approuver le caractère probant de la pratique.

Dans une base des données seront enregistrées toutes les recherches sur la MT togolaise. Concernant les pratiques probantes, toutes les informations seront disponibles dans la base. Il s'agit de la méthodologie de recherche, des résultats de recherches, de ou des auteurs, de l'équipe de validation des résultats, des techniques d'évaluation de la recherche, du résumé, de l'article sur la recherche, des conclusions de la recherche, etc. La base sera un ensemble de connaissances systématiquement observées, recueillies, évaluées et analysées. Elle permet des comparaisons avec d'autres formes de connaissances afin de faciliter la prise de décision relative aux politiques et aux programmes (Dobbins, 2017). A cette fin, un recueil d'outils servant à classer les pratiques selon leur qualité est indispensable (Ciliska et *al.*, 2006; Ciliska et *al.*, 2010). Les bonnes pratiques qui ont passé avec succès les modèles de recherche seront qualifiées de pratiques probantes. Elles seront hiérarchisées selon la qualité de la recherche. Cette qualité sera évaluée selon le modèle de recherche utilisé. On distingue deux groupes de modèles. Les modèles des recherches quantitatives et ceux des recherches qualitatives. L'encadré ci-dessous montre les modèles de recherche quantitative hiérarchisés selon la rigueur scientifique décroissante²²⁸.

ENCADRE : HIERARCHIE DECROISSANTE DES MODELES DE RECHERCHE SELON LA QUALITE ET LA RIGUEUR SCIENTIFIQUES (CAS DES RECHERCHES QUANTITATIVES)

1. Examens systématiques et méta-analyses
2. Essais sur échantillon aléatoire et contrôlé à double insu
3. Etudes de cohortes
4. Etudes cas-témoin
5. Etudes de série de cas
6. Rapport de cas
7. Idées, éditoriaux, opinions d'experts
8. Etudes sur des animaux
9. Travaux de recherche in vitro (en éprouvette)

Source : Centre de Collaboration Nationale des Méthodes et Outils (2015)

²²⁸ Voir les définitions des modèles dans le glossaire inspiré de celui du CCNMO à la page 319.

L'examen systématique des essais contrôlés constitue donc selon l'encadré, la démarche la plus rigoureuse. Une recherche menée sur les médicaments de la MT togolaise selon cette démarche est très scientifique, très rigoureuse et les résultats qui en sortent sont considérés comme des preuves de premier ordre. Les médicaments pourraient être autorisés, conseillés et vulgarisés après avis des universitaires et du comité éthique. Les autres démarches sont aussi rigoureuses et donnent des résultats probants.

La particularité des recherches quantitatives est qu'elles permettent de connaître l'efficacité et les causes des pratiques ou comportements (Centre de Collaboration National des Méthodes et Outils, 2012 b). Elles sont, de ce fait, plus conseillées pour les recherches sur l'efficacité des médicaments de MT ou les autres pratiques curatives des praticiens de la MT togolaise. Elles visent de ce fait à :

- cerner, à définir et à mesurer les facteurs qui contribuent à un trouble ou une maladie ;
- examiner les rapports entre les facteurs ;
- déterminer si quelque chose est causé par quelque chose d'autre ;
- évaluer le rapport coût-efficacité d'une intervention ;
- déterminer l'exactitude et la précision d'une évaluation ou d'un essai ;
- contrôler l'innocuité ou la toxicité des médicaments traditionnels.

Ainsi, les travaux des auteurs Atakpama *et al.* (2014), Gbekley *et al.* (2015), Effoe *et al.* (2014), Gbogbo *et al.* (2013), Kounouchi *et al.* (2014), Anani *et al.* (2000), Darré *et al.* (2014), Denou (2011), Agbonon *et al.* (2005), etc. sur les organes de plantes utilisés dans la MT togolaise seront classés selon la rigueur scientifique. Si les résultats respectent les modèles de l'encadré ci-dessus, les pratiques seront qualifiées de probantes. Les résultats seront classés selon la qualité de la recherche pour des prises de décision.

Concernant les modèles de recherches qualitatives, ils visent à mieux comprendre une expérience ou une situation. Ils permettent de connaître les enjeux, les phénomènes ou les processus et les divers sens que les gens leur donnent. Les recherches dans ces cas sont généralement réalisées par des entrevues, des discussions en groupe et des analyses par observation ou documentaires. Les types de modèles de recherche qualitative sont présentés dans le Tableau 6-1 ci-dessous. Ils ne sont pas hiérarchisés. Car, dans ce cas de figure, il s'agit de vérifier si le modèle utilisé correspond au résultat attendu et à la question de recherche.

TABLEAU 6-1 : MODELES DE RECHERCHE QUALITATIVE

Question relative à	Résultat attendu	Modèles d'étude qualitative courants
L'expérience que les gens ont vécue	Des données qui font mieux comprendre la nature ou le sens des expériences que les gens ont vécues quotidiennement	Étude phénoménologique
Les connaissances culturelles, les normes, les valeurs qui influencent les expériences ou les modèles de comportement dans une culture	Des données sur une culture précise provenant de personnes qui y ont réellement vécu	Étude ethnographique
Les processus qui façonnent le comportement et l'interaction	Des données qui produisent une théorie sur les forces sociales sous-jacentes qui façonnent le comportement des personnes et l'interaction entre elles	Théorie à base empirique
La description d'un phénomène	Des données qui décrivent le « qui, quoi, où » d'un événement (<i>bien que la description qualitative représente le fondement de toutes les études qualitatives, elle peut être considérée comme un modèle de recherche en soi.</i>)	Description interprétative (également appelée description qualitative)
L'examen d'expériences vécues par une personne, un groupe ou un organisme	Des données qui décrivent des expériences touchant un seul événement (<i>cela diffère du genre phénoménologique du fait que le phénomène et son contexte ne sont peut-être pas facilement définissables dans une étude de cas.</i>)	Étude de cas

Source : Loiselle, Profetto-McGrath, Polit et Beck (2011), de Ploeg (1999), et de Russell et Gregory (2008), cité par le CCNMO, Evaluation critiques des lignes qualitatives (2015)

En définitif, ce sont les pratiques probantes qui feront objet de formation et de vulgarisation. Mais avant cela, ces pratiques vont suivre un processus de sélection.

6.1.2.3 Processus d'identification, d'utilisation et de vulgarisation des pratiques probantes en MT

L'identification des pratiques suivra une méthodologie inspirée de celle de la Santé Publique Fondée sur les Données Probantes (SPFDP). Cette méthodologie est du CCNMO. Elle sera

adaptée aux réalités de la MT togolaise. Elle comporte sept étapes (Figure 6-1 ci-dessous) qui visent à distiller et à disséminer les meilleures pratiques de la MT togolaise provenant de la recherche, du contexte et l'utilisation de ces pratiques pour éclairer et améliorer les programmes et les politiques en santé publique. En d'autres termes, il s'agit de rechercher, de découvrir et de partager les expériences qui fonctionnent bien en MT au Togo.

FIGURE 6-1: ETAPES DU CONCEPT DE LA SANTE PUBLIQUE FONDEE SUR LES PREUVES (SPFP) OU DONNEES PROBANTES



Source : Centre de collaboration nationale des méthodes et outils (2012). *Modèle de prise de décision en santé publique fondée sur les données probantes*. [Fiche technique]. Récupéré du site <http://www.nccmt.ca/publications/pub-eidm/2/list-fra.html>

La prise de décision va suivre les sept étapes de la SPFP à savoir : Définir, Rechercher, Estimer, Synthétiser, Adapter, Mettre en œuvre et Evaluer.

Etape Définir. Il s'agit ici de savoir quel type de décision sera pris. Cela consiste à définir la question ou le problème, à savoir ce que l'on recherche dans la base des pratiques en MT. De ce point de vue, la question ou le problème doit être ciblée, bien formulée et avoir une réponse possible. Pour être précise, concise et pertinente, la définition de la question ou du problème doit suivre un format. Il y a un format pour les questions de recherche quantitative et un format pour les recherches qualitatives. Cependant, il peut être utile ou indispensable d'associer les questions qualitatives et quantitatives. Le format des questions quantitatives comporte quatre éléments à savoir : la **p**opulation cible, l'**i**ntervention pour laquelle on veut prendre la décision, la **c**omparaison par rapport à la situation sanitaire antérieure et le **r**ésultat attendu (Centre de Collaboration National des Méthodes et Outils, 2012 a). Ce format est le format PICR. L'**i**ntervention peut être substituée par l'**e**xposition quand il s'agit d'une exposition de la population à un facteur de risque. Le format est dans ce cas de type PEQR (**p**opulation cible,

exposition, comparaison et résultat). Les questions qualitatives par contre doivent permettre de définir : la population et la situation.

Une question bien formulée ou le problème bien posé facilite l'identification des pratiques dans la base. On peut rechercher par exemple, une pratique de la MT togolaise relative à la lutte contre les infections sexuellement transmissibles chez les jeunes. Dans ce cas, la définition de la question ou le problème selon le format PICR pourra être : *L'utilisation des médicaments traditionnels contre les maladies sexuellement transmissibles sont-ils efficaces*¹³² ?

- Population correspond à : *malades souffrant de maladie sexuellement transmissible* ;
- Intervention correspond à : *l'utilisation des médicaments traditionnels* ;
- Comparaison correspond à : *des médicaments modernes* ;
- Résultat correspond à : *efficacité ou guérison*.

Pour le format PECR, un exemple de définition d'une question quantitative est : *La consommation du haricot aggrave-t-elle la drépanocytose ?*²²⁹

- Population correspond à : *drépanocytaire* ;
- Exposition : *consommation du haricot* ;
- Comparaison correspond à : *médecine moderne* ;
- Résultat correspond à : *satisfaction des prestations de la médecine traditionnelle*.

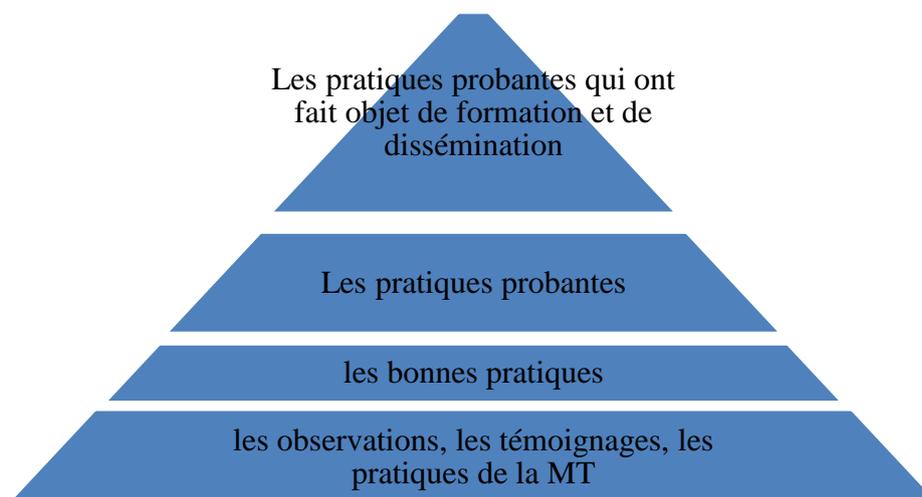
Etape Rechercher. Une myriade d'articles scientifiques, de bonnes pratiques, d'observations, d'opinions des praticiens de la MT, de témoignages des malades s'offrent aux chercheurs sur la base des questions PICR ou PECR posées. Ces connaissances vont porter sur les médicaments, les maladies, les techniques traditionnelles de soin, techniques d'accouchement traditionnel, les effets de l'utilisation des organes d'animaux, les représentations sociales, etc. Il faut rechercher ce que l'on veut dans toutes ces connaissances. Rechercher de manière efficace les pratiques, suppose que la définition de la question de recherche ou du problème est bien posée. Ainsi, la stratégie de recherche devrait viser à trouver d'abord les pratiques probantes de la meilleure qualité et les plus pertinentes.

²²⁹ Ces questions sont des exemples tirés des entretiens semi-directifs avec les praticiens de la MT.

Pour faciliter la recherche, les pratiques sont hiérarchisées en quatre niveaux selon la qualité et les pratiques pertinentes. Il y a par ordre décroissant, le premier niveau qui regroupe les pratiques probantes qui ont fait objet de formation et de vulgarisation. Le second niveau regroupe les pratiques probantes. Le troisième niveau regroupe les bonnes pratiques et enfin le quatrième niveau rassemble toutes les pratiques connues et enregistrées dans la MT togolaise (Figure 6-2 ci-dessous). Les pratiques probantes sont encore hiérarchisées selon la rigueur scientifique.

Le niveau le plus élevé est alimenté par le niveau qui le précède après avoir été soumis à une rigueur scientifique. Ainsi, au sommet on retrouve les pratiques probantes de la meilleure qualité et les plus synthétisées.

FIGURE 6-2: HIERARCHISATION DES PRATIQUES DE LA MT



Source : AKPO GNANDI O., sur la base de la pyramide 6S (systèmes, sommaires, synopsis des synthèses, synthèses, synopsis des études simples, études simples) du CCNMO, 2012.

Etape Estimer. A cette étape, les résultats de la recherche doivent être analysés, critiqués par rapport à la qualité de la pratique. La pertinence de la pratique dépend de la qualité des méthodes de recherche ou d'identification de la bonne pratique. L'encadré et le Tableau 6-1 ci-dessus montre les modèles à utiliser pour être classés de pratiques probantes.

Etape Synthétiser. C'est l'étape où il faut parcourir toutes les pratiques qui ont été estimées meilleures et savoir ce que les meilleures pratiques identifiées révèlent sur la question ou le problème posé dès le début du processus. Il sera utile de recenser les conclusions de toutes les recherches réalisées sur les pratiques probantes. Si plusieurs des conclusions sont

contradictoires sur une même question de recherche, il sera considéré les conclusions qui émanent des études où la qualité méthodologique est la plus grande et où les études sont les plus récentes.

Étape Adapter. Cette étape consiste à adapter les pratiques probantes issues de la recherche au contexte local. Cette étape est cruciale pour déterminer si l'intervention sera pertinente et fructueuse dans la collectivité et si elle sera appropriée par les autorités en charge de la politique sanitaire. Afin d'adapter les données probantes au contexte local, les aspects décrits dans Tableau 6-2 doivent être pris en compte. L'avis des universitaires et du comité éthique sur les médicaments traditionnels est nécessaire à cette étape avant la vulgarisation de ces médicaments.

Mettre en œuvre. A cette étape, il s'agit d'appliquer et de disséminer ou pas la pratique probante. La mise en œuvre nécessite d'adapter les données probantes au contexte local. A la suite de la mise en œuvre, les pratiques probantes vont se retrouver au sommet de la Figure 6-2.

Évaluer. Une pratique probante mise en œuvre doit être évaluée régulièrement. Quand il s'agit de l'utilisation d'une décoction ou de tout médicament traditionnel, les effets secondaires doivent être surveillés, de même que l'efficacité de la pratique.

En dehors des aspects scientifiques des pratiques, l'aspect communautaire sera considéré. Surtout à l'étape « Adapter ». Les communautés peuvent réceptives ou septiques. Pour un succès dans la vulgarisation des activités spécifiques seront menées.

6.1.2.4 Activités d'acceptabilité et transférabilité des pratiques probantes dans les communautés

Une pratique probante pour être mise en œuvre dans une communauté, doit prendre en compte les réalités sociales, économiques, financières, culturelles, etc. C'est le respect de ces réalités qui permettra l'appropriation de la pratique probante. Ainsi, la méthode de la Prise de Décision en Santé Publique Fondée sur les Données Probantes (PSPFDP) sera appliquée aux pratiques probantes. C'est l'application réussie de cette méthode qui va donner le ton pour passer à la formation et la dissémination. Car, certaines pratiques sont parfois différentes et par conséquent d'autres communautés peuvent ne pas être réceptives. Les pratiques conformes aux us et coutumes, doivent également répondre à la politique du gouvernement.

A cet effet, les questions qui seront posées sont de savoir : si la pratique répond à un besoin de santé communautaire au Togo ? Si elle sera acceptée par la communauté togolaise utilisatrice de la MT ? Si elle sera compatible aux us et coutumes dans lesquelles elle sera mise en œuvre au Togo ? S'il y a suffisamment de ressources techniques, financières, humaines pour mettre en œuvre cette pratique ? Autant de questions nécessaires à se poser.

Le Tableau 6-2 ci-dessous détaille les questions que les membres de l'équipe du Projet doivent impérativement se poser avant de disséminer ou former les praticiens sur pratique probante. Les questions se regroupent en deux ensembles nécessaires. Le premier ensemble regroupe les questions sur la faisabilité. Cet ensemble comprend la faisabilité politique, sociale, financière, économique et organisationnelle. Le second ensemble est celui de l'extrapolation de la pratique probante. Cet ensemble comprend les questions sur la santé à l'échelle locale, la rentabilité de l'intervention et les caractéristiques de la population cible.

TABLEAU 6-2 : EVALUATION DE L'APPLICABILITE ET DE LA TRANSFERABILITE DES PRATIQUES PROBANTES

Concept	Facteurs	Questions à poser
Applicabilité (faisabilité)	Acceptabilité ou influence politique	L'intervention sera-t-elle permise ou soutenue dans le climat politique actuel ?
		Le gouvernement local en tirera-t-il un avantage du point de vue des relations publiques ?
		Le programme rehaussera-t-il l'envergure de l'organisation ?
		Le public et les groupes cibles accepteront-ils et soutiendront-ils l'intervention sous sa forme actuelle ?
	Acceptabilité sociale	La population cible s'intéressera-t-elle à l'intervention ? Celle-ci est-elle conforme à l'éthique ?
	Ressources essentielles disponibles (humaines et financières)	Qui est disponible ou essentiel pour la mise en œuvre locale ou qu'est-ce qui l'est ?
		Les personnes sont-elles bien formées ? Sinon, existe-t-il une formation et est-elle abordable ?
		Que faut-il pour adapter l'intervention à l'échelle locale ?
		Quels sont les coûts totaux (fournitures, systèmes, espace requis pour le personnel, formation, soutiens technique et administratif) par unité de résultat prévu ?
	Expertise et capacité organisationnelles	Les avantages supplémentaires pour la santé valent-ils les coûts de l'intervention ?
Le plan stratégique ou opérationnel actuel est-il aligné sur l'intervention qui doit être offerte ?		
		L'intervention correspond-elle à la mission et aux priorités locales ?

Concept	Facteurs	Questions à poser
		<p>Est-elle conforme aux lois ou aux règlements actuels (locaux ou provinciaux) ? Empiète-t-elle sur des programmes actuels ou est-elle symbiotique ?</p> <p>Y a-t-il des barrières organisationnelles ou des problèmes structureaux, ou encore des processus d'approbation dont il faut s'occuper ?</p> <p>L'organisation est-elle motivée (organisation intelligente) ?</p>
Transférabilité	Ampleur de la question de la santé à l'échelle locale	<p>Le besoin se fait-il sentir ?</p> <p>Quelle est, au départ, l'importance de la question de la santé au niveau local ?</p> <p>Quelle différence y a-t-il entre l'importance que revêt la question de la santé (degré de risque) dans l'étude et celle qu'elle a à l'échelle locale ?</p>
	Ampleur de la « portée » et de la rentabilité de l'intervention susmentionnée	L'intervention englobera-t-elle toute la population cible ?
	Caractéristiques de la population cible	Sont-elles comparables à celles de la population à l'étude ?
		Est-ce que des différences de caractéristiques (ethnicité, variables sociodémographiques, nombre de personnes touchées) influenceront sur l'efficacité de l'intervention à l'échelle locale ?

Source : Centre de collaboration nationale des méthodes et outils, Modèle de prise de décision en santé publique fondée sur les données probantes, Outil pour évaluer l'applicabilité et la transférabilité des données probantes

La dernière étape du modèle est la faisabilité technique, financière et humaine. A cette étape, toutes *les ressources doivent être disponibles* avant la mise œuvre à grande échelle de la pratique probante. Le déficit d'une ressource conduira à rechercher et combler cette ressource avant la dissémination et les formations.

La Figure 6-3 illustre les aspects à prendre en compte avant de mettre en œuvre une pratique probante. Le premier aspect est de s'assurer que la pratique a effectivement franchi les étapes de *recherches scientifiques* qui confirment le caractère probant. Ensuite, il sera vérifié si la pratique répond à un besoin médical dans la *localité ou la communauté*. Une pratique probante ne répondant pas à un besoin médical n'a pas besoin d'être disséminée dans cette communauté. De même, l'étape qui suit, consiste à s'assurer que la pratique reçoit l'*adhésion et la préférence de la communauté et est en cohérence avec la politique de santé* du pays. Dans ce cas, il peut s'agir par exemple de vérifier si le médicament traditionnel, ses composantes médicales traditionnelles et les pratiques traditionnelles de soins sont conformes aux us et coutumes. Enfin, la disponibilité des *ressources financières et humaines* doit être vérifiée. L'insuffisance de ces ressources un critère sine qua non pour ajourner la transférabilité dans la communauté. L'examen de tous les aspects cités est considéré d'*expertise en santé publique indispensable* pour encourager la dissémination d'une pratique probante.

FIGURE 6-3 : MODELE DE MISE EN ŒUVRE DES PRATIQUES PROBANTES



Source : Centre de collaboration nationale des méthodes et outils (2012). *Modèle de prise de décision en santé publique fondée sur les données probantes*. [Fiche technique]. Récupéré du site <http://www.nccmt.ca/publications/pub-eidm/2/list-fra.html>

Au fur et à mesure que le Projet évolue et s'étend vers d'autres structures sanitaires déconcentrées (CHR, CHP, USP, etc.), la base des données sur les pratiques en MT togolaise s'enrichit. Elle sera enrichie par les témoignages et les résultats des recherches et sera la propriété du ministère de la Santé. Elle servira aux chercheurs ou aux praticiens désireux de trouver les pratiques probantes en MT togolaise ou les articles sur la MT pour leur utilisation ou pour la dissémination. La diversité et la multiplicité des pratiques justifient l'importance de disposer d'un mécanisme pour identifier dans la base, celles qui correspondent au mieux aux besoins.

6.2 RESSOURCES ET PLANNING DE MISE EN ŒUVRE

La mise en œuvre du Projet nécessite des moyens financiers, humains et un agenda. Toutes ces ressources doivent être gérées de manière optimale pour tirer le maximum d'efficacité.

6.2.1 Moyens de mise en œuvre et budget

Les moyens sont financiers, humains et matériels. Ils ont été évalués. La construction et l'équipement du Centre devant abriter le Projet est estimé à 250 000 000 FCFA (Tableau 6-3 ci-dessous). Les estimations ont été réalisées sur la base des coûts réels pour construire et équiper un centre médico-social de niveau élevé. Le démarrage effectif du Projet nécessite une subvention de l'Etat et des PTF.

Au démarrage, des recouvrements des coûts de prestation, de vente des médicaments seront opérés. Ces recouvrements sont les recettes propres que le Projet générera. Durant les cinq premières années ces recettes propres vont passer de 43 000 000 FCFA à 52 266 769 FCFA (Tableau 6-3 ci-dessous). L'augmentation moyenne des recouvrements correspond au taux moyen de croissance des prévisions des recettes propres des formations sanitaires autonomes au Togo entre 2011 et 2015 (Direction des Affaires Communes, 2016).

Les dépenses vont passer de 85 760 000 FCFA en première année à 179 464 650 FCFA en cinquième année. Il y aura un pic de dépense en troisième année, pour un montant de 333 279 000 FCFA. Ce pic s'explique par l'extension du Projet dans les autres structures sanitaires, nécessitant des investissements liés à la construction et à l'équipement de ces structures.

La troisième année constitue aussi l'année d'une trésorerie négative du Projet (-871 500 FCFA) à cause des investissements qui seront réalisés. Mais, la trésorerie cumulative est positive durant ladite année (4 618 500 FCFA). Elle est de 2 240 000 FCFA en première année et 33 459 994 FCFA en cinquième année. L'évolution positive de la trésorerie cumulée du Projet indique qu'il est financièrement viable. Si le rythme continue, le Projet pourrait être autonome financièrement quelques années après son extension dans les structures sanitaires déconcentrées.

Le bon fonctionnement du Projet est tributaire d'une volonté politique²³⁰ effective. Elle pourrait se manifester entre autres par une subvention de l'Etat. C'est une conditionnalité pour le succès du Projet²³¹. Les plaidoyers seront conduits aussi auprès des partenaires techniques et financiers (PTF) pour subventionner le Projet durant les trois premières années. Au-delà des trois premières années, il est prévu que les subventions, surtout celles des PTF, diminueront.

Ce sont les subventions et les recettes propres qui permettront de financer toutes les activités. Tous les financements seront gérés en panier commun. Le panier commun va limiter les difficultés de trésorerie et les conséquences des retards de certains financements.

Les procédures de dépenses de fonds vont scrupuleusement respectées celles du CHU Campus étant entendu que le Centre sera un service entièrement sous la direction du CHU. Mais, les ressources du Centre ne seront pas intégrées dans celles du CHU.

Dans les dépenses, l'accent a été mis sur les recherches, la promotion des médicaments traditionnels et les bonnes pratiques de la MT (Tableau 6-3 ci-dessous).

²³⁰ La volonté politique existe. La MT est considérée comme une composante du système de santé (Ministère de la Santé, 2011 b; Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, 2016). Mais cette volonté demeure des déclarations d'intention. Elle pourrait se manifester par une subvention du Projet.

²³¹ Le Tableau 6-6 présente le cadre logique. La volonté politique est une hypothèse. Dans le cadre d'un Projet, une hypothèse est une condition importante pour la réussite de l'intervention mais non maîtrisable par le Projet lui-même.

TABLEAU 6-3 : BUDGET ESTIMATIF DU PROJET ET PROGRAMMATION FINANCIERE

	PHASE PILOTE				PHASE D'EXTENSION	
	ANNEE 0	ANNEE 1	ANNEE 2	ANNEE 3	ANNEE 4	ANNEE 5
RECETTES	250 000 000	88 000 000	90 150 000	332 407 500	174 777 875	177 266 769
Recettes autonomes		43 000 000	45 150 000	47 407 500	49 777 875	52 266 769
Subventions d'équilibre de l'Etat	250 000 000	35 000 000	35 000 000	35 000 000	125 000 000	125 000 000
Financement pour la construction et l'équipement des services de MT dans les CHR				240 000 000		
Subventions autres partenaires techniques et financiers (OMS, OOAS)		10 000 000	10 000 000	10 000 000	0	0
DEPENSES	250 000 000	85 760 000	86 900 000	333 279 000	143 738 500	179 464 650
Investissements	250 000 000	-	-	240 000 000	-	-
Construction	200 000 000			180 000 000	0	0
Equipements (meubles et matériels de bureau, matériels et accessoires informatique, véhicules de liaison, etc)	50 000 000			60 000 000	0	0
Fonctionnement	-	85 760 000	86 900 000	93 279 000	143 738 500	179 464 650
Frais de démarrage du Projet (élaboration manuel de procédures, plan de suivi évaluation, etc.)		5 000 000				
Frais de missions, de suivis, supervisions			2 000 000	3 000 000	3 000 000	3 000 000
Transports		6 000 000	6 000 000	6 000 000	12 000 000	12 000 000
Entretien, Réparations, et Maintenance		5 000 000	5 000 000	5 000 000	11 000 000	11 000 000
Assurance (véhicules et motos du Projet)		300 000	300 000	300 000	300 000	300 000
Etudes, Recherches, colloques, forums et Documentation		20 000 000	20 000 000	20 000 000	30 000 000	50 000 000
Formations et promotion des bonnes pratiques		5 000 000	5 500 000	6 325 000	9 487 500	12 333 750
Promotion et fabrication des médicaments traditionnels améliorés		10 000 000	11 000 000	12 650 000	18 975 000	24 667 500
Publicité, Publications, Relations publiques, Sensibilisation, Promotion des médicaments traditionnels		6 000 000	6 000 000	6 000 000	6 000 000	6 000 000
Frais de télécommunications		2 000 000	2 000 000	2 000 000	5 000 000	5 000 000
Frais bancaires		60 000	60 000	60 000	60 000	60 000
Charges du personnel		26 400 000	29 040 000	31 944 000	47 916 000	55 103 400
RECETTES - DEPENSES	0	2 240 000	3 250 000	-871 500	31 039 375	-2 197 881
TRESORERIE CUMULEE		2 240 000	5 490 000	4 618 500	35 657 875	33 459 994

Source : AKPO GNANDI O., 2017

6.2.2 Plan de financement

Le financement du Projet sera assuré par les subventions de l'Etat, les recettes propres que vont générer les prestations de soins et les subventions des PTF. Durant les cinq premières années, il sera financé (Tableau 6-4 ci-dessous) pour un montant de 1 112 602 144 FCFA dont 845 000 000 FCFA (soit 75,95%) de l'Etat, 237 602 144 FCFA (soit 21,36%) de recettes propres et 30 000 000 FCFA (soit 2,7%) des PTF. En moyenne l'Etat déboursera 169 000 000 FCFA par an sur les cinq premières années. A partir de la quatrième année le financement de l'Etat est de 125 000 000 FCFA par an (Tableau 6-3, page 215). Le financement annuel de l'Etat est relativement faible si on considère l'importance de la santé et de la recherche dans l'économie. Mais ce montant est relativement élevé par rapport aux autres sources de financement.

TABLEAU 6-4 : PLAN DE FINANCEMENT

	ETAT	PTF	RECETTES PROPRES	TOTAL
Investissement de l'Etat pour la construction et l'équipement du Centre	490 000 000			490 000 000
Recettes autonomes (propres Centre)			237 602 144	237 602 144
Subventions d'équilibre de l'Etat	355 000 000			355 000 000
Subventions autres partenaires techniques et financiers pour la sensibilisation, et l'appui technique lors de la mise en œuvre du Projet (OMS, OOAS)		30 000 000		30 000 000
TOTAL	845 000 000	30 000 000	237 602 144	1 112 602 144
% de financement	75,95%	2,70%	21,36%	

Source : AKPO GNANDI O., 2017

6.2.3 Stratégie de financement

La stratégie de financement va consister en des plaidoyers auprès du gouvernement togolais, précisément auprès du Ministère en charge de la Santé et auprès des PTF. Les argumentaires prendront en compte la planification du PNDS 2016-2020. Cette planification est en harmonie avec le Plan National de Développement (PND) 2018-2022.

Les plaidoyers seront également menés à l'endroit des PTF pour des appuis techniques et financiers. Les principaux PTF en ligne de mire sont l'OMS, l'OOAS et le Centre de Recherche et le Développement International (CRDI). Ces PTF ont beaucoup encouragé le développement

de la MT, les bonnes pratiques en santé publique et l'élaboration des politiques fondées les données probantes. D'autres PTF seront approchés pour les plaidoyers.

Outre les appuis financiers qui seront sollicités auprès des PTF, des appuis techniques seront également sollicités. Ces appuis vont concerner entre autres, l'envoi des Consultants, le soutien dans les plaidoyers en faveur de la MT et du Projet.

6.3 ORGANISATION ET PLANNING DE MISE EN ŒUVRE

La mise œuvre du projet nécessite une organisation qui permettra d'utiliser de manière optimale les ressources matérielles, financières, humaines. Cette organisation s'étale dans le temps et prend en compte les risques liés à la mise en œuvre du projet.

6.3.1 Chronogramme de mise en œuvre

Le Projet va effectivement démarrer après la construction et l'équipement du Centre, le recrutement du personnel et l'affectation du personnel médical et paramédical, les sensibilisations des populations, la définition du cahier de charge du Centre, etc. Il va connaître une phase pilote, de trois ans et une phase de croisière à partir de la quatrième année (Tableau 6-5). La phase pilote sera expérimentée au CHU Campus. Durant cette phase, le Projet fera objet d'une évaluation à mi-parcours. Cette évaluation interviendra au dernier trimestre de la troisième année. Elle permettra de capitaliser les forces et les faiblesses pour passer à l'échelle.

La phase pilote sera financée conjointement par l'Etat et les Partenaires Techniques et Financiers (PTF). A partir de la quatrième année, les CHR des dix Régions sanitaires seront intégrés au Projet. C'est aussi la période de dévolution du Projet. Les PTF vont commencer à se retirer progressivement pour que l'Etat prenne en charge le Projet.

Après cinq ans de mise en œuvre, les activités du Projet vont rentrer dans la routine. Le mécanisme sera implanté progressivement dans toutes les autres structures sanitaires. La MT sera ainsi totalement intégrée dans le système de santé du Togo. Au dernier trimestre de la cinquième année, les fonctions de l'unité de gestion du Projet seront dévolues à la Division en charge de la MT au ministère de la santé.

	PHASE PILOTE																PASSAGE A L'ECHELLE											
	ANNEE 0				ANNEE 1				ANNEE 2				ANNEE 3				ANNEE 4				ANNEE 5							
	1er trim	2e	3e	4e	1er	2e	3e	4e	1er	2e	3e	4e																
Un consultant national pour appuyer la définition de la mission et des fonctions du Centre de la MT																												
Un budget de fonctionnement du Service de MT																												
Un expert en Culture et développement ou en anthropologie médicale pour coordonner le Projet de cohabitation des deux médecines et les activités du Centre de la MT																												
Un fonds pour mettre en œuvre les recommandations issues des réunions des représentants des praticiens de la MT																												
Fonds annuel de recherche pour le Service de la MT et de contrôle de qualité des médicaments et des pratiques probantes																												
Fonds annuel pour la fabrication et la promotion des médicaments efficaces																												
Fonds pour la diffusion et le partage des résultats des recherches																												
Fonds annuel pour les sensibilisations liées à la cohabitation des deux médecines																												
Fonds annuel pour la promotion des pratiques probantes en MT																												

Source AKPO GNANDI O., 2017

6.3.2. Publics cibles

Les publics cibles dépendent des deux volets du Projet et leurs phases de déploiement. Le volet « Services et soins de la MT » a pour cibles les « non praticiens de la MT ». En effet, le CHU a un caractère national mais dans le déploiement de la phase pilote du Projet, les populations bénéficiaires du Projet seront limitées essentiellement aux « non praticiens de la MT » vivant dans le Grand Lomé. A la phase d'extension, les publics cibles seront les « non praticiens de la MT » vivant sur le territoire.

Le volet « Recherches et Développement » va bénéficier aux « praticiens de la MT », aux chercheurs, aux doctorants, aux étudiants. Tous les deux volets seront mis en œuvre dans un cadre de suivi et évaluation.

6.3.3 Cadre de mise en œuvre et suivi évaluation

La mise en œuvre consiste à dérouler les activités sur le terrain et à veiller que les indicateurs assignés aux activités soient réalisés. Elle se fait selon un mécanisme propre à chaque projet.

6.3.3.1 Mécanisme de mise œuvre

Le CHU est un établissement qui est sous la tutelle administrative du ministère en charge de la Santé et sous la tutelle technique du ministère en charge de l'éducation nationale et de la recherche scientifique. L'unité de gestion du projet sera composée des chercheurs, des médecins, des praticiens de la MT et du personnel d'appui. En raison du caractère à la fois universitaire, social et médical, le coordonnateur sera de préférence un chercheur des sciences sociales. Il sera sous l'autorité du directeur du CHU et sera régi ipso facto par le statut et le règlement intérieur du CHU. En effet, en plus de la Direction Générale, le CHU est doté de quatre organes²³² :

- Le Conseil d'Administration qui est l'organe de délibération, l'instance suprême de l'Etablissement ;
- la Commission Médicale Consultative qui a pour attribution de donner son avis sur les changements dans l'aménagement, l'équipement ou la répartition des services et sur les

²³² Tirés des Statuts du CHU Campus.

grosses réparations envisagées, de délibérer sur l'hygiène, la salubrité des locaux et toutes les questions intéressant le fonctionnement médical du CHU ; de faire des propositions en vue de l'amélioration du fonctionnement du CHU ;

- le Comité d'Hygiène et de Sécurité Hospitalières est chargé d'identifier les problèmes de salubrité, d'infection et de contamination, etc. et de proposer des mesures préventives ; de faire appliquer et assurer les mesures de salubrité et d'assainissement de base etc. ;
- le Comité Technique Paritaire qui est consulté pour avis par le Conseil d'Administration ou le Directeur Général sur les sujets concernant l'organisation et le fonctionnement des services et les conditions de travail, sur le règlement intérieur du CHU, etc.

La phase pilote respectera ce mécanisme de mise en œuvre spécifique au CHU Campus. Durant la phase d'extension, chaque service de MT de chaque CHR se conformera à l'organisation des CHR. Cette organisation est similaire à celle du CHU : la Direction Générale, le Conseil d'Administration (organe de délibération) et les trois organes consultatifs. A la différence du CHU, les CHR ne sont pas des établissements de recherche. C'est pourquoi le Centre sera le seul site de mise en œuvre du volet « Recherches et Développement » du Projet. Les autres structures ne mettront en œuvre que les activités liées au volet « Services et soins de la MT ». Toutes les activités seront suivies et des leçons seront tirées pour améliorer au fur et à mesure.

6.3.3.2 Suivi-évaluation et apprentissage

Un plan de suivi-évaluation et d'apprentissage sera rédigé dès le démarrage du Projet par l'équipe de coordination. Il va détailler les outils de collecte, de diffusion et d'apprentissage. Par mois, les indicateurs objectivement vérifiables (IOV) seront renseignés. Par trimestre les rapports de performance seront transmis à la direction générale du CHU.

Dès la troisième année, avec l'extension du Projet dans les CHR, les responsables de suivi-évaluation des CHR transmettront mensuellement leur rapport de performance. Les IOV ont été choisis pour faciliter la collecte des informations. En dehors de l'enquête Service Availability and Readiness Assessment (SARA) qui est nécessaire pour évaluer l'impact du Projet, tous les autres IOV seront renseignés par les données de routine. Ils seront disponibles au Projet, au ministère de la Santé ou dans les CHR. Le responsable de suivi-évaluation sera chargé de

promouvoir l'apprentissage. Il identifiera avec les acteurs du Projet, les pratiques probantes à vulgariser.

En plus du suivi régulier, des missions d'évaluation seront commanditées. Les évaluations seront réalisées par des experts externes. Le responsable de suivi-évaluation sera chargé de préparer les termes de référence des évaluateurs. Les recommandations des évaluations vont permettre de corriger les insuffisances et élargir les activités. En plus du suivi évaluation des activités, le Projet aura une visibilité sur les plans national et international. Dans ce cadre, une stratégie de communication est élaborée.

6.3.4 Stratégie de communication

Toute la stratégie de communication est intégrée dans la mise en œuvre du Projet. Elle est articulée autour de trois axes : sensibilisations, formations sur les pratiques probantes, colloques. Elle tient aussi compte des risques liés à la représentation de la médecine mixte par les praticiens de la MM, des « non usagers de la MT » pouvant entraîner des réticences ou de l'enthousiasme. Ainsi, dans le chronogramme des activités, les sensibilisations de masse seront intenses auprès des acteurs. Ces sensibilisations se feront en focus group, sur les médias, dans les réunions et dans les ateliers de formations. Les supports (boîtes à images, les termes de référence, un guide de communication, etc.) de sensibilisation seront élaborés. Les forums et les colloques seront organisés sur les thématiques comme « santé de la mère », « santé de l'enfant », « lutte contre le paludisme », etc. pour rendre visibles les bonnes pratiques et les pratiques probantes de la MT.

Par ailleurs, la mise en œuvre de tout projet de développement présente des risques. Ces risques peuvent être mineurs ou majeurs. Leur degré de gravité peut entraver l'atteinte des objectifs. Pour ce Projet il existe peu de risques majeurs.

6.3.5 Risques majeurs

Le Projet ne présente pas beaucoup de risques majeurs. Les deux principaux facteurs externes susceptibles d'entraver sa mise en œuvre sont le financement et le lobbying des firmes pharmaceutiques. Les lobbies pharmaceutiques pourraient entraver la mise en œuvre du Projet si la commercialisation des médicaments traditionnels obère leurs intérêts économiques.

La volonté politique et l'appropriation du Projet existent et peuvent contribuer à lever ces risques. Elles sont manifestées dans le PNDS, le PND et dans les textes législatifs reconnaissant l'importance de la MT. De la volonté politique au financement du Projet et à la protection des intérêts de la MT, il est parfois difficile de franchir le pas. Pour convaincre le gouvernement, outre la stratégie de financement et les plaidoyers, un cadre logique est prévu.

6.3.6 Cadre logique

Le cadre logique ci-après permet de vérifier la logique d'intervention et facilite le suivi de la mise en œuvre. Dans le cadre de la gestion axée sur les résultats, en lieu et place d'objectif général, objectif spécifique, résultats, on parle respectivement d'impact, d'effet et d'extrants.

TABLEAU 6-6 : CADRE LOGIQUE

	LOGIQUE D'INTERVENTION	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VERIFIABLES	SOURCES DE VERIFICATION	HYPOTHESES
IMPACT	Amélioration de la disponibilité des médicaments et autres produits de santé de qualité ²³³	Taux de couverture des services de santé essentiels y compris les services de la MT (Indice Global de disponibilité et de capacité opérationnelle des services de santé)	Rapport enquête SARA (Service Availability and Readiness Assessment)/ Ministère en charge de la Santé	Volonté politique manifestée par le financement du Projet Commercialisation des médicaments traditionnels protégée par l'Etat
EFFET	Médecines moderne et traditionnelle se complètent efficacement	Pourcentage des usagers satisfaits des prestations de la MT	Rapports d'évaluation et de performance du Projet ; Rapports QUIBB	
EXTRANTS	1. La MT est prise en compte dans les recherches scientifiques et dans le système de santé	Nombre de recherches réalisées par an sur les médicaments, les pratiques, le comportement, etc.	Rapport de performance du Projet	
	2. Les populations ont recours à une MT sûre	Nombre de pratiques probantes diffusées		
ACTIVITES	1.1 Encourager les recherches sur la MT en sciences sociales et humaines, en sciences de la vie, etc. (financement des thèses, des articles, des expériences ; organisation des colloques ou forums sur la MT, etc.)	Nombre de recherches financées chaque année	Rapport de performance du Projet.	
	1.2 Diffuser les résultats des recherches sur la MT	Nombre de recherches publiées sur les pratiques de la MT togolaise	Revue de recherche ; rapports de colloques	

²³³ Axe Stratégique N°5 du PNDS (Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, Plan National de Développement Sanitaire 2016-2020, 2016b).

	LOGIQUE D'INTERVENTION	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VERIFIABLES	SOURCES DE VERIFICATION	HYPOTHESES
	1.3 Vérifier la qualité de tous les médicaments du service de la MT	Nombre de médicaments soumis au contrôle qualité et de toxicité ; Nombre de médicaments améliorés utilisés dans la pharmacie du Service de MT ; Nombre de médicaments autorisés à être vendus dans les officines pharmaceutiques de la place. Nombre de médicaments qui ont reçu le brevet de droit d'auteur	Rapports de contrôle qualité / Ministère en chargé de la Santé ; Liste des médicaments autorisés par le Ministère en charge de la santé ; Rapports de performance du Projet ; Rapports des chercheurs toxicologues.	Volonté politique manifestée par le financement du Projet
	2.1 Sensibiliser les populations sur les avantages et les inconvénients de la MT	Nombre de sensibilisations ; Nombre de média utilisés pour les sensibilisations	Rapport de mission de sensibilisation ; Rapport de performance du Projet	Commercialisation des médicaments traditionnels protégée par l'Etat
	2.2 Sensibiliser les populations sur la cohabitation de la MT et la MM			
	2.3 Formation et dissémination des pratiques probantes de la MT auprès des autres praticiens de la MT	Nombre de séminaires de formation	Rapport de formation	
	2.4 Définir le cahier de charges du Centre de la MT	Arrêté de création du Centre de la MT	Ministère en chargé de la Santé	
	2.5 Valider le cahier de charges du Centre de la MT	Rapport de validation		
	2.6 Signer des accords de recherche avec les universités du Togo	Accord de recherche signé		
	2.7 Signer l'arrêté ou le décret portant création et mission du Centre de la MT	Arrêté de création du Centre de la MT		
	2.8 Mettre en œuvre de manière effective la politique de collaboration des deux médecines en appliquant les	Arrêté de mise en place d'un cadre fonctionnel de collaboration et de concertation entre le ministère et		

	LOGIQUE D'INTERVENTION	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VERIFIABLES	SOURCES DE VERIFICATION	HYPOTHESES	
	accords, les arrêtés d'application de la loi 2001-17, le cahier de charge et la politique nationale de santé	les associations des praticiens de médecine traditionnelle ; Arrêtés d'application relatifs à la loi portant code de la santé publique en particulier dans les domaines des produits pharmaceutiques et de la médecine traditionnelle.		Volonté politique manifestée par le financement du Projet	
	2.9 Construire sur le site d'un CHU Campus le bâtiment devant abriter le Centre de la MT	Procès-verbaux de réceptions du bâtiment	Ministère en chargé de la Santé		
	2.10 Equiper le Service de MT	Procès-verbaux de réception des équipements achetés	Ministère en chargé de la Santé		
	2.11 Affecter le personnel médical et paramédical au Service de MT	Arrêté portant affectation	Ministère en chargé de la Santé		
	2.12 Recruter le personnel complémentaire pour le Service de MT (Coordonnateur, les praticiens de la MT, personnel d'appui, etc.)	Contrats d'embauche des personnels recrutés	Ministère en chargé de la Santé		Commercialisation des médicaments traditionnels protégée par l'Etat
	2.13 Sensibiliser les personnels médicaux et paramédicaux sur la cohabitation des deux médecines et les intérêts de la cohabitation	Nombre de sensibilisations Nombre de média utilisés pour les sensibilisations	Rapports de sensibilisation / Ministère en chargé de la Santé		
	2.13 Disposer d'une base de données sur les pratiques en MT togolaise	Site web et son adresse url ; procès-verbal de réception de la base des données	Ministère en chargé de la Santé		
	2.14 Identifier les points faibles, les points forts et les solutions pour la	Nombre de participants aux ateliers	Rapport d'ateliers et de réunion avec les acteurs de la MT		

	LOGIQUE D'INTERVENTION	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VERIFIABLES	SOURCES DE VERIFICATION	HYPOTHESES
	redynamisation de la MT et son intégration dans le système de santé			
MOYENS	Un fonds pour mettre en œuvre les recommandations issues des réunions des représentants des praticiens de la MT	Montant accordé et exécuté	Rapport administratif et rapport de gestion /	
	Fonds annuel de recherche pour le Service de la MT et de contrôle de qualité des médicaments et des pratiques de la MT utilisés	Montant accordé et exécuté	Rapport administratif et rapport de gestion	
	Fonds annuel pour la fabrication et la promotion des médicaments efficaces	Montant accordé et exécuté	Rapport administratif et rapport de gestion	
	Fonds pour la diffusion et le partage des résultats des recherches	Montant accordé et exécuté	Rapport administratif et rapport de gestion	
	Fonds annuel pour les sensibilisations liées à la cohabitation des deux médecines	Montant accordé et exécuté	Rapport administratif et rapport de gestion	
	Fonds annuel pour la promotion des bonnes pratiques en MT	Montant accordé et exécuté	Rapport administratif et rapport de gestion	
	Un consultant national pour animer de manière participative les réunions des praticiens de la MT, organiser les sensibilisations liées à la création et au fonctionnement du Service de la MT	Termes de référence des consultants	Ministère en chargé de la Santé	
	Un consultant national pour appuyer la définition de la mission et de fonctions du Centre de la MT	Termes de référence des consultants et contrat signé	Ministère en chargé de la Santé	

	LOGIQUE D'INTERVENTION	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VERIFIABLES	SOURCES DE VERIFICATION	HYPOTHESES
	Un fonds pour la construction et l'équipement du Service de MT	Montant accordé et exécuté	Rapport administratif et rapport de gestion/	
	Un budget de fonctionnement du Service de MT	Montant accordé et exécuté	Rapport administratif et rapport de gestion	
	Un expert en Culture et développement ou en anthropologie médicale pour coordonner le Projet	Termes de référence des consultants Contrat de recrutement signé	Ministère en chargé de la Santé	
	Un médecin de santé publique pour assister le coordonnateur	Arrêté d'affectation	Ministère en chargé de la Santé	
	Quatre paramédicaux homologues des praticiens de la MT	Arrêté d'affectation	Ministère en chargé de la Santé	
	Quatre praticiens de la MT avec des spécialités différentes	Contrat de recrutement signé	Ministère en chargé de la Santé	
	Personnel d'appui (secrétaires, comptables, caissiers, réceptionnistes, chauffeurs, agents de sécurité, etc.	Contrat de recrutement signé	Ministère en chargé de la Santé	

Source : AKPO GNANDI O., sur la base de l'analyse FFOM, du diagramme des problèmes, du diagramme des objectifs et de la problématique de ce travail, 2017

Conclusion de la deuxième partie

Le sixième chapitre apporte la solution à la problématique posée dans la première partie de ce travail consacrée à la recherche fondamentale. En effet, l'engouement des populations pour la médecine traditionnelle, la mise à l'écart des résultats des recherches liées à cette médecine et sa non intégration dans le système sanitaire ont été constatés. Lesquels constats sont soutenus par le diagnostic des contextes géographique, économique, culturel, sociodémographique, sanitaire, etc. Ce diagnostic, réalisé dans les quatrième et cinquième chapitres, a apporté de nouveaux éléments sur les faiblesses, les forces, les opportunités et les menaces liées à la mise en œuvre d'un Projet sur la médecine traditionnelle. Il révèle qu'il y a peu d'atouts endogènes (forces) mais plusieurs faiblesses au système de santé. Aussi, la mise en œuvre du Projet pourrait-elle souffrir d'une insuffisance de financement et des lobbies pharmaceutiques. Ces derniers, très puissants sont susceptibles de le bloquer si les pratiques probantes de la médecine traditionnelle menacent la commercialisation des médicaments modernes. Le manque de financement empêchera le Projet de voir le jour.

CONCLUSION GENERALE

L'intérêt des populations pour se faire soigner par les pratiques traditionnelles ne fait plus aucun doute. Ce constat se confirme à deux niveaux. Le premier est lié aux publicités qui passent sur les médias, aux véhicules de vente des médicaments traditionnels améliorés qui traversent tous les quartiers du Grand Lomé, aux étalages ostentatoires des médicaments traditionnels et encarts publicitaires dans les supermarchés, dans les officines pharmaceutiques, etc. Le second niveau est la prolifération des « praticiens de la MT. »

Ce travail s'est appesanti sur la préférence des Loméens à recourir à la MT. Les résultats corroborent le phénomène. Environ 80,48% des personnes interrogées dans le Grand Lomé ont déclaré avoir eu, au moins une fois, recours à la MT.

Nul ne saurait les raisons de cette admiration pour les remèdes traditionnels sans un exercice de terrain avec des outils d'analyse appropriés. Ce travail apporte une contribution. C'est une recherche-action qui part du principe de compréhension du problème posé et de proposition d'actions pour corriger. Dans cette optique, une approche multi-méthodologique a permis d'avoir les résultats convergents.

L'analyse des résultats rend compte que les éléments cognitifs et sociaux fondamentaux qui guident les populations vers la MT sont : *organes de plantes, us et coutumes, efficacité, la dangerosité, animisme, moins cher, mensonge/tromperie/escroquerie, naturel*. Les usagers ont fondamentalement dans leurs cognitions que la MT est associée aux feuilles, aux écorces, aux racines avec des accents particuliers sur les pratiques traditionnelles que sont la religion animiste et les us et coutumes. En plus, ils sont convaincus que malgré la dangerosité de cette médecine, comme toutes les autres médecines d'ailleurs, elle est efficace et moins chère.

Selon les théories des représentations de Moscovici et du « noyau central » d'Abric, ces éléments cognitifs et sociaux sont dits « centraux ». Ils sont consensuels aux individus interrogés dans le cadre de cette recherche. Ce sont eux qui prescrivent les pratiques et guident les « usagers » vers la MT. Ils ne sont pas les seuls prescripteurs. Il en existe d'autres qui ne font pas le consensus dans le groupe. Ils sont dits périphériques. Ils sont personnalisés et dépendent de chaque individu. Abric (1994a; 2016) les qualifie de représentations sociales « les plus individualisés » qui participent certes à orienter les « usagers » vers la MT mais sont considérés très fragiles dans les représentations sociales.

Pour les « non usagers » qui rechignent à recourir à la MT, les éléments cognitifs et sociaux qui font le consensus dans le groupe et qui expliquent leur méfiance à la MT sont : *organes de plantes*, et *dangerosité*. Pour ces derniers, l'utilisation des organes de plantes (feuilles, écorces, racines, etc.) est dangereuse et dissuasive.

Certaines nuances et similitudes sont perceptibles entre les éléments centraux des « usagers » et ceux des « non usagers ». D'abord, les deux noyaux sont différents en termes de contenu. Ce qui se justifie. Car, les deux sous-populations ont des pratiques différentes. Ensuite, les éléments *organes de plantes*, et *dangerosité* se retrouvent dans leurs noyaux centraux. Ils sont donc à valence positive chez les « usagers », car leur prescrivent le recours à la MT ; et à valence négative chez les « non usagers » car leur interdisent de recourir à la MT.

L'analyse quantitative révèle que parmi les « usagers », 92,31% sont soit satisfaits ou très satisfaits des prestations des praticiens de la médecine traditionnelle. Parmi eux, 60,3% ont déclaré que la satisfaction et l'efficacité les orientent vers la MT. Ils sont aussi relativement nombreux (14,18%) à déclarer que les échecs thérapeutiques de la MM les conduisent vers la MT. Ces indicateurs statistiques sont corroborés par la technique « d'association de mots » qui révèle que l'élément *efficacité* est central et l'élément *échec thérapeutique de la médecine moderne* est périphérique avec une forte fréquence, mais une faible importance moyenne.

Quant aux praticiens de la MT, ils déclarent que les « usagers » viennent vers eux à cause des éléments consensuels qui sont : *moins chère*, *efficacité de la MT*, *maladie inguérissable par la médecine moderne (ou la maladie dite surnaturelle)* et *échec thérapeutique de la médecine moderne*.

Par ailleurs, statistiquement, les maladies qualifiées de *surnaturelles* sont citées par 11,64% des « usagers » comme mobiles du recours à la MT. La technique « d'association de mots » corrobore ce résultat. Elle place cet élément dans les éléments périphériques les moins fréquents et les moins importants.

Force est de constater que les résultats de l'analyse quantitative et ceux de l'analyse des déclarations concordent sur la place de la satisfaction procurée par la MT dans le recours à cette

médecine en cas de maladie. Les premiers résultats donnent un taux de satisfaction de 92,31% et les seconds donnent 60,36%²³⁴.

Les verbatim des « non praticiens de la médecine traditionnelle » et celle des « praticiens de la médecine traditionnelle » vont dans le même sens que les résultats des analyses. Les observations dirigées auprès des « praticiens de la médecine traditionnelle », immortalisées par des photos, confirment aussi les verbatim et les résultats d'analyse.

Par rapport aux variables sociodémographiques et culturelles, le test de Khi-deux de Pearson et le test exact de Fisher ont permis de conclure avec un risque de se tromper de 5% que seule la variable culturelle *niveau scolaire* détermine faiblement le choix de la MT. Les autres variables sociodémographiques et culturelles (âges, sexe, catégories socioprofessionnelles, religion) ne participent guère au choix de la MT. Les populations choisissent la MT sans distinction de sexe, de l'âge, de catégorie socioprofessionnelle et de religion. En résumé, l'approche multi-méthodologique a donné des résultats concordants.

Il est utile de signaler, même si ça transparaît dans les lignes, que la religion pratiquée par l'individu n'a pas d'influence sur le choix de la MT. C'est plutôt le fait que la MT soit associée à l'animisme ou au fétichisme dans la cognition des populations qui pousse vers cette médecine. Par ailleurs, l'animisme qui est certes une religion traditionnelle est aussi à notre avis un patrimoine culturel à préserver.

Aussi est-il important, pour des raisons heuristiques, de signaler que tout au long du traitement et de l'analyse des données, il est observé une cohérence avec les démonstrations faites sur les théories des représentations et du « noyau central ». Cette cohérence permet de conclure, en empruntant les propos d'Abric (2016 : 10)²³⁵, que les théories précitées sont importantes « *pour tous ceux qui souhaitent mieux analyser leurs propres pratiques et mieux comprendre et intervenir sur les problèmes contemporains majeurs* ».

Les hypothèses de recherche sont confirmées sauf que les facteurs sociodémographiques (âge, sexe, profession, et religion de l'individu) ne sont pas déterminants dans le recours à la MT. Seule l'éducation scolaire a un lien de dépendance de faible intensité. Les éléments culturels

²³⁴ Taux calculé à partir des occurrences des déclarations.

²³⁵ Abric Jean-Claude dans l'avant-propos de son ouvrage collectif *Pratiques sociales et représentations*, Presses universitaires de France, 2016.

(l'animisme, les us et coutumes), les éléments sociaux et cognitifs (l'utilisation des plantes, dangerosité, efficacité, moins cher, naturel) sont déterminants, chez les populations du Grand Lomé, dans la demande des thérapies traditionnelles.

Ainsi, grâce à ce travail, les forces cognitives, sociales, démographiques et culturelles à l'origine de l'admiration des populations du Grand Lomé pour la MT sont connues. Il est aussi connu les forces qui interdisent une frange de ces populations à recourir à cette médecine. Cette connaissance vient compléter les résultats des autres travaux en biologie, en botanique, en sciences sociales, etc. Lesquels ont porté essentiellement sur la toxicité de certains médicaments utilisés dans la MT, sur l'efficacité de certaines plantes, sur la représentation de certaines maladies, etc. Des avancées sur la connaissance de la MT en général et son intégration effective dans le système de santé du Togo viennent de franchir ainsi des étapes.

Le défi qu'impose l'engouement à la MT au dispositif sanitaire actuel est qu'il doit œuvrer à assurer des soins de MT de qualité aux « usagers ». La vulgarisation des pratiques probantes pour une MT sûre et de qualité doit voir le jour. La proposition dans ce cadre consiste à prendre en compte la MT dans le système de santé et dans les recherches scientifiques au Togo par le biais d'une cohabitation avec la MM. L'intégration de la MT dans le système de santé sera ainsi effective. La création des services de MT dans les formations sanitaires publiques et privées ne doit pas faire objet de doute. Cela devient de plus en plus nécessaire pour répondre aux attentes des populations. Ce travail a contribué à combler cette attente par la proposition d'un Projet qui sera mis en œuvre au CHU Campus pendant trois ans avant d'être élargi au reste du pays. Les deux médecines doivent se compléter et cela doit être à la fois officiel et ostentatoire. Les textes (loi n°2001-017 du 14 décembre 2001 et loi n°2009-007 du 15 mai 2009) régissant la MT sont toujours d'actualité, mais ne sont pas appliqués en totalité.

Cette introduction de la MT dans les formations sanitaires publiques et privées doit se faire progressivement. Il est préférable de commencer par un Centre Hospitalier Universitaire avec tous les contrôles, suivis et encadrements nécessaires. Ces encadrements doivent aussi comprendre la poursuite des recherches sur l'efficacité et la toxicité des médicaments traditionnels qui seront servis. Ce point de vue est dans la droite ligne de la pensée de Senou (2002). Il soutient, après des travaux au sud du Bénin, qu'une collaboration plus ouverte et constructive entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne est de plus en plus nécessaire à cause, d'une part de leurs limites et compétences respectives et d'autre part de la

complexité des situations de morbidité que rencontrent les populations. A terme, comme les autres services de la MM, les soins de la MT pourraient être pris en charge dans les polices d'assurance maladie.

Bien que la cohabitation des deux médecines soit recommandée par les textes législatifs togolais, l'OMS, le document de politique nationale de santé et le PNDS, elle ne sera pas facile à mettre en œuvre. Les difficultés qui vont apparaître se prévoient au travers la logique des travaux de Grize *et al* (1987) et de Singéry (2016) sur les représentations et les projets de changement technologique. Dans leurs ouvrages, l'introduction des nouvelles technologies, ici la MT, a généré de nouvelles représentations des entreprises. Ces nouvelles représentations ont entraîné de nouveaux comportements. En effet, dans ce cas de figure lié à l'introduction de la MT dans l'univers de la MM, les nouvelles représentations de la médecine de santé humaine au Togo vont apparaître auprès des populations. La réticence et l'enthousiasme seront remarqués. Les praticiens de la médecine moderne auront de nouvelles pratiques qui seront l'émanation des représentations sociales qu'ils auront de la médecine mixte. Les populations auront également de nouvelles pratiques liées à de nouvelles représentations sociales. Ces différentes réactions des acteurs se résument dans le verbatim d'un praticien de la MT lors des entretiens semi-directifs. Il disait :

« La médecine traditionnelle, maintenant que vous vous réveillez, ça nous fait plaisir...La conception de la médecine traditionnelle, c'est ceux qui ont été à l'école du Blanc qui l'utilisent dans un sens péjoratif. Quand un médecin non convaincu parle de la MT, les termes qu'il va utiliser pour développer le concept, sont des termes péjoratifs voire négatifs. Mais un médecin qui est convaincu de la médecine traditionnelle va parler de la médecine traditionnelle, avec des termes plus positifs. Donc le monde conventionnel n'a pas la même idéologie sur la médecine traditionnelle » (Lakassa, 2017).

Cette opinion convie à poursuivre les recherches pour continuer à appréhender la MT dans le cadre de sa cohabitation avec la MM et dans le cadre de la politique « Une seule Santé »²³⁶.

²³⁶ Le concept « Une seule Santé » ou « One Health » est une stratégie mondiale visant à élargir les collaborations et les communications interdisciplinaires dans tous les aspects des soins de santé pour les humains, les animaux et l'environnement.

Cette médecine dite à tort ou à raison de « traditionnelle » est une identité culturelle. Un patrimoine à préserver et à développer pour la santé des populations togolaises en particulier et africaines en générale. Elle a fait ses preuves et doit répondre aux nouveaux défis des générations à venir. Ses techniques et ses approches doivent être améliorées. C'est aussi l'opinion de Kadanga (2012, 168 et 169) qui soutient que :

« La recherche doit être mise au service de la tradition afin de la fixer, de la sauvegarder et de la rendre plus dynamique. Il s'agit de prendre conscience de cet héritage culturel, de l'étudier, de l'actualiser et de le faire fructifier pour en faire une base d'inspiration pour les générations futures. ...le retour aux sources ne signifie pas une régression car, le monde évolue, et il faut évoluer avec lui tout en conservant ce qui fait notre identité. »

Dans cette dynamique, nous envisageons approfondir à l'avenir, certains aspects de la MT qui relèvent du domaine des sciences sociales. Il s'agit entre autres : l'analyse ethnographique des consultations pré et post natales chez les accoucheuses traditionnelles, la contribution de la médecine traditionnelle dans les programmes de la santé de la mère et de l'enfant au Togo, la dynamique des pratiques de la médecine traditionnelle au Togo depuis la colonisation, l'analyse des dépenses de santé de la médecine traditionnelle.

BIBLIOGRAPHIE

1. Abdmouleh, R. 2006 : "Les guérisseurs en Tunisie entre la répression et la tolérance. Etude d'une profession marginale", in *Passerelles n°33*.
2. Abric, J.-C., 1987 : *Coopération, compétition et représentations sociales*, CoussetFribourg: Del val.
3. Abric, J.-C., 1994 b : "Pratiques Sociales et Représentations", in J.-C. Abric (dir), *Méthodologie de recueil des représentations sociales*, Paris : Presses Universitaires de France, pp. 59-82.
4. Abric, J.-C., 1994a : "L'organisation interne des représentations sociales : système central et système périphérique", in C. Guimelli (dir), *L'approche structurelle des représentations sociales*, Neuchâtel : Delachaux et Niestlé, pp. 73-84.
5. Abric, J.-C., 2003a : "La recherche du noyau central et de la zone muette des représentations sociales", in J.-C. Abric, *Méthodes d'étude des représentations sociales*, Ramonville SaintAgne : Erès, pp. 59-80.
6. Abric, J.-C., 2016 : "Les représentations sociales : aspects théoriques", in J.-C. Abric (dir), *Pratiques sociales et représentations*, Paris : Presses universitaires de France, pp. 15-46.
7. Abric, J.-C., & Vacherot, G., 1976 : "Méthodologie et étude expérimentale des représentations sociales. Tâches partenaire et comportement en situation de jeu", in *Bulletin de Psychologie*, pp. 735-746.
8. Ackerknecht, E. H., 1997 : *La médecine hospitalière à Paris (1794-1848)*, Paris : Payot.
9. Adjanohoun, E., Ahyi, M., & Aki Assi, L., 1986 : *Contribution aux études ethnobotaniques et floristiques au Togo*, Paris : Agence de Coopération Culturelle et Technique.
10. Agbonon, A., Aklikokou, K., & Gbeassor, M., 2005 : "Mangifera indica Stem Bark Effect on the Rat Trachea Contracted by Acetylcholine and Histamine", in *Pharmaceutical Biology*, vol 43, n°5, pp. 475-479.
11. Ahyi, A., 1993 : "L'art de guérir ancestral en Afrique : Problématique et perspectives", in *Colloque du CIRCES*. Abidjan.
12. Aissani, Y., 1992 : "La structure interne d'une représentation sociale peut-elle être contradictoire ?", in *Anuario de Psicologia*, n°52, pp. 95-109.

13. Akakpo, A. M., 2009 : *Tradithérapeutes et prestations des services en soins de santé dans les villes togolaises : cas de Lomé*, Mémoire de maitrise ès Lettres et sciences humaines, Anthropologie (option Santé, Culture, Religion), Université de Lomé, Lomé.
14. Akin, J., Griffin, C., & Guilkey, D., 1986 : "The demand for adult out-patient services in the Bicol Region of Philippines", in *Social Science and medicine*, vol. 22, n°3, pp 321-328.
15. Akin, J., Guilkey, D., & Deton, E., 1995 : "Quality of Services and Demand for Health Care in Nigeria : A Multinomial Probit Estimation", in *Social Science and Medicine*, vol. 40, n°11, pp. 1527-1537.
16. Alonou, B. K., 2006 : "Assistance médicale indigène : action humanitaire ou œuvre utilitaire ?", in *Revue du CAMES - Nouvelle Série B*, vol.7, n°1, pp. 165-173.
17. Amenyedzi, A., 2000 : " "Sow" ou la représentation symbolique de l'angine de gorge chez les Kabyè du Togo", in *Revue CAMES*, vol. 004.
18. Anani, K., et al., 2000 : "Investigation of medicinal plants of Togo for antiviral and antimicrobial activities", in *Pharmaceutical Biology*, vol. 38 n°1, pp. 40-45.
19. Andoche, J., 1988 : "L'interprétation populaire de la maladie et de la guérison a l'Ile de la Réunion", in *Sciences Sociales et Santé*, vol.VI n°3 et 4, pp. 145-165.
20. Antonius, R., 2007 : *Ce que doit inclure un projet de mémoire ou de thèse*, Québec, Département de sociologie, UQAM, Canada : Collection "Les sciences sociales contemporaines".
21. Apéléte, K., 2017, février 2 : Entretien semi-direct, questionnaire tradithérapeute. (O. Akpo Gnandi, Intervieweur)
22. Assemblée Générale Constitutive., 2014 : *Ordre des Praticiens de la Médecine Traditionnelle au Togo : Statuts*, Rapport de l'assemblée générale du 03 avril 2014, Lomé.
23. Assie, S., 1986 : "Une conception informatique s'appuyant sur une étude des représentations dans le secteur artisanal de l'alimentation de détail", in L. Wilkin (dir), *Informatique et organisation*, Bruxelles : Université de Bruxelles.
24. Assima-Kpatcha, E., 2004 : *Travail et salariat au Togo dans l'entre-deux-guerres : 1914-1939*, Thèse de doctorat, Université de Lomé, Lomé.
25. Atakpama, W., al. 2014 : "Moringa oleifera lamarck (moringaceae) : une ressource phylogénétique à usage multiple", in *Revue CAMES Science de la vie, de la terre et agronomie*, vol. 2, pp. 6-14.

26. Atchrimi, T., 2008 : *La problématique de l'action publique au Togo. Etude de cas : la lutte contre le SIDA*, Thèse de doctorat en sociologie, Université de France-Comté, FranceComté.
27. Atchrimi, T., 2017 : "Représentation du risque écologique par les populations rurales et déforestation au Togo : le cas du village de Lilikopé", in *Revue Ivoirienne d'anthropologie et de sociologie*, n°29, pp. 175-187.
28. Auge, M., 1984 : "Ordre biologique, ordre social. La maladie, forme élémentaire de l'événement", in M. Auge, & C. Herzlich (dir), *Le sens du mal, Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris : Editions des archives contemporaines, pp. 35-39.
29. Awesso, A., 2011 : "Politiques culturelles et développement urbain au Togo. Etat des lieux et perspectives de démarche participative à Kara et Kpalimé", in *Ann.Univ. de Lomé, Sér.Lett.*, vol. XXXI n°2, pp. 235-246.
30. Awesso, A., 2012 : "Essai en anthropologie appliquée à l'innovation socio-économique", in *Cahiers du CERLESHS*, vol XXVII, n°42, pp. 151-177.
31. Aziamado, I. K., 2008 : *Les représentations sociales de la lèpre chez les Kpélé-Akata au Sud-Ouest du Togo*, Mémoire pour l'obtention du diplôme de maîtrise es-Lettre et sciences humaines, Anthropologie, option Santé, Culture, Religion, Université de Lomé, Lomé.
32. Balandier, G., 1955 : *Sociologie actuelle de l'Afrique noire. Dynamiques sociales en Afrique centrale*. Paris : PUF.
33. Balint, M., 1968 : *Le médecin, son malade et la maladie*, Paris : Payot.
34. Barges, A., 1996 : "Entre conformisme et changements : le monde de la lèpre au mali", in J. Benoist (dir), *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Paris : Les éditions Khartala, Collection Les classiques des sciences sociales, pp. 270-300.
35. Barlow, R., & Diop, F., 1995 : "Increasing the utilization of cost-effective health services through changes in demand", in *Health Policy and Planning*, pp. 284-295.
36. Bataille, M., 2002 : "Un noyau peut-il ne pas être central", in C. Garnier, & W. Doise (dir), *Les représentations sociales, balisage du domaine d'étude*, Montréal : Editions Nouvelles, pp. 25-34.
37. Bedos, C., 2000 : *Demande et utilisation des services dentaires parmi les adultes québécois*, Thèse de doctorat, Université de Montréal, Département de médecine sociale et préventive, Montréal.

38. Benoist, J., 1986 : "La question de l'efficacité en anthropologie médicale", in *Médecines du Monde : Anthropologie et pratiques médicales*, pp. 91-98.
39. Benoist, J., 1989 : "Médecine traditionnelle et médecine moderne en République Populaire du Bénin", in *Ecol.Hum.*, vol. VII, n°1, pp. 84-89.
40. Berger, P., & Luckmann, T., 1996 : *La construction sociale de la réalité*. Paris : Masson/Armand Colin.
41. Bibeau, G., 1981 : "L'apprentissage du langage", in *Erudit*, n°44, pp. 80-83.
42. Bonardi, C., & Roussiau, N., 1999 : *Les représentations sociales*, Paris : Dunod.
43. Bonnet, D., 1988 : *Corps biologique, corps social. Procréation et maladies de l'enfant en pays mossi, Burkina Faso*, Paris : Editions de l'ORSTOM.
44. Bouchon, M., 2009 : *Collecte des données. Méthodologies qualitatives*, Imprimeries Paton.
45. Bourdier, F., 1996 : "Rencontre thérapeutique dans l'Inde méridionale ou l'art d'élaborer une médecine masala dans les stratégies de soins", in J. BENOIST (dir), *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Paris : Les éditions Khartala Collection Les classiques des sciences sociales, pp. 377-409.
46. Bourdieu, P., 1980 a : *Le Sens pratique*, Paris : Les éditions de Minuit.
47. Bourdieu, P., 1980 b : *Questions de sociologies*, Paris : Minuit.
48. Bourdieu, P., 2015 : *Esquisse d'une théorie de la pratique. Précédé de Trois études d'ethnologie kabyle*, Genève : Droz.
49. Bouveresse, J., 2004 : "Bourdieu, savant et politique", in *Cité*, n°17, pp. 133-141.
50. Burnett Tylor, E., 1871 : *Primitive : Culture researches into the development of mythology, philosophy, religion, language, art and custom*, London : John Murray Albemarle Streets, vol. 1 et 2.
51. Cantrelle, P., & Locoh, T., 1990 : "Facteurs culturels et sociaux de la santé en Afrique de l'ouest", in *Les dossiers du CEPED*, n°10.
52. Cartaud, E., & Labbé, S., 2010 : *L'étude des représentations sociales du travail : pour une communication professionnelle et professionnalisante*, Actes du congrès de l'Actualité de la recherche en éducation et en formation (AREF), Université de Genève, Genève.
53. Cathebras, P., 1996 : "Le recours aux médecines parallèles observé depuis l'hôpital : banalisation et pragmatisme", in J. Benoist (dir), *Soigner au pluriel. Essais sur le*

- pluralisme médical*, Paris : Les éditions Khartala Collection Les classiques des sciences sociales, pp. 301-316.
54. Cathebras, P., 1997 : "Qu'est-ce qu'une maladie ?", in *La Revue de médecine Interne*, vol. 18, n°10, pp. 809-813.
 55. Catroux, M., 2002 : "Introduction à la recherche-action : modalités d'une démarche théorique centrée sur la pratique", in *Recherche et pratiques pédagogiques en langues de spécialité*, vol. XXI, n°3, pp. 8-20.
 56. Centre Hospitalier Universitaire Campus, 2016 : *Rapport d'activités du CHU-Campus*, Direction du CHU Campus, Lomé.
 57. Chan, M., 2008 : *Allocution au Congrès de l'OMS sur la médecine traditionnelle à Beijing*, Rapport de l'OMS, OMS, Genève.
 58. Chapuis, J., 1996 : "L'identité dans le prisme de la maladie et des soins (Guyane)", in J. Benoist (dir), *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Paris : Les éditions Karthala Collection Les classiques des sciences sociales, pp. 45-75.
 59. Chokier, N., & Moliner, P., 2006 : "La « zone muette » des représentations sociales, pression normative et/ou comparaison sociale ?", in *Bulletin de Psychologie*, vol. 59, n°3, pp. 281-286.
 60. Chokier, N., & Rateau, P., 2009 : "Représentations d'objet « sensibles » et processus de comparaison soi/autrui", in P. Rateau, & P. Moliner (dir), *Représentations sociales et processus sociocognitifs*, Rennes : Presses Universitaires de Rennes, pp. 31-34.
 61. Colusse, L., & Culasse, P., 1986 : "Les représentations psychosociales de l'informatique", in L. Wilkin (dir), *Technologie de l'information. Aspects humains et sociaux*, Bruxelles : Editions de l'université de Bruxelles, pp. 31-47.
 62. Darré, T., et al., 2014 : "Effet topique de l'extrait hydro-ethanolique de l'acacia nilotica sur la cicatrisation cutanée des brûlures de second degré", in *European Scientific Journal*, vol. 10, n°30.
 63. Dassa, S. K., et al., 2010b : "Vécu et représentation de l'ulcère de Buruli dans le district sanitaire de Sotouboua (Togo)", in *Journal de la Recherche Scientifique de l'Université de Lomé*, vol. 12, n°1, pp. 53-57.
 64. Dassa, S. K., et al., 2010a : "Représentation culturelle de la maladie et désaffection pour la médecine moderne : cas des clients des CHU Tokoin et Campus de Lomé", in *Journal de recherche scientifique de l'université de Lomé*, vol. 12, n°1, pp. 69-73.

65. Del Sarto, M., Saad, F., & Abric, J.-C., 2010 : *Analyse Psycho-sociale et sécurité Routière : le cas des motards*, Actes de la 10ème Conférence Internationale sur les Représentations Sociales, Tunis (Tunisie).
66. Denou, A., 2011 : *Etude des propriétés analgésiques des plantes antipaludiques du Togo et du mali sélectionnées par enquêtes ethnobotaniques*, Mémoire pour l'obtention du DEA en Biologie de Développement Option : Pharmacognosie, Université de Lomé, Lomé.
67. Deschamps, J.-C., & Guimelli, C., 2004 : "L'organisation interne des représentations sociales de la sécurité/insécurité et l'hypothèse de la « zone muette »", in J.-L. Beauvois, R.-V. Joule, & J.-M. Monteil (dir), *Perspectives cognitives et conduites sociales*, Rennes : Presses universitaires de Rennes, vol. 9, pp. 105-130.
68. Desclaux, A., 1996 : "De la mère responsable et coupable de la maladie de son enfant", in J. Benoist (dir), *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Paris : Les éditions Khartala Collection Les classiques des sciences sociales, pp. 242-269.
69. Desplats, D., & Razarison, C., 2011 : *Le guide du médecin généraliste communautaire en Afrique et à Madagascar*, Marseille : Santé Sud.
70. DiCenso, A., Guyatt, G., & Ciliska, D., 2005 : *Evidence-based nursing : A guide to clinical practice*, St. Louis MO : Elsevier Mosby.
71. Dieng, M., et al., 2014 : "Déterminants de la demande de soins en milieu péri-urbain dans un contexte de subvention à Pikine, Sénégal", in *Hal archives ouvertes*, n°15, pp. 1-26.
72. Djassoa, G., 1988 : *Esquisse théorique des pratiques thérapeutiques chez les nawdeba du nord Togo*, Thèse de doctorat d'Etat, Université de Rennes II, Rennes.
73. Djassoa, G., & Dassa, S., 2003 : *Conflits culturels et décompensations en psychopathologie africaine, étude de cas dans le Service de Psychiatrie et de Psychologie Médicale du CHU Campus de Lomé*, Actes du 1er Congrès panafricain de santé mentale.
74. Djeteba, D., 2002 : *Médecine traditionnelle et engouement des populations*, Mémoire de maîtrise ès Lettres, option sociologie, Université de Lomé, Lomé.
75. Djouda, F. Y., 2010 : "Réseaux relationnels et processus de soutien aux malades de la tuberculose au Cameroun", in *REDES- Revista hispana para el análisis de redes sociales*, vol. 18, n°6.

76. Dobbins, M., 2017 : *Guide pour les revues rapides, Étapes pour effectuer une revue rapide*, Hamilton, ON : Université McMaster : Centre National de Collaboration des Méthodes et Outils, vol.1.1.1.
77. Doise, W., & Palmonari, A., 1986 : *L'étude des Représentations Sociales*, Lausanne : Delachaux et Niestlé.
78. Doise, W., Clémence, A., & Lorenzi-Cioldi, F., 1992 : *Représentations sociales et analyses de données*, Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.
79. Dosquet, F., 2010 : *De l'importance des représentations sociales en marketing politique, Etude des représentations sociales des anciens et nouveaux militants du parti socialiste au cours de la Présidentielle de 2007*, Thèse de doctorat, Université de Pau.
80. Dosquet, F., 2011 : "L'utilisation du concept des représentations sociales dans l'étude des communautés partisans. Une revue de la littérature.", in *Cahier de recherches*, n°15, pp. 2-18.
81. Dotsu, Y. M., 2004 : *Représentations, comportements et pratiques des Ewé du Sud Togo vis-à-vis de la maladie : cas de l'épilepsie chez les Kpélé-Akata*, Mémoire de maîtrise ès Lettres et sciences humaines, Anthropologie (option Santé, Culture, Religion), Université de Lomé, Lomé.
82. Dresse, A., & De Baeremaeker, D., 2013 : *Amawoto. Le marché de la santé au pays du vaudou*, Bruxelles : Agence belge de développement.
83. Durkheim, É., 2010 : *Les Règles de la méthode sociologique*, Paris : Flammarion.
84. Effoe, S., Agban, A., & Tchacondo, T., 2014 : *Evaluation de l'activité antimicrobienne des extraits de piliostigma thonningii (SCHUM.) MILNE-REDH*, Journées scientifiques internationales de Lomé, XVIème Edition (JSIL 2014), Université de Lomé, Lomé.
85. Elias, N., 1997 : *La société des individus*, Paris : Agora Pocket.
86. Ellis, R., & McInnes, D. S., 1994 : "Inpatient and outpatient Health care demand in Cairo, Egypt", in *Health Economics*, n°4, pp. 165-176.
87. Encreve, P., & Lagrave, R.-M., 2004 : *Travailler avec Bourdieu*, Paris : Flammarion.
88. Epelboin, A., 1996 : "Possession par des djinns en région parisienne", in J. Benoist (dir), *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Paris : Les éditions Karthala Collection Les classiques des sciences sociales, pp. 347-376.
89. Ezao, G., 2011 : *Représentations sociales et itinéraires thérapeutiques du paludisme chez les Kabyè dans la préfecture de la Kozah*, Mémoire pour l'obtention du diplôme de

- maîtrise ès Lettre et sciences humaines, Anthropologie, option Santé, Culture, Religion, Université de Lomé, Lomé.
90. Fanidji, Y. K., 2006 : *Médecine traditionnelle : traitement des IST/VIH/SIDA dans la ville de Lomé (TOGO)*, Mémoire pour l'obtention du DEA option sociologie Santé et Développement, Université de Lomé, FLESH, Lomé.
 91. Fassin, D., 1990 : "Maladie et médecine", in D. Fassin, & Y. Jaffré (dir), *Sociétés, développement et santé*, Paris : Les Éditions Ellipses, pp. 38-49.
 92. Fassin, D., 2000 : "Entre politiques de la vie et politiques du vivant. Pour une anthropologie de la santé", *Revue Anthropologie et Sociétés*, vol. 1, n°24, pp. 95-116.
 93. Fassin, D., 2001 : "La globalisation et la santé. Éléments pour une analyse anthropologique", in B. Hours (dir), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Paris : Les éditions Karthala, pp. 24-40.
 94. Flament, C., 1987 : "Pratiques et représentations sociales", in J.-L. Beauvois, R.-V. Joule, & J.-M. Monteil (dir), *Perspectives cognitives et conduites sociales*, Cousset-Fribourg : Del Val, vol. 1, pp. 143-150.
 95. Flament, C., 1999 : "La représentation sociale comme système normatif", in *Psychologie et Société*, n°1, pp. 29-54.
 96. Flament, C., 2016 : "Structure, dynamique et transformation des représentations sociales", in J.-C. Abric (dir), *Pratiques sociales et représentations*, Paris : Presses universitaires de France, pp. 47-72.
 97. Franckel, A., 2006 : "Famille et recours aux soins dans l'enfance ; le cas du paludisme à Niakhar (Sénégal)", in C. Gourbin, & A. Gaye (dir), *Santé et bien-être des enfants*, Neuilly sur Marne : P.A.O Assistance, pp. 706-718.
 98. Freidson, E., 1984 : *La profession médicale*, Paris : Payot.
 99. Galaty, J., & Leavitt, J., 1991 : "Culture. Les théories", in M. Izard, & P. Bonté (dir), *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*, Paris : PUF, pp. 193-196.
 100. Gayibor, N. L., 2005 : *Histoire des Togolais de 1884 à 1960*, Lomé : Presse de l'Université de Lomé.
 101. Gbekley, et al., 2015 : "Étude ethnobotanique des plantes utilisées dans le traitement du diabète dans la médecine traditionnelle de la région Maritime du Togo", in *The Pan African Medical Journal*, vol. 20, pp. 437-452.

102. Gbogbo, K. A., et al., 2013 : "Evaluation de l'activité antimicrobienne de *Momordica charantia* (cucurbitaceae), *psidium Guajava* (myrtaceae) et *pteleopsis suberosa* (combretaceae)", in *European Scientific Journal*, vol. 9, n°36, pp. 411-421.
103. Giacobbi, M., & Roux, J., 1990 : *Initiation à la sociologie. Les grands thèmes, la méthode, les grands sociologues*, Paris : Hatier.
104. Grize, J., Vergès, P., & Silem, A., 1987 : *Salariés face aux nouvelles technologies : vers une approche sociologique des représentations sociales*, Paris : Editions du C.N.R.S.
105. Guimelli, C., 2016 : "La fonction infirmière. Pratiques et représentations sociales", in J.-C. Abric (dir), *Pratique sociales et représentations*, Paris : Presses universitaires de France, pp. 103-132.
106. Guimelli, C., & Abric, J.-C., 2007 : "La représentation sociale de la mondialisation : rôle de l'implication dans l'organisation des contenus représentationnels et des jugements évaluatifs", in *Bulletin de Psychologie*, vol. 60, n°1, pp. 49-58.
107. Guimelli, C., & Jacobi, D., 1990 ; "Pratiques nouvelles et transformations des représentations sociales", in *Revue internationale de psychologie sociale*, n°3, pp. 307-334.
108. Haddad, S., 1992 : *Utilisation des services de santé en pays en développement. Une étude longitudinale dans la zone de santé rurale de Nioki au Zaïre*. Lyon : Université Claude Bernard.
109. Haddad, S., & Fournier, P., 1996 : "Qualité, coûts et utilisation des services de santé en pays en développement : une étude longitudinale au Zaïre", in *Rupture, revue transdisciplinaire en santé*, vol.3, n°1, pp. 88-89.
110. Hele, B., al., 2014 : "Enquête ethnobotanique sur les plantes utilisées dans le traitement traditionnel des contusions musculaires au Togo", in *Revue Ivoirienne des Sciences et Technologie*, n°24, pp. 112-130.
111. Herzlich, C. al., 1975 : *Santé et maladie mentale. Analyse d'une représentation sociale*, Paris : Lahaye Mouton and Co.
112. Hidalgo, M., 2012 : *Représentations sociales et contextes : Études autour de l'expression et des comportements en lien avec les éléments masqués*, Thèse de doctorat en Psychologie et Sciences de l'Éducation, Université de Provence, Aix-Marseille.
113. Hodouto, K., al. 1985 : *Etude de la double activité antimicrobienne et anti diarrhéique de quelques plantes utilisées en médecine traditionnelle au Togo*, Lomé.

114. Houeto, S. O., 2005 : *Itinéraire thérapeutique des épileptiques dans l'arrondissement de djidja, Département du zou au Bénin*, Thèse de doctorat en médecine, Université d'Abomey-Calavi, Faculté des Sciences de la Santé, Cotonou.
115. Houeto, S. O., 2005 : *Itinéraire thérapeutique des épileptiques dans l'arrondissement de djidja, Département du zou au Bénin*, Faculté des Sciences de la Santé. Cotonou : Université d'Abomey-Calavi.
116. Hounkpati, Y. J.-D., 2007 : *Méthodes d'Analyse des Systèmes de Santé : M2AD*, Thèse de Doctorat, Université Claude Bernard - Lyon 1, Lyon.
117. Hudelson, P., 2008 : "Que peut apporter l'anthropologie médicale à la pratique de la médecine ?", in *Cahier Santé conjugée*, n°46, pp. 35-39.
118. Illich, I., 1975 : *Némésis Médicale. L'expropriation de la santé*. Paris : Seuil.
119. Izard, M., 1991 : "La culture. Le problème", in M. Izard, P. Bonte (dir), in *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*, Paris : PUF, pp. 190-192.
120. Jacquemot, A., 1996 : "L'umbanda et ses malades dans le champ médical brésilien", in J. Benoist (dir), *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Paris : Les éditions Karthala Collection Les classiques des sciences sociales, vol. IV, pp. 141-166.
121. Jaffré, Y., 2006 : "Dynamiques et limites socio-anthropologiques des stratégies de prévention et de contrôle des risques infectieux dans les pays en voie de développement", in *La maîtrise des maladies infectieuses, un défi de santé publique, une gageure médicoscientifique*, vol.24, pp. 101-115.
122. Jaffré, Y., et al. 2003 : *Représentations populaires et songhay-zarma de quelques maladies (entités nosologiques populaires)*, Niamey : Laboratoire d'études et de recherches sur les dynamiques sociales et le développement local.
123. Jan, C. S., 1926 : *Holism and Evolution*, Londres : Macmillan & Co Ltd.
124. Jeoffrion, C., 2009 : "Santé et Représentations sociales : une étude « multi-objets » auprès de Professionnels de Santé et Non-Professionnels de Santé", *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, n°82, pp. 73-115.
125. Jodelet, D., 1984 : "Représentation Sociale : phénomènes, concept et théorie", in S. Moscovici (dir), *Psychologie Sociale*, Paris : PUF, pp. 357-378.
126. Jodelet, D., 1989 a : *Les représentations sociales*, Paris : PUF.
127. Juillet, A., 1999 : "L'accessibilité aux soins à Bamako (Mali)", in BRNNET-JAILLY (dir), *Santé en Capitales. La dynamique des systèmes de santé des capitales ouest africaines*, Abidjan : CEDA Abidjan GIDIS, pp. 153-170.

128. Kabore, W. N., 1999 : *Contribution à l'étude structurale d'un principe antifongique isolé mltracarpus scaber zucc*, Thèse de doctorat, Université de Ouagadougou, Faculté des Sciences de la Santé, Ouagadougou.
129. Kadanga, K., 2012 : "Un patrimoine culturel immatériel du Togo : Cas du pays Guin", in *Ingénierie culturelle : Revue scientifique semestrielle de l'IRES-RDEC*, n°1, pp. 165-177.
130. Kadya, T. E., 1984 : *Guérir à Cubalel. Interprétation de la maladie et pratiques thérapeutiques chez les Haalpulaaren dans la Vallée du Fleuve, Sénégal*, Thèse 3ème cycle en ethnologie, EHESS, Paris.
131. Kadya, T. E., 1985 : "Le contre-sorcier Haalpulaar, un justicier hors-la-loi. Étude de la dynamique du système thérapeutique des Haalpulaaren (Sénégal)", in *Sciences sociales et santé*, vol.3, n°3 et 4, pp. 129-150.
132. Kaës, R., 1968 : *Images de la Culture chez les ouvriers français*, Paris : Cujas.
133. Kagambega, M., 2010 : *L'assurance maladie au Burkina Faso : De la logique thérapeutique des acteurs sociaux, à l'appropriation des systèmes de mutualisation des risques sanitaires*, Thèse de doctorat en sociologie, Université de Bordeaux 2, Bordeaux.
134. Karoue, P., 2018 : *Les représentations sociales de la CEDEAO*, Thèse de doctorat en sociologie, Université de Lomé, Lomé.
135. Kétéhouli, D. A., 2009 : *La médecine traditionnelle et les pratiques thérapeutiques en milieu Ewé : cas du canton d'Agoé Nyivé*, Mémoire de maitrise ès Lettres et sciences humaines, Anthropologie (option Santé, Culture, Religion), Université de Lomé, Lomé.
136. King, R., Homsy, T., & Allen, S., 1992 : "Traditional medicine vs modern medicine for AIDS", *VIII International Conference on AIDS*. Amsterdam.
137. Kohatsu, N. D., Robinson, J. G., & Torner, J. C., 2004 : Evidence-based public health: an evolving concept, in *American Journal of Preventive Medicine*, n°27, pp. 417-421.
138. Kola, M., 2010 : *Représentation socio culturelle de la maladie Kuku et itinéraires thérapeutiques chez les populations Ewe du canton de Notsè au Sud Togo*, Mémoire de maitrise es-Lettre, Anthropologie, Université de Lomé, Lomé.
139. Kone, K. G., 2012 : *L'équité de l'accès aux soins dans un contexte de subvention des médicaments : Une analyse économétrique des déterminants du recours aux soins à Dakar*, Thèse de Doctorat unique en sciences économiques, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Dakar.

140. Kouadio, A., *al.*, 2005 : *protection sociale et demande de soins de santé en milieu urbain ivoirien*, African Economic Research Consortium (AERC-CREA), Abidjan.
141. Kouassi, B., 2008 : *Pauvreté des ménages et accès aux soins de santé en Afrique de l'ouest. Burkina-Faso, Côte d'ivoire, Ghana, Mali et Togo*, Paris : Karthala.
142. Koudouvo, et *al.*, 2011a : "In vitro antiplasmodial activity of crude extracts from Togolese medicinal plants", in *Asian Pacific Journal of Tropical Medicine*, vol.4, n°2, pp. 129-132.
143. Koudouvo, K., et *al.*, 2011b, : "An ethnobotanical study of antimalarial plants in Togo Maritime Region", in *Journal of Ethnopharmacology*, vol.134, n°1, pp. 183-190.
144. Koumaglo, K. et *al.* 2004 : "Activité de la Gedunine extradite de l'écorce du fruit de *Azadirachta indica* (Linn) sur *Plasmodium falciparum* in vitro", in *Phytotherapy journal*, vol. 4, n°78, pp. 622-636.
145. Koumaglo, K., et *al.*, 1992 : "Effects of three compounds extracted from *Morinda lucida* on *Plasmodium falciparum*", in *Planta Medica*, n° (8), pp. 533-534.
146. Kounouchi, K. B., et *al.*, 2014 : *Influence de la physiologie du papayer sur le parasitisme de paracoccus marginatus (hemiptera : pseudococcidae) au Togo*, Journées scientifiques internationales de Lomé, Université de Lomé, Direction de la Recherche, Lomé.
147. Kpassagou, B. L., 2014 : *Recours aux soins de santé des personnes adultes en zone rurale au Togo : influence du vécu de la pauvreté et de la maladie*, Thèse de doctorat unique pour l'obtention du grade de docteur en Psychologie Clinique et de la Santé, Université de Lomé, Lomé.
148. Laifer, G., et *al.*, 1992 : "Frequent use of alternative therapies and higher subjective benefit compared to traditional medicine in HIV-infected patients.", in *VIII International Conference on AIDS*. Amsterdam.
149. Lakassa, E. (2017, janvier 21). Entretien semi-direct, questionnaire tradithérapeute. (A. G. Okaté, Intervieweur) Lomé Avédji.
150. Lallemand, M., Jourdain, G., & Grunais, M. E., 1988 : *Itinéraires et prises en charge thérapeutiques à Brazzaville : la logique des choix*, Rapport de fin de recherche, ORSTOM, Paris.
151. Laplantine, F., 1986 : *Anthropologie de la maladie*, Paris : Payot.

152. Laplantine, F., 1989 : "Anthropologie des systèmes de représentations de la maladie de quelques recherches menées en France contemporaine ré-examinées à la lumière d'une expérience brésilienne", in D. Jodelet, *Les représentations sociales*, PUF, pp. 277-298.
153. Leighton, C., 1995 : "Overview : health financing reforms in Africa", in *Health Policy and Planning*, vol.10, n°3, pp. 213-222.
154. Lemaitre, Y., 1996 : "Médecines en contact à Tahiti", in J. Benoist (dir), *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Paris : les éditions Khartala, pp. 410-436.
155. Lheureux, F., & Guimelli, C., 2009 : "Organisation interne et affectivité des représentations sociales : une étude exploratoire", in *Anuario de Psicología*, vol.40, n°3, pp. 357-376.
156. Loux, F., 1978 : "Santé et maladie dans les représentations populaires françaises traditionnelles et modernes", in *Santé, médecine et sociologie*, pp. 311-315.
157. Lovell, N., 1995 : "Pluralisme thérapeutique et stratégies de santé chez les Évhé du Sud Est Togo", in *Les Dossiers du CEPED*, n°33.
158. Mannoni, P., 2016 : *Les représentations sociales* (éd. 6e), Paris : PUF.
159. Mardellat, R., 1990 : *Performances économiques de l'entreprise et profil psychologique du dirigeant*, Paris : CEPAM.
160. Mardellat, R., 2016 : "Pratiques commerciales et représentations dans l'artisanat", in J.-C. Abric (dir), *Pratiques sociales et représentations*, Paris : Presses universitaires de France, pp. 175-214.
161. Mariko, M., 2003 : "Accès aux soins et qualité : résultats d'une étude empirique menée à Bamako (Mali)", in M. Audibert, E. Roodenbeke, & J. Mathonnat (dir), *Le Financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*, Paris : Les éditions Karthala, pp. 5-37.
162. Mawunou, Z., 2007 : *Auxiliaires médicaux et médecins africains au Togo sous la domination coloniale 1884-1960*, Mémoire de maîtrise, Université de Lomé, Département d'histoire et d'archéologie, Lomé.
163. Michel, G., 1999 : "L'évolution des marques : approche par la théorie du noyau central", in *Recherche et Applications en Marketing*, vol.14, n°4, pp. 33-53.
164. Michel, G., 2000 : *La stratégie d'extension de marque, facteur d'évolution de la marque*, Paris : Vuibert.
165. Michel, G., 2004 : *Au cœur de la marque, Créer, gérer, développer et évaluer sa marque*, Paris : Dunod.

166. Micollier, E., 1996 : "Entre science et religion entre modernité et tradition : le discours pluriel des pratiquants du gigong", in J. Benoist (dir), *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Paris : Les éditions Karthala, pp. 205-223.
167. Ministère de l'Administration Territoriale de la Décentralisation et des Collectivités Locales, 2015 : *Feuille de route de la décentralisation et des élections locales*, Rapport général, Lomé.
168. Ministère de l'Urbanisme et de l'Habitat, 2015 : *Elaboration du schéma directeur d'aménagement et d'urbanisme du Grand Lomé*, Rapport Diagnostic, Lomé.
169. Ministère de la Planification du Développement, 2016a : *Questionnaire Unifié d'Indicateurs de Base de Bien-être*, INSEED, Lomé.
170. Ministère de la Planification du Développement, 2016b : *Rapport profil de la pauvreté*, INSEED, Lomé.
171. Ministère de la Planification du Développement et de l'Aménagement du Territoire, 2013 : *Stratégie de Croissance Accélérée et de Promotion de l'Emploi (SCAPE) 2013-2017*, Secrétariat du DSRP, Lomé.
172. Ministère de la Planification du Développement et de l'Aménagement du Territoire, (2014 : *Troisième Enquête Démographique et de Santé*, INSEED, Lomé.
173. Ministère de la Santé, 2003 : *Politique nationale d'approche contractuelle*, Direction de la Planification, de la Formation et de la Recherche, Lomé.
174. Ministère de la Santé, 2011a : *Analyse de la situation du secteur de la santé*, Direction de la Planification, de la Formation et de la Recherche, Lomé.
175. Ministère de la Santé, 2011b : *Politique Nationale de Santé*, Direction de la Planification, de la Formation et de la Recherche, Lomé.
176. Ministère de la Santé, 2014 : *Principaux indicateurs de santé au Togo, année 2013*, Direction Générale des Etudes, de la Planification et de l'Information, Lomé.
177. Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, 2015 : *Principaux Indicateurs de santé 2015*, Direction Générale des Etudes, de la Planification et de l'Information, Lomé.
178. Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, 2016a : *Carte Sanitaire du Togo, rapport de synthèse*, Direction Générale des Etudes, de la Planification et de l'Information, Lomé.
179. Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, 2016b : *Plan National de Développement Sanitaire 2016-2020*, Direction Générale des Etudes, de la Planification et de l'Information, Lomé.

180. Ministère de la Santé, des Affaires Sociales et de la condition féminine, 1985 : *Etude de la double activité antimicrobienne et anti-diarrhéique de quelques plantes utilisées en médecine traditionnelle au Togo*, Lomé.
181. Ministère auprès du Président de la République chargé de la Planification du Développement et de l'Aménagement du Territoire, 2011 : *Recensement Général de la Population et de l'Habitat*, Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale, Lomé.
182. Moliner, P., 1994 : "Méthodes de repérage et d'identification du noyau des représentations sociales", in C. Guimelli (dir), *Structures et transformations des représentations sociales*, Lausanne : Delachaux et Niestlé, pp. 199-232.
183. Moliner, P., 1996 : "Images et représentations sociales", in *Presses Universitaires de Grenoble*.
184. Moliner, P., & Martos, A., 2005 : "Une redéfinition des fonctions du noyau des représentations sociales", in *Journal International sur les Représentations Sociales*, vol 2, n°1, pp. 89-96.
185. Morin, M., 2016 : "Entre représentations et pratiques : le SIDA, la prévention et les jeunes", in J.-C. Abric (dir), *Pratiques sociales et représentations*, Paris : Presses Universitaires de France, pp. 133-174.
186. Moscovici, S., 1961 : *La psychanalyse, son image et son public*, Paris : PUF.
187. Msefer, S., Taleb, W., & Naji, J., 2004 : "Déterminants socio-culturels des pratiques en santé bucco-dentaire au Maroc : résultats d'une étude qualitative", in *Cahiers Santé*, n°14, pp. 231-237.
188. Mwabu, G. M., 1986 : "Health care decisions at the household level: Results of a rural survey in Kenya", in *Social Science and medicine*, vol. 22, n°3, 315-319.
189. Nabine, G., 2005 : *Représentation de la maladie et itinéraire thérapeutique en pays Bassar (Togo), cas des maladies mentales chez les Taapu et les Yilpu*, Mémoire de maîtrise en Anthropologie, Université de Lomé, Lomé.
190. Ngal, D. N., 2004 : *Les déterminants socio-économiques dans la fréquentation des structures de soins de santé à Mbao*, Mémoire de maîtrise, Université Cheikh Anta Diop, Dakar.
191. OMS, 1990 : *Rapport de la consultation sur le SIDA et la médecine traditionnelle : Contribution possible des tradipraticiens*, OMS, Francistown (Botswana).

192. OMS, 2000 : *Principes méthodologiques généraux pour l'évaluation et la recherche relatives à la médecine traditionnelle*, Genève : OMS.
193. OMS, 2002 : "Médecine traditionnelle : besoins croissants et potentiels", in *Perspectives politiques de l'OMS sur les médicaments*, n°2, pp. 1-6.
194. OMS, 2013 : *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle 2014-2023*, OMS, Genève.
195. Ouedraogo, C., 1996 : "Pluralité des soins aux petits enfants : le cas des moosé de la ville de Ouagadougou (Burkina Faso)", in *Les travaux de l'UERD*, n°6.
196. Ouendo, E.-M. et al., 2005 : « Itinéraire thérapeutique des malades indigents au Bénin (Pauvreté et soins de santé) », in *Tropical Medicine and International Health volum*, vol.10, n°2, pp. 179-186.
197. Pangu, K., et al., 1999 : "Equity and sustainability of the health system : a community agenda in the Central Region of Togo", in T. J. Marchione (dir), *Scaling up, scaling down : overcoming malnutrition in developing countries*, Amsterdam: Abingdon: Gordon & Breach, pp. 139-156.
198. Paquet, G., 1989 : *Santé et inégalité sociales. Un problème de distance culturelle*, Québec.
199. Paquet, G., 1994 : "Facteurs sociaux de la santé, de la maladie et de la mort", in F. Dumont, S. Langlois, & Y. Martin (dir), *Traité des problèmes sociaux*, Québec : Institut québécois de recherche sur la culture, pp. 223-244.
200. Paquet, G., & Tellier, B., 2003 : "Les facteurs sociaux de la santé", in V. Lumieux, P. Bergeron, C. Gegin, & G. Belanger (dir), *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux*, Québec : Les Presses de l'Université Laval, pp. 65-89.
201. Platteau, J. P., 2008 : "Culture et développement. Introduction thématique", in *Afrique contemporaine*, n°226, pp. 21-29.
202. PNUD, 2016 : *Rapport sur le développement humain en Afrique*, Bureau régional pour l'Afrique, New York.
203. Pousset, J., 2006 : "Place des médicaments traditionnels en Afrique", in *Médecine Tropicale*, vol. 66, n°6, pp. 606-609.
204. Radi, S., 1996 : "Les maux entre Dieu, les génies et les hommes", in J. Benoist (dir), *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Paris : Les éditions Karthala Collection Les classiques des sciences sociales, pp. 167-196.

205. Rakotondrabe, F. P., 2001 : *Contribution du genre à l'explication de la santé des enfants : cas de Madagascar*, Colloque international Genre, population et développement en Afrique, Abidjan.
206. Richard, J.-L., 2001 : *Accès et recours aux soins de santé dans la sous-préfecture de Ouessè (Bénin)*, Thèse de doctorat en géographie de la santé, Université de Neuchâtel, Faculté des Lettres et Sciences Humaines.
207. Rioux, M., 1957 : *Belle-Anse*, Ottawa : Musée national du Canada.
208. Rivers, W. H., 1915 : "Medicine, Magic and Religion", in *Fitzpatrick Lects, XCIV*, pp. 59-65.
209. Rouquette, M.-L., & Rateau, P., 1998 : *Introduction à l'étude des représentations sociales*, Grenoble : Presses universitaires de Grenoble.
210. Rousselet, J., 1987 : "Attitude des jeunes face au travail et au non-travail", in C. Levy-Leboyer, & J.-C. Spérandion (dir), *Traité de psychologie du travail*, Paris : PUF, pp. 57-76.
211. Sahn, D. E., & Stifel, D., 2000 : "Poverty Comparisons over time and across countries in Africa", in *World Development*, vol. 28, n°12, 2123-2155.
212. Sambiani, D. D., 2006 : "Ethnies et inter culturalité à Lomé (Togo) : Etude de changement dans les relations interethniques en milieu urbain", in *Revue du CAMES - Nouvelle Série B*, vol. 0117, n°2.
213. Saucier, J.-F., 1981 : *Attitudes et conceptions des adolescents francophones vis-à-vis la maladie*, Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
214. Sendrail, M., 1980 : *Histoire culturelle de la maladie*, Toulouse : Privat.
215. Senou, B. M., 2002 : *Les déterminants de l'itinéraire thérapeutique au sud Bénin*, Mémoire de DEA, Université de Cocody, Abidjan.
216. Siliadin, K. M., 2010 : *Emigration des médecins togolais formés à la FMMP*, Thèse de Doctorat en médecine, Université de Lomé, Lomé.
217. Singéry, J., 2016 : "Représentations sociales et projet de changement technologique en entreprise", in J.-C. Abric (dir), *Pratiques sociales et représentations*, Paris : Presses universitaires de France, pp. 215-262.
218. Singly (De), F., 2012 : *Le questionnaire. L'enquête et ses méthodes*, Paris : Armand Colin.
219. Stoetzel, J., 1960 : "Le malade, la maladie et le médecin : esquisse d'une analyse psychosociale", *Population*, vol. 15, n°4, pp. 613-624.

220. Tafani, E., & Bellon, S., 2001 : "Principe d'homologie structurale et dynamique représentationnelle", in P. Moliner (dir), *La dynamique des représentations sociales*, Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble, pp. 163-194.
221. Tape, Y. B., 2007 : *Analyse économétrique de l'itinéraire thérapeutique des ménages en Côte d'Ivoire*, Mémoire de maîtrise en Economique, Université de Laval, Faculté des sciences sociales, Québec.
222. Taverne, B., 1996 : "La Construction sociale de l'efficacité thérapeutique l'exemple guyanais", in J. Benoist (dir), *Soigner au pluriel, Essais sur le pluralisme médical*, Paris : Les éditions Karthala Collection Les classiques des sciences sociales, pp. 29-44.
223. Tchabi, I., Guelly, A., & Tchamiè, T. T., 2013 : *Les espèces végétales et animales utilisées dans les pratiques traditionnelles chez les Kaboli du Centre-Est du Togo*, Acte de colloque sur le thème : La géographie au service du développement, Université de Lomé, Laboratoire de Recherches Biogéographiques et d'Etudes Environnementales (LaRBE), Lomé.
224. Tiryakian, E., 1962 : *Sociologism and Existentialism*, Englewood Cliffs NJ: Prentice Hall.
225. Tolgou, Y., 1998 : *Les formations Médicale et Paramédicale au Togo*, Thèse de doctorat en médecine, Université de Lomé, Faculté de médecine, Lomé.
226. Tossou, K., Sess, D., & Adra, A., 1995 : "Intérêt et place de la médecine traditionnelle dans le traitement du diabète", *Pharm. Méd. trad. afro*, pp. 19-28.
227. Tousignant, M., & Denis, G., 1977 : "Folie, maladie mentale et dépression : analyse de la représentation sociale du normal et du pathologique", in *Revue canadienne des sciences du comportement*, vol.9, n°4.
228. UNESCO, 2010 : *Avant-projet de rapport sur la médecine traditionnelle et ses implications éthiques*, UNESCO, Comité International de Bioéthique, Paris.
229. Union Africaine, 1999 : *Plan d'action de la décennie de la médecine traditionnelle 2001-2010*, Union Africaine, Addis Ababa.
230. Vergès, P., 1985 : "Interprétation au premier degré. L'analyse au plus près des propriétés mathématiques", in *Informatique et Sciences Humaines*, vol. 67, n°15, pp. 27-40.
231. Vergès, P., 1992 : "L'évocation de l'argent : une méthode pour la définition du noyau central d'une représentation", in *Bulletin de psychologie*, vol 405, pp. 203-209.

232. Vidal, L., 1992 : "Itinéraire thérapeutique et connaissance de la maladie chez des patients séropositifs pour le VIH (Abidjan, Côte-d'Ivoire)", in *Cahiers d'Etudes et de Recherches Francophones*, pp. 320-329.
233. Vieira da Silva, L. M., & Gilles, D., 1999 : "Santé, espace social et pratiques", in *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 6, n°2, pp. 192-208.
234. Vilatte, J.-C., 2007 : *L'entretien comme outil d'évaluation*, Lyon : Université d'Avignon.
235. Wachelke, J., 2008 : "Relationship between response evocation rank in social representation associative tasks and personal symbolic value", in *International Review of Social Psychology*, vol. 21, n°3, pp. 113-126.
236. Williams, S., 1995 : "Theorising class, health and lifestyles : can Bourdieu help us ?", in *Sociology of Health & Illness*, n°17, pp. 577-604.
237. Wouters, A., 1995 : "Improving Quality through Cost Recovery in Niger", in *Health Policy and Planning*, vol. 10, n°3, 257-270.
238. Wouters, A., Olusoji, A., & Morrow, R., 1993 : *Quality of Health Care and its Role in Cost Recovery*, Washington : U.S.A.I.D, Washington D.C.
239. Yaogo, A., et al., 2014 : "Niveau socioéconomique et processus du recours aux soins par les familles de patients souffrant de troubles psychiques au Burkina Faso", in *The Pan African Medical Journal*.
240. Yobouet, N. h., 2012 : *Analyse des déterminants socio-économiques du recours aux soins chez les enfants de moins de cinq ans en cas de fièvre palustre présumé: cas du district de Saint-Louis au Sénégal*, mémoire de fin d'études pour le DESS en économie de santé , CESAG, Dakar.
241. Yoro, B. M., 2012 b : "Pluralisme thérapeutique et recours aux soins en milieu rural ivoirien : approche méthodologique ; Recherches Qualitatives en contexte africain", in *Presses de l'université de Québec*, vol. 31, n°1, pp. 47-61.
242. Yoro, B. M., 2012a : "Itinéraires thérapeutiques d'un malade décédé du SIDA à Abidjan (Côte d'Ivoire)", in *European Scientific Journal*, vol. 8, n°13, pp. 81-92.

REFERENCES WEBOGRAPHIQUES

1. Abdmouleh, R., 2007 : *Construction sociale de la maladie et rapport aux médecines. Une approche dynamique et intégratrice*. Consulté le 15 février 2015, sur insaniyat.revues.
2. Centre de Collaboration National des Méthodes et Outils, 2010 : *Le cadre d'adoption d'une innovation fondée sur des données probantes au sein d'un organisme*. Hamilton : Université McMaster. Consulté le 8 septembre 2017, sur <http://www.nccmt.ca/fr/ressources/interrogez-le-registre/47>.
3. Centre de Collaboration National des Méthodes et Outils, 2012 a : *Modèle de prise de décision en santé publique fondée sur les données probantes, Fiche technique*. Consulté le 2 septembre 2017, sur Centre de collaboration nationale des méthodes et outils: <http://www.nccmt.ca/publications/pub-eidm/2/list-fra.html>
4. Centre de Collaboration National des Méthodes et Outils, 2012 b : *Modèles de recherche quantitatifs 101*. Consulté le 15 mai 2016, sur Site Web du CCNMO: <http://www.nccmt.ca>
5. Centre Omnithérapeutique Africain, 2015 : *Message des fondateurs*. Consulté le 25 mars 2016, sur Site web du Centre Omnithérapeutique Africain : <http://www.coaag.com/index.php/historique/3-message-des-fondateurs>
6. Ciliska, D. K., et al., 2006 : *Environmental Scan*. Hamilton : National Collaborating Centre, Public Health Methodologies and Tools. Consulté le 12 août 2016, sur <http://www.nccmt.ca/fr>
7. Ciliska, D., Thomas, H., & Buffett, C., 2010 : *Introduction au concept de Santé publique fondée sur des preuves et Recueil d'outils d'évaluation critique pour la pratique en santé publique*. Hamilton, Ontario : Centre de Collaboration Nationale des Méthodes et Outils, Université McMaster. Consulté le 12 août 2017, sur www.ccnmo.ca
8. Cullum, N., et al., 2008 : « An Introduction to Evidence-Based Nursing », in N. Cullum, D. K. Ciliska, S. Marks, & B. Haynes (dir), *Evidence-Based Nursing: An Introduction*, Oxford: U.K.: Blackwell, pp. 1-18. Consulté le 12 août 2016, sur www.ccnmo.ca
9. Durkheim, É., 1898 : « Représentations individuelles et représentations collectives », in *Revue de Métaphysique et de Morale*, tome VI. Consulté le 12 janvier 2016, sur <http://pages.infinit.net/sociojmt>
10. Gobbers, D., 2002 : *L'équité dans l'accès aux soins en Afrique de l'Ouest*. Consulté le octobre 6, 2014, sur www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad387178.pdf

11. Lang, T., 2009 : « La santé se construit dans un environnement social », in *Questions de santé publique* n°7, pp. 1-4. Récupéré sur www.iresp.net
12. Poyen, A., 2015 : *Méthodologie de l'entretien*. Consulté le 5 août 2015, sur alain.poyen.free.fr/utc.fr/~poyen/methodo.html
13. Radji, R., & Kokou, K., 2013 : *Classification et valeurs thérapeutiques des plantes ornementales du Togo*. Consulté le décembre 14, 2015, sur Vertigo la revue électronique en sciences de l'environnement : <http://vertigo.revues.org>
14. Rochat, J.-M., 2012 : *Méthodes de recueil de données pour l'évaluation d'un cursus d'études*, vol. 2, Lausanne, Université de Lausanne, Suisse. Consulté le 12 janvier 2015, sur www.unil.ch
15. Wikimedia Foundation Inc, 2015 : *médecine non conventionnelle*. Consulté le 22 juin 2015, sur https://fr.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9decine_non_conventionnelle
16. Wikipédia, 2015 : *Médecine*. Consulté le 24 juin 2015, sur <http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=M%C3%A9decine&oldid=114645604>

ANNEXES

ANNEXE 1: LISTE DES QUARTIERS DE LOME COMMUNE PAR ARRONDISSEMENT

ARRONDISSEMENTS	QUARTIERS
ARRONDISSEMENT I	ABOBOKOME
	ADAWLATO
	ADOBOUKOME
	AGBANDAHONOU
	AGUIAKOME
	BENIGLATO
	FREAU JARDIN
	KOKETIME
	QUARTIER ADMINISTRATIF
	SANGUERA
	WETRIVI KONDJI
ARRONDISSEMENT II	ADAKPAME
	AKODESSEWA KPONOU
	AKODESSEWA KPOTA
	ANFAME
	ATTIEGOU
	BE KPOTA
	HEDZRANAWOE
	KANYIKOPE
	KELEGOUGAN
	LOME II
	N'TIFAFK KOME
	RESIDENCE DU BENIN
	SAINT JOSEPH
	TOKOIN AEROPORT
	TOKOIN FOREVER
	TOKOIN N'KAFU
	TOKOIN TAME
	TOKOIN WUITI
	UNIVERSITE DE LOME
ARRONDISSEMENT III	ABLOGAME
	AKODESSEWA
	AMOUTIVE
	ANTONIO NETIME
	BASSADJI
	BE
	BE AHLIGO
	BE APEYEME
	BE HEDJE
	BE KLIKAME
	DOUMASSESSE
	GBENYEDJI
	KOTOKOU KONDJI
	KPEHENOU
	LOM NAVA
WETE	

ARRONDISSEMENTS	QUARTIERS
	ZONE PORTUAIRE
ARRONDISSEMENT IV	HANOUKOPE
	KODJOVIAKOPE
	NYEKONAKPOE
	OCTAVIONO NETIME
ARRONDISSEMENT V	ABOVE
	AFLAO GAKLI
	AGPALEPEDOGAN
	AKOSSOMBO
	AVENOU BATOME
	CASABLANCA
	DOGBEAVOU
	DOULASSAME
	GBONVIE
	SOUZA NETIME
	SOVIEPE
	TOKOIN ELAVAGNON
	TOKOIN GBADAGO
	TOKOIN HOPITAL
	TOKOIN LYCEE
	TOKOIN OUEST
TOKOIN SOLIDARITE	
TOTSI	

Source: Minsitère auprès du Président de la République chargé de la Planification du Développement et de l'Aménagement du Territoire, 2011

ANNEXE 2: DECOMPOSITION DES DEPENSES DES MENAGES PAR CATEGORIE, 2006, 2011 ET 2015

Biens (par catégorie)	2006	2011	2015
Alimentation	44,1	40,8	44,4
Alcool & Tabac	2,2	1,7	1,3
Habillement et Chaussure	4,8	5,4	3,7
Logement, Eau & Électricité	12,9	11,2	7,4
Articles et entretien du foyer	4,4	4,3	4,2
Santé	3,3	3,9	6,0
Transport	5,3	7,1	6,3
Communication	2,2	3,9	4,9
Loisir & Culture	1,0	1,0	0,8
Éducation	3,7	4,9	3,4
Hôtel & Restaurant	7,5	6,5	7,9
Biens & Services divers	8,7	9,4	9,7
Dépenses Totales	100	100	100

Source: QUIBB de 2006, 2011 et 2015, estimations INSEED

**ANNEXE 3: REPARTITION (%) DE LA POPULATION ACTIVE SELON LA SITUATION DANS L'EMPLOI PAR SEXE,
PAR DOMAINE, PAR MILIEU DE RESIDENCE ET PAR TRANCHE D'AGE**

	Situation dans l'emploi			Population		Plein emploi rapporté à la
	Occupé plein-emploi	Occupé sous- emploi	Chômeur	Actif	Inactif	
Ensemble	71,7	24,9	3,4	76,8	23,2	55,6
Milieu de résidence						
Urbain	66,1	27,7	6,2	68,4	31,6	45,3
Rural	75,8	22,9	1,3	84,4	15,6	64
Domaine						
Grand Lomé	63	29,2	7,8	67,8	32,2	42,7
Autre Urbain	71,2	25,3	3,5	69,5	30,5	49,5
Milieu Rural	75,8	22,9	1,3	84,4	15,6	64
Sexe						
Homme	70,2	25,8	4	79,1	20,9	55,5
Femme	73,2	24,1	2,7	74,6	25,4	54,6
Groupe d'âge						
15-29	73,6	22,2	4,2	64,8	35,2	47,7
30-49	67,3	29,5	3,2	88,5	11,5	59,6
50-64	80	18,5	1,5	84,3	15,7	67,4

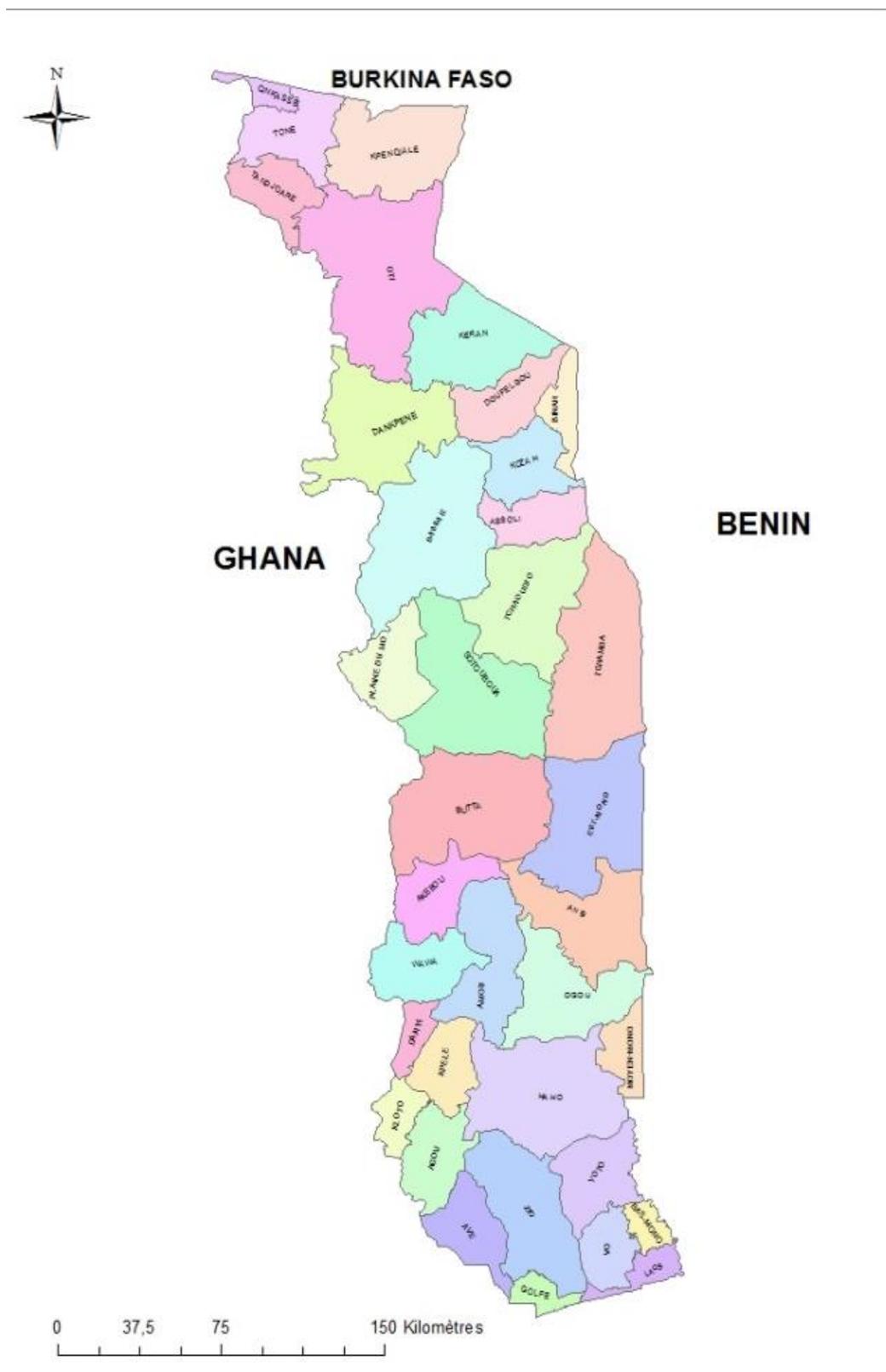
Source: QUIBB 2015

**ANNEXE 4: REPARTITION (%) DE LA POPULATION EN AGE DE TRAVAILLER SELON LA BRANCHE D'ACTIVITE
PAR SEXE, PAR DOMAINE, PAR MILIEU DE RESIDENCE ET PAR TRANCHE D'AGE**

	Branches d'activité																		
	Agriculture, sylviculture, pêche	Activités extractives		Activités de fabrication		Production et distribution d'électricité, de gaz de vapeur ou de climatisation	Distribution d'eau, d'assainissement, gestion des déchets et activité de remise en état	Construction	Commerce, réparation de véhicule et auto-moto	Transport et entreposage en état	Hébergement et restauration	Information et communication	Activités financières et assurances en état	Activités immobilières	Activités professionnelles, scientifiques et techniques	Activités des services administratifs et appui en état	Services Personnels	Activités pour la santé humaine	Activités d'enquête et de sécurité
Ensemble	54,1	0,6	9,9	0,2	0,2	2,2	15,2	3	1,6	0,3	0,3	0,1	0,8	3,7	3,2	1	1	2,5	
Milieu de résidence																			
Urbain	16	0,7	15	0,4		4,4	27	6,6	3,1	0,7	0,9	0,2	2,2	6,3	5,9	1,7	2,3	5,6	
Rural	76	0,5	6,7	0	0	1	8,4	0,9	0,7	0	0	0,1	0	2,2	1,6	0,6	0,2	0,7	
Domaine																			
Grand Lomé	6,4	0,9	17	0,6		4,7	28	8,4	3,2	0,6	1,3	0,3	3,1	6,7	6,5	1,6	2,9	6,4	
Autre Urbain	31	0,5	13	0,1	0,2	4,1	24	4,1	2,9	0,9	0,4	0,2	0,9	5,7	5	1,8	1,5	4,4	
Milieu Rural	76	0,5	6,7	0	0	1	8,4	0,9	0,7	0	0	0,1	0	2,2	1,6	0,6	0,2	0,7	
Sexe																			
Homme	57	0,1	8,6	0,3	0,2	4	6,7	5,5	0,3	0,5	0,4	0,2	1,3	5,5	2,9	1,2	1,9	3,1	
Femme	51	1,1	11	0	0,3	0,4	24	0,4	3	0	0,3	0	0,3	1,8	3,4	0,8	0	1,9	
Groupe d'âge																			
15-29	66	0,4	9,9	0,1	0,2	2,1	9,5	1,7	1,5	0,2	0,3	0	0,7	1,4	3,4	0,5	0,6	1,9	
30-49	45	0,8	11	0,2	0,3	2,6	19	3,7	1,9	0,4	0,4	0,2	1	4,7	3,6	1,4	1,2	3	
50-64	55	0,5	6,4		0,4	1,5	18	4,1	1	0	0,2	0,1	0,6	6,2	1,2	1,1	1,5	2,4	

Source: QUIBB 2015

ANNEXE 5: CARTE DU TOGO, LES PREFECTURES DES CINQ REGIONS ADMINISTRATIVES EN 2015



**ANNEXE 6: REPARTITION DES FORMATIONS SANITAIRES CONFORMES AUX NORMES, PAR TYPE ET PAR
REGION SANITAIRE, TOGO, 2015.**

<i>Type</i>	<i>Lomé- Commune</i>	<i>Maritime</i>	<i>Plateaux</i>	<i>Centrale</i>	<i>Kara</i>	<i>Savanes</i>	Total
Hôpitaux généraux	51	13	18	6	10	10	108
Hôpitaux spécialisés	1	1	1	0	0	1	4
USP type II	67	57	55	20	31	20	250
USP type I	176	135	175	95	108	73	762
Total FS conformes	295	206	249	121	149	104	1124
%	26,2	18,3	22,2	10,8	13,3	9,2	100

Source : Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, Carte Sanitaire du Togo, rapport de synthèse, 2016

**ANNEXE 7: REPARTITION DU PERSONNEL DE LA SANTE DU SECTEUR PUBLIC PAR CATEGORIE
PROFESSIONNELLE ET PAR REGION SANITAIRE, TOGO, 2015.**

Catégories socio professionnelles	Savanes	Kara	Centrale	Plateaux	Maritime	Lomé commune	Total
Médecins spécialistes	7	21	6	15	12	201	262
Médecins généralistes	8	17	9	10	13	40	97
Pharmaciens		2	1		1	10	14
Chirurgiens-dentistes		2	1	1	1	13	18
Masters paramédicaux	2	4	4	2	5	26	43
Techniciens supérieurs de soins	56	98	71	119	112	289	745
Infirmiers diplômés d'Etat	100	115	89	150	115	248	817
Sages-femmes d'Etat	36	49	33	70	86	146	420
Infirmiers auxiliaires d'Etat	74	112	99	91	79	80	535
Accoucheuses auxiliaires d'Etat	61	89	68	102	74	80	474
Personnel de salubrité publique	17	43	26	48	52	92	278
Personnel de laboratoire	25	54	24	49	56	223	431
Personnel de réadaptation fonctionnelle	16	28	14	22	17	93	190
Psychologue de santé	1	4		2	4	15	26
Personnel technique hospitalier	3	11	7	6	9	54	90
Personnel administratif cadre	11	37	15	27	38	231	359
Personnel administratif d'appui	303	438	391	477	478	1090	3177
Personnel hospitalier d'appui	259	400	275	404	422	513	2273
Total	979	1524	1133	1595	1574	3444	10249

Source : Rapport sur les Principaux Indicateurs de santé 2015

ANNEXE 8: TAUX DE FREQUENTATION PAR DISTRICT ET REGION SANITAIRES, TOGO, 2015.

District/Région	Malades consultés	Population	Taux de fréquentation (%)
Blitta	62 631	151 974	41,2
Sotouboua	116 423	174 901	66,6
Tchamba	90 965	145 367	62,6
Tchaoudjo	167 231	209 885	79,7
Région Centrale	437 108	682 127	64,1
Assoli	46 947	56 846	82,6
Bassar	72 220	132 167	54,6
Binah	45 406	77 339	58,7
Dankpen	46 586	144 318	32,3
Doufelgou	52 922	86 813	61,0
Keran	31 405	103 843	30,2
Kozah	169 725	248 685	68,2
Région de la Kara	464 537	850 011	54,7
District I	27 688	28 567	96,9
District II	87 226	385 157	22,6
District III	14 457	207 079	7,0
District IV	22 764	66 274	34,3
District V	96 822	239 799	40,4
Région Lomé Com.	249 878	926 876	27,0
Ave	34 301	103 568	33,1
Bas-mono	33 557	98 085	34,2
Golfe	197 781	808 060	24,5
Lacs	48 883	190 050	25,7
Vo	52 671	231 921	22,7
Yoto	34 251	182 817	18,7
Zio	67 052	328 957	20,4
Région Maritime	468 288	1 943 458	24,1
Agou	42 990	93 718	45,9
Akebou	18 867	68 718	27,5
Amou	47 731	116 020	41,1
Anie	44 712	137 920	32,4
Danyi	14 052	42 771	32,9
Est-mono	81 357	134 455	60,5
Haho	94 306	273 967	34,4
Kloto	125 726	153 503	81,9
Kpele	50 721	83 403	60,8
Moyen-mono	19 164	85 323	22,5

District/Région	Malades consultés	Population	Taux de fréquentation (%)
Ogou	88 814	216 901	40,9
Wawa	40 898	111 475	36,7
<i>Région des Plateaux</i>	<i>669 533</i>	<i>1 518 174</i>	<i>44,1</i>
Cinkasse	37 573	86 765	43,3
Kpendjal	74 082	171 220	43,3
Oti	73 883	210 359	35,1
Tandjoare	48 402	130 237	37,2
Tone	133 875	315 775	42,4
<i>Région des Savanes</i>	<i>367 723</i>	<i>914 356</i>	<i>40,2</i>
Ensemble	2 657 067	6 835 000	38,9

Source : Rapport sur les Principaux Indicateurs de santé 2015

ANNEXE 9: SERVICE DE SANTE CONSULTE PAR MILIEU

	Lomé	Autres urbains	Rural	Ensemble
2006				
Hôpital/Clinique	54,8	40,5	19	30,1
Dispensaire	4,6	6,5	27,4	19,4
Autres	4,7	5,3	4,4	4,6
Pas de consultation	35,8	47,7	49,1	45,9
Ensemble	100	100	100	100
2011				
Hôpital/Clinique	45,3	43,9	17,3	28,8
Dispensaire	14,7	15,7	38,3	28,6
Autres	6,1	3,4	4	4,5
Pas de consultation	33,8	37	40,4	38,1
Ensemble	100	100	100	100
2015				
Hôpital/Clinique	40,2	41,1	7,6	20,2
Dispensaire	18,4	16,7	50,9	38,3
Autres	2,5	3,1	2,8	2,8
Pas de consultation	38,9	39,1	38,7	38,8
Ensemble	100	100	100	100

Source : QUIBB 2006, 2011, 2015, estimations INSEED

ANNEXE 10: PERSONNEL DE SANTE CONSULTE PAR MILIEU

	Lomé	Autres urbains	Rural	Ensemble
2006				
Médecin	26,7	15,9	6,2	12,2
Infirmier	12,7	11,5	27,8	22,1
Autres	24,8	24,8	16,8	19,7
Pas de consultation	35,8	47,7	49,1	45,9
Ensemble	100	100	100	100
2011				
Médecin	28,4	20,4	9	15,9
Infirmier	17,8	20	31,9	26,3
Autres	20	22,6	18,7	19,7
Pas de consultation	33,8	37	40,4	38,1
Ensemble	100	100	100	100
2015				
Médecin	22,9	16,7	4,5	10,4
Infirmier	16,9	21,2	41,3	32,8
Autres	21,2	22,9	15,4	17,9
Pas de consultation	39,1	39,2	38,8	38,9
Ensemble	100	100	100	100

Source : QUIBB 2006, 2011, 2015, estimations INSEED

ANNEXE 11: POURCENTAGE DES FORMATIONS SANITAIRES DISPOSANT DES LOCAUX ADEQUATS SUIVANT LE TYPE D'ETABLISSEMENTS, L'INSTANCE GESTIONNAIRE ET LA

REGION

	Salle d'attente	Salle de consultation curative	Salle de soins	Salle de consultation prénatale	Salle de consultation PF	Salle d'accouchement	Salle de repos des accouchées	% des établissements ayant tous les éléments	Nombre total d'infrastructures sanitaires
Type établissement									
USP I	69%	87%	70%	76%	28%	86%	76%	7%	
USP II	79%	94%	86%	88%	61%	92%	91%	25%	
Instance gestionnaire									
PUBLIQUE	64%	92%	80%	81%	30%	85%	78%	14%	
PRIVEE	85%	84%	64%	65%	46%	65%	61%	8%	
REGIONS SANITAIRES									
Lomé Commune	88%	77%	49%	46%	53%	42%	40%	9%	
Maritime	79%	97%	88%	93%	22%	92%	83%	13%	
Plateaux	54%	88%	75%	86%	42%	85%	79%	13%	
Centrale	80%	99%	95%	88%	18%	93%	81%	10%	
Kara	51%	87%	81%	69%	40%	75%	69%	9%	
Savanes	80%	97%	72%	67%	22%	81%	78%	15%	
TOTAL GENERAL	72%	89%	74%	76%	33%	79%	72%	12%	

Source : QUIBB 2015

ANNEXE 12: TAUX DE FREQUENTATION PAR REGION SANITAIRE, TOGO, 2015.

Région	Malades consultés	Population	Taux de fréquentation (%)
Centrale	437 108	682 127	64,1
Kara	464 537	850 011	54,7
Lomé Commune	249 878	926 876	27,0
Maritime	468 288	1 943 458	24,1
Plateaux	669 533	1 518 174	44,1
Savanes	367 723	914 356	40,2
Ensemble	2 657 067	6 835 000	38,9

Source : Rapport sur les Principaux Indicateurs de santé 2015

**ANNEXE 13: RESULTATS DE L'ENQUETE EXPLORATOIRE POUR LA FORMULATION DES QUESTIONS, DES
OBJECTIFS ET DES HYPOTHESES DE RECHERCHE**

PROBLEMATIQUE 2/2

- Au Togo, en effet, les études abondent sur les thèmes relatifs aux recettes des médicaments traditionnels, à l'utilisation et aux caractéristiques des organes de plantes (ADJANOHOUN, AHYI et AKI ASSI 1986). On retrouve aussi dans les revues scientifiques les résultats des études sur les maladies que soignent les praticiens de la médecine, sur les représentations culturelles des maladies (DASSA, KPANAKE, et al. 2010), sur les recours aux soins traditionnels et modernes (KPASSAGOU 2014).
- Malgré l'abondance de ces études, un vide persiste. En effet, parmi ces études, aucune ne démontre les relations de dépendance entre la médecine traditionnelle et les facteurs culturels et sociodémographiques.
- On ignore entièrement au Togo la dépendance entre ces facteurs et la médecine traditionnelle. Ce n'est pas le cas dans la littérature de plusieurs pays africains.
- C'est dans la quête des solutions à ce problème que la présente étude s'inscrit. Les résultats viendront compléter les études antérieures et servir de soubassement aux études futures.

HYPOTHESES

- **Hypothèse principale:**

En pays Bassar, les facteurs culturels et sociodémographiques sont déterminants dans le choix de la médecine traditionnelle.

- **Hypothèse secondaire n°1:**

- L'efficacité de la thérapie traditionnelle encourage les malades à recourir à la médecine traditionnelle.

- **Hypothèse secondaire n°2 :**

- L'existence, dans la culture bassar, des maladies dites surnaturelles, celles qu'on ne peut pas soigner par la médecine moderne (BOURDIER 1996, 402), orientent certains patients vers la médecine traditionnelle .

- **Hypothèse secondaire n°3 :**

- Les facteurs socio démographiques (âge, sexe, profession, education, religion, revenus) des malades sont déterminants dans le choix

PROBLEMATIQUE 1/2

- En dépit de la politique de santé qui encourage surtout la fréquentation des structures modernes de santé. Mais les populations ont toujours recours aux prestations traditionnelles.
- Au Togo, on estime à plus de 80% les populations qui font recours à cette pratique (Assemblée Générale Constitutive 2014, 4)
- Malgré la reconnaissance de son utilité par les populations et les autorités sanitaires, force est de constater qu'elle n'est pas suffisamment intégrée dans le système de santé togolais.

OBJECTIFS SCIENTIFIQUES

• **Objectif general:**

Rechercher, en pays Bassar, les liens de dépendance entre la médecine traditionnelle et les facteurs culturels et sociodémographiques.

Objectifs spécifiques:

- Connaître le degré de dépendance entre l'efficacité que procure la médecine traditionnelle, et le choix de cette médecine en cas de maladie.
- Identifier la relation de dépendance, entre la représentation sociale des maladies et la fréquentation des praticiens traditionnels.
- Trouver la relation de dépendance entre le choix de la médecine traditionnelle et les éléments sociodémographiques comme l'âge, le sexe, la profession, l'éducation, la religion, les revenus, etc.

Description du terrain, les difficultés rencontrées

- Indisponibilité de certains tradithérapeutes (champs (exemple des deux frères qui étaient au champ); occupé pour l'activité principale (Exemple du charlatan qui avait des visites de Lomé)), etc.
- Refus (une accoucheuse traditionnelle a refusé malgré qu'elle était bien informée de la pré-enquête). Finalement elle a accepté et a expliqué que ses connaissances ne sont pas à divulguées. A la fin de l'enquête elle était satisfaite parce qu'on ne l'a pas interrogée sur ses techniques de soins.
- L'accessibilité (ils sont partout à Bassar et les routes ne sont pas toujours praticables)

Les premiers résultats de terrain

5. Catégorie professionnelle :	
<input type="checkbox"/> 1= Guérisseur traditionnel / Exorciste (soigne les malades),	x
<input type="checkbox"/> 2=Accoucheuse traditionnelle,	x
<input type="checkbox"/> 3=Herboriste (vend plantes médicinales et connaît mode d'emploi),	x
<input type="checkbox"/> 4= Médico-droguiste (vend substances médicinales autres que les plantes et connaît mode d'emploi)	
6. Si Guérisseur traditionnel, type de spécialisation :	
<input type="checkbox"/> 1= soigne par plantes,	x
<input type="checkbox"/> 2= utilise organe d'animaux,	x
<input type="checkbox"/> 3=utilise des techniques basées sur le vécu social et les relations entre thérapeute et malade,	
<input type="checkbox"/> 4=fait appel aux rites (religieux ou non),	
<input type="checkbox"/> 5= pratique massages pour restaurer les fonctions des parties malades ou blessées)	

A2- Combien de consultations aviez-vous effectuées en moyenne par maladie les sept derniers jours ?

MALADIES		MALADIES	
Hémorroïde	x	Règles douloureuses	x
Abcès anaux		Pertes blanches	x
Ulcères	x	Rhumatisme	x
Drépanocytose	x	Maladies vénériennes (gonococcie)	x
Céphalées	x	Plaies anales	x
Constipations		Asthme	x
Plaies anales	x	Autres à préciser (stérilité), accouchement difficile, fibrome, kyste, pas de règle, démangeaison vaginale, paludisme, envoutement, morsure de serpent, folie, frigidity, cancer de sein, hémiplégie, hypertension, fistule vaginale.....	x

A3. Selon vous, pour quelles raisons les patients préfèrent-ils les guérisseurs traditionnels ? 1/3

<small>RAISONS</small> Moins cher Efficacité dans le traitement (les patients ont toujours satisfaction) Distance entre le patient et le dispensaire est trop longue	<ul style="list-style-type: none"> • Ce sont les pauvres et ceux qui n'ont pas eu de satisfaction dans la MM qui vont chez les tradi, mais pour beaucoup la MM est le premier recours Parfois elle est payée parce que la patiente a eu des résultats . Un vieux lui a dit que c'est parce qu'elle ne prend pas l'argent que les patientes affluent (réponse de l'accoucheuse traditionnelle). • On peut payer après les traitements. Les frais de consultations suffisent pour la consultation et les médicaments chez le tradi Le paiement peut se faire en plusieurs tranches. Parfois le malade séjourne chez le guérisseur. Il est nourri pendant plusieurs mois, mais à la fin juste un don est offert en guise de remerciement (Exemple meule par un aveugle hémiparétique qui a séjourné 3 mois) • Ce n'est pas le moins cher qui amène les patients. Car parfois ils préfèrent les ordonnances avec les médicaments modernes <p style="text-align: center;">oui</p> <ul style="list-style-type: none"> • Non car certains quittent Lomé et pour d'autres ils viennent de l'Etranger (Allemagne). Les consultations se font par téléphone pour certains malades. Non c'est l'inefficacité de la MM qui les pousse vers la MT. Dans ces cas de figure, la Mt est le deuxième recours
---	---

A3. Selon vous, pour quelles raisons les patients préfèrent-ils les guérisseurs traditionnels ? 2/3

Raisons culturelles. Si oui lesquelles?	<ul style="list-style-type: none"> • Oui. Le sorcier peut créer un mal et atteindre un organe vital, C'est l'avantage des charlatans guérisseurs devant ces maladies, Pour les charlatans simples ils ne peuvent pas guérir. Souvent les accompagnants sont complices des attaques spirituelles et ne souhaitent pas la guérison du malade. Devant les maladies mystiques elle se dit incompétente et les réfèrent aux personnes indiquées (réponse de l'accoucheuse traditionnelle). • Oui. On peut envouter par la maladie. On peut vendre son père, sa mère, ses enfants qui vont tomber malades. Les accompagnants sont souvent complices • Oui le diagnostic se fait de manière visuelle, Un simple regard suffit. • Non parce que les gens pour expliquer leur maladie disent que c'est un sort qui leur est jeté, Surtout quand le mal ne se guérit pas malgré toutes les tentatives modernes et traditionnelles ("quand tu ne peux pas soigner un cas dis le au malade; ne le retiens pas"). • Non. Quand elle ne peut pas elle réfère le malade à l'hôpital.
---	--

A3. Selon vous, pour quelles raisons les patients préfèrent-ils les guérisseurs traditionnels ?
3/3

- Aster
- La pratique traditionnelle séduit certains patients.
 - Parce que le charlatan peut tout faire, parfois il associe la clairvoyance..
- Raisons culturelles ; si oui lesquelles
- Toutes les ethnies viennent se faire soigner, C'est la quête de la guérison qui les amène,
 - Non c'est à cause de l'efficacité (réponse de l'accoucheuse traditionnelle).
- Raisons religieuses ; si oui lesquelles
- Non toutes les catégories de religion se font soigner par les tradi y compris les animistes et les charlatans. Toutes les religions, Pour cela certains viennent la nuit.
- Autres à préciser: L'honnêteté fait que les patients viennent (réponse de l'accoucheuse traditionnelle); échec de la MM; bouche à oreille; ils sont véridiques

A4. Pour quelles maladies aviez- vous souvent des échecs thérapeutiques ?

MALADIES	Cocher la maladie
Règles douloureuses	x
Drépanocytose	x

Autres à préciserIl y a souvent des échec parce que les patients abandonnent le traitement (réponse de l'accoucheuse traditionnelle); ictère; fièvre typhoïde, VIH SIDA

ANNEXE 14: GUIDE D'ENTRETIEN ET D'OBSERVATIONS ORIENTEES**GUIDE D'ENTRETIEN SEMI STRUCTURE ET D'OBSERVATIONS
ORIENTEES, COLLECTE DES DONNEES**

*Analyse de l'engouement des populations du Grand Lomé pour
la médecine traditionnelle*

INFORMATIONS POUR LES ENQUÊTEURS

L'entretien s'éloigne des échanges spontanés que l'on rencontre quotidiennement en situation de travail.

Vous rencontrez quelqu'un dans un but précis. Vous allez donner, échanger et apprécier des informations qui vont permettre à l'un et à l'autre d'arriver à un consensus en fin d'entretien.

L'entretien implique un face à face, une situation de rencontre, où le vécu, ce qui se passe et ce qui se dit dans le cours et le cadre de l'entretien, sont la matière privilégiée de la rencontre.

Un entretien est à base d'échanges verbaux principalement mais pas uniquement. Les deux interlocuteurs sont à s'exprimer tour à tour. L'un le fait pour aider l'autre à s'exprimer et montrer qu'il cherche à le comprendre. L'autre donne des informations qui font l'objet de l'entretien. Cette situation peut être inversée au cours de l'entretien en fonction de l'objectif poursuivi, mais cette dissymétrie des rôles est toujours à respecter.

Une situation doublement structurée

Dans un entretien, il y a des règles : on sait qui a l'initiative, qui va commencer, qui est chargé de le conduire, qui propose un plan, qui choisit une technique, qui doit le conclure. Cette structure méthodologique est doublée par une autre structure, subjective, implicite, mais qui n'en est pas moins présente et efficiente. Elle est liée à tous les paramètres affectifs de la situation, à tout ce que la situation de l'entretien déclenche : les réactions émotionnelles, affectives, la sympathie, l'antipathie, la lassitude, la fébrilité, etc...

Une situation dynamique

La situation d'entretien est faite pour que les deux interlocuteurs évoluent par approximations successives, par essais et erreurs, dans leurs impressions, dans leur langage, dans leur perception, dans leur compréhension. La prise de parole n'est jamais figée, les propos peuvent évoluer, des phrases peuvent être risquées, reprises et modifiées. L'important est que l'expression de l'un et de l'autre tende à devenir de plus en plus juste. La compétence de l'interviewer aide beaucoup.

Développer l'écoute active et utiliser les techniques de reformulation

L'objectif de l'entretien est, dans un premier temps, de laisser le plus possible s'exprimer la personne sans apporter de nouveaux contenus. On doit s'efforcer de laisser parler l'agent, sans intervenir et noter toutes les idées clés ou les points à éclaircir. L'objectif est d'intervenir le moins possible dans le discours de son interlocuteur (sauf si celui-ci s'éloigne du sujet depuis longtemps). On peut utiliser durant cette phase des déclarations positives, donner des « accusés de réception » pour motiver la personne et renforcer son implication dans sa réflexion.

Afin d'approfondir le plus possible les idées que la personne exprime de manière spontanée, on utilise plusieurs procédés de relance :

Reformulation : « Vous venez de dire que dans le processus de guérison vous utilisez les médicaments et la clairvoyance. Pourriez-vous préciser ce que vous entendez par clairvoyance ? »

Echo-miroir : cela consiste à répéter un mot, un groupe de mot ou une phrase.

Interprétation : cela consiste à reformuler ce que dit l'interlocuteur en allant plus loin, en lui proposant des pistes auxquelles il n'avait pas pensé : « Vous venez de dire que vous guérissez toutes les maladies. Cela peut-il dire que vous guérissez aussi le SIDA et la drépanocytose ? Sinon, Citez nous les maladies que vous guérissez.

Reflét : cela consiste à expliciter une attitude, des émotions, des sentiments non-dits (du moins ce qui peut en être perçu à travers l'intonation, les hésitations, les silences...) : « vous craignez que... », « vous pensez que... ». Ce type de relance peut permettre de lever des blocages et défavoriser l'auto-exploration, mais il peut aussi être perçu comme une remise en cause de ses propos.

Recentrage : cela consiste à reprendre la question de départ ou à relancer sur un développement intéressant pour limiter les digressions.

Demande d'informations complémentaires : cela consiste à inviter l'interlocuteur à donner des précisions pour décrire une situation : « pouvez-vous donner un exemple ? », « pouvez-vous m'en dire plus à ce sujet ? ».

Demande d'éclaircissement : cela consiste à jouer le naïf, l'incompréhension volontaire : « je ne vois pas bien ce que vous voulez dire », « je ne comprends pas bien, pouvez-vous m'expliquer ? ».

Marques d'écoute : cela consiste à manifester (verbalement ou pas) sa compréhension et son intérêt afin d'inviter la personne interrogée à poursuivre son discours : « je vois », « oui », ou encore des hochements de têtes.

LA STRUCTURE DE L'ENTRETIEN

DEBUT DE L'ENTRETIEN : rappeler l'objectif de l'entretien en soulignant son intérêt ; Echanger sur les attentes réciproques et sur les objectifs à atteindre.

PENDANT L'ENTRETIEN : poser les questions qui sont liées aux thèmes mentionnés plus bas. Il faut choisir les thèmes selon la cible à entretenir. Noter et enregistrer les réponses.

APRES L'ENTRETIEN : accompagnement pour l'atteinte des objectifs.

OBJECTIFS ET LES THEMES D'ENTRETIEN SELON LES CIBLES

LES OBJECTIFS DE L'ENTRETIEN

La collecte vise d'abord à identifier les perceptions, les connaissances et les attitudes, les facteurs sociodémographiques qui sont déterminants dans le choix de la thérapie traditionnelle. Ensuite nous allons étudier la relation de dépendance entre les éléments recueillis sur le terrain et le recours à la MT.

Les objectifs spécifiques étaient de :

Connaître les maladies fréquemment soignées par les praticiens traditionnels ;

Identifier les maladies que les praticiens traditionnels et les populations considèrent de surnaturelles ;

Connaître le degré de satisfaction des patients après les thérapies traditionnelles ;

Savoir les premiers recours thérapeutiques des malades ;

Déterminer les perceptions, les connaissances, les attitudes vis-à-vis des maladies ;

Observer les attitudes, les comportements des praticiens traditionnels et les malades référés auprès d'eux ;

Récolter les données sociodémographiques des patients (éducation, coutume, classe sociale, religion, âge,...) susceptibles d'avoir des liens avec le choix de la MT ;

Déterminer les liens de dépendance entre les éléments recueillis et le recours à la MT.

THEMES DES ENTRETIENS

Dans le cas de ce travail, on entend par « population », les individus qui ont au moins utiliser ou non un bien ou service de la médecine traditionnelle (consultations, utilisation des organes d'arbre pour se soigner, utilisation des pommades traditionnelles, etc), sauf les praticiens de la médecine traditionnelle.

Deux entretiens semi directifs (semi structurés) sont organisés. L'un avec les usagers et l'autre avec les praticiens de la médecine traditionnelle.

4.1 Les entretiens semi-structurés avec les praticiens de la médecine traditionnelle

Les principaux thèmes d'entretien avec les praticiens de la médecine traditionnelle, sont articulés autour de :

Les catégories professionnelles auxquelles appartient le praticien traditionnel (guérisseur traditionnel, accoucheuse traditionnelle, herboriste, médico-droguiste) et la spécialisation (soigne avec les plantes, soigne avec les organes d'animaux, utilise le vécu social, fait appel aux rites, pratique les massages, etc.) ;

Le niveau scolaire de l'interviewé ;

Des maladies soignées ou pour lesquelles ils ont des échecs thérapeutiques ;

L'efficacité de la thérapie administrée aux malades (soins et médicaments) ;

Les maladies selon leurs causes naturelles et surnaturelles ;

Les raisons pour lesquelles les malades ont recours aux praticiens de la médecine traditionnelle ;

« Médecine traditionnelle » comme mot inducteur. Quels sont les mots qui leur viennent à l'esprit quand on parle de « Médecine traditionnelle ».

4.2 Les entretiens semi- structurés avec les usagers

Les thèmes seront abordés au cours de l'entretien semi structuré avec cette population sont articulés autour de :

Les maladies pour lesquelles ils ont eu recours aux guérisseurs traditionnels ;

Les raisons pour lesquelles ils ont préféré le traitement traditionnel au détriment des traitements modernes des dispensaires et des hôpitaux ;

L'efficacité du traitement reçu (sont-ils guéris ? sont-ils satisfaits de la thérapie ? ont-ils recours aux traitements modernes après les traditionnels ?);

Les séquelles après l'utilisation des médicaments traditionnels ;

Leur premier recours dès le déclenchement de la maladie (médecine moderne ou traditionnelle ?)

L'existence des maladies non guérissables par la médecine moderne et guérissables par la médecine traditionnelle ;

« Médecine traditionnelle » comme mot inducteur. Quels sont les éléments qui leur viennent à l'esprit quand on parle de « Médecine traditionnelle »

OBSERVATIONS ORIENTEES

5.1 Chez les praticiens de la médecine traditionnelle

Les observations doivent portées essentiellement sur :

Les outils de travail des guérisseurs traditionnels, accoucheuses traditionnelles, herboristes, médico-droguistes ;

Les différents types de médicament utilisés : les plantes, les organes d'animaux, le vécu social, fait appel aux rites, pratique les massages, etc. ;

Hospitalise-t-il ?

Des maladies soignées en cas de présence du malade ;

L'état de santé des malades.

5.2 Chez les usagers

Les observations doivent portées essentiellement sur :

Les maladies pour lesquelles ils ont eu recours aux guérisseurs traditionnels ;

L'efficacité du traitement reçu (sont-ils guéris ? sont-ils satisfaits de la thérapie ? ont-ils recours aux traitements modernes après les traditionnels ?) ;

Les séquelles après l'utilisation des médicaments traditionnels ;

5.3 Les entretiens semi-structurés avec les praticiens de la médecine traditionnelle

QUESTIONNAIRE DESTINE AUX GUERISSEURS TRADITIONNELS

Nom :..... Lieu de résidence :.....
2. Sexe du répondant : masculin <input type="checkbox"/> ; féminin <input type="checkbox"/> 3. Age du répondant : __
4. Autre Profession du répondant à préciser :
5. Religion du répondant : chrétien <input type="checkbox"/> ; musulman <input type="checkbox"/> ; animiste <input type="checkbox"/> ; sans religion <input type="checkbox"/> ; autre à préciser
6. Niveau scolaire du répondant : Analphabète <input type="checkbox"/> ; Alphabétisé <input type="checkbox"/> ; Cours élémentaire <input type="checkbox"/> ; CEPD <input type="checkbox"/> ; BEPC <input type="checkbox"/> ; BAC <input type="checkbox"/> ; BAC+2 et plus <input type="checkbox"/>

Questions	RAISONS	Coc her	RAISONS	Coc her
G1. Selon vous, pour quelles raisons les patients préfèrent-ils les guérisseurs traditionnels ? NB : Plusieurs raisons peuvent être cochées ou citées.	La MT est moins chère (préciser le coût moyen de consultation)		Distance entre le patient et le dispensaire est trop longue (préciser la distance)	
	Efficacité dans le traitement (les patients ont toujours satisfaction)		Echec thérapeutique de la médecine moderne	
	Maladie inguérissable par la médecine moderne (ou la maladie est surnaturelle)		Autres à préciser	
G2. Pour quelles maladies aviez-vous souvent des échecs thérapeutiques ? NB : Plusieurs maladies peuvent être cochées.	MALADIES	Coc her	MALADIES	Coc her
	Hémorroïde		Règles douloureuses	
	Abcès anaux		Pertes blanches	
	Ulcères		Colites	
	Drépanocytose		Diabète	
	Céphalées		Brûlures	
	Constipations		Accouchement	
	Plaies anales		Epilepsie	
	Asthme		Sinusite	
	Rhumatisme		Autres à préciser.....	
Maladies vénériennes			

G3. Citez nous (le nom) une maladie dite « culturelle » ou maladie non guérissable par la médecine moderne mais guérissable par la médecine traditionnelle et comment se manifestent-elles ?	
G4. « Soins traditionnels/Médecine traditionnelle » comme mot inducteur. Quels sont les éléments qui vous viennent à l'esprit quand on parle de « Médecine traditionnelle ». Dites le par ordre d'importance.	

QUESTIONNAIRE AUX USAGERS ET NON USAGERS DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE (MT)

Nom du répondant.....Lieu de résidence :.....	
2. Sexe du répondant : masculin <input type="checkbox"/> ; féminin <input type="checkbox"/> 3. Age du répondant : __	
4. Profession du répondant : tradipraticien <input type="checkbox"/> ; salarié <input type="checkbox"/> ; agriculteur <input type="checkbox"/> ; commerçant <input type="checkbox"/> ; pêcheur <input type="checkbox"/> ; forgeron <input type="checkbox"/> ; emploi <input type="checkbox"/> ; autres à préciser.....	sans emploi <input type="checkbox"/>
5. Religion du répondant : chrétien <input type="checkbox"/> ; musulman <input type="checkbox"/> ; animiste <input type="checkbox"/> ; sans religion <input type="checkbox"/> ; autre à préciser	
6. Niveau scolaire du répondant : Analphabète <input type="checkbox"/> ; Alphabétisé <input type="checkbox"/> ; Cours élémentaire <input type="checkbox"/> ; CEPD <input type="checkbox"/> ; BEPC <input type="checkbox"/> ; BAC <input type="checkbox"/> ; BAC+2 et plus <input type="checkbox"/>	

Q1a. Aviez-vous une fois fait recours à la médecine traditionnelle (consultations pour soins, médicaments (VICTAGO, AZONKO, à base de plante ou organe d'animal, exorcisme, etc.)?(Cochez la bonne réponse)

oui si OUI, continuez en répondant aux questions : Q1b ; Q2 ; Q3 ; Q4 et Q5.

non si NON, continuez en répondant aux questions : Q2 ; Q3 ; Q4 et Q5.

Q1b. Si oui, aviez-vous été satisfait ?

pas satisfait ; un peu satisfait ; très satisfait

	MOTIFS A COCHER	MOTIFS A COCHER	
Q2. Qu'est-ce qui peut vous motiver (ou vous a motivé) à faire recours à la Médecine Traditionnelle ?	La MT est moins chère (préciser le coût moyen de consultation)	Distance entre la résidence du patient et le dispensaire est trop longue (préciser la distance)	
	Efficacité de la MT	Echec thérapeutique de la médecine moderne	
	Maladie inguérissable par la médecine moderne (ou la maladie dite surnaturelle)	Autres à préciser	
Q3. « Soins traditionnels/Médecine traditionnelle » comme mot inducteur. Quels sont les éléments qui vous viennent à l'esprit quand on parle de « Soins traditionnels /Médecine traditionnelle ». Dites le par ordre d'importance			

Q4. Quel est votre premier recours en cas de maladie ? (Cocher la bonne réponse)

Agent de santé communautaire Formation sanitaire moderne Médecine traditionnelle

Q5. Maladie inguérissable par la médecine moderne mais guérissable par la médecine traditionnelle (ou maladie dite surnaturelle). Si vous en connaissez, donner le nom et décrire les manifestations ou les symptômes.

ANNEXE 15: DECRET N°71-63 DU 01 AVRIL 1971 FIXANT LES NOUVELLES LIMITES DE LA COMMUNE DE

LOME

16 Mai 1971

JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE TOGOLAISE

261

Art. 2 — Le ministre des affaires étrangères est chargé de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal officiel* de la République togolaise.

Lomé, le 29 mars 1971
Général E. Eyadéma

DECRET N° 71/60 du 29-3-71 portant suspension et exclusion de membres de l'Ordre du Mono.

LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE,

Vu la loi n° 61-85 du 2 septembre 1961 instituant l'Ordre du Mono, modifiée par la loi du 31 décembre 1963 et les ordonnances des 22 avril 1967 et 24 avril 1969 ;

Vu l'ordonnance n° 30 du 16 novembre 1970 complétant l'article 22 de la loi du 2 septembre 1961 susvisée ;

Vu le décret n° 62-62 du 20 avril 1962 fixant les modalités d'application de la loi du 2 septembre 1961 susvisée ;

Vu le décret n° 70-109 du 22 avril 1970 portant nominations dans l'Ordre du Mono,

DECRETE :

Article premier — Est suspendu de sa qualité de membre de l'Ordre du Mono, pour faute grave caractérisée, le docteur Trenou Rodolphe, médecin-chef de la protection maternelle et infantile du centre de santé de Lomé, reçu commandeur de l'Ordre du Mono le 23 avril 1970 en vertu du décret du 22 avril 1970 susvisé.

Art. 2 — Est exclu de l'Ordre du Mono M. Allaglio Thomas, conseiller technique à l'OPAT, reçu chevalier de l'Ordre du Mono le 23 avril 1970 en vertu du décret du 22 avril 1970 susvisé — et coupable d'un acte contraire à l'honneur.

Art. 3 — Le présent décret sera enregistré et publié au *Journal officiel* de la République togolaise.

Lomé, le 29 mars 1971
Général E. Eyadéma

DECRET N° 71-62 du 1-4-71 portant approbation du budget primitif, exercice 1971 de la chambre de commerce, d'agriculture et d'industrie du Togo.

LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE,

Vu les ordonnances n°s 15 et 16 du 14 avril 1967 ;

Vu le décret n° 58-78 du 23 octobre 1958 portant réorganisation de la chambre de commerce, d'agriculture et d'industrie du Togo ;

Vu le rapport de présentation à l'appui du budget primitif 1971 de cette assemblée consulaire et sur proposition du ministre du commerce, de l'industrie et du tourisme ;

Le conseil des ministres entendu,

DECRETE :

Article premier — Le budget primitif, exercice 1971 de la chambre de commerce, d'agriculture et d'industrie du Togo est approuvé et arrêté en recettes et en dépenses à la somme de 54.275.000 (cinquante quatre millions deux cent soixante quinze mille francs), soit :

A) — pour la partie ordinaire en recettes et en dépenses à la somme de 14.100.000 (quatorze millions cent mille francs) ;

B) — pour la partie extraordinaire en recettes et en dépenses à la somme de 40.175.000 (quarante millions cent soixante quinze mille francs).

Art. 2 — Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République togolaise.

Général E. Eyadéma
Lomé, le 1^{er} avril 1971

DECRET N° 71-63 du 1-4-71 fixant les nouvelles limites de la commune de Lomé.

LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE,

Vu l'ordonnance n° 1 du 14 janvier 1967 ;

Vu les ordonnances n°s 15 et 16 du 14 avril 1967 ;

Vu les arrêtés n°s 578 du 20 novembre 1932 et 432-50 du 2 juin 1950 ainsi que le décret n° 59-156 du 28 septembre relatifs notamment aux limites de la commune de Lomé ;

Sur proposition du ministre de l'intérieur ;

Le conseil des ministres entendu,

DECRETE :

Article premier — Le périmètre de la commune de Lomé est délimité comme suit :

Au nord et à l'est : Par une ligne brisée jalonnée par les bornes B1, B2, B3, B4, B5, B6, PK 13,4, PK 12,8 et B7 situées aux emplacements suivants :

B1 : Village de Gblenkomé,

B2 : Intersection de la route Lomé-Atakpamé (RN 1) et de la bretelle reliant cette dernière à la route Lomé-Pa'imé (RN 5).

B3 : Village de Awen.

B4 : Village de Adjogblé.

B5 : Village de Aglami (Pt n° 38).

B6 : Village de Adakpamé (Pt n° 40).

PK 13,4 : Sur la voie ferrée Lomé-Anécho.

PK 12,8 : Sur la route Lomé-Anécho (RN 2).

B7 : Village de Gbésogbé en bordure de la mer.

Les agglomérations de Gblenkomé, Awen, Adjogblé, Aglami, Adakpamé et Gbésogbé où sont placées ces bornes font partie de la commune de Lomé.

Au sud : Par le rivage entre le village de Gbésogbé (Borne n° 7) et le poste frontière d'Aflao (Borne n° GT1).

A l'ouest : Par la frontière avec le Ghana passant par les bornes GT1 et GT10 puis par la borne B8 située sur la frontière du Ghana à 1 km 5 à l'ouest de la borne GT10; enfin par une ligne droite joignant la borne B8 à la borne B7 (village de Gblenkomé).

Art. 2 — Le ministre de l'intérieur et le ministre des finances, de l'économie et du plan sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui abroge toutes dispositions antérieures contraires, et sera publié au *Journal officiel*.

Lomé, le 1^{er} avril 1971

Gal. E. Eyadéma

DECRET N° 71-64 du 1-4-71 complétant le décret n° 70-96 du 6 avril 1970 modifiant le décret n° 66-132 du 17 août 1966 relatif à l'utilisation des véhicules administratifs et aux indemnités compensatrices.

LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE,

Vu les ordonnances n°s 15 et 16 du 14 avril 1967 ;

Vu le décret n° 66-132 du 17 août 1966 réglementant l'utilisation des véhicules administratifs ainsi que l'octroi d'indemnités compensatrices ;

Vu le décret n° 70-96 du 6 avril 1970 modifiant le décret n° 66-132 ;

Sur proposition du ministre des finances, de l'économie et du plan ;

Le conseil des ministres entendu,

DECRETE :

Article premier — L'annexe III, mentionnée à l'article 2 du décret n° 70-96 du 6 avril 1970 donnant la liste des bénéficiaires de l'indemnité compensatrice, est complétée comme suit :

ANNEXE 16: REPARTITION (%) DE LA POPULATION SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION

	Niveau d'instruction			
	Aucun	Primaire	Secondaire	Supérieur
Ensemble	24,6	44	28	3,4
Milieu de résidence				
Urbain	13,2	39	40,5	7,4
Rural	33	47,8	18,8	0,4
Domaine				
Grand Lomé	10,8	37,5	42,6	9,2
Autre Urbain	16,9	41,4	37,1	4,5
Milieu Rural	33	47,8	18,8	0,4
Groupe socio-économique				
Salarié du public	2,7	5,7	59,2	32,4
Salarié du privé	21,5	30,7	40,4	7,4
Agriculteur indépendant	34,5	42,9	21,8	0,8
Autres indépendants	30,8	34,8	32,9	1,5
actifs saisonniers	20,4	31,2	35,8	12,7
Apprentis, Aides familiaux, autres actif	19,6	36,8	40,4	3,2
Chômeurs	13,7	15,9	52	18,3
Inactifs	18,6	53,9	24,6	2,9
Non déclaré	24,8	69	0	6,2
Sexe				
Homme	16,3	43,9	34,9	4,9
Femme	32,5	44,2	21,4	1,9

Source: Ministère de la Planification du Développement, Questionnaire Unifié d'Indicateurs de Base de Bien-être, 2016

**ANNEXE 17: DONNEES DE BASE ET INDICATEURS DE COUVERTURE EN ACCOUCHEMENTS PAR REGION
SANITAIRE, TOGO, 2015.**

Données de base et Indicateurs	Lomé commune	Maritime	Plateaux	Centrale	Kara	Savanes	Ensemble
Population estimée	945 754	1 983 042	1 549 095	696 019	867 322	932 977	6 974 209
Nombre de grossesses attendues	48943	102622	80166	36019	44884	4+8282	360915
Nombre total d'accouchements	30522	35965	36155	17980	19509	24303	164434
Nombre de mort-nés	1346	751	894	532	541	393	4457
Nombre d'accouchements instrumental (dystociques)	108	162	349	410	99	237	1365
Nombre de cas de césariennes	7842	2201	4005	940	1519	916	17423
Nombre d'enfants de poids < à 2500g	1929	2461	3342	1658	2079	1652	13121
Nombre de naissances vivantes enregistrées	28065	35404	33433	17653	19052	23879	157486
Nombre total d'avortements	1315	1519	1763	962	1067	818	7444
Nombre d'avortements provoqués	319	294	658	255	327	209	2062
Nombre de femmes décédées en couches	35	10	33	15	50	5	148
Nombre d'enfants décédés dans les 28 j	4	151	145	115	89	6	510
Taux d'accouchements assistés (%)	62,4	35,0	45,1	49,9	43,5	50,3	45,6
Taux de mortalité (mort-nés) (%)	4,8%	2,1%	2,7%	3,0%	2,8%	1,6%	2,8%
Pourcentage d'accouchements dystociques(%)	0,4	0,5	1,0	2,3	0,5	1,0	0,8

Taux de césarienne (%)	18,4	2,5	5,7	3,0	3,9	2,2	5,6
Proportion d'enfants de faible poids à la naissance (%)	6,9	7,0	10,0	9,4	10,9	6,9	8,3
Ratio accouchement/décès maternels	872	3597	1096	1199	390	4861	1111
Ratio naissances vivantes/décès maternels	802	3540	1013	1177	381	4776	1064
Taux de mortalité périnatale (%)	0,0	0,4	0,4	0,7	0,5	0,0	0,3
Taux d'avortement provoqué(%)	2,7	1,5	2,2	2,7	2,4	1,7	2,1
Ratio avortements provoqués/avortements	0,2	0,2	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3

Source: Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, Principaux Indicateurs de santé 2015

ANNEXE 18: TABLEAU CROISE SEXE ET PROFESSIONS (TOUTES LES PROFESSIONS DES REpondANTS)

PROFESSIONS	SEXES		Total général
	féminin	masculin	
agent de sécurité		1	1
agriculteur	1	1	2
artisan	2	1	3
autres		1	1
boulangère	1		1
coiffeuse	2		2
commerçant	41	6	47
conducteur de taxi		3	3
couturière	5		5
soudeur tôlier		1	1
électricien		2	2
ferrailleur		1	1
lingère	1		1
maçon		2	2
mécanicien		1	1
ménagère	5		5
menuisier		1	1
nounou	3		3
rebobineur		1	1
salarié	24	61	85
sans emploi	17	9	26
étudiant	1	3	4
stagiaire	2		2
retraité	3	7	10
Total général	108	102	210

Source : enquête de terrain, 2017

ANNEXE 19: DETAIL DES NIVEAUX SCOLAIRES DES REpondANTS

NIVEAU SCOLAIRE	SEXE		Total général
	féminin	masculin	
alphabétisé	4	1	5
analphabète	6	1	7
BAC	15	15	30
BAC+	30	61	91
BEPC	28	16	44
CEPD	20	5	25
cours élémentaire	5	3	8
Total général	108	102	210

Source : enquête de terrain, 2017

ANNEXE 20: RECOURS A LA MEDECINE TRADITIONNELLE PAR AGES SELON L'ENQUETE

AGES	RECOURS A LA MEDECINE		Total général
	NON	OUI	
18	1		1
19		3	3
20		2	2
21	1	1	2
22	1	7	8
23	2	4	6
24	2	4	6
25	1	9	10
26	2	3	5
27	3	3	6
28		9	9
29		4	4
30	1	6	7
31		2	2
32	1	9	10
33		4	4
34	1	6	7
35	1	9	10
36		2	2
37	1	5	6
38	2	7	9
39	1	6	7
40	2	5	7
41		2	2
42	2	3	5
43	1	1	2
44	2	3	5
45	1	7	8
46		2	2
47	1	2	3
48	2	2	4
49	1	2	3
50	3	3	6
51	1	3	4
52		4	4
53		2	2
54	1	3	4
55		4	4
56	1		1
57	1		1
58		1	1
59	1	2	3
60		2	2
62		2	2
63		1	1
64		1	1
65		1	1
66		1	1
68		1	1
70		1	1
71		1	1
75		1	1
79		1	1
Total général	41	169	210

Source : enquête de terrain, 2017

ANNEXE 21: REpondants par profession et regroupement en catégories socioprofessionnelles

PROFESSIONS	RECOURS		Total	regroupement par catégories
	NON	OUI		
Étiquettes de lignes				
agent de sécurité		1	1	indépendants
agriculteur		2	2	indépendants
artisan		3	3	indépendants
autres		1	1	indépendants
boulangère		1	1	indépendants
coiffeuse	1	1	2	indépendants
commerçant	8	39	47	indépendants
conducteur de taxi		3	3	indépendants
couturière	1	4	5	indépendants
électricien	1	1	2	indépendants
étudiant		4	4	sans travail
ferrailleur		1	1	indépendants
lingère	1		1	indépendants
maçon		2	2	indépendants
mécanicien		1	1	indépendants
ménagère		5	5	indépendants
menuisier		1	1	indépendants
nounou		3	3	indépendants
rebobineur		1	1	indépendants
retraité		10	10	retraités
salarié	22	63	85	salariés
sans emploi	6	20	26	sans travail
soudeur tôlier		1	1	indépendants
stagiaire	1	1	2	sans travail
Total général	41	169	210	

Source : enquête de terrain, 2017

**ANNEXE 22: LES MOBILES DU RECOURS A LA MEDECINE TRADITIONNELLE PAR LES "USAGERS" SELON LE
DEGRE DE SATISFACTION**

Mobiles du recours à la MT	pas satisfait	un peu satisfait	très satisfait	Total général
Accès facile		1	3	4
Distance entre la résidence du patient et le dispensaire est trop longue		6	5	11
Echec thérapeutique de la médecine moderne	3	18	18	39
Efficacité de la MT	2	23	56	81
Essai/curiosité	1	10	5	16
Habitude dans la famille		2	3	5
La MT est moins chère	5	35	41	81
Maladie inguérissable par la médecine moderne (ou la maladie dite surnaturelle)	3	17	12	32
Maladie sexuellement transmissible	1			1
Mauvais accueil/absence de soins dans les FS modernes			1	1
Milieu socio culturel			1	1
Non toxique		1		1
Traitement naturel			1	1
Pas d'effet secondaire			1	1
Total général	15	113	147	275

NB : un répondant avait la possibilité de donner plusieurs raisons qui justifient son degré de satisfaction

Source : enquête de terrain, 2017

ANNEXE 23: LOI RELATIVE A L'EXERCICE DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE

47^e Année n° 1^{er}

NUMERO SPECIAL

2 Janvier 2002

JOURNAL OFFICIEL

DE LA REPUBLIQUE TOGOLAISE

PARAISANT LE 1^{er} ET LE 16 DE CHAQUE MOIS A LOME

TARIF

ACHAT	ABONNEMENT ANNUEL	ANNONCES
<ul style="list-style-type: none"> • 1 à 12 pages..... 200 F • 16 à 28 pages..... 600 F • 32 à 44 pages..... 1000 F • 48 à 60 pages..... 1500 F • Plus de 60 pages..... 2 000 F 	<ul style="list-style-type: none"> • TOGO..... 20 000 F • AFRIQUE..... 28 000 F • HORS AFRIQUE..... 40 000 F 	<ul style="list-style-type: none"> • Récépissé de déclaration d'associations... 10 000 F • Avis de perte de titre foncier (1^{er} et 2^e inscriptions)..... 10 000 F • Avis d'immatriculation..... 10 000 F • Certification du JO..... 500 F

NB. Le paiement à l'avance est la seule garantie pour être bien servi.

Pour tout renseignement complémentaire, s'adresser à l'EDITOGO Tél : (228) 221-37-18/221-61-07/08 Fax (228) 222-14-89 - BP 891 - LOME

DIRECTION, REDACTION ET ADMINISTRATION

CABINET DU PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE - TEL : 221 - 27 - 01 - LOME

SOMMAIRE

PARTIE OFFICIELLE

ACTES DU GOUVERNEMENT DE LA REPUBLIQUE TOGOLAISE

LOIS, ORDONNANCES, DECRETS

ARRETES ET DECISIONS

LOIS

2001

- 14 déc. - Loi n° 2001-17 relative à l'exercice de la médecine traditionnelle au Togo.....
- 31 déc. - Loi n° 2001-18 portant loi de Finances pour la gestion 2002.....
- 31 déc. - Loi n° 2001-19 modifiant l'alinéa 2 de l'article 166 de la loi n° 98-7 du 18 mars 1998 sur les instruments de paiement : chèque, carte de paiement, lettre de change et billet à ordre....

PARTIE OFFICIELLE

ACTES DU GOUVERNEMENT DE LA REPUBLIQUE TOGOLAISE

LOIS, ORDONNANCES, DECRETS

ARRETES ET DECISIONS

LOIS

LOI N° 2001-017 DU 14 DECEMBRE 2001 RELATIVE A L'EXERCICE DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE AU TOGO

L'Assemblée nationale a délibéré et adopté ;
Le président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Chapitre 1 - Dispositions générales

Article premier - La médecine traditionnelle est l'ensemble de toutes les connaissances, techniques de préparation et d'utilisation de substances, mesures et pratiques en usage, explicables ou non à l'état actuel de la science, qui sont basées sur les fondements socioculturels et religieux des collectivités togolaises, qui s'appuient sur les expériences vécues et les observations transmises de génération en génération et qui servent à diagnostiquer, prévenir ou éliminer un déséquilibre du bien-être physique, mental, social ou spirituel.

Art. 2 - Le terme de médecine traditionnelle au sens de la présente loi s'applique notamment aux catégories professionnelles suivantes :

- tradithérapeutes ;
- accoucheuses traditionnelles ;
- herboristes ;
- médico-droguistes.

La catégorie des tradithérapeutes comprend :

les phytothérapeutes ; ceux qui soignent principalement par les plantes ;

les psychothérapeutes : ceux qui soignent principalement par les techniques basées sur le vécu social et les relations entre thérapeute et malade, utilisant ou non la puissance du verbe appelée incantation ;

les ritualistes : ceux qui font appel principalement aux rites, religieux ou non, pour soigner ;

les chirokinésithérapeutes : ceux qui pratiquent principalement avec la main nue ou armée d'instrument, des massages ou des modifications sur le corps afin de donner ou rendre aux parties malades ou blessées leur fonction ;

les phlébotomistes : ceux qui pratiquent principalement les techniques de saignée pour soigner.

Est accoucheuse traditionnelle, la personne reconnue comme compétente pour prodiguer à une femme et à son nouveau-né, avant, pendant et après l'accouchement, des soins de santé basés sur les concepts prévalant dans la collectivité où elle vit.

Est herboriste, la personne qui connaît les usages des plantes médicinales et qui les vend.

Est médico-droguiste, la personne qui connaît les usages des substances médicinales d'origine animale ou minérale et qui les vend.

Art. 3 – Est praticien de la médecine traditionnelle, toute personne reconnue compétente par la collectivité dans laquelle elle vit, et par toute association des thérapeutes traditionnels agréée par le ministère de la Santé.

Art. 4 – L'exercice de la médecine traditionnelle est reconnu à toute personne physique ou morale à titre individuel ou en association dans les conditions déterminées par la présente loi.

Art. 5 – Les différentes associations de praticiens de la médecine traditionnelle peuvent se regrouper en une fédération nationale.

Art. 6 – La pratique de la médecine traditionnelle porte sur toutes consultations, tous actes pratiqués dans un but diagnostique, thérapeutique ou préventif, utilisant exclusivement les méthodes et techniques traditionnelles valables et sur toute vente de substances médicinales utilisées comme remèdes traditionnels.

Art. 7 – Tout praticien de la médecine traditionnelle opérant sur le territoire national est tenu d'exécuter les réquisitions légalement établies par l'autorité publique.

Chapitre 2 – Exercice de la médecine traditionnelle

SECTION I – CONDITIONS D'EXERCICE

Art. 8 – Nul ne peut exercer la médecine traditionnelle, ni vendre des remèdes traditionnels s'il n'est agréé par le ministère de la Santé.

Un arrêté du ministre en charge de la Santé détermine les critères requis pour être reconnu comme tradithérapeute, accoucheuse traditionnelle, herboriste, médico-droguiste.

Art. 9 – Dans le cadre de la promotion et du développement de la médecine traditionnelle, il est créé une commission nationale de la

médecine traditionnelle chargée de :

- contribuer au développement du partenariat entre le ministère de la santé et la médecine traditionnelle ;
- stimuler le développement et la promotion de la médecine traditionnelle ;
- élaborer un programme national de médecine traditionnelle ;
- aider les thérapeutes traditionnels à se structurer et à se doter d'un code de déontologie ;
- contribuer à l'amélioration des pratiques et techniques de la médecine traditionnelle ;
- veiller à la mise en place et au respect des textes réglementant l'exercice de la médecine traditionnelle ;
- instaurer une collaboration entre la médecine conventionnelle et la médecine traditionnelle.

Art. 10 – L'organisation, la composition et le fonctionnement de la commission nationale de la médecine traditionnelle sont déterminés par décret en Conseil des ministres.

Art. 11 – Tout postulant à l'exercice de la médecine traditionnelle doit formuler une demande d'autorisation auprès du ministre en charge de la santé. Cette demande doit préciser la catégorie professionnelle choisie par le postulant et le lieu d'exercice.

Art. 12 – Le praticien de la médecine traditionnelle se soumet à tout contrôle ordonné par le ministère de la Santé.

SECTION II - DROITS ET DEVOIRS DES PRATICIENS DE LA MÉDECINE TRADITIONNELLE

Art. 13 – Le praticien de la médecine traditionnelle peut exercer son art à titre individuel ou en association. Il est également autorisé à se faire aider par un personnel travaillant sous sa responsabilité.

Art. 14 – Le praticien de la médecine traditionnelle peut percevoir des honoraires dont le montant est fixé conformément aux usages de la catégorie professionnelle concernée.

Art. 15 – Le praticien de la médecine traditionnelle peut, dans le cadre d'un contrat, collaborer avec un autre praticien du secteur traditionnel ou conventionnel, une formation sanitaire publique ou privée ou une institution de recherche.

Art. 16 – Le praticien de la médecine traditionnelle qui accepte de livrer une recette ou formule pour des besoins de recherche scientifique, peut réclamer un certificat de reconnaissance protégé par les dispositions en vigueur en matière de propriété intellectuelle.

Art. 17 – Le praticien de la médecine traditionnelle doit :

- respecter le secret professionnel ;
- recourir à un praticien plus qualifié au cas où le malade qu'il traite ne présenterait aucun signe d'amélioration après une période raisonnable de traitement ;
- veiller au respect de la dignité, de la sécurité et du confort des patients ;
- s'abstenir de commettre tout acte immoral.

Art. 18 – Il est interdit au praticien de la médecine traditionnelle de :

- se livrer à des pratiques visant à nuire à la santé d'autrui ;
 - prodiguer des soins à l'intérieur d'une formation socio-sanitaire sans y avoir été convié par le médecin traitant ;
 - procéder ou faire procéder à la cueillette, d'une manière inconsidérée, d'espèces médicinales rares ou protégées contribuant ainsi à leur disparition ;
 - faire toute publicité à caractère mercantile et mensonger relative à l'efficacité de sa pratique et de ses remèdes ;
 - racoler la clientèle ou rémunérer un intermédiaire dans ce but ;
 - faire usage, dans l'exercice de sa profession, d'un pseudonyme ou d'un titre impersonnel autre que l'appellation autorisée et figurant dans le registre.

SECTION III - SANCTIONS

Art. 19 - Est considéré comme illégal et passible des sanctions prévues par les textes en vigueur, tout exercice ou tentative d'exercice de la médecine traditionnelle en violation des conditions définies par la présente loi et les textes subséquents.

Art. 20 - Le praticien de la médecine traditionnelle est civilement et pénalement responsable de tous les actes qu'il pose. Il est soumis au pouvoir disciplinaire exercé par l'association des thérapeutes traditionnels agréée par le ministère de la Santé à laquelle il appartient sans préjudice des poursuites judiciaires auxquelles il pourrait s'exposer.

En cas d'infraction aux dispositions de la présente loi, des experts qualifiés seront commis par le ministre en charge de la santé pour déterminer la nature et la dimension de la responsabilité encourue.

Art. 21 - L'exercice illégal de la médecine traditionnelle est puni d'une amende de cinquante mille (50 000) à cinq cent mille (500 000) F CFA et d'une peine d'emprisonnement de un (1) mois à un (1) an ou de l'une de ces deux peines seulement. L'interdiction temporaire d'exercer la médecine traditionnelle pourra être ordonnée.

Le matériel ayant permis l'exercice illégal sera saisi, confisqué et remis à l'autorité sanitaire compétente. En cas de récidive, la peine sera portée au double et l'interdiction définitive d'exercer la médecine traditionnelle prononcée.

Chapitre 3 - Dispositions finales

Art. 22 - Des décrets en Conseil des ministres détermineront les modalités d'application de la présente loi.

Art. 23 - La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Lomé, le 14 décembre 2001

Le président de la République
Gnassingbé EYADEMA

Le Premier ministre
Messan Agbéyomé KODJO

LOI N° 2001-018-DU 31 DECEMBRE 2001, PORTANT LOI DE FINANCES POUR LA GESTION 2002

L'Assemblée nationale a délibéré et adopté ;
 Le président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

PREMIERE PARTIE**CONDITIONS GENERALES DE L'EQUILIBRE FINANCIER****TITRE I****DISPOSITIONS GENERALES**

Article premier - L'exécution du Budget de l'Etat pour la Gestion 2002 est réglée en recettes et en dépenses conformément aux dispositions de la présente Loi de finances.

TITRE II**DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES***Chapitre 1*

Art. 2 - Les ressources affectées au Budget Général pour la Gestion 2002 sont évaluées à la somme de 165 146 082 000 Francs. Cette évaluation correspond aux produits de la République conformément au développement qui en est donné à l'état A annexé à la présente loi.

Art. 3 - Les ressources affectées aux comptes d'affectation spéciale pour la gestion 2002 sont évaluées à la somme de 1 430 000 000 de francs conformément au développement qui en est donné à l'état C annexé à la présente loi.

*CHAPITRE 2***MODIFICATION DU CODE GENERAL DES IMPOTS**

Art. 4 - Les articles : 39-1-q), 39-1-r), 39-3, 49, 55, 141, 150, 235, 311, 322, 324, 326, 329, 390, 552, 569, 603-bis, 747, 794, 1213, 1232, 1418, 1444, 1447, 1448 et 1475 sont modifiés comme suit :

Art. 39-1-q) - 1^{er}, 2^e et 3^e alinéas, sans changement. Toutefois, les dons, libéralités et subventions effectués au profit d'œuvres ou d'organismes d'intérêt général à caractère philanthropique, éducatif, scientifique, artistique, social, culturel ou familial reconnus par le ministère de l'Economie et des Finances, sont admis dans les charges déductibles des bénéfices dans la limite de trois pour mille du chiffre d'affaires.

Art. 39-1-r) - Les frais et charges de fournitures de biens et services sont déductibles, lorsqu'ils remplissent les conditions requises par le 1^{er} alinéa du présent article. Toutefois, lorsque les fournisseurs sont établis ou domiciliés au Togo, ces frais et charges ne sont admis en déduction des bénéfices imposables qu'à la condition supplémentaire que l'entreprise bénéficiaire fournisse trimestriellement à l'Administration des impôts la liste desdits fournisseurs avec indication de leurs nom et prénoms ou raison sociale, leur adresse ainsi que du montant des transactions.

ANNEXE 24: ENSEMBLE DES MOTS INDUITS ET LEUR REGROUPEMENT PAR CATEGORIE

<p align="center">Prototypes de mots et groupes de mots induits par l'évocation de la MT</p>	<p align="center">Catégories/items qui regroupent ces mots dans le traitement des données</p>
L'infusion, aux écorces, aux feuilles, aux racines, plantes médicinales, vertu ou force des plantes, au traitement par les plantes, l'herboriste, la tisane	<i>Organes de plantes</i>
Connaissance antérieure des ancêtres, soin ancestral, lien avec nos ancêtres, tradition, techniques traditionnelles, africanisme, culture, grands-parents, héritage des ancêtres, sagesse ancestrale, indigénat, valeurs culturelles, médicaments africains,	<i>Us et coutumes</i>
Eau, boisson, pur naturel, sans produit chimique, pas d'injection, traitement par objet naturel, non toxique, authentique	<i>Naturel</i>
Têtes d'animaux, organes d'animaux, immolation	<i>Organes d'animaux</i>
Pratiques spirituelles, génie, esprit, bain spirituel, cérémonie de purification, connaissance spirituelle, occultisme, surnaturel, chasser les mauvais esprits, force spirituelle, chimie, exorcisme, charlatan, mystère, invocation des ancêtres, esprit des ancêtres, fétiche, rituel, animisme, marabout, gris-gris, traitement des maladies surnaturelles	<i>Animisme</i>
Prix négociable, paiement à crédit, manque de moyen financier, coût moins cher	<i>Moins cher</i>
Magie, prières magiques, superstition, traitement des maladies non prises en charge par la MM	<i>Magie/superstition</i>
Escroqueries, tromperies, mensonges	<i>Escroqueries, tromperies, mensonges</i>
Sorcellerie, envoutement, désenvoutement	<i>Sorcellerie/envoutement</i>
Soigne bien, efficacité, fiable, guérison, guéri vite, guérisseur, traitement, connaissance utile, réussite, santé, utilité, satisfaction, miraculeux, action rapide des produits de la MT	<i>Efficacité</i>

<p align="center">Prototypes de mots et groupes de mots induits par l'évocation de la MT</p>	<p align="center">Catégories/items qui regroupent ces mots dans le traitement des données</p>
Rapidité, gain de temps	<i>Gain de temps</i>
Pas de notion de dosage, sans mesure, empirisme, guérison probable, manque de posologie, manque de structuration qualité faible, doute, non maîtrise du domaine, peu de certitude, ignorance, altération des organes humains, liquide impur et incolore, maladie, saleté, risque, pas de confiance, toxicité des médicaments usuels, risque, inconnue, maladie de foie	<i>Dangereux</i>
Insatisfaction, inefficace	<i>Inefficace</i>
Publicité	<i>Publicité</i>
Suivre le mouvement, essayage,	<i>Curiosité</i>
Produits amers, goût amer des produits	<i>Produits amers</i>
Complémentarité	<i>Complémentarité</i>
Santé	<i>Santé</i>
Insatisfaction, déception, déplaisant, inefficacité	<i>Inefficace</i>
Source de tout médicament et guérison	<i>Source de tout médicament et guérison</i>
<i>Victago</i> ²³⁷	<i>Victago</i>
<i>Sodabi</i> ²³⁸	<i>Sodabi</i>
Déception	<i>Déception</i>
Maladies inguérissables	<i>Maladies inguérissables</i>

Source : auteur, enquête de terrain, 2017

²³⁷ Victago est un médicament traditionnel, généralement sous forme de pommade.

²³⁸ Sodabi est une boisson locale.

ANNEXE 25: REGROUPEMENT DES PROFESSIONS EN QUATRE MODALITES

SALARIE	INDEPENDANTS	SANS EMPLOI	RETRAITE
Salarié	agriculteur	Sans emploi	Retraité
	commerçant	Etudiant	
	forgeron	Stagiaire	
	pêcheur		
	conducteur de taxi		
	couturière		
	rebobineur		
	mécanicien		
	boulangère		
	artisan		
	lingère		
	coiffeuse		
	ferrailleur		
	maçon		
	électricien		
	soudeur tôlier		
	menuisier		

Source : auteur, enquête de terrain

ANNEXE 26: TABLEAU DES VARIABLES ET DES MODALITES

Variables	Modalités	Possibilités de réponses
Sexe	<ul style="list-style-type: none"> • Masculin • Féminin 	Une réponse possible
Age	Supérieur ou égal à 18 ans	Une réponse possible
Profession (regroupement des réponses en trois modalités)	<ul style="list-style-type: none"> • Salarié • Indépendant • Sans emploi 	Une réponse possible
Religion	<ul style="list-style-type: none"> • Chrétien • Musulman • Animiste • Sans religion • Autres religion 	Une réponse possible
Niveau scolaire	<ul style="list-style-type: none"> • analphabète • alphabétisé • cours élémentaire • CEPD • BEPC • BAC • BAC et + 	Une réponse possible
Avoir recouru à la médecine traditionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non 	Une réponse possible
Degré de satisfaction	<ul style="list-style-type: none"> • Pas satisfait ; • Un peu satisfait ; • Très satisfait 	Une réponse possible
« Soins traditionnels/médecine traditionnelle » comme mot inducteur. (regroupement réponses (modalités) selon la sémantique)	<ul style="list-style-type: none"> • herbe/plante/racine/écorce/feuille • animaux et organes d'animaux • chimie/pratique spirituelles/mystère • efficacité/gain de temps • moins cher • us et coutumes/tradition/culture/indigénat • magie/tromperie/charlatan/surnaturel/escroquerie • traitement par objet naturel/sans produit chimique/non toxique • sorcellerie/envoutement 	Trois réponses maximales. Les réponses ne sont pas au choix. Elles sont spontanées et émanent des répondants. Elles sont accompagnées parfois de commentaires, de témoignages, etc. (verbatim).

	<ul style="list-style-type: none"> • échec de la médecine moderne • dosage dangereux/mauvais/qualité douteuse/hasard/imprécision/peur/source d'autres maladies • complémentarité • santé 	
<p>Motifs du choix de la médecine traditionnelle (regroupement des réponses selon la sémantique)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La MT est moins chère • Efficacité de la médecine traditionnelle • Maladie inguérissable par la médecine moderne (ou la maladie dite surnaturelle) • Distance entre la résidence du patient et le dispensaire est trop longue • Echec thérapeutique de la médecine moderne • Essai/curiosité • Habitude dans la famille • Pas d'effet secondaire • Accès facile • Mauvais accueil/absence de soins dans les FS modernes • Rien • Croyance • Traitement naturel • Milieu socio culturel • Non toxique 	<p>Trois réponses maximales. Les réponses ne sont pas au choix. Elles sont spontanées et émanent des répondants. Elles sont accompagnées parfois de commentaires, de témoignages, etc. (verbatim).</p>
<p>Premier recours en cas de maladie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Agent de santé communautaire • Formation sanitaire moderne • Médecine traditionnelle • Médicaments de rue 	<p>Une réponse possible</p>

Source : auteur, enquête de terrain, 2017

LISTE DES CARTES

CARTE 1-1 : CARTE DU GRAND LOME.....	60
CARTE 1-2 : SITUATION DU GRAND LOME	62
CARTE 4-1 : CARTE GEOGRAPHIQUE DU TOGO (RELIEF, HYDROGRAPHIE, VOIES TERRESTRES ET AERIENNES, POPULATION).....	146
CARTE 4-2 : CARTE ADMINISTRATIVE DU TOGO AVEC LES CINQ REGIONS ET LES 40 DISTRICTS SANITAIRES.....	153

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1-1 : PYRAMIDE DES AGES DU GRAND LOME, 2017	64
FIGURE 1-2 : TAUX D'ALPHABETISATION PAR QUINTILE DES INDIVIDUS AGES DE 15 ANS OU PLUS DANS LE GRAND LOME EN 2015	67
FIGURE 1-3 : NIVEAUX SCOLAIRES DES REpondANTS PAR CATEGORIE ET PAR SEXE	69
FIGURE 1-4 : RECOURS A LA MEDECINE TRADITIONNELLE E SELON LES SEXES	70
FIGURE 1-5 : SATISFACTION DANS LE GROUPE DE FEMMES EN %	75
FIGURE 1-6 : SATISFACTION DANS LE GROUPE D'HOMMES EN %	75
FIGURE 1-7 : SATISFACTION DES USAGERS DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE SELON LES CATEGORIES SOCIOPROFESSIONNELLES	76
FIGURE 1-8 : DEGRE DE SATISFACTION DES USAGERS DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE SELON LES RELIGIONS	77
FIGURE 1-9 : NOMBRE DE PATIENTS CONSULTES ET HOSPITALISES ENTRE 2011 ET 2016.....	80
FIGURE 1-10 : EVOLUTION DES RECETTES ET DES DEPENSES ENTRE 2014 ET 2016	83
FIGURE 3-1 : PARAMETRES EN JEU DANS LE COMPORTEMENT COMMERCIAL D'UN ARTISAN	141
FIGURE 4-1 : PYRAMIDE DES AGES DE LA POPULATION EN 2017.....	151
FIGURE 4-2 : INCIDENCE DE L'EXTREME PAUVRETE PAR MILIEU DE RESIDENCES, 2006 ET 2011 ET 2015	157
FIGURE 4-3 : INCIDENCE DE LA PAUVRETE SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION DU CHEF DE MENAGES, 2006, 2011 ET 2015	158
FIGURE 4-4 : REPARTITION (%) DE LA POPULATION SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION.....	159
FIGURE 4-5 : RELIGION PAR RAPPORT AUX ZONES DE RESIDENCE.....	164
FIGURE 4-6 : REPARTITION DE LA POPULATION SELON LES RELIGIONS ET LE SEXE	165

FIGURE 5-1 : ORGANISATION PYRAMIDALE DU SYSTEME DE SANTE AU TOGO	167
FIGURE 5-2 : DENSITE DE PROFESSIONNELS DE SANTE POUR 10 000 HABITANTS DANS LES 6 REGIONS SANITAIRES	173
FIGURE 5-3 : POURCENTAGE DES SERVICES DE SANTE CONSULTEES PAR MILIEU EN 2015	175
FIGURE 5-4 : PERSONNEL DE SANTE CONSULTE PAR MILIEU EN 2015 EN %	176
FIGURE 5-5 : PRINCIPALES CAUSES D'HOSPITALISATION EN 2015 EN %	179
FIGURE 5-6 : PRINCIPALES CAUSES DE CONSULTATION EXTERNE AU TOGO EN 2015.....	180
FIGURE 5-7 : PRINCIPALES CAUSES DE MORTALITE HOSPITALIERE, TAUX DE LETALITE EN % AU TOGO EN 2015	181
FIGURE 5-8 : DIAGRAMME DES PROBLEMES	194
FIGURE 5-9 : DIAGRAMME DES OBJECTIFS	196
FIGURE 6-1: ETAPES DU CONCEPT DE LA SANTE PUBLIQUE FONDEE SUR LES PREUVES (SPFP) OU DONNEES PROBANTES.....	205
FIGURE 6-2: HIERARCHISATION DES PRATIQUES DE LA MT.....	207
FIGURE 6-3 : MODELE DE MISE EN ŒUVRE DES PRATIQUES PROBANTES	212

LISTE DES PHOTOS

PHOTO I-1-1 : ACHALANDAGE DES PLANTES, DES RACINES ET DES HERBES MEDICINALES DANS UN MARCHE PAR UN HERBORISTE.....	5
PHOTO I-1-2 : ACHALANDAGE DES PEAUX ANIMALES PAR UN MEDICO-DROGUISTE	5
PHOTO I-1-3 : LES MEDICAMENTS A BASE D'ORGANES DE PLANTES OU D'ANIMAUX VENDUS DANS LES MARCHES	6
PHOTO I-4 : VENTE DE MEDICAMENTS TRADITIONNELS A LA CRIEE DANS LES VEHICULES	6
PHOTO 2-1 : GRAINES INTERVENANT DANS LA FABRICATION DE PLUSIEURS MEDICAMENTS DONT LA MIXTURE POUR LES FRACTURES ET ENTORSES	100
PHOTO 2-2 : GRAINE INTERVENANT DANS LA RECETTE DES MEDICAMENTS CONTRE LE FIBROME	100
PHOTO 2-3 : LES FEUILLES SERVANT A LA PREPARATION DES MEDICAMENTS	101
PHOTO 2-4 : RESIDUS APRES PREPARATION DES MEDICAMENTS A BASE DE RACINES ET DE FEUILLES DE PLANTES	102
PHOTO 2-5 : LES DIVINITES POUR SOIGNER LES MALADIES SPIRITUELLES OU MALADIES SURNATURELLES.....	103
PHOTO 2-6 : LES ORGANES D'ANIMAUX POUR SOIGNER. ICI LA TETE D'UN SERPENT	104

PHOTO 2-7 : LES ORGANES D'ANIMAUX POUR SOIGNER. ICI LE COQ NOIR, LE COQ GRIS TACHETE ET LES PINTADES POUR IMMOLER.....	105
PHOTO 2-8 : MELANGE DE FRUITS, DE LEGUMES POUR SOIGNER LA FAIBLESSE SEXUELLE CHEZ L'HOMME	106
PHOTO 2-9 : MELANGE DE PLUSIEURS RACINES, GRAINES, GOUSSES DE FRUITS, DE LEGUMES DE FRUITS POUR SOIGNER LE FIBROME	106
PHOTO 2-10 : MEDICAMENTS EN POUDRE.....	107
PHOTO 2-11 : DES BOULETTES DE MEDICAMENTS	108
PHOTO 2-12 : MEDICAMENT A BASE DU SAVON.....	108
PHOTO 2-13 : LES CONDITIONS DE PREPARATION DES MEDICAMENTS : FOURNEAUX ET MATERIELS SERVANT A LA PREPARATION DES MEDICAMENTS	109
PHOTO 2-14 : LES MEDICAMENTS TRADITIONNELS AMELIORES.....	110
PHOTO 2-15 : LES MALADES SOIGNES (LUXATION DU BRAS ET DU GENOU)	112
PHOTO 2-16 : LE MALADE GUERI D'UNE FRACTURE AU GENOU	112
PHOTO 2-17 : UN TALISMAN POUR MAINTENIR EN VIE LE MALADE AGONISANT	112
PHOTO 2-18 : LA CONSERVATION DES MATERIELS DE TRAVAIL DANS UN ETAT PEU HYGIENIQUE	113

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU I-1-1 : TABLEAU IMPORTANCE/FREQUENCE EN TERMES DE STRUCTURE PROPOSE PAR ABRIC.....	41
TABLEAU I-1-2 : ANALYSE DES EVOCATIONS PAR LES CRITERES D'IMPORTANCE ET DE FREQUENCE OU ANALYSE PROTOTYPIQUE ET CATEGORIELLE.....	47
TABLEAU I-1-3 : EXEMPLE DE TABLE DE CONTINGENCE	48
TABLEAU 1-1 : EVOLUTION DE LA POPULATION DU GRAND LOME PAR SEXE	58
TABLEAU 1-2 : EVOLUTION DE LA POPULATION DE LOME COMMUNE PAR ARRONDISSEMENT.....	59
TABLEAU 1-3 : TAUX NET DE SCOLARISATION AU SECONDAIRE PAR QUINTILE, PAR STATUT ET PAR DOMAINE	66
TABLEAU 1-4 : TABLEAU CROISE SEXES ET RELIGIONS DES REpondANTS	68
TABLEAU 1-5 : CATEGORIES SOCIO PROFESSIONNELLES PAR SEXE.....	69
TABLEAU 1-6 : RECOURS A LA MEDECINE TRADITIONNELLE SELON L'AGE	71
TABLEAU 1-7 : RECOURS A LA MEDECINE TRADITIONNELLE SELON LA CATEGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE.....	71

TABLEAU 1-8 : RECOURS A LA MEDECINE TRADITIONNELLE SELON LA RELIGION	72
TABLEAU 1-9 : RECOURS A LA MEDECINE TRADITIONNELLE SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION.	72
TABLEAU 1-10 : EFFECTIFS CROISES SEXE, RELIGION ET NIVEAU SCOLAIRE CHEZ LES PRATICIENS DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE ENQUETES.....	73
TABLEAU 1-11 : DEGRE DE SATISFACTION DES USAGERS DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE	74
TABLEAU 1-12 : DEGRE DE SATISFACTION DES USAGERS SELON LE SEXE.....	75
TABLEAU 1-13 : DEGRE DE SATISFACTION DES USAGERS DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE SELON L'AGE.....	77
TABLEAU 1-14 : DEGRE DE SATISFACTION DES USAGERS DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE SELON LE NIVEAU SCOLAIRE	78
TABLEAU 1-15 : CAPACITE D'HOSPITALISATION PAR SERVICE EN 2016	79
TABLEAU 1-16 : LES DIX PREMIERES CAUSES DE CONSULTATION, D'HOSPITALISATION ET DE DECES EN 2016	81
TABLEAU 2-1 : LES MOBILES DU RECOURS A LA MEDECINE TRADITIONNELLE PAR LES "USAGERS" ET LES FREQUENCES DE CES MOBILES	86
TABLEAU 2-2 : MOBILES POTENTIELS AU RECOURS A LA MT SELON LES POINTS DE VUE DES PRATICIENS DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE.....	87
TABLEAU 2-3 : MOBILES POTENTIELS AU RECOURS A LA MT SELON LES "NON USAGERS"	88
TABLEAU 2-4 : IMPORTANCE ET FREQUENCE DES DIFFERENTES CATEGORIES DES MOTS INDUITS POUR LA POPULATION DES « NON PRATICIENS DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE »	89
TABLEAU 2-5 : IMPORTANCE ET FREQUENCE DES DIFFERENTES CATEGORIES DES MOTS INDUITS POUR LA SOUS-POPULATION DES « USAGERS ».....	92
TABLEAU 2-6 : IMPORTANCE ET FREQUENCE DES DIFFERENTES CATEGORIES DES MOTS INDUITS POUR LA SOUS-POPULATION DES « NON USAGERS »	93
TABLEAU 2-7 : DEGRE DE LIAISON ENTRE LE SEXE ET LE CHOIX DE LA MT.....	95
TABLEAU 2-8 : DEGRE DE LIAISON ENTRE L'AGE ET LE CHOIX DE LA MT	96
TABLEAU 2-9 : DEGRE DE LIAISON ENTRE LES CATEGORIES PROFESSIONNELLES ET LE CHOIX DE LA MT	97
TABLEAU 2-10 : DEGRE DE LIAISON ENTRE LE NIVEAU SCOLAIRE ET LE CHOIX DE LA MT	98
TABLEAU 2-11 : DEGRE DE LIAISON ENTRE LA RELIGION ET LE CHOIX DE LA MT	99
TABLEAU 3-1: SYNTHESE DES DIFFERENCES ENTRE LE NOYAU CENTRAL ET LE SYSTEME PERIPHERIQUE.....	116

TABLEAU 3-2 : ANALYSE COMPARATIVE DE DEUX METHODOLOGIES DE L'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF.....	138
TABLEAU 4-1 : LES INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES ENTRE 1960 ANNEE DE L'INDEPENDANCE ET LE DERNIER RECENSEMENT DE 2010	149
TABLEAU 4-2 : EVOLUTION DE LA POPULATION DE 1981 A 2010 PAR REGION	150
TABLEAU 4-3 : EFFECTIFS GLOBAUX DE LA POPULATION RESIDENTE PAR SEXE ET PAR MILIEU DE RESIDENCE EN 2010 ET 2017	152
TABLEAU 4-4 : RELIGION DES CHEFS DE MENAGES SELON LE MILIEU, LE DOMAINE DE RESIDENCE ET LE SEXE DU CHEF DE MENAGE EN %	165
TABLEAU 5-1 : CATEGORIES DE PROBLEMES	193
TABLEAU 6-1 : MODELES DE RECHERCHE QUALITATIVE	204
TABLEAU 6-2 : EVALUATION DE L'APPLICABILITE ET DE LA TRANSFERABILITE DES PRATIQUES PROBANTES.....	210
TABLEAU 6-3 : BUDGET ESTIMATIF DU PROJET ET PROGRAMMATION FINANCIERE.....	215
TABLEAU 6-4 : PLAN DE FINANCEMENT	216
TABLEAU 6-5 : CHRONOGRAMME DE MISE EN ŒUVRE.....	218
TABLEAU 6-6 : CADRE LOGIQUE	226

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1: LISTE DES QUARTIERS DE LOME COMMUNE PAR ARRONDISSEMENT	261
ANNEXE 2: DECOMPOSITION DES DEPENSES DES MENAGES PAR CATEGORIE, 2006, 2011 ET 2015	263
ANNEXE 3: REPARTITION (%) DE LA POPULATION ACTIVE SELON LA SITUATION DANS L'EMPLOI PAR SEXE, PAR DOMAINE, PAR MILIEU DE RESIDENCE ET PAR TRANCHE D'AGE	264
ANNEXE 4: REPARTITION (%) DE LA POPULATION EN AGE DE TRAVAILLER SELON LA BRANCHE D'ACTIVITE PAR SEXE, PAR DOMAINE, PAR MILIEU DE RESIDENCE ET PAR TRANCHE D'AGE	265
ANNEXE 5: CARTE DU TOGO, LES PREFECTURES DES CINQ REGIONS ADMINISTRATIVES EN 2015	266
ANNEXE 6: REPARTITION DES FORMATIONS SANITAIRES CONFORMES AUX NORMES, PAR TYPE ET PAR REGION SANITAIRE, TOGO, 2015.	267
ANNEXE 7: REPARTITION DU PERSONNEL DE LA SANTE DU SECTEUR PUBLIC PAR CATEGORIE PROFESSIONNELLE ET PAR REGION SANITAIRE, TOGO, 2015.	268

ANNEXE 8: TAUX DE FREQUENTATION PAR DISTRICT ET REGION SANITAIRES, TOGO, 2015. .	269
ANNEXE 9: SERVICE DE SANTE CONSULTE PAR MILIEU.....	271
ANNEXE 10: PERSONNEL DE SANTE CONSULTE PAR MILIEU.....	272
ANNEXE 11: POURCENTAGE DES FORMATIONS SANITAIRES DISPOSANT DES LOCAUX ADEQUATS SUIVANT LE TYPE D'ETABLISSEMENTS, L'INSTANCE GESTIONNAIRE ET LA REGION.....	273
ANNEXE 12: TAUX DE FREQUENTATION PAR REGION SANITAIRE, TOGO, 2015.	274
ANNEXE 13: RESULTATS DE L'ENQUETE EXPLORATOIRE POUR LA FORMULATION DES QUESTIONS, DES OBJECTIFS ET DES HYPOTHESES DE RECHERCHE.....	275
ANNEXE 14: GUIDE D'ENTRETIEN ET D'OBSERVATIONS ORIENTEES	281
ANNEXE 15: DECRET N°71-63 DU 01 AVRIL 1971 FIXANT LES NOUVELLES LIMITES DE LA COMMUNE DE LOME	291
ANNEXE 16: REPARTITION (%) DE LA POPULATION SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION	292
ANNEXE 17: DONNEES DE BASE ET INDICATEURS DE COUVERTURE EN ACCOUCHEMENTS PAR REGION SANITAIRE, TOGO, 2015.....	293
ANNEXE 18: TABLEAU CROISE SEXE ET PROFESSIONS (TOUTES LES PROFESSIONS DES REPONDANTS).....	295
ANNEXE 19: DETAIL DES NIVEAUX SCOLAIRES DES REPONDANTS	296
ANNEXE 20: RECOURS A LA MEDECINE TRADITIONNELLE PAR AGES SELON L'ENQUETE	297
ANNEXE 21: REPONDANTS PAR PROFESSION ET REGROUPEMENT EN CATEGORIES SOCIOPROFESSIONNELLES	298
ANNEXE 22: LES MOBILES DU RECOURS A LA MEDECINE TRADITIONNELLE PAR LES "USAGERS" SELON LE DEGRE DE SATISFACTION.....	299
ANNEXE 23: LOI RELATIVE A L'EXERCICE DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE.....	300
ANNEXE 24: ENSEMBLE DES MOTS INDUITS ET LEUR REGROUPEMENT PAR CATEGORIE.....	303
ANNEXE 25: REGROUPEMENT DES PROFESSIONS EN QUATRE MODALITES	305
ANNEXE 26: TABLEAU DES VARIABLES ET DES MODALITES	306

INDEX DES AUTEURS

A

Abdmouleh, 18, 141
 Abric, 34, 35, 36, 42, 43,
 44, 46, 90, 114, 116,
 117, 119, 120, 122,
 128, 235
 Ackerknecht, 22
 Adjanohoun *et al.*, 2, 22,
 187
 Agbonon *et al.*, 7
 Ahyi, 2
 Aissani, 90, 137
 Akakpo, 8, 185
 Akin *et al.*, 26
 Alonou, 16
 Amenyedzi, 8
 Anani *et al.*, 7, 188, 203
 Andoche, 18, 20, 21
 Antonius, 9
 Apélé-té, 53
 Assemblée Générale
 Constitutive, 2, 185
 Assie, 141
 Assima-Kpatcha, 184
 Atakpama *et al.*, 7, 188,
 203
 Atchrimi, 5, 19, 20, 21,
 22, 164, 188
 Auge, 164, 186, 188
 Awesso, 28
 Aziamado, 8

B

Balandier, 28
 Balint, 139
 Barges, 20, 21
 Barlow et Diop, 24
 Bataille, 35, 116, 120
 Bedos, 31
 Benoist, 18, 20, 189
 Berger et Luckmann, 36
 Bibeau, 19
 Bonardi *et al.*, 35
 Bonnet, 18, 21, 187
 Bouchon, 40, 41, 81
 Bourdier, 18, 21, 22, 23
 Bourdieu, 30, 31, 32, 33
 Bouveresse, 31
 Burnett Tylor, 27

C

Cantrelle *et al.*, 22
 Cantrelle et Locoh, 16,
 22, 29
 Cartaud et Labbé, 43
 Cathebras, 14, 17, 29
 Catroux, 37
 Centre de Collaboration
 National des Méthodes
 et Outils, 201, 203, 205

Centre Hospitalier
 Universitaire Campus,
 79, 82, 83
 Centre
 Omnithérapeutique
 Africain, 3
 Chan, 3, 178
 Chapuis, 20
 Chokier et Moliner, 43
 Ciliska *et al.*, 202
 Colusse et Culasse, 141
 Cullum *et al.*, 201

D

Darré *et al.*, 7, 16, 187,
 203
 Dassa, 188
 Dassa *et al.*, 8, 164, 188
 De Baeremaeker, 189
 Del Sarto *et al.*, 43
 Denou, 7, 16, 187, 203
 Deschamps, 43
 Desclaux, 11, 21, 23, 25,
 26
 Desplats *et al.*, 11, 12, 17,
 18
 Desplats et Razarison, 18,
 21
 DiCenso, 38, 39
 Dieng *et al.*, 16, 23, 24,
 25, 26, 177

Djassoa, 11, 18, 20, 164,
188
Djeteba, 8
Djouda, 31
Dobbins, 202
Doise et *al.*, 35
Doise et Palmonari, 35
Dosquet, 41, 42
Dotsu, 2, 8
Durkheim, 30, 31, 32, 33,
34

E

Effoe et *al.*, 7, 16, 187,
188, 203
Elias, 17
Ellis et McInnes, 24
Encreve et *al.*, 31
Epelboin, 12
Ezao, 8

F

Fanidji, 2, 4, 8, 187
Fassin, 15, 17, 19, 20, 21,
27
Flament, 117, 119, 120,
121, 123, 128
Franckel, 25
Freidson, 11, 14, 19

G

Galaty et Leavitt, 28

Gayibor, 184
Gbekley et *al.*, 7, 187,
188, 203
Gbogbo et *al.*, 7, 188, 203
Giacobbi et Roux, 28
Gobbers, 24
Grize et *al.*, 90, 141, 237
Guimelli, 34, 43, 116,
118, 121
Guimelli et Jacobi, 139

H

Haddad, 25, 29
Hele et *al.*, 2, 188
Herzlich, 139
Hidalgo, 90, 128
Hodouto, 2
Homsy et Allen, 187
Houeto, 11, 15, 20, 22,
23, 29
Hounkpati, 24, 25
Hudelson, 27

I

Illich, 14, 18, 20, 27
Izard, 28

J

Jacquemot, 11, 17, 22, 23
Jaffré, 25
Jan, 32, 33

Jeoffrion, 37, 39, 90, 121,
128, 139
Jodelet, 34, 35, 139
Juillet, 26

K

Kabore, 187
Kadanga, 238
Kadya, 19, 21
Kaës, 35
Kagambega, 11, 18, 21,
189
Karoue, 41
Kétéhouli, 8
King, 18, 187
Kohatsu et *al.*, 201
Kola, 8
Kone, 23, 24, 25, 26, 27,
29
Kouadio, 25, 26
Kouassi, 8
Koudouvo, 2
Koumaglo, 2
Kounouchi et *al.*, 7, 16,
187, 188, 203
Kpassagou, 8, 11, 20, 22,
177, 189

L

Laifer, 18, 187
Lakassa, 237
Lallemant et *al.*, 22, 23

Laplantine, 18, 20, 139
 Leighton, 24
 Lemaitre, 14, 19, 25, 29
 Lheureux et Guimelli, 43
 Loux, 139
 Lovell, 20, 164, 188

M

Mannoni, 115, 117, 139
 Mardellat, 140, 141
 Mariko, 177, 189
 Mawunou, 185
 Michel, 42
 Micollier, 12, 22
 Ministère de
 l'Administration
 Territoriale de la
 Décentralisation et des
 Collectivités Locales,
 58, 61, 156
 Ministère de l'Urbanisme
 et de l'Habitat, 62, 65
 Ministère de la
 Planification du
 Développement, 64, 66,
 67, 148, 154, 155, 156,
 158, 159, 160, 161,
 162, 174, 182, 293
 Ministère de la Santé, 4,
 167, 170, 171, 172,
 173, 174, 176, 177,
 178, 180, 182, 184,
 199, 214, 268, 295

Minsitère auprès du
 Président de la
 République chargé de
 la Planification du
 Développement et de
 l'Aménagement du
 Territoire, 58, 59, 63,
 150, 152, 263
 Moliner, 116, 117
 Moliner et Courtot, 34
 Moliner et Martos, 43, 56,
 115, 117, 121, 122, 142
 Morin, 140
 Moscovici, 33, 34, 36, 90,
 114, 117
 Msefer et *al.*, 31
 Mwabu, 29

N

Nabine, 8
 Ngal, 22

O

OMS, 2, 13, 14, 15, 164,
 178
 Ouedraogo, 22
 Ouendo et *al.*, 189

P

Pangu et *al.*, 177
 Paquet, 25
 Paquet et *al.*, 177

Paquet et Tellier, 24
 Platteau, 28
 PNUD, 155
 Pousset, 187
 Poyen, 39

R

Radi, 18, 19, 22
 Radji et Kokou, 187
 Rakotondrabe, 23
 Richard, 189
 Rioux, 19
 Rivers, 22
 Rochat, 38
 Rouquette et Rateau, 90,
 117
 Rousselet, 141

S

Sahn et Stifel, 24
 Sambiani, 163
 Saucier, 139
 Sendrail, 20
 Senou, 236
 Siliadin, 173
 Singéry, 43, 140, 141,
 237
 Singly, 41
 Stoetzel, 18, 25

T

Tafari et *al.*, 117

Tape, 24
Taverne, 17, 26
Tchabi et *al.*, 2
Tiryakian, 33
Tolgou, 184
Tossou et *al.*, 2
Tousignant et Denis, 139

U

UNESCO, 2, 11, 14, 16,
164

Union Africaine, 2, 11,
15, 186

V

Vergès, 43, 90, 137
Vidal, 20
Vieira da Silva et *al.*, 31
Vilatte, 40, 44

W

Wachelke, 43

Williams, 31
Wouters, 24

Y

Yaogo et *al.*, 189
Yobouet, 25, 29
Yoro, 17, 22

GLOSSAIRE DES MOTS LIÉS AUX MODÈLES DE RECHERCHE

Description interprétative. Également connue sous le nom de description qualitative, elle est un modèle de recherche qualitatif qui décrit un phénomène. La description interprétative est le fondement de tous les modèles de recherche qualitatifs.

Description qualitative fondamentale. Modèle de recherche purement descriptive qui fait moins appel à l'interprétation que d'autres études descriptives qualitatives comme celles du genre phénoménologique, théorique à base empirique ou ethnographique.

Description qualitative (reportez-vous à Description interprétative)

Échantillon. Sous-ensemble choisi de la population. Un échantillon pourra être aléatoire ou non et représentatif ou non.

Échantillonnage aléatoire. Méthode de sélection des participants d'une étude qui repose sur un certain type de sélection aléatoire afin que les différents groupes de la population qui sont étudiés aient une chance égale d'être sélectionnés. Cette méthode est aussi connue sous le nom d'échantillonnage probabiliste.

Échantillonnage dirigé. Méthode d'échantillonnage employée en recherche qualitative, où les chercheurs choisissent consciemment un petit nombre de participants qui répondent à des critères d'inclusion précis et qui englobent un éventail de points de vue pertinents.

Échantillonnage théorique. Méthode d'échantillonnage employée en recherche théorique à base empirique L'échantillonnage théorique renvoie à des décisions prises tout au long du processus de recherche où les sources de données sont choisies d'après des résultats d'étude nouveaux. Le but ultime est d'élaborer une théorie fondée sur les données et qui tient compte de la variation comportementale.

Essai clinique randomisé. Expérience où les participants ou les populations qui n'obtiennent pas le résultat d'intérêt sont répartis au hasard pour être soumis à une intervention (groupe soumis à l'intervention) ou non (groupe de comparaison ou témoin) et sont alors suivis au fil du temps pour que les différences entre les groupes soient établies du point de vue du résultat d'intérêt, le cas échéant.

Essai à l'insu. Se produit dans une étude expérimentale quand les patients, les cliniciens qui procèdent à l'intervention, les personnes qui évaluent les résultats ou celles qui analysent les données ignorent à quel groupe les participants ont été affectés.

Étude. Enquête de recherche originale simple.

Étude analytique de cohorte. Modèle d'étude selon lequel les participants qui ne sont pas touchés par le résultat d'intérêt sont répartis (de façon non aléatoire) de manière à faire l'objet du traitement, de la thérapie ou de l'intervention de remplacement (groupe expérimental), ou encore à recevoir les soins habituels ou le traitement traditionnel (groupe de comparaison) ou à n'être soumis à aucune intervention (groupe témoin), et sont suivis dans le but d'établir si elles sont touchées par le résultat d'intérêt.

Étude cas-témoins. Étude par observation qui commence par l'établissement des participants touchés par le résultat d'intérêt, p. ex., une maladie (cas) et de ceux qui sont semblables aux cas, mais qui ne sont pas touchés par le résultat d'intérêt (témoins), et qui se poursuit par un regard rétrospectif visant à déterminer si les participants des deux groupes ont été exposés aux facteurs de risque ou de causalité associés au résultat. Par exemple, il s'agira d'établir les patients avec (cas) ou sans (témoins) cancer du poumon et de jeter un regard rétrospectif pour déterminer si le tabagisme faisait partie des comportements adoptés (exposition au tabac).

Étude de cas. Étude d'un phénomène actuel au fil du temps qui sert à fournir une description approfondie de ses dimensions et de ses processus essentiels. Les études de cas peuvent faire intervenir tant des données qualitatives que quantitatives et porter sur un seul ou plusieurs cas.

Étude de cohorte. Étude où un groupe de personnes ayant un ensemble commun ou non de caractéristiques est suivi pendant un certain temps afin que soit établie l'incidence d'un résultat

Étude descriptive. Étude qui décrit les caractéristiques d'un échantillon de personnes. Contrairement à ce qui se passe dans une étude expérimentale, les enquêteurs n'interviennent pas activement pour vérifier une hypothèse, mais ils décrivent plutôt l'état de santé ou les caractéristiques d'un échantillon d'une population précise.¹

Les études descriptives englobent les rapports de cas, les études de série de cas, les études Qualitatives et les enquêtes (études transversales).²

Étude ethnographique (ou ethnographie). Méthode de recherche qualitative où l'expérience d'une culture est étudiée. Les stratégies de collecte de données incluent l'observation des participants, les entrevues approfondies et le travail de terrain.

Étude expérimentale. Modèle de recherche qui consiste souvent en un essai sur échantillon aléatoire et contrôlé et qui vise à trier les participants en deux groupes ou plus et former au moins un groupe témoin, les autres étant soumis à une intervention. Les groupes sont alors suivis dans le but d'évaluer si une intervention (par exemple, un test ou un traitement) contrôlé par un enquêteur, influe sur le cours ou l'issue d'un état ou d'une maladie. Les *études expérimentales* (et non par observation) représentent le choix privilégié pour la plupart des études médicales, car les groupes témoins permettent de réduire au minimum le biais.

Étude non expérimentale (reportez-vous à Étude par observation)

Étude observationnelle. Modèle de recherche exigeant que les enquêteurs n'interviennent *pas* ou ne contrôlent *pas* les variables, mais qu'ils observent plutôt le cours des événements. Le risque de biais est plus grand dans les *études par observation* que dans les études expérimentales (*Autre appellation : étude non expérimentale*)

Étude transversale. Étude par observation visant à examiner une caractéristique (ou une série de caractéristiques) et le résultat d'intérêt chez les participants, à un point donné dans le temps. Ce type d'étude est parfois appelé une étude sondage.

Exposition. Contact avec quelque chose qui influence le développement d'un résultat ou qui l'améliore chez une personne (p. ex., exposition à quelque chose qui augmente le risque de contracter une maladie ou, chez les personnes déjà atteintes, le risque d'arriver à un point final précis).

Groupe témoin. Participants à une étude qui ne sont soumis à aucune intervention et dont le rendement sert de base par rapport à laquelle les effets du traitement peuvent être mesurés. Lorsqu'une étude n'exige pas de vrai modèle expérimental [essai sur échantillon aléatoire et contrôlé (EEAC)], ce groupe pourra aussi être désigné comme étant « de comparaison ».

Méta-analyses. Méthode pour combiner les résultats de plusieurs études indépendantes ayant permis d'obtenir les mêmes résultats en une statistique sommaire globale.

Phénoménologie. Modèle d'étude qualitative qui représente une approche à l'enquête axée sur la complexité de l'expérience humaine et la nécessité de comprendre cette expérience de manière holistique, comme elle est vécue réellement.

Rapport de cas. Étude faisant état d'observations sur une seule personne.

Recherche fondée sur des méthodes mixtes. Recherche qui combine des méthodes de collecte de données, parfois qualitatives et quantitatives, dans la méthodologie d'étude, et qui sert communément à l'étude de la prestation et de l'organisation des services. Certaines méthodes fondées sur des méthodes mixtes combinent des modèles d'étude, tandis que d'autres pourront reposer sur un seul modèle de recherche global, mais sur des méthodes de collecte de données mixtes.

Recherche qualitative. Recherche destinée à faire comprendre des phénomènes complexes et impossibles à quantifier, comme les expériences ou les perceptions des gens. Parmi les exemples de ces types de recherche qualitative, notons la phénoménologie, la théorie à base empirique, la recherche-action participative et l'ethnographie.

Recherche quantitative. Enquête sur des phénomènes qui se prêtent à l'essai d'hypothèses bien spécifiées par une mesure précise et la quantification de variables préétablies qui donnent des nombres pouvant être appuyés aux fins d'analyse statistique.

Saturation des données. La saturation des données se produit quand les réponses aux questions de recherche sont complètes, quand les entrevues auprès des participants n'apportent plus rien de nouveau aux résultats de l'étude, ou quand les résultats commencent à se répéter.

Série de cas. Rapport sur une série de patients chez qui un résultat s'est avéré intéressant, sans qu'il y ait de groupe témoin

Théorie à base empirique. Stratégie de recherche qualitative employée pour découvrir les processus socio psychologiques inhérents à un phénomène.

Triangulation. Élément de l'analyse qualitative où les résultats clés sont corroborés par diverses sources de renseignements.

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE.....	i
DEDICACE	ii
REMERCIEMENTS	iii
SIGLES ET ABREVIATIONS	iv
RESUME.....	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCTION GENERALE	1
I.1. JUSTIFICATION DU THEME ET PROBLEMATIQUE	2
I.1.1 Justification du thème.....	2
I.1.2 Problématique	4
I.1.2.1 Constats et énoncé du problème.....	4
I.1.2.2 Questions de recherche.....	9
I.1.2.3 Hypothèses de recherche	10
I.1.2.4 Objectifs scientifiques	10
I.2 CADRE LITTERAIRE, CONCEPTUEL ET THEORIQUE	11
I.2.1 Revue de la littérature	11
I.2.1.1 Médecine « non conventionnelle » versus médecine « conventionnelle »	11
I.2.1.2 Médecine « non conventionnelle » dans les pays développés : le débat de terminologie et de psychologie.....	13
I.2.1.3 Médecine traditionnelle dans les pays en développement : entre multiplicité et efficacité	15
I.2.1.4 Telle maladie, tel traitement : maladies culturelles, thérapie culturelle.....	17
I.2.1.4.1 Maladies naturelles et surnaturelles	17
I.2.1.4.2 Thérapies culturelles	20
I.2.1.4.3 Recours à une thérapie	24

I.2.2 Concepts clés de la recherche	26
I.2.2.1 Notion de « Thérapie » dans le contexte de ce travail	26
I.2.2.2 Notion de « Santé » dans le contexte de ce travail.....	27
I.2.2.3 Engouement ou la dynamique du recours à la MT.....	28
I.2.2.4 Choix thérapeutiques ou recours à la médecine traditionnelle.....	29
I.2.2.5 Médecine traditionnelle.....	29
I.2.3 Cadre théorique	30
I.2.3.1 Habitus	30
I.2.3.2 Fait social	31
I.2.3.3 Théorie des Représentations sociales.....	33
I.3 METHODOLOGIE ET TRAITEMENT DES DONNEES	37
I.3.1 Méthodologie de collecte des données.....	37
I.3.1.1 Guide d’entretiens et d’observations.....	38
I.3.1.2 Echantillonnage.....	38
I.3.1.3 Techniques de collecte des données.....	40
I.3.1.4 Technique d’association libre des mots/évoctions hiérarchisées	41
I.3.1.5 Questionnaire pour le profil socio démographique des répondants	43
I.3.1.6 Revue documentaire.....	43
I.3.2 Traitements des données	43
I.3.2.1 Traitement des données des entretiens semi-directifs	44
I.3.2.2 Traitement des verbatim par analyse de contenu	46
I.3.2.3 Traitement par analyse prototypique et catégorielle des évocations.....	46
I.3.2.4 Traitement des variables sociodémographiques par des tests statistiques	48
I.3.3 Difficultés et limites de la recherche.....	50
I.3.3.1 Difficultés dans la collecte des données.....	51
I.3.3.2 Limites liées aux traitements et analyse des données	52

I.4 ANNONCE DU PLAN	53
PREMIERE PARTIE : ANALYSE DU CONTEXTE ET DU PROBLEME DE RECHERCHE.	55
Chapitre 1 : ANALYSE DU CONTEXTE.....	57
1.1 RAISONS DU CHOIX DU SITE DU GRAND LOME.....	57
1.2. SITE DE LA RECHERCHE : LE GRAND LOME.....	57
1.2.1 Présentation de la Commune de Lomé.....	58
1.2.2 Présentation de l'ancienne préfecture du Golfe.....	61
1.2.3 Contexte physique du Grand Lomé.....	63
1.2.4 Contexte démographique du Grand Lomé.....	63
1.2.5 Contexte économique et social du Grand Lomé.....	64
1.3. Statistiques sur les praticiens et les non praticiens de la MT	68
1.3.1. Caractères sociodémographiques des « non praticiens de la médecine traditionnelle ».....	68
1.3.2 Caractères sociodémographiques et culturels des « usagers » et des « non usagers »	69
1.3.3 Caractères sociodémographiques des praticiens de la médecine traditionnelle	72
1.3.4 Degrés de satisfaction des usagers.....	74
1.4 PRESENTATION DU CHU CAMPUS.....	78
1.4.1 Offre de services et soins de santé.....	78
1.4.2 Ressources pour mener les prestations de services et de soins.....	82
1.4.2.1 Les finances : les recettes et les dépenses du CHU	82
1.4.2.2 Ressources humaines employées au CHU.....	83
1.4.2.3 Ressources matérielles.....	84
Chapitre 2 : RECOURS A LA MEDECINE TRADITIONNELLE PAR LES POPULATIONS DU GRAND LOMÉ.....	85

2.1 EVOCATIONS SUR LES RAISONS DU RECOURS À LA MEDECINE TRADITIONNELLE.....	85
2.1.1 Raisons du recours des «usagers » à la médecine traditionnelle	85
2.1.2 Raisons du recours à la médecine traditionnelle selon les praticiens de cette médecine.....	86
2.1.3 Raisons de la réticence des « non usagers » à recourir à la médecine traditionnelle	87
2.2 Mots associés à la médecine traditionnelle	88
2.2.1 Mots induits des « non praticiens de la médecine traditionnelle ».....	89
2.2.2 Mots induits des usagers.....	91
2.2.3 Mots induits des « non usagers ».....	93
2.3 LIENS STATISTIQUES ENTRE CHOIX DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE ET VARIABLES SOCIODEMOGRAPHIQUES	94
2.3.1 Recours à la médecine traditionnelle croisé avec les sexes.....	94
2.3.2 Recours à la médecine traditionnelle croisé avec les tranches d'âges.....	95
2.3.3 Recours à la médecine traditionnelle croisé avec les professions	96
2.3.4 Recours à la médecine traditionnelle croisé avec les niveaux scolaires.....	97
2.3.5 Recours à la médecine traditionnelle croisé avec les religions	98
2.4 OBSERVATIONS DIRIGEES ET LES VERBATIM SUR LES RAISONS DU RECOURS A LA MT	99
Chapitre 3 : DISCUSSIONS ET ANALYSE.....	114
3.1 ANALYSE DES REPRESENTATIONS SOCIALES ET DES EFFETS DE LA SATISFACTION ET DE L'EFFICACITE DE LA MEDECINE MODERNE.....	114
3.1.1 Les représentations sociales de la médecine traditionnelle dans le grand Lomé ...	114
3.1.2 Les effets de la satisfaction et de l'efficacité en lien avec la mt	123

3.2 INFLUENCE DE « L'ECHEC THERAPEUTIQUE DE LA MM » ET DES MALADIES « CULTURELLES» SUR LE RECOURS A LA MT.....	127
3.2.1 Versions des « usagers » sur l'influence de « l'échec thérapeutique de la médecine moderne » et « des maladies dites culturelles »	127
3.2.2 Versions des praticiens de la MT sur l'influence de « l'échec thérapeutique de la médecine moderne » et « des maladies dites culturelles »	133
3.2.3 Influences du profil socio démographique des « usagers »	136
3.3 ANALYSE COMPARATIVE DES RESULTATS DES METHODES ET APPLICATION DE LA REPRESENTATION SOCIALE	136
3.3.1 Analyse comparative des résultats deux techniques.....	137
3.3.2 Applications de la représentation sociale	139
DEUXIEME PARTIE : PROJET D'INTEGRATION EFFECTIVE DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE DANS LE SYSTEME DE SANTE	143
Chapitre 4 : CONTEXTE GENERAL DU PROJET	145
4.1 ANALYSE DES CONTEXTES GEOGRAPHIQUE, ADMINISTRATIF ET SOCIODEMOGRAPHIQUE DU TOGO	145
4.1.1 Contexte géographique du Togo	145
4.1.2 Contexte sociodémographique et administratif	148
4.2 ANALYSE DU CONTEXTE ECONOMIQUE, SOCIAL ET CULTUREL	154
4.2.1 Contexte économique du Togo.....	154
4.2.2 Contexte social	157
4.2.3 Contexte culturel	163
Chapitre 5 : CONTEXTE SANITAIRE	167
5.1 ORGANISATION SANITAIRE NATIONALE.....	167

5.2 OFFRE ET DEMANDE DE SOINS ET SERVICES DE SANTE SUR LE PLAN NATIONAL	168
5.2.1 Les infrastructures sanitaires insuffisantes et un plateau technique en deçà des normes	169
5.2.2 Equipements médicaux insuffisants et peu entretenus	170
5.2.3 Médicaments vendus dans le formel et l’informel	171
5.2.4 Ressources humaines insuffisantes et mal réparties	171
5.2.5 Demande des services et soins de santé.....	174
5.2.6 Contexte épidémiologique.....	178
5.2.7 Pratiques parallèles néfastes au système de santé	183
5.2.8 Médecine traditionnelle au Togo.....	184
5.3 FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITES ET MENACES (FFOM).....	189
5.3.1 Forces	190
5.3.2 Faiblesses.....	190
5.3.3 Opportunités	191
5.3.4 Menaces	191
5.3.5 Analyse des problèmes	192
5.3.6 Analyse des objectifs et des résultats	195
 Chapitre 6 : INTEGRATION DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE DANS LE SYSTEME SANITAIRE PAR LA VULGARISATION DES PRATIQUES PROBANTES	198
6.1 CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE	198
6.1.1 Justification du Projet	198
6.1.2 Interventions, mise en œuvre des activités	199
6.1.2.1 Actions du Projet	199
6.1.2.2 Activités de classification des pratiques probantes selon la qualité scientifique	201
6.1.2.3 Processus d’identification, d’utilisation et de vulgarisation des pratiques probantes en MT	204

6.1.2.4 Activités d'acceptabilité et transférabilité des pratiques probantes dans les communautés	208
6.2 RESSOURCES ET PLANNING DE MISE EN ŒUVRE	213
6.2.1 Moyens de mise en œuvre et budget	213
6.2.2 Plan de financement	216
6.2.3 Stratégie de financement	216
6.3 ORGANISATION ET PLANNING DE MISE EN ŒUVRE	217
6.3.1 Chronogramme de mise en œuvre	217
6.3.2. Publics cibles	222
6.3.3 Cadre de mise en œuvre et suivi évaluation	222
6.3.3.1 Mécanisme de mise œuvre	222
6.3.3.2 Suivi-évaluation et apprentissage	223
6.3.4 Stratégie de communication	224
6.3.5 Risques majeurs	224
6.3.6 Cadre logique	225
CONCLUSION GENERALE	232
BIBLIOGRAPHIE	239
REFERENCES WEBOGRAPHIQUES	258
ANNEXES	260
LISTE DES CARTES	308
LISTE DES FIGURES	308
LISTE DES PHOTOS	309
LISTE DES TABLEAUX	310
LISTE DES ANNEXES	312
INDEX DES AUTEURS	314
GLOSSAIRE DES MOTS LIES AUX MODELES DE RECHERCHE	318
TABLE DES MATIERES	322